

1era Ed.
2023



PUERTO MADERO
EDITORIAL

ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS



**ANTONY PAUL ESPIRITU MARTINEZ.
MIRIAM ZULEMA ESPINOZA VÉLIZ
MELVI JANETT ESPINOZA EGOAVIL
KATERINE KAREN GOMEZ PEREZ
KARINA LILIANA ESPINOZA VÉLIZ
OSCAR ABEL FIGUEROA MEJÍA**



puertomaderoeditorial.com.ar



La Plata - Argentina

Enfermería en cuidados intensivos

ISBN: 978-631-6557-12-4

Antony Paul Espiritu Martinez, Miriam Zulema Espinoza Véliz
Melvi Janett Espinoza Egoavil, Katerine Karen Gomez Perez
Karina Liliana Espinoza Véliz, Oscar Abel Figueroa Mejía



Enfermería en cuidados intensivos

Introduction to patient care.

AUTORES:

Antony Paul Espiritu Martinez.
Miriam Zulema Espinoza Véliz
Melvi Janett Espinoza Egoavil
Katerine Karen Gomez Perez
Karina Liliana Espinoza Véliz
Oscar Abel Figueroa Mejía



Enfermería en cuidados intensivos / Antony Paul Espiritu Martinez ... [et al.] ; editado

por Jacinto Eugenio Pérez Ramírez. - 1a ed. - La Plata : Puerto Madero Editorial Académica, 2023.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-631-6557-12-4

1. Enfermería. I. Espiritu Martinez, Antony Paul. II. Pérez Ramírez, Jacinto Eugenio, ed.

CDD 610.7302



Licencia Creative Commons:

Atribución-NoComercial-SinDerivar 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)

Primera Edición, Octubre 2023

Enfermería en cuidados intensivos

ISBN: 978-631-6557-12-4

DOI: <https://doi.org/10.55204/pmea.57>

Editado por:

Sello editorial: ©Puerto Madero Editorial Académica

Nº de Alta: 933832

Editorial: © Puerto Madero Editorial Académica

CUIL: 20630333971

Calle 45 N491 entre 4 y 5

Dirección de Publicaciones Científicas Puerto Madero

Editorial Académica

La Plata, Buenos Aires, Argentina

Teléfono: +54 9 221 314 5902

+54 9 221 531 5142

Código Postal: AR1900

Este libro se sometió a arbitraje bajo el sistema de doble ciego (peer review)

Corrección y diseño:

Puerto Madero Editorial Académica

Diseñador Gráfico: José Luis Santillán Lima

Diseño, Montaje y Producción Editorial:

Puerto Madero Editorial Académica

Director del equipo editorial:

Santillán Lima, Juan Carlos

Editor:

Pérez Ramírez, Jacinto Eugenio

Hecho en Argentina

Made in Argentina

AUTORES:

Antony Paul Espíritu Martínez.

Universidad Nacional Autónoma Altoandina de Tarma. Perú

aespiritu@unaat.edu.pe



<https://orcid.org/0000-0002-4885-7068>

Miriam Zulema Espinoza Véliz

Universidad Nacional Autónoma Altoandina de Tarma. Perú

mespinoza@unaat.edu.pe



<https://orcid.org/0000-0002-0424-2467>

Melvi Janett Espinoza Egoavil

Universidad Nacional Autónoma Altoandina de Tarma. Perú

mjespinoza@unaat.edu.pe



<https://orcid.org/0000-0003-1580-7563>

Katerine Karen Gomez Perez

Universidad Nacional Autónoma Altoandina de Tarma. Perú

kgomez@unaat.edu.pe



<https://orcid.org/0000-0002-3587-3229>

Karina Liliana Espinoza Véliz.

Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión. Perú

kespinozav@undac.edu.pe



<https://orcid.org/0000-0002-6966-3086>

Oscar Abel Figueroa Mejía

Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión. Perú

ofigueroa@undac.edu.pe



<https://orcid.org/0000-0001-8630-9735>

CONTENIDO

CONTENIDO	<i>xi</i>
RESUMEN	<i>xv</i>
ABSTRACT	<i>xvii</i>
INTRODUCCIÓN	<i>xix</i>
CAPÍTULO I	<i>1</i>
1 FUNCIONES DE LA ENFERMERÍA EN EL ÁREA DE UCI	<i>1</i>
1.1 Modelo de Henderson	<i>2</i>
1.2 Componentes Esenciales del Modelo de Henderson	<i>3</i>
1.3 Interpretación de la Enfermera.	<i>5</i>
1.4 Conceptos	<i>6</i>
1.5 Procesos Básicos de la Enfermería en el Área de UCI	<i>5</i>
1.6 Procesos de la Enfermería	<i>6</i>
1.6.1 Valoración	<i>6</i>
1.6.2 Diagnóstico para Enfermeros.	<i>7</i>
1.6.3 Planificación	<i>10</i>
1.6.4 Ejecución	<i>12</i>
1.6.5 Evaluación	<i>13</i>
1.6.6 Para los pacientes críticos, la higiene es un cuidado fundamental.	<i>19</i>
1.7 Terapia Intensiva	<i>24</i>
1.7.1 Cuidados de Enfermería al Paciente con Traqueostomía	<i>26</i>
1.7.2 Tipo de Tubo de Traqueotomía	<i>26</i>
CAPÍTULO II	<i>29</i>
2 UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	<i>29</i>
2.1 Objetivo	<i>30</i>
2.1.1 Preparación de la Sala o Habitación	<i>30</i>
2.2 Acciones	<i>32</i>

2.3	Seguimiento del Paciente en UCI _____	34
2.4	Frecuencia Cardíaca Continua y Electrocardiografía. ____	34
2.5	Colocación de los electrodos _____	36
2.6	Configuración de cinco latiguillos _____	42
2.7	Módulo de Arritmias y Alarmas. _____	43
2.8	Causas Potenciales de los Artefactos de Monitoreo. ____	45
2.9	Seguimiento de pacientes en U.C.I. _____	45
2.10	Supervisión Telemétrica. _____	46
2.11	Indicaciones para el empleo de monitores en la UCI. ____	48
2.12	Detalles del Paciente. _____	50
2.13	Presión Arterial (PA) Sin Invasión. _____	53
2.14	Posición Decúbito al lado _____	54
2.15	Saturación de O ₂ _____	54
2.16	Capnografía seguimiento de ETCO ₂ _____	57
2.17	Precauciones _____	58
2.18	Comprobación del Nivel de Sedación _____	59
2.19	Monitorización de Constantes Neurológicas _____	60
2.20	Monitorización intrusiva _____	61
2.21	Equipo de Monitorización _____	62
2.22	Preparación y Purgado _____	65
2.23	Calibración del transductor _____	66
2.24	Técnica De Comprobación Con Esfigmomanómetro ____	71

<i>CAPÍTULO III</i>	75
<i>3_ TRATAMIENTO DE PACIENTES EN SITUACIONES DE PELIGRO Y LAS MEDIDAS DE SOPORTE VITAL</i>	75
3.1 Pacientes en Situaciones de Riesgo	75
3.2 Protocolo de Atención a Familiares en la U.C.I.	78
3.3 Criterios Limitantes para la Terapia de Soporte Vital	79
3.4 Criterios de Alta o de Traslado	80
<i>REFERENCIAS</i>	81
<i>LOS AUTORES</i>	91
Antony Paul Espiritu Martinez	91
Miriam Zulema Espinoza Véliz	92
Melvi Janett Espinoza Egoavil	93
Katerine Karen Gomez Perez	94
Karina Liliana Espinoza Véliz	95
Oscar Abel Figueroa Mejía	96

RESUMEN

"Enfermería en Cuidados Intensivos" es una obra que ofrece una guía para profesionales de la enfermería y para estudiantes que desean dominar los aspectos fundamentales y avanzados de la atención en unidades de cuidados intensivos (UCI). Este libro explora de manera detallada la anatomía y fisiología del paciente crítico, proporciona herramientas esenciales para la valoración y monitorización, y aborda el cuidado de pacientes con enfermedades críticas específicas, incluyendo cardiovasculares, respiratorias, neurológicas y otras.

Los capítulos se centran en procedimientos y técnicas esenciales en cuidados intensivos, farmacología adaptada a este entorno, así como en aspectos éticos y de comunicación vitales en el manejo de situaciones críticas. Además, se destaca la importancia de la calidad y la seguridad en la atención al paciente en UCI, con enfoque en las mejores prácticas y las últimas evidencias científicas. Por lo que intenta ofrecer una opción de en la formación permanente que deben

Este libro se instituye como un recurso útil para quienes desean adentrarse en el mundo de la enfermería en cuidados intensivos o para aquellos que buscan perfeccionar sus habilidades en este exigente entorno. Escrito de manera accesible y respaldado por conocimientos actualizados, "Enfermería en Cuidados Intensivos" se convierte en un aliado esencial para brindar atención de calidad a los

pacientes críticos en un campo de la enfermería en constante evolución.

