



## **Mi Universidad**

*Nombre del Alumno: yuriceyda López velasco.*

*Nombre del tema: super nota.*

*Parcial:3*

*Nombre de la Materia: enfermería clínica 2.*

*Nombre del profesor: Lic. María del Carmen López silba.*

*Nombre de la Licenciatura: enfermería.*

*Cuatrimestre: 7*

## MEDICACIÓN EN U.C.I

### PROTOSCOLOS DE LOS FÁRMACOS MÁS USADOS EN EL SCA TRATAMIENTOS



Salvo contraindicación absoluta se administrarán 300 mg de AAS vía oral al ingreso, cuanto antes mejor, seguidos de 100 mg/ 24 horas.



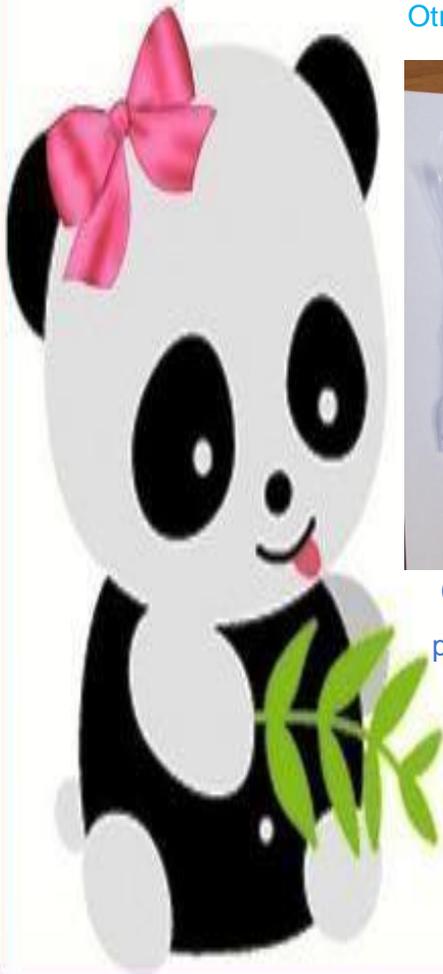
Es heparina de bajo peso molecular, se administrará 1mg/Kg. Cada 12 horas por vía S.C. y se mantendrá hasta el alta hospitalario o la revascularización coronaria si se práctica, durante un máximo de 7 días.



Se administrará como alternativa a la Enoxaparina, administraremos un bolo seguido de perfusión que se mantendrá entre 24 y 48 horas.

Dosis Terapéuticas	Función renal	
	Aclaramiento de creatinina >30 mL/min	Aclaramiento de creatinina <30 mL/min
<b>Enoxaparina</b>	1 mg / Kg / 12h s.c. (en la fase aguda) 1,5 mg / Kg / 24h s.c.	1 mg / Kg / 24h s.c.
<b>Tinzaparina</b>	175 UI / Kg / 24h s.c.	175 UI / Kg / 24h s.c.
<b>Bemiparina</b>	115 UI / Kg / 24h s.c.	85 UI / Kg / 24h s.c.
<b>Nadroparina</b>	86 UI anti Xa / Kg / 12h s.c. Si CICr $\geq$ 30 y <50 mL/min reducir del 25% al 33%	Contraindicada
<b>Dalteparina</b>	100 UI / Kg / 12h s.c. 200 UI / Kg / 24h s.c.	Ajustar según nivel de anti-Xa

### Otros fármacos asociados



TIROFIBAN

(Agrastat) Indicado en la prevención del IAM precoz en pacientes con angina inestable o IAM sin onda Q cuyo último episodio de dolor haya sido en las últimas doce horas y que presentan cambios en el ECG y/o aumento.

- Infusión inicial de 0,4 mcg/kg/min durante 30 minutos.
- Infusión de mantenimiento de 0,1 mcg/kg/min.

ANTAGONISTAS DEL CALCIO



4 mg oral cada 12 horas, siempre asociado a Betabloqueantes o a otro Antagonistas del Calcio, alternando el horario de administración (3 horas mínimo entre ellos)



PROTOCOLLO PARA CATERISMOS



Benadryl 50 mgrs v.o.



Valium 10 mgrs v.o.



PROTOCOLO DE PROTECCIÓN RENAL

### EXPLORACIÓN RADIOLÓGICA CON CONTRASTE IODADO



programada con más de 24 horas de antelación

Fluimucil oral forte 600 mgrs  
cada 12 horas el día menos 1 y el día 0.



