



# Mi Universidad Súper Nota

**Nombre del Alumna:** Beatriz Adriana Gómez Robrero.

**Nombre de Los Temas:** 1.2.2. Monitorización del Paciente en U.C.I., 1.2.6. Cuidados Diarios del Paciente en U.C.I. y 2.1. Atención al Paciente en Situación de Amenaza Vital Inmediata.

**Nombre de la Materia:** Práctica Clínica de Enfermería II.

**Nombre del Profesora:** Elizabeth Espinoza López.

**Nombre de la Licenciatura:** Enfermería.

**Parcial:** 1er. Parcial.

**Cuatrimestre:** 7mo. Cuatrimestre.

14 de octubre de 2024.

## MONITORIZACION NO INVASIVA

**Electrocardiograma y frecuencia cardiaca continúa:**  
Preparación del paciente Informar al paciente del procedimiento que se va a realizar.

Colocación de los electrodos:

- **Rojo:** Línea media clavicular derecha, directamente debajo de la clavícula.
- **Amarillo:** Línea media clavicular izquierda, directamente debajo de la clavícula.
- **Verde:** Línea media clavicular izquierda, 6<sup>a</sup>-7<sup>a</sup> espacio intercostal.
- **Negro:** Línea media clavicular derecha, 6<sup>a</sup>-7<sup>a</sup> espacio intercostal.
- **Blanco** 4<sup>o</sup> espacio intercostal, borde izquierdo del esternón.

## Monitorización mediante telemetría:

La telemetría permite monitorizar el electrocardiograma continuo desde un control de enfermería de U.C.I. a un paciente en una unidad de hospitalización preferentemente Cardiología.

El objetivo es evaluar el ritmo cardiaco del paciente y garantizar la asistencia urgente de cualquier situación de compromiso vital



## ESCALA DE GLASGOW

- Respuesta Ocular
- Respuesta Verbal
- Respuesta Motora

## 1.2.2 MONITORIZACIÓN DEL PACIENTE EN U.C.I.

### Saturación de O<sub>2</sub>.

La Pulsioximetría es un sistema de monitorización no invasiva de la saturación de hemoglobina arterial.  
- Sonda desechable  
- Pinza reutilizable



### Monitorización de ETCO<sub>2</sub> (CAPNOGRAFÍA)

➤ **Objetivo:** Medir de forma continua la presión parcial de CO<sub>2</sub> espirado como medida indirecta del CO<sub>2</sub> en sangre.

➤ **Material**

- Módulo EtCO<sub>2</sub>.
- Cable con sensor + celda combinada cero/referencia.
- Adaptador del conducto de aire (estéril).



### Monitorización del nivel de sedación

Escala SAS Es la escala que usamos actualmente en la unidad para valorar el grado de sedación de los pacientes sometidos a este tratamiento

### Tensión arterial no invasiva (TA):

Al ingreso se monitoriza la TA fijando intervalos cada 5-15 minutos hasta estabilización. En nuestros monitores aparece como PSN.



### EQUIPO DE MONITORIZACIÓN: Catéter, El transductor y Monitor.

### Monitorización invasiva:

La monitorización hemodinámica invasiva consiste en la vigilancia continua de las presiones intravasculares del paciente crítico. Su objetivo es evaluar la función ventricular derecha e izquierda por medio de las presiones y el volumen minuto cardiaco.



### ESCALA DE GLASGOW



## CUIDADOS GENERALES DEL PACIENTE CRÍTICO

### Actividades comunes a realizar en todos los turnos:

- Se participará en el parte oral sobre la evolución de los pacientes en las últimas 24 horas
- Se aplicará tratamiento médico y cuidados de enfermería planificados, verificando medicación y parámetros del monitor y respirador.
- Se registrarán constantes vitales y se colaborará con el médico en procedimientos.
- Además, se atenderán demandas del paciente y familia, controlando dieta y movilización, y se ofrecerán enjuagues orales tras las comidas.



## 1.2.6 CUIDADOS DIARIOS DEL PACIENTE DE U.C.

Es importante tener en cuenta, las tareas a realizar en cada turno de trabajo (mañana, tarde y noche), así como diferenciar los cuidados a realizar en las diferentes áreas (Polivalente, Coronaria) para facilitar la estandarización de cuidados.

### Actividades a realizar en el turno de mañana

- En el turno de mañana, se planificarán cuidados para cada paciente durante 24 horas.
- Control de glucemia y constantes neurológicas.
- Se realizará una visita con el médico responsable para evaluar la evolución del estado de cada paciente.