Palabras clave: enfermería, cuidados intensivos, paciente crítico, técnicas esenciales.

ABSTRACT

"Intensive Care Nursing" is an work that provides a comprehensive guide for nursing professionals and students who wish to master the fundamental and advanced aspects of intensive care unit (ICU) care. This book explores in detail the anatomy and physiology of the critically ill patient, provides essential tools for assessment and monitoring, and addresses the care of patients with specific critical illnesses, including cardiovascular, respiratory, neurologic, and others.

Chapters focus on essential procedures and techniques in critical care, pharmacology adapted to this setting, as well as ethical and communication issues vital in the management of critical situations. In addition, the importance of quality and safety in ICU patient care is highlighted, with a focus on best practices and the latest scientific evidence. Thus, it attempts to offer an option for the continuing education that must be provided by the ICU.

This book is instituted as a useful resource for those who wish to enter the world of intensive care nursing or for those seeking to hone their skills in this demanding environment. Written in an accessible manner and supported by up-to-date knowledge, "Intensive Care Nursing" becomes an essential ally in providing quality care to critically ill patients in an ever-evolving field of nursing.

Key words: nursing, intensive care, critical patient, essential techniques.

INTRODUCCIÓN

En la década de 1960, Estados Unidos vio el comienzo del avance de la atención de enfermería, junto a Canadá, Australia e Inglaterra a la cabeza surge su evolución. Pero esa evolución y crecimiento apenas comienza en América Latina.

Según varios autores, el cuidado de enfermería debe estar sustentado en un marco teórico de la disciplina para brindar a los pacientes un cuidado holístico, y esta definición de cuidado avanzado capta mejor el objetivo de este trabajo. (Santos, et al., 2017).

El cuidado de enfermería debe estar sustentado en un marco teórico de la disciplina para brindar a los pacientes un cuidado holístico a través del conocimiento adquirido, y esta definición de cuidado avanzado capta mejor el objetivo de este trabajo.

Dentro de este orden de ideas, se puede decir, que el proceso de Enfermería forma parte de la aplicabilidad de cuidados intensivos que se le ofrece al paciente que se encuentra en situación de riesgo por cualquier evento suscitado en su cuerpo humano.

Algunos enfermeros prestan sus servicios en la unidad de cuidados intensivos (UCI) de un hospital, cuya instalación es única dentro del área hospitalaria la misma ofrece medicina intensiva.

El objetivo de Enfermería en Cuidados Intensivos es servir como una herramienta de trabajo crucial y práctica para estandarizar ideas con cuidados especiales para el ser humano y lograr que el paciente

combine criterios para recibir el mejor tratamiento posible. La dedicación y el trabajo duro de muchos profesionales que lo han llevado a cabo han dado este resultado.

Cabe destacar, que la complejidad de la UCI requiere educación en salud permanente para los profesionales de enfermería, que es fundamental para comprender e implementar los cuidados fundamentales de los pacientes críticos, incluidos el cuidado del medio ambiente, la higiene, la movilidad y la nutrición. (Henriques, 2012).

Los pacientes que tienen una afección médica grave ponen en peligro su vida, por lo tanto, también requieren un control continuo de sus signos vitales y otros parámetros, como el control de líquidos; los mismos son candidatos para cuidados intensivos.

Por otro lado, la tecnología avanzada de las unidades de cuidados intensivos es un factor de aprendizaje continuo, asegurando que los miembros del personal estén capacitados para poner en práctica sus conocimientos y satisfacer las necesidades de los pacientes, manteniendo una supervisión constante, con un equipo multidisciplinario y atención permanente (Aviles y Soto, 2014). Para algunas especialidades médicas, se han establecido unidades de cuidados intensivos en numerosos hospitales. al campo de la enfermería.

En este libro se ofrecerán aportes de interés que sirven de guía y herramienta útil para hacer las actividades con la mejor atención

posible al paciente, tanto desde el punto de vista técnico como humano, examinando cada una de las situaciones vividas por cada paciente.

El mismo contiene tres capítulos. Capítulo I expone los Procesos de Atención de Enfermería y las etapas involucradas en los procesos de enfermería, enfermeras que brindan apoyo emocional a pacientes en unidades de cuidados intensivos luego se discuten en el Capítulo II Los estrechos vínculos con la enfermería y la ciencia y, finalmente, el Capítulo III contiene algunas consideraciones sobre la relevancia para la enfermería como disciplina profesional. Se concluye la presentación de la importancia de estandarizar el procedimiento en los establecimientos de salud, apoyado en diversas herramientas electrónicas, software, aplicaciones y plataformas que contienen los diagnósticos, intervenciones y resultados esperados de enfermería, así como la dedicación de los profesionales de enfermería.

CAPÍTULO I

1 FUNCIONES DE LA ENFERMERÍA EN EL ÁREA DE UCI

El papel adecuado de una enfermera o enfermero en la prestación de cuidados básicos se compone la realización de aquellas actividades dirigidas al cuidado de la persona enferma o en situación de riesgo y salud. Sus funciones son actividades que apoyen la restauración o salud del afectado. (Andrade, 2010)

Es responsabilidad de la enfermera o enfermero seguir con las siguientes normas o funciones:

- Misión de animar al paciente a ser lo más independiente posible en poco tiempo.
- La enfermera también ayuda al paciente a seguir el curso del tratamiento según lo prescrito por el médico.
- Colabora como parte de un equipo multidisciplinario en el desarrollo e implementación de un programa global para el paciente.
- Ayuda a mejorar la salud del paciente y vela por la recuperación del paciente.

1.1 Modelo de Henderson

Según el Modelo de Henderson el individuo es un ser fundamental, con componentes que incluyen aspectos espirituales, socioculturales, psicológicos y biológicos que interactúan entre sí y trabajan para promover su pleno desarrollo. Así mismo, habla del entorno a pesar de no estar claramente definido, aparece el entorno como la teoría que más cambia con el tiempo, primero mencionó el entorno como una cosa estática, pero en los escritos más recientes (Henderson, 1985) habla de la naturaleza dinámica del entorno. Además, Virginia Herderson menciona que las familias y las comunidades conforman el medio ambiente y son responsables de cuidar a los demás para que no enfermen.

El análisis del estado actual revela que, aunque la enfermería no debe ignorar las tareas del entorno, las instituciones hospitalarias y comunitarias cuentan con personal que puede manejarlas.

Los especialistas en control ambiental y sanitario son inherentes a los cuidados que deben brindar las personas, las familias y la sociedad son primordiales en el entorno, por lo que no pueden ser ajenas al cuidado de la salud. El Sistema de Salud es diseñado pensando en el saneamiento y el control ambiental. El alcance de la profesión de enfermería se ve limitado si esto no se hace.

La enfermería consiste en ayudar a la persona enferma o sana a realizar tareas que favorezcan la salud, la recuperación o una muerte

tranquila y que podría realizar por sí misma si tuviera la fuerza, la voluntad y los conocimientos necesarios (Henderson, 1985).

Por otro lado, habla del rol profesional de la enfermería que tiene como función principal brindarle asistencia en vida al paciente crítico, o para desarrollar lo que falta en el estado emocional del paciente, fuerza, sabiduría o voluntad, además de ayudarle a morir con dignidad. Un componente vital para la funcionalidad de la vida es la salud del ser humano

La salud exige que la persona sea independiente, por ello, es importante cumplir con los requisitos fundamentales para mantenerse sano y promover la salud lo que implica que es más crucial preservar la salud que tratar la enfermedad.

1.2 Componentes Esenciales del Modelo de Henderson

El propósito del tratamiento es apoyar el crecimiento del paciente, seguir desarrollándose al máximo posible o recuperar ese nivel es superarlo o transmitirlo con dignidad.

La persona que presenta un verdadero déficit en su salud utiliza el servicio de enfermería, lo que conforma un potencial para satisfacer las necesidades de la naturaleza más básica del ser humano, quien al recibir el servicio tiene la capacidad de crecer y volverse mejor de lo que es ahora al sanar cuando es atendido con satisfacción.

