



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^a-7^a espacio intercostal.
- **Negro:** Línea media clavicular derecha, 6^a-7^a espacio intercostal.
- **Blanco:** 4^o 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 O₂.

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



Monitorización de ETCO₂ (CAPNOGRAFÍA)

➤ **Objetivo:** Medir de forma continua la presión parcial de CO₂ espirado como medida indirecta del CO₂ en sangre.

➤ **Material**

- Módulo EtCO₂.
- 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
- Bradycardia
- 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 PETCO₂ 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 PETCO₂ (normalmente de ≥ 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.