NUTRICION PARENTERAL



Motilidad tubo digestivo

**INDICACIÓN**

NPP: Enf. inflamatoria intestinal  
Sd. malabsorción. Insuf. pancreática, gastrectomía,  
NPC: NP prologada >osmolaridad

SNG, SNY  
Gastrostomía o  
yeyunostomía

**VÍA ADMINISTRACIÓN**

NPP=CVP y/o midline  
NPC=CVC minimidline

**Composición:**  
Ensure, Osmolite,  
Pulmocare,  
Glucal Bolt, Nefro

**Presentación:**  
Polimérica:  
macronutrientes  
Peptídica:  
proteína hidrolizada  
Elemental:  
proteína en Aa

**CLASIFICACIÓN TIPOS**

NPT=NPC\*  
NPParcial =NPPeriférica  
NP=continua o cíclica  
(según tipo de administración)

Obstrucción, perforación,  
isquemia tracto digestivo

**CONTRAINDICACIÓN**

Duración = <5 días,  
rechazo, cirugía de  
urgencia, pronóstico  
no mejorable

Más fisiológico  
Más barato  
Protege barrera bacteriana  
e inmunológica

**VENTAJAS**

100% absorción  
Completa  
Infusión continua

**Mecánicas** r/c sondas  
aspiración  
**Metabólicas:** hGlucemia,  
diarrea, entre otras

**COMPLICACIONES**

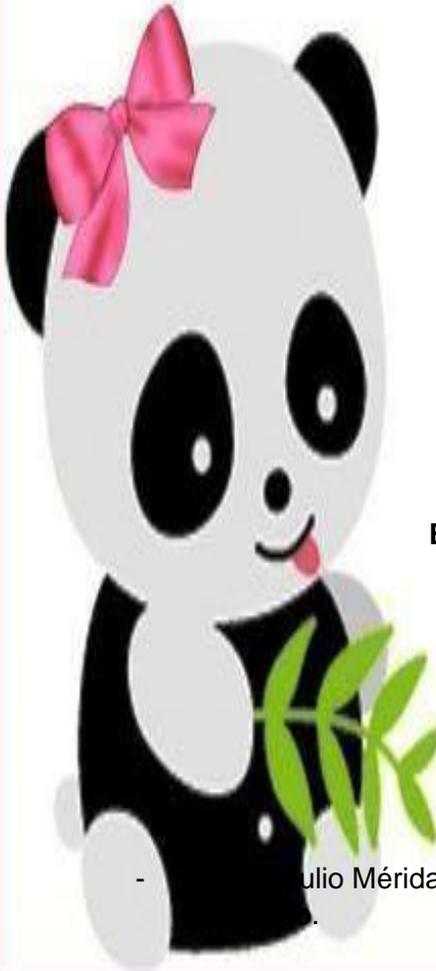
**Mecánicas** r/c acceso  
vascular Sepsis  
**Metabólicas:** HGlucemia,  
entre otras

Aséptica

**MANIPULACION**

Estéril

\*NPT: Nutrición Parenteral Total NPP: Nutrición Parenteral Parcial



**OBJETIVO** Proporcionar todos los principios nutritivos necesarios para mantener al paciente y promover su recuperación.

### BIBLIOGRAFÍA

NOM-025-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos.

Robbins(1999)Patología estructural y funcional. Edit McgrawHill.España.

Julio Mérida (2001) Patología General y Bucal. Edit Universidad de

- [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/histologia/sistema\\_inmunitario.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/histologia/sistema_inmunitario.pdf)
  - Kumar V, Abbas AK, Fausto N, Mitchell RN. Acute and chronic inflammation. In: Saunders (Elsevier). Robbins & Cotran Pathologic Basis of Disease. 8th. ed. New York: McGraw-Hill Interamericana; 2007. p. 58-31.
  - Cook JM, Deem TL. Active participation of endothelial cells in inflammation. J Leukoc Biol. 2005 ; 77 (4): 487-95.
  - Munford RS. Severe sepsis and septic shock: the role of gram-negative bacteremia. Annu Rev Pathol. 2006 ; 1 (1): 467-96.
  - Guyton AC, Hall JE. Tratado de Fisiología Médica. 11va. ed. Philadelphia: Elsevier; 2006.
  - Dale DC, Boxer L, Liles WC. The phagocytes: neutrophils and monocytes. Blood. 2008 ; 15 (112): 935-45.
  - <https://medicina.uc.cl/publicacion/fisiopatologia-la-circulacion-coronaria-2/>
  - Stewart BF, Siscovick D, Lind BK, Gardin JM, Gottdiener JS, Smith VE, et al. Clinical factors associated with calcific aortic valve disease. Cardiovascular Health Study. J Am Coll Cardiol 1997;29:630-4.
  - Palta S, Pai AM, Gill KS, Pai RG. New insights into the progression of aortic stenosis: implications for secondary prevention. Circulation 2000; 101:2497-502
- Protocolo para el manejo estandarizado del paciente con catéter periférico, central y permanente. Se terminó de imprimir en la Ciudad de México durante el mes de marzo del año 2012 .