El trabajo del profesional es dar a la persona su propia autonomía

(hacer por ella). Hacer en lo posible que se sienta cómodo cuando está en situación de riesgo, o para llenar los vacíos encontrados en su vida (Hacer en ella), usando en la mayor medida de lo posible los aspectos positivos para realizar su potencial. Se incluyen recursos tanto internos como externos. La fuente de dificultad en este modelo es el área de dependencia:

a) El conocimiento se refiere a la situación de salud y al cómo administrarlo junto con los recursos internos y externos disponibles. es decir, comprender tanto qué hacer como cómo hacerlo. Como resultado, la ausencia de conocimiento se señala como un problema cuando la persona aun teniendo la capacidad mental, tiene dependencia porque no ha adquirido la experiencia necesaria para comprender los cuidados a cargo.

b) Hay dos tipos de fuerzas: mentales y físicas. Si en primera instancia discute los elementos pertinentes a él (ser capaz de hacer eso), incluye la resistencia, el tono muscular y la función motora. El término "fuerza psíquica" describe los sentidos y lo intelectual, es decir, para procesar información y ser de ayuda. Debe tener el potencial de desarrollo en ambos escenarios a través de la intervención de una enfermera.

c) La voluntad sugiere un deseo de tomar las acciones apropiadas. aumentar, mantener o recuperar la independencia. Mientras sea necesario, comprométase a hacerlos. Es importante

reconocer la voluntad como un ámbito de dependencia. Asegúrese de que la persona sea consciente del qué, el cómo y el por qué. Careces de la voluntad necesaria para hacerlo, a pesar de quererlo; tomar decisiones o realizar tareas requeridas para el cuidado. (Alexander, et al., 2000)

1.3 Interpretación de la Enfermera.

Las áreas de dependencia son, por tanto, el foco de intervención del saber qué hacer y cómo hacerlo (Conocimiento) para poder hacerlo (Fortaleza) o servicio. Los modos de intervención son crecientes, terminados y reforzantes, aunque no todos, sustituyen el conocimiento, la voluntad o la fuerza. Todas las áreas se pueden beneficiarse de los modos de intervención. Por ejemplo, se puede superar la dependencia, pero no la dependencia misma, la alternativa es posible.

Figura 1 *Reflexiones de Virginia Henderson*

La enfermera es temporalmente la conciencia del inconsciente, el amor del suicida, la pierna del amputado, los ojos de quien ha quedado ciego, un medio de locomoción para el niño, la experiencia y la confianza para una joven madre, la boca de los demasiado débiles o privados del habla.



Nota: <https://www.emaze.com/@aotrtwqtw/Virginia-Henderson>

La satisfacción de los resultados de la intervención es posible.

Por lo tanto, existen los requisitos básicos (que proporcionen su autonomía o ayudan a alcanzar su nivel más alto para mantenerlo o recuperarse de él en la realización de su potencial). En la figura 1 una de sus reflexiones

1.4 Conceptos

Las definiciones de las necesidades se proporcionan en esta sección. el cuidado básico, la autosuficiencia y la agencia son todos poseídos por la autonomía asistida, dependencia y datos necesarios. Henderson consideró las necesidades humanas y explica el significado de carencia, pero también de necesidad de cada uno de los pacientes.

El componente integrador de los aspectos físicos se compone de 14 necesidades sociales, afectivas y religiosas. Necesidades fundamentales que la enfermera trata de satisfacer en cualquiera que sea la conclusión médica.

Existe mayor proporción de síntomas o síndromes que afectan la salud como coma, delirio, depresión, shock, sangrado, discapacidad, la falta de movimiento, un cambio notable en los niveles de líquido del organismo, o una falta. oxígeno.

Asimismo, afecta la edad, el entorno y estatus social específicamente. Y se toman como antecedentes en términos de cultura, sentimientos y salud física. Todas estas consideraciones deben hacerse al paciente cuando le afecta un síntoma en su salud. Entre las

14 necesidades detectadas por Herdenson (1985), que se presentan a continuación y que se ilustran en la figura 2:

1. La primera necesidad habla de la oxigenación por ello, hay que respirar de manera normal sin agitarse ni ponerse ansioso.
2. Nutrición e hidratación por ello el paciente debe comer y beber.
3. Eliminación. Se elimina a través del organismo todos los cuerpos extraños como cálculos renales, parásitos entre otros.
4. Movimiento. Mantenga posturas adecuadas mientras se mueve.
5. Sueño y descanso Se debe dormir 8 horas mínimo y relajar el cuerpo para liberar estrés.
6. Vestimenta. Vestirse y desvestirse con la vestimenta adecuada.
7. Termorregulación. Se debe mantener constante la temperatura del cuerpo.
8. Higiene, Se debe mantener la integridad e higiene de la piel. La higiene según sea necesario debe hacerla la enfermera o enfermero ya sea por síntomas como diarrea, náuseas y vómitos o por mantener en condiciones higiénicas al paciente. Asegúrese de que el paciente esté bien arreglado, especialmente antes y después de las comidas.
9. Peligros Abstenerse de poner en peligro a los demás o al medio ambiente.
10. Comunicación. Para expresar sentimientos y miedos, comunicarse con los demás.

11. Valores y creencias. Vive tu vida de acuerdo a tu propia moral.
12. Trabajo. Haz algo para ocupar tu tiempo que hará que tu trabajo se sienta gratificante personal.
13. Actividades recreativas. Participar en actividades de ocio.
14. Aprender. Satisfaga su curiosidad o aprenda algo nuevo.

Todas las necesidades adquieren su pleno significado cuando son abordadas desde su doble perspectiva de universalidad y especificidad. Al ser compartidos y necesarios por todos, los hace universales. Porque aparece en un ser humano, especificidad. Cada individuo es único. Por eso debe tener un mantenimiento de rutina para mantener su salud.

Cabe destacar, que los conceptos de necesidades se refieren al conjunto de intervenciones de enfermería reflexivas y deliberadas, basadas en un juicio terapéutico razonado y teóricamente sólido, y dirigido tanto a la enfermería como a los pacientes para aumentar, mantener o recuperar la independencia. La misma es el nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer necesidades básicas, según su edad, etapa de desarrollo, sexo y su situación de vida y salud.

Figura 2 Necesidades Básicas de Virginia Henderson



Nota: <https://www.emaze.com/@aotrtwqtw>

Una característica de este modelo es que evita la práctica rutinaria. Debido a que tiene que adaptarse a cada persona, y si han alcanzado o no el máximo desarrollo de su potencial o tal vez el desarrollo insuficiente es inadecuado para satisfacer las necesidades según su edad, etapa de desarrollo, sexo y su situación de vida y salud, causado por la falta de fuerza, conocimiento y voluntad.

Por otro lado, se trata el concepto de Autonomía, considerada como la capacidad física e intelectual de la persona que le permite satisfacer las necesidades básicas a través de acciones realizadas por ella misma. (Prado, et al., 2014).

Sobre el concepto de agente de autonomía asistida, se puede decir, que este nombre se designa a la persona o familiar que significa que cuando el usuario carece de la física o. intelectual necesario, el agente de autonomía asistida realiza para él ciertas acciones encaminadas a satisfacer las necesidades que pueden ser sustituidas en cierta medida como ayudarlo a respirar, comer, beber, eliminar, moverse, mantener una buena postura, vestirse y desvestirse, mantener la temperatura corporal, preservar la piel y desinfectar las membranas mucosas para crear un ambiente seguro.(Rojas , et al., 2007)

El concepto de diferencia entre falta de autonomía y falta de fuerza, se puede promover como la distinción entre los dos es la falta de fuerza en el último, debido a que la persona no puede hacer algo en ese momento, pero tiene a alguien a su lado que lo ayuda a que

mantenga el potencial para desarrollarse y se puede suponer que lo hará. Se volverá más independiente o lo recuperará. el opuesto es verdad.

La falta de autonomía de la persona por su edad, así como la falta de capacidad o autosuficiencia en el desarrollo de las tareas requeridas que ha perdido. temporalmente (como en el caso del enfermo intervenido quirúrgicamente. requiere algunos días de suministro, pero no requiere desarrollo, a pesar de perder temporalmente sus habilidades, todavía las tiene (Morfi, 2010).

En la concepción de protestas por la independencia, se puede decir, que son comportamientos apropiados o indicadores de esos comportamientos; dependiendo de su edad, sexo y etapa de crecimiento y situación habitacional los pacientes tienen diferentes necesidades básicas. Los datos que se entienden por un indicador de comportamiento son datos a los que no se hace referencia. se relacionan directamente con el comportamiento de la persona. La relación altura-peso, por ejemplo, no es un comportamiento, sino una información indicadora sobre qué tan bien la dieta de una persona se ajusta a su presupuesto energético.