## CUIDADOS ESPECÍFICOS DEL PACIENTE CORONARIO:

### Actividades comunes a realizar en todos los turnos.

- Se debe realizar control analítico según patologías específicas.
- En caso de implantar marcapasos transitorios o realizar cardioversiones, la supervisora asumirá las tareas de enfermería.
- Se evaluará la intensidad del dolor, se realizará un ECG y se administrará oxigenoterapia.
- Si hay cambios en el ECG y el dolor persiste, se deberá avisar al médico y seguir las órdenes médicas correspondientes.

## COMPLICACIONES NO INMEDIATAS DE PACIENTES CRÍTICOS EN U.C.I.

### Higiene.

Se proporciona al paciente autónomo materiales para su higiene, fomentando su independencia. Se asegura higiene corporal diaria y cuidados bucales cada 8 horas en pacientes sedados.



### BALANCE HIDRICO

Control de líquidos en 24 horas: entradas incluyen alimentación, medicación y suero terapia; salidas incluyen drenajes, deposiciones, vómitos y diuresis.

### VIA VENOSA.

Cura de catéteres periféricos y centrales según protocolo cada 24-72 horas.

### POSIBLES COMPLICACIONES DEL PACIENTE CRÍTICO DURANTE LA HIGIENE, CAMBIOS POSTURALES Y TRASLADOS INTRAHOSPITALARIOS

- Desaturación
- Bradicardia
- Hipertensión Intracraneal
- Retirada accidental
- Hemorragia

### COMPLICACIONES NO INMEDIATAS

El riesgo en U.P.P. incluye caídas y lesiones, contracturas, atrofas musculares y síndrome confusional en UCI, que provoca ansiedad, confusión, alucinaciones y depresión.



## ALGORITMO DE PARO CARDIACO EN ADULTOS



## 2.1 ATENCIÓN AL PACIENTE EN SITUACIÓN DE AMENAZA VITAL INMEDIATA..

También es función de la enfermera de esta unidad, el atender a las paradas cardiacas de las Unidades de Hospitalización, revisar, reponer los carros de parada y limpiar y desinfectar los laringoscopios tras su uso, cumplimentando posteriormente las hojas de registro.



## ALGORITMO RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA



### Causas Reversibles.

Hipovolemia, hipoxia, hidrogenion, hipo-/hiperpotasemia, hipotermia, tensión, neumotorax, taponamiento cardiaco, toxinas, trombosis.

### Calidad de la RCP

- Comprima fuerte (al menos 5 cm [2 pulgadas]) y rápido (a entre 100 y 120 c. p. m.), y permita una expansión torácica completa.
- Minimice las interrupciones entre compresiones.
- Evite una ventilación excesiva.
- Cambio de compresor cada 2 minutos, o antes si está cansado.
- Si no hay un dispositivo de manejo avanzado de la vía aérea, considere una relación de compresión-ventilación debe ser de 30:2.
- Capnografía cuantitativa
  - Si la PETCO<sub>2</sub> es baja o está en disminución, vuelva a evaluar la calidad de la RCP.

### Retorno de la circulación espontánea (RCE)

- Pulso y presión arterial
- Aumento repentino y sostenido de la PETCO<sub>2</sub> (normalmente de  $\geq 40$  mm Hg).
- Ondas espontáneas de presión arterial con monitoreo intraarterial

### Energía de descarga para desfibrilación

- **Bifásica:** recomendación del fabricante (por ejemplo, dosis inicial de 120 a 200 J; si se desconoce, use el valor máximo disponible. La segunda descarga y las posteriores deben ser equivalentes, y puede considerarse la administración de valores superiores.
- **Monofásica:** 360 J.

Las situaciones de amenaza vital inmediata están protocolizadas en este centro por la Comisión de RCP y existe un protocolo impreso en cada unidad.

### Farmacoterapia

- Dosis IV/IO de adrenalina: 1 mg cada 3 a 5 minutos
- Dosis IV/IO de amiodarona: Primera dosis: bolo de 300 mg. Segunda dosis: 150 mg.
  - o Dosis IV/IO de lidocaína: Primera dosis: De 1 a 1,5 mg/kg. Segunda dosis: De 0,5 a 0,75 mg/kg.

### Manejo avanzado de la vía aérea

- Intubación endotraqueal o dispositivo supraglótico para el manejo avanzado de la vía aérea.
- Capnometría o capnografía para confirmar y monitorizar la colocación del tubo ET.
- Una vez llevado a cabo el manejo avanzado de la vía aérea, realice 1 ventilación cada 6 segundos (10 ventilaciones por minuto) con compresiones torácicas continuas.