El concepto de los signos externos de la dependencia, se pueden tomar como las acciones que realiza la persona de forma insuficiente o suficiente para cubrir las necesidades, tanto en el presente como en el futuro, según su edad, su sexo, su etapa de desarrollo y su

situación de vida y salud. (Backes, et al., 2010).

Datos a tener en cuenta. Estos hechos son pertinentes a la asistencia sanitaria. estos pueden variar de acuerdo al tiempo e incluir tanto al usuario como al entorno de la persona cuando ingresa al hospital y debe introducir cambios en su dieta. Por ejemplo: preferencias alimenticias cuando estás lo requieran.

El desafío surge de las patologías muy graves de los pacientes, cada una de las cuales requiere un enfoque de atención único. En fin, Cada paciente responde de manera diferente y única. Una enfermera calificada debe ser consciente de que el mismo comportamiento en varios pacientes puede indicar necesidades muy diferentes, y debe preocuparse más por aquellos que no pueden expresar su necesidad de asistencia.

Los profesionales de enfermería enfrentan desafíos en cuanto al tipo de atención que deben brindar para atender todas las necesidades de los pacientes y sus familias dada la complejidad de los cuidados que requieren los pacientes ingresados en estos establecimientos. La gestión regular de la atención sin una evaluación precisa y completa del paciente puede tener un impacto en la atención individualizada y cambiar su integridad, seguridad y satisfacción.

Las intervenciones básicas que reemplazan las actividades de la vida diaria se realizan como parte de los cuidados de enfermería al paciente crítico, así como las intervenciones avanzadas que apoyan el

mantenimiento del estado clínico o la recuperación de la salud. Incluye, entre otras cosas, crear un ambiente físico y mental confortable que promueva actividades como el descanso, el sueño, la nutrición, la higiene y el respeto. Un deber fundamental de los profesionales de enfermería, según Curtis y Wiseman, es mantener estos componentes durante todo el cuidado del paciente, ya que tienen un gran impacto en los resultados clínicos y la satisfacción del paciente.

Para brindar una atención individualizada, competente y suficiente, esto requiere una profundidad en el conocimiento científico que sustenta las intervenciones de enfermería y una experiencia clínica significativa. Es importante comprender que es necesario un delicado equilibrio entre los componentes científico, técnico y humano de la atención para responder a la singularidad de los problemas fisiológicos, psicológicos y emocionales que confluyen en los pacientes críticos.

Los profesionales deben usar todas sus habilidades para observar, defender y brindar una atención segura que también fomente la comodidad y el bienestar (Coyer, et al.2007).

Cabe señalar que, debido a la modernización de la atención médica y la experiencia y especialización de los profesionales de enfermería en campos como emergencias o cuidados intensivos, muchas enfermeras ahora dedican una cantidad significativa de su

tiempo a administrar tecnologías de punta o tareas que solo están vagamente relacionadas con atención al paciente.

Por ejemplo, dedican su tiempo a tareas administrativas como el pedido de insumos y equipos o la gestión del equipo interdisciplinario, lo que reduce el tiempo dedicado a la atención directa y favorece su delegación u omisión, especialmente cuando se trata de atención básica.

1.5 Procesos Básicos de la Enfermería en el Área de UCI

Figura 3 *Procesos básicos de la enfermería en el área de UCI*



Nota: https://cdn.euroinnova.edu.es/img/subidasEditor/fotolia_97636072_subscription_xx1-1624876801.webp

Los cuidados intensivos son esenciales, para cualquier ser humano que sufre o tiene una afectación grave en su cuerpo ya sea por accidente o enfermedad. La enfermería en cuidados intensivos brinda atención basada en evidencia con una combinación de habilidades,

información y actitudes frente a una variedad de situaciones intensas, ver figura 3. La enfermeras o enfermeros que se ocupan de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), reciben una formación especializada y oportuna en cuidados intensivos, las mismas están preparadas para realizar las tareas y cumplir los objetivos asignados a cada paciente (Velasco, et al., 2017).

A pesar de la complejidad de la situación, se piensa que esta posición es altamente especializada porque implica utilizar las herramientas adecuadas para atender a pacientes que tienen un pronóstico funesto y un alto riesgo de desarrollar complicaciones. A pesar de la complejidad de la situación, se piensa que esta posición es altamente especializada porque implica utilizar las herramientas adecuadas para atender a pacientes que tienen un pronóstico funesto y un alto riesgo de desarrollar complicaciones.

1.6 Procesos de la Enfermería

1.6.1 Valoración

Los datos objetivos y subjetivos se utilizan como guía en la valoración del paciente y deben recopilarse, junto con la información requerida para poder clasificarlos y organizarlos. averiguando los factores relevantes y señaladores en cada situación. Su propio problema está presente, al igual que aquellos que hacen el caso potencial de la existencia de un problema que necesita ser manejado

por otro experto. Este proceso se puede apreciar en la figura 4.

Figura 4 *Valoración al paciente*



Nota:

https://cdn.euroinnova.edu.es/img/subidasEditor/fotolia_97636072_subscription_xl-1624876801.webp

1.6.2 Diagnóstico para Enfermeros.

El diagnóstico, ofrece los estándares necesarios para determinar si hay o no una desviación de los patrones habituales, según sea el caso. Si la respuesta es no, finaliza la intervención de enfermería; en caso afirmativo, se analizan las pistas, para sacar conclusiones, interpretarlas y enunciarlas para crear, probar y formular hipótesis.

El juicio clínico de la enfermera en una situación dada es lo que importa. A través de intervenciones elegidas por problemas con la salud se resuelven, lo que definen el desempeño de enfermería como esfuerzos hacia el logro de objetivos y que la enfermera es

responsable. Se describe el problema determinado por la enfermera o el enfermero usando lo relacionado con (r/c), para identificar la causa o la información fáctica o ficticia manifestada por (m/p).

Se emplean las clasificaciones de los Diagnósticos de enfermería de acuerdo con el modelo de Virginia Henderson que identifica problemas asociados con cuestiones de independencia y problemas con la autonomía que reflejan una falta total o parcial de capacidad física o mental del usuario para realizar por su cuenta las acciones necesarias y satisfacer sus requisitos fundamentales y la ausencia del cuidador.

La incapacidad puede ser provocada por la vejez o por la pérdida a corto plazo relacionada con la enfermedad. Se proporciona un papel de reemplazo o apoyo para la enfermería.

De acuerdo con los requerimientos del usuario se detectan problemas con la independencia, los mismos se separan en:

- **Diagnósticos precisos:**

Muestra instancias donde el usuario ha perdido o no está en su mejor momento de desarrollo de su capacidad de independencia, satisfacción de las necesidades fundamentales.

Donde existen causas subyacentes. provenientes de una o más áreas relacionadas con la dependencia.

- **Diagnóstico de riesgos:**

Especifican instancias donde la independencia del usuario está

a punto de desaparecer.

De nada surgen síntomas de dependencia, o están a punto de hacerlo. debido a ciertas circunstancias, aparecen en el futuro.

- **Diagnósticos para la salud.**

El nivel de puede ser elevado por el usuario, demuestra comportamientos apropiados y el desarrollo de su potencial, pero ella puede y quiere hacerlos mejores.

- **Problemas con la colaboración:**

Son esos problemas de salud reales o potenciales. Nosotros los llamamos. problemas interconectados o problemas potenciales, en los cuales la enfermera o enfermero debe realizar la tarea porque el usuario la necesita. El curso de tratamiento se debe llevar según sea recomendado por el médico y las medidas preventivas, todo depende principalmente de la patología del paciente. Henderson (1985).

El tratamiento médico y la aplicación de gestión de la solución, así como la evolución de la situación patológica son de gran interés mostrar. Existen pocas diferencias entre unos pacientes y otros cuando están presentes o se encuentran exactamente en la misma circunstancia. Estos problemas son más simples al estandarizado.

Es crucial estar de acuerdo con las recomendaciones de los médicos porque son los efectos secundarios más comunes asociados con estos. Las circunstancias patológicas, así como su diagnóstico y atención determinan qué medidas de prevención y control son las más

recomendables.

Aunque la enfermería es totalmente responsable de sus elecciones, el médico está a cargo del resultado final. Para ello, es necesario utilizar la terminología y describir las circunstancias.

Es posible que los problemas ya existan o que realmente existan (PI) o que no lo sean. El problema debe ser monitoreado o evitado si es posible porque aún no existe. En la figura 5.

Figura 5 *Diagnóstico como parte de la valoración*



Nota:

https://cdn.euroinnova.edu.es/img/subidasEditor/fotolia_97636072_subscription_xxl-1624876801.webp

1.6.3 Planificación

Esto implica identificar y establecer prioridades de acuerdo a los objetivos a alcanzar y responde al mejor curso de acción para cumplirlos. Uno debe diferenciar entre los problemas al crear

objetivos, la colaboración se presta porque la enfermera no es la única responsable en establecer en términos de identificar síntomas y signos y tomar medidas preventivas. Lo que dirigen son las metas de los diagnósticos de enfermería.

Las formulaciones deben hacerse en función de la actuación de enfermería y el comportamiento del usuario, no de enfermería. Hay objetivos para hacer diagnósticos reales y de salud que conllevan a un riesgo. Las preocupaciones con la autonomía son abordadas por el enfermero o la enfermera.

Una vez establecida la capacidad del paciente y la asistencia requerida, se procederá a su participación. Se involucran en ello el equipo de profesionales, en la figura 4.

En la medida de lo posible bajo su custodia, al usuario si el paciente no tiene autonomía, se decide la identidad de cada individuo si actuará como agente de la autonomía asistida la enfermera se asegurará de estar informada si algo no le resulta familiar, si carece de los recursos, ambos son obligatorios para realizar las actividades necesarias. Las intervenciones se planificarán para abordar los conocimientos o las habilidades para construir la capacidad.

De esta manera, es posible abordar los problemas con independencia de la orientación del problema o de sus causas e influencias factores son causantes educativos, motivadores o de desarrollo de dificultades.

En términos de nivel, reflejan el resultado esperado lo que sigue un crecimiento en la propia capacidad de independencia. Si hay intervenciones, entonces difieren del peligro real o problemas de salud. Se debe hacer elección de intervención y actividad: Ambas partes deben dar su consentimiento.

Dependiendo de la naturaleza de los problemas, cambiarán las conversaciones con el usuario y la familia. Tal como se aprecia en la figura 6.

Figura 6 Planificación de la atención del paciente



Nota: Fuente, https://cdn.euroinnova.edu.es/img/subidasEditor/fotolia_97636072_subscription_xx1-1624876801.webp

1.6.4 Ejecución

La ejecución del plan de cuidados es donde se ubica la enfermería. Ofrecer sus servicios ahora, implica planificar, ejecutar y

registrar; tanto los resultados como el rendimiento hay que darle la máxima importancia a la participación del individuo o de la familia en el proceso de toma de decisiones cuando se debe hacer el cuidado. Las intervenciones se ven impactadas por el modelo elegido. Para llevar a cabo las actividades, éstas deben ser cuidadosamente seleccionadas. En la figura 7 se aprecia la ejecución.

Figura 7 *Ejecución del plan de cuidados*



Nota: https://cdn.euroinnova.edu.es/img/subidasEditor/fotolia_97636072_subscription_xxl-1624876801.webp

1.6.5 Evaluación

La fase de evaluación es donde se determina la eficacia de la intervención. cuando se trata de lograr las metas sugeridas, por el enfermero.

La Evaluación consiste en evaluar la situación actual del usuario y hacer la comparación de los objetivos para emitir una sentencia y

mantener, modificar o determinar el horario de atención. Con la fase de evaluación, el modelo adoptado dirige los datos objetivos durante la evaluación y pruebas arbitrarias requeridas para determinar el estado de salud de la persona.

La calidad de la atención a pacientes obstétricos y quirúrgicos son evaluados de acuerdo a la estructura, el proceso y los resultados de las actividades de enfermería. (Castrillón et al., 1997) Hay poco desarrollo disciplinario para las enfermeras, donde el enfoque de la enfermería está en el comportamiento médico y no se abordan los aspectos humanísticos de la enfermería.

Las enfermeras no se dan cuenta de que el proceso de enfermería es un método de planificación y evaluación del cuidado. Asimismo, las actividades de enfermería son delegadas a paramédicos sin seguimiento y evaluación en algunos países (Castrillón et al., 1997)

Dentro de este orden de ideas, se destacan las condiciones ambientales que afectan la satisfacción del personal de enfermería y perjudican la calidad de la atención prestada a los pacientes, como el número insuficiente de personal de enfermería en relación con el número de pacientes visitados, rupturas correspondientes a este último. hay pocas empresas y, entre otras cosas, faltan controles de salud periódicos para las personas expuestas a riesgos laborales (Leape, et al., 2002).

Se puede ver que el foco de la evaluación de enfermería está en

evaluar la estructura, el proceso y los resultados, y en los últimos años se ha prestado atención al seguimiento de los errores de enfermería. Mejorar la atención a través de la calidad y los estándares de excelencia técnica, científica y humana requiere que las enfermeras respondan al entorno institucional en el que se brinda la atención, las relaciones entre las enfermeras y los destinatarios de los cuidados y las experiencias que los rodean.

La práctica de enfermería trae mayor satisfacción tanto a las enfermeras como a los beneficiarios de los cuidados (Barach, et al., 2005). En la figura 8 se observa la evaluación de la intervención.

Figura 8 *Evaluación de la intervención*



Nota: https://cdn.euroinnova.edu.es/img/subidasEditor/fotolia_97636072_subscription_xxl-1624876801.webp

1.7 Enfermeras que brindan Apoyo Emocional a Pacientes en Unidades de cuidados intensivos

Para interpretar las señales verbales y no verbales del paciente, la enfermera debe tener un alto nivel de sensibilidad. Esto se conoce como apoyo emocional.

Por lo tanto, es posible determinar cómo el paciente ve la enfermedad, el proceso de hospitalización y tratamiento, así como brindar seguridad, al tener una adecuada comprensión de estas manifestaciones (Oriá, et al., 2004).

Los profesionales de la salud deben ser atentos, buenos oyentes y estar dispuestos a tocar y consolar a los pacientes para brindarles un apoyo emocional de alta calidad. En detrimento de los componentes psicosociales y emocionales que permean la relación enfermero-paciente, el cuidado es esencialmente instrumental debido a la falta de una definición clara de lo que es apoyo emocional en la práctica asistencial (Arone, 2007).

Asimismo, entender el apoyo emocional como un tipo de atención con la comodidad, el bienestar y el bienestar del paciente como sus objetivos principales es esencial. En consecuencia, el cuidado debe ser minucioso, teniendo en cuenta la totalidad y complejidad del ser humano, abarcando tanto la dimensión física como la psíquica (Espinh, et al., 2008), y combinando el cuidado instrumental (medicamentos, apósitos e higiene, entre otros) con el

cuidado expresivo, que incluye los aspectos de apoyo psicosocial, relacional y emocional (Texeira, 2004).

Dado que fomentar el apoyo emocional ha ayudado a los pacientes a recuperarse, los cuidados instrumentales y expresivos deben trabajar en conjunto y complementarse³ para disminuir o incluso eliminar el sufrimiento físico y emocional que genera el proceso. una estadía en el hospital y una enfermedad (Bertone, et al., 2007).

Además de experimentar cambios y rupturas en sus relaciones y vida diaria mientras está en el hospital, el paciente también experimenta miedo, inseguridad, ansiedad y expectativas que tienen el potencial de obstaculizar su capacidad de adaptación y curación. (Fighera, et al., 2005).

En esta situación, las enfermeras deben asumir el papel de facilitadoras del proceso de hospitalización, manteniéndose en contacto directo y constante con los pacientes y brindando una asistencia integral que incluya no solo la atención médica sino también el apoyo emocional.

1.5 Cuidados Básicos e Enfermería en Circunstancias Críticas

Los profesionales de enfermería deben realizar cuidados básicos en cualquier área de cuidados médicos o quirúrgicos agudos; no hacerlo o delegarlo en otros podría perjudicar a los pacientes (Laverde, 2009). Burns lo trae a colación cuando se refiere de nuevo a

Nightingale, quien dijo que los cuidados básicos de enfermería efectivos son la piedra angular de los procedimientos de atención, por lo que es crucial retomar su implementación (Burns, 2012).

Se afirma que cuantos más profesionales de enfermería haya, se prevé una mayor y mejor implicación en las actividades básicas de cuidado, demostrándose su trascendencia, la necesidad de evitar su delegación y la urgente necesidad de retomarlas como actividades centrales del rol profesional (Cho, et al., 2009).

Las actividades de enfermería incluyen la promoción de la deambulación, la alimentación, la enseñanza, la planificación del alta, el apoyo emocional, la higiene, la vigilancia, la movilización y el cuidado de la cavidad oral y los catéteres. Los profesionales que realizan estas tareas a tiempo reducen la probabilidad de resultados desfavorables como infecciones vinculadas a la atención médica o lesiones en la piel, factores que están fuertemente vinculados a la morbilidad, mortalidad y costos para el sistema de salud (Quiroz, 2009). \brindar a los pacientes atención básica genera mejores resultados.

Además, parece que tienen un conocimiento profundo sobre la realización de procedimientos como el lavado de manos, la higiene bucal, la preparación preoperatoria de la piel, el baño en la cama y la atención relacionada con la incontinencia, pero menos conocimiento sobre la documentación de los impactos de los resultados. (Clarke,

2007) de estas acciones.

De manera similar, es fundamental que los profesionales de enfermería vuelvan a brindar atención básica, realicen un seguimiento de los beneficios para los pacientes y evalúen los resultados de la delegación o el bajo rendimiento (Kalisch, 2006). Una buena atención de enfermería también requiere suficientes suministros, equipos, tiempo, protocolos, seguimiento y documentación. Pero según Kalish, la atención básica de calidad también requiere que el profesional tenga una comprensión clara de cómo su trabajo se relaciona con su papel como cuidadores.

1.7.1 Para los pacientes críticos, la higiene es un cuidado fundamental.

Los cuidados relacionados con la higiene, además de ser muy valorados por los pacientes de las unidades de cuidados intensivos, son una actividad fundamental, característica del papel que desempeñan los profesionales de enfermería y es un indicador que afecta la forma en que las familias perciben la calidad de la atención.

Una intervención llamada higiene del paciente tiene como objetivo promover la comodidad y el bienestar al mismo tiempo que sirve como defensa contra las infecciones. Los profesionales de enfermería pueden evaluar al paciente en términos de estabilidad de la condición clínica, cambios en el estado de la piel y la cavidad bucal,

permeabilidad de las vías respiratorias, nivel de dependencia, movilidad, estado nutricional, patrones de sueño y experiencias de dolor, entre otros. cosas (percepción de su condición o estado de ánimo, necesidades psicosociales).

El profesional de enfermería debe mantener la independencia del paciente, asegurar su privacidad, mostrar respeto, fomentar la expresión de necesidades e involucrarlo en el autocuidado en la prestación de este cuidado para contribuir a su comodidad, seguridad, bienestar y dignidad (Curtis, 2008). Con base en esta evaluación, es posible crear medidas que protejan al paciente de riesgos y amenazas. Se ha establecido que el mantenimiento de la dignidad del paciente durante estas intervenciones promueve el confort emocional, lo que a su vez promueve la curación (Gutiérrez, 2007).

Cabe señalar que los pacientes deben recibir el nivel de asistencia que requieren para satisfacer sus necesidades específicas de higiene personal; sin embargo, este aspecto puede diferir entre personas y culturas porque depende de factores socioeconómicos y culturales, el conocimiento de la salud y la higiene, la edad, la condición física y la condición mental.

Al respecto, se puede demostrar que, por ejemplo, bañarse puede ser relajante o estresante según los valores, creencias, cultura, estado mental y experiencias previas de los pacientes; para algunos es una fuente de placer, rejuvenecimiento y lujo, mientras que para otros

puede interpretarse como un comportamiento agresivo que provoca ansiedad o miedo.

La técnica utilizada en los procedimientos de higiene, que suele elegirse a criterio del profesional y no en función de las necesidades o preferencias de los pacientes, provoca ansiedad, miedo e insatisfacción en muchos pacientes (Matiti, et al., 2008).

En la práctica real, es frecuente ver a personal auxiliar o recién titulado realizando tareas rutinarias, mecánicas e instrumentales sin tener en cuenta las circunstancias del paciente. Las intervenciones de enfermería continuamente se adaptan a las rutinas y requerimientos de los profesionales y servicios. Algunas facetas del cuidado de enfermería se consideran poco atractivas, debido a que son desagradables, repetitivas y físicamente agotadoras.

Es posible que el profesional de enfermería a cargo del cuidado del paciente pierda información importante y pierda la oportunidad de fortalecer la relación enfermera-paciente si el baño en la cama, una tarea enfocada en la higiene y la comodidad, se le asigna a un miembro del equipo auxiliar (Salvadores, 2002).

Por ejemplo, según algunos estudios, no hay acuerdo sobre la frecuencia y la duración de los baños en la cama entre el personal de enfermería o entre instituciones, y no hay evidencia del daño que esta práctica causa a los pacientes.

Los pacientes son bañados en la noche o en la madrugada en

algunas instituciones por la carga de trabajo y factores organizativos que incentivan esta práctica, como las rondas médicas, la participación de profesionales del equipo interdisciplinario, la transferencia a tratamientos y procedimientos, y las prohibiciones de personal que usa el baño en otros momentos del día.

Es necesario revisar la gestión del cuidado en entornos críticos a favor de las necesidades, el bienestar, la seguridad y la comodidad de los pacientes porque estos factores están reñidos con sus necesidades y preferencias (Coyer, et al., 2007).

Los profesionales de enfermería deben priorizar las medidas de higiene en un paciente crítico e inestable, lo que puede resultar difícil. La evaluación y el juicio profesionales son cruciales porque, en algunos casos, la interrupción del sueño, la estabilidad hemodinámica, la labilidad a la manipulación y la regulación de la temperatura pueden ser más pertinentes para la condición clínica del paciente. las siguientes circunstancias (Castledine, 2005).

La higiene corporal es un procedimiento que necesita ser monitoreado y controlado cuidadosamente, especialmente cuando se trata de pacientes críticos a los que se les deben evitar eventos adversos (Celik, 2005).

Se ha encontrado que el baño del paciente es uno de los momentos en que ocurren más eventos adversos, en su mayoría durante o una hora después, por lo que se requiere la intervención del

profesional de enfermería para la prevención, el reporte y la búsqueda de una mejoría. plan que disminuya la morbilidad y mortalidad de los pacientes críticos asociados a este procedimiento (Robles, 2002).

Según la revisión de la literatura, existen cambios en la frecuencia cardíaca, desaturación, hipertensión intracraneal, mala adaptación de la ventilación mecánica, saturación de oxígeno periférica y venosa, presión de enclavamiento pulmonar, fibrilación ventricular y paro. cardiorrespiratorio (Sorimach, et al., 1999).

Dado que lograr resultados relacionados con la comodidad y el bienestar es una de las principales metas de la realización de procedimientos de higiene, es importante resaltar que la comodidad del paciente es una meta terapéutica de la práctica de enfermería y una función primaria de enfermería.

Este es un componente clave de la atención que brindan los profesionales que trabajan en entornos críticos, físico y psicoespiritual, Las necesidades socioculturales y de confort ambiental de los pacientes en unidades de cuidados intensivos son amplias. Los enfermeros como principales cuidadores del paciente en el ámbito hospitalario, las enfermeras son las responsables de resolverlas.

Las acciones realizadas para satisfacer las necesidades higiénicas se consideran cuidados básicos de enfermería porque están integradas en la rutina diaria de los cuidados básicos de enfermería y,

si se realizan correctamente, transmiten contacto y presencia individual (Kolcaba, 2006).

En consecuencia, los profesionales de enfermería deben asegurarse de que las necesidades básicas de higiene de los pacientes sean satisfechas, no solo a expensas de la correcta ejecución de la técnica, sino también a partir de intervenciones de enfermería respaldadas por el conocimiento de enfermería, que estén alineadas con las políticas institucionales y que fomenten el respeto y la dignidad. para todos los pacientes (Downey, et al., 2008).

1.8 Terapia Intensiva

El surgimiento de las unidades de cuidados intensivos y, posteriormente, de esta especialidad, se desencadenó por la concentración geográfica de pacientes graves que se encontraban en peligro inminente o potencial de muerte. El paciente crítico es el paciente que recibe cuidados, y el eje central de esta modalidad de tratamiento es el soporte vital, cuyas características ya se han mencionado (Gherardi, 2009).

La atención especializada por parte de anestesiólogos se ha concentrado en las unidades de vigilancia posoperatoria de todo el mundo, lo que ha conducido a la alta mortalidad post operatoria de la cirugía cardíaca.

Evitar la muerte inminente es el primer y único objetivo en estos

espacios, lo que se logra mediante el uso del soporte vital adecuado (intubación, respirador, marcapasos, entre otros) y el seguimiento de todos los procesos vitales que puedan verse afectados en el momento o de forma inmediata.

La introducción de este nivel de atención extremadamente complejo en la medicina no solo permite la supervivencia de muchos pacientes que antes estaban destinados a una muerte segura, sino que también brinda a muchos más pacientes la oportunidad de someterse a peligrosos procedimientos clínicos y quirúrgicos en un entorno seguro. que los hacen prácticos y confiables (Álvarez, 1998).

Las UCI, o unidades de cuidados intensivos, se establecieron como una forma de atención basada en la disponibilidad de soporte vital que podría usarse para sustituir o reemplazar los diversos órganos, sistemas y funciones del paciente.

Estas habitaciones se instalaron en el área clínica de hospitalización más segura de una organización hospitalaria diseñada con un sistema de atención progresiva para controlar la amenaza real o potencial de muerte en medio de una enfermedad que acaba de comenzar, durante la evolución de una que ya ha pasado. conocido, o contra el riesgo derivado de la indicación de cualquier procedimiento médico o quirúrgico (Rubio, 2013).

1.8.1 Cuidados de Enfermería al Paciente con Traqueotomía

Una traqueotomía es una técnica quirúrgica a través de la cual se realiza una incisión. Se inserta debajo del cartílago cricoides (entre el segundo y cuarto anillos traqueales). Se hace la intubación, en la que se aíslan las vías respiratorias superiores; la traqueotomía puede ser temporal o para siempre dependiendo del caso del paciente.

En la unidad de cuidados intensivos, los pacientes pueden necesitar una traqueotomía por varias razones: Obstrucción de las vías respiratorias superiores, lesiones orales, faciales o de las vías respiratorias superiores (por ejemplo, traumatismos graves, quemaduras), haciendo al paciente intolerante a la intubación endotraqueal, disminución del nivel de conciencia que requiere ventilación mecánica prolongada, enfermedades pulmonares crónicas con trastornos de ventilación mecánica a repetición.

En algunos casos la traqueotomía facilita la aspiración de secreciones traqueobronquiales.

1.8.2 Tipo de Tubo de Traqueotomía

En la unidad de cuidados intensivos se utilizan tres tipos de cánulas de traqueotomía:

- ✓ Cánula Shilly con balón (ver figura 9)
- ✓ Aguja hueca
- ✓ Aguja de plata promueve la traqueotomía cerrada y la

traqueotomía permanente

Figura 9 *Cánula de Shiley*



CAPÍTULO II

2 UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

La Unidad de Cuidados Intensivos, es la rama de la enfermería que examina específicamente cómo reaccionan las personas ante situaciones potencialmente fatales. Una enfermera con licencia trabaja en entornos donde los pacientes necesitan cuidados complejos, terapias e intervenciones intensivas, cuidados intensos y supervisión continua a este tipo de enfermeras o enfermeros se les conoce como enfermeros de cuidados intensivos.

Figura 10 *Unidad de cuidados intensivos*



Nota: Unidad de cuidados intensivos (UCI) de un hospital con un ventilador médico al lado de la cama.

Estos profesionales son responsables de garantizar que los pacientes en estado crítico y sus familias reciban la mejor atención

posible. Para brindar atención a los pacientes y facilitar y fomentar un entorno curativo, humano y afectuoso, se basan en conocimientos, habilidades y experiencia especializados (Aguilar, et al., 2017). En la figura 10 se puede ver en sus aspectos generales.

2.1 Objetivo

Recibir al paciente y comenzar la atención inmediata.

2.1.1 Preparación de la Sala o Habitación

- Informe al oficial de seguridad para mover la cama de la habitación al área designada entrada medida por unidad.
- Revisar equipamiento completo de la habitación:
- Inspeccione la entrada de oxígeno y ajústela según sea necesario y sistema de aspiración y humidificador.
- Bomba de infusión, un respirador y otros suministros deben estar listos.
- Sistema de diuresis horaria, módulo de presión y cables.
- En caso de que se requiera un respirador, arme una bolsa llena.
- (PEEP y Reservorio) y una mesa de succión.
- Lleve el carro de ECG dentro del espacio.
- Ponga el monitor en modo de espera y enciéndalo (figura 11).
- Crear historia clínica y tubos de analítica con su volante.

Figura 11 *Monitores paramétricos*



Los monitores de parámetros fisiológicos, también conocidos como monitores de pacientes o monitores de cabecera, son dispositivos electrónicos que miden, recopilan y muestran información sobre los signos vitales de un paciente durante un seguimiento continuo.

Dada la importancia de este dispositivo en la aplicación, deben proporcionar las capacidades de operación, visualización y comunicación necesarias para el personal médico y paramédico, así como para la práctica médica moderna. Actualmente, estos monitores recopilan información sobre varios parámetros fisiológicos y almacenan tendencias y eventos de arritmia.

La tendencia actual en los monitores de cabecera (no portátiles) es incorporar cada función en un módulo de modo que, si una función falla, el módulo fallido puede ser reemplazado por una simple operación mecánica. Las ventajas del dispositivo incluyen control de

software, monitoreo de arritmias, monitoreo hemodinámico y oportunidades para mejorar las relaciones con los usuarios (Kohn, 1997).

Figura 12 *Monitor central*



2.2 Acciones

- En la entrada de la unidad, salga para saludar al paciente.
- -Preséntate y llama a la paciente por su nombre.
- -Colóquelo en el espacio disponible y describa su ubicación.
- -Explique al paciente lo que se va a hacer.
- -Conseguir ayuda.
- -Monitoreo continuo de temperatura, presión arterial no invasiva y ECG, y pulsioximetría, registrando la información obtenida de la historia médica.
- Si es necesario, iniciar oxigenoterapia o instalar ventilación

mecánica.

- Compruebe si hay vías y canales venosos y/o arteriales. Colocar una vía venosa central, si es necesario.
- Revise si hay catéteres, heridas, ostomías, drenajes y otras condiciones.
- Identifique los que sean necesarios.
- Comprobaciones analíticas: Revisar el procedimiento de entrada (tema C1).
- ECG de 12 derivaciones. (18 si tiene una enfermedad del corazón).
- Radiografías del tórax.
- Si es necesario, ofrécete a tocar el timbre.
- El paciente y la familia son presentados y ambos son informados. (Reglamento de la unidad, teléfonos).
- Planificar y evaluar los cuidados de enfermería.
- Nota en el expediente médico del paciente.
- Seleccione "Cama", "Admitir" y "Admitir" en el monitor principal.
- Junto con el nombre completo, número de historial y fecha.
- Para guardar los datos, inicie sesión y presione "OK".
- La pantalla mostrará pacientes con enfermedades coronarias.
- Terminó en el monitor principal de EE. UU: Coronaria, Pulsar.

- Elija una habitación y haga clic en "Ver", "Pantalla completa" y "Admitir".
- Aceptar nuevo paciente Así es como se recuerda la información.
- A poder, un electrocardiograma de las 24 horas anteriores.
- Restauración de incidencias y/o arritmias.
- Establezca límites de alarma, fundamental y de arritmia.
- la computadora
- Solicitar la dieta.

2.3 Seguimiento del Paciente en UCI

El enfermero o la enfermera es el equipo responsable del seguimiento de los pacientes en la UCI, Por ello, debe conocer las complicaciones asociadas a índice de presión sistólica tiempo (SPTI) y ser capaz de evaluar diversas áreas. El equipo debe incluir al menos un médico y un kinesiólogo. Idealmente, el equipo debería incluir un psicólogo y un nutricionista, pero esto depende de las capacidades de la institución en particular (Angus, et al., 2002)

2.4 Frecuencia Cardíaca Continua y Electrocardiografía.

- Preparación del paciente
- Se debe explicar al paciente el procedimiento a realizar
- Limpia la piel y si considera afeitarla hágalo si es necesario

- Para aplicar los electrodos, colóquelos sobre superficies lisas y sin músculos
- Hacer el mayor contacto posible con los electrodos
- Intente evitar las articulaciones y minimizar los artefactos musculares. protuberancias esqueléticas
- Verifique la calidad de la señal y reemplace los electrodos si es necesario
- Conservar si es necesario, ya que la piel está irritada o la señal del ECG se está deteriorando
- La posibilidad de la misma ubicación
- Tener un monitor de cabecera
- Tener un monitor central
- Se observa una sola derivación en pacientes polivalentes
- Se aconseja utilizar la derivación II
- Se controlarán tres derivaciones en pacientes con enfermedad coronaria diferente. Se aconseja lo siguiente:
- La primera derivación es D II
- AVF o D III se registran en la segunda derivación
- Cualquier señal unipolar (V1 a V9 o V2r a V4r) es registrada por el tercer cable
- Se elige el filtro de ECG
- Si corresponde, elija MCP

- Verifique que las medidas de recursos humanos sean precisas
- Ajustar el voltaje para obtener la lectura correcta de, un cambio de derivación
- El complejo QRS y la onda P

2.5 Colocación de los electrodos

Los electrodos de electrocardiograma (ECG) son dispositivos que entran en contacto con el electrocardiógrafo del paciente. A través de ellos se obtiene información eléctrica para la impresión y análisis de electrocardiogramas.

Un electrocardiograma EKG/ECG (de Elektrokardigramm, Alemania) es una representación gráfica sistemática de la actividad eléctrica del corazón como un todo.

En otras palabras, mediante electrodos colocados en la piel, registramos cambios en el potencial eléctrico generado por los cardiomiocitos auriculares y ventriculares a lo largo del ciclo. (Duque, et al., 2008).

Para realizar un ECG estándar se colocan 10 electrodos, divididos en dos grupos: electrodos periféricos y electrodos precordiales. Con base en los datos que proporcionaron, se obtuvo un ECG de 12 derivaciones.

El ECG se registra en papel con una cuadrícula de referencia milimétrica formada por cuadrados de 1 mm de lado, con una línea de

doble grosor. Su colocación debe seguir el siguiente esquema, como se ve en la figura 13.

Figura 13 *Esquema de colocación de electrodos*



Nota: <https://yoamoenfermeriablog.com/2018/01/21/colocacion-de-electrodos-ecg/>

2.7 Formato Cabrera u Ordenado

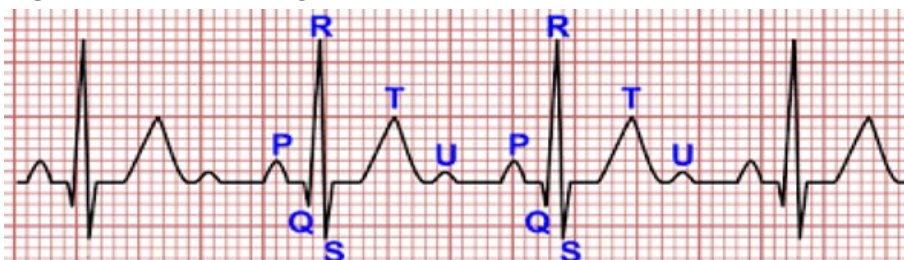
Algunos electrocardiógrafos tienen la capacidad de imprimir en este formato. Esto implica imprimir las derivaciones en papel en un orden diferente al habitual: aVL, I, -aVR, II, aVF, III, V1 a V6 (no I, II, III, aVR, aVL, aVF, V1 a V6), amplitud y velocidad de registro. Hay algunos parámetros predeterminados que se necesitan para comparar registros y están disponibles de forma predeterminada. En las figuras 14 y 15 se aprecia el formato.

Figura 14 *Formato de Cabrera*



Nota: Electrocardiograma de doce derivaciones obtenido con el formato de Cabrera en una persona sana. Obsérvese la derivación – aVR.
<http://132.248.9.34/hevila/Avances/2010/vol7/no21/6.pdf>

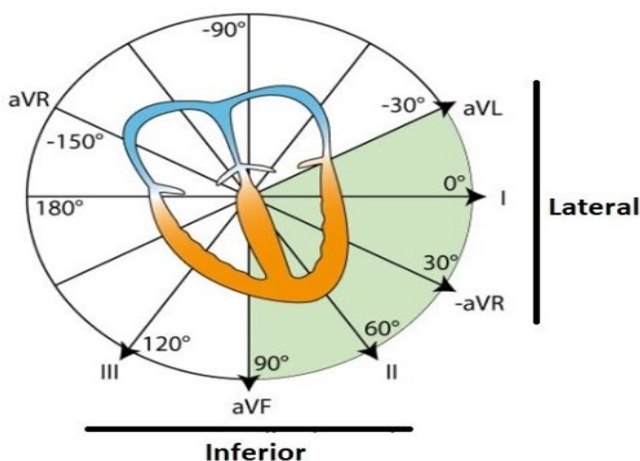
Figura 15 *Electrocardiograma*



Nota: <https://yoamoenfermeriablog.com/2018/01/21/colocacion-de-electrodos-ecg/>
Cabrera usó la derivación aVR, pero también incluyó -aVR por su opuesto. De esta manera, se investiga la región entre 0o de I y 60o de II que estaba "vacía".

Además, al imprimir las derivaciones en este orden, se organizan las derivaciones de las extremidades para que aparezcan en un orden anatómicamente más correcto en un corazón real, con las laterales apareciendo primero, seguidas por las inferiores y luego las precordiales.

Figura 16 *Derivaciones del Formato de Cabrera*



Nota: <https://ekgecho.de/thema/das-cabrera-format-des-12-kanal-ekg-und-ableitung-avr-anstelle-von-avr/>

Las derivaciones precordiales se disponen en el método típico, explorando el tabique, la pared anterior y la pared lateral. De esta forma, las derivaciones de las extremidades también exploran el corazón de manera ordenada.

Por otro lado, el equipo médico electrónico que se utiliza para este estudio se denomina electrocardiógrafo y consta de cables o electrodos y un dispositivo de registro. Los electrodos se colocan sobre la piel del paciente, generalmente en lugares predeterminados, para que podamos obtener registros comparables (ver figura 17).

Colocando correctamente los cables, es posible obtener 12 hilos, de manera que cada hilo es como una ventana por la que miramos y obtenemos una vista parcial del objeto, y cada vista nos da algo que la otra no nos da cosas diferentes, pero es su propio tiempo, teniendo en

cuenta todos los puntos de vista, obtenemos una imagen completa del objeto (Bayes, et al., 2010).

Figura 17 *Equipo médico electrónico*



Nota: <https://yoamoenfermeriablog.com/2018/01/21/colocacion-de-electrodos-ecg/>
Por ello, en este libro se decide explicar de forma sencilla la colocación de los electrodos del ECG, ya que como profesionales de la salud debemos esforzarnos siempre por mejorar o mejorar la calidad de ejecución de cada técnica, especialmente cuando se trata de realizar un ECG como; nos ayuda a reducir malentendidos y mejorar la calidad de los diagnósticos médicos. Antes de realizar un estudio al paciente, es importante tener en cuenta:

- Calibración correcta del dispositivo.
- Preparación adecuada del paciente.
- Colocación precisa de electrodos.

Este tipo de monitorización ofrece un método para determinar la tendencia de los cambios del segmento ST que ofrecen un signo preliminar de isquemia.

Pero se debe recordar que los ECG y EASI y sus mediciones son aproximaciones de los ECG tradicionales de 12 derivaciones, como se aprecia en la figura 18.

No se recomienda utilizar el ECG de 12 derivaciones obtenido con EASI para interpretaciones diagnósticas porque difiere ligeramente de un ECG de 12 derivaciones convencional obtenido de un electrocardiógrafo. La respiración se puede medir entre los electrodos I y A (rojo y verde) y se puede monitorear con la colocación de EASI.

Figura 18 *Monitorización del paciente*

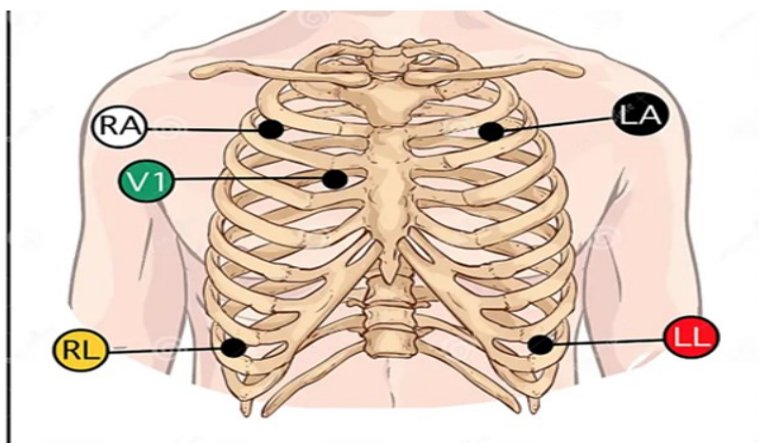


Nota: <https://yoamoenfermeriablog.com/2018/01/21/colocacion-de-electrodos-ecg/>

2.6 Configuración de cinco (05) latiguillos

- **Rojo:** Línea media clavicular derecha, directamente debajo de la clavícula.
- **Amarilla:** Línea media clavicular izquierda, directamente debajo de la clavícula.
- **Verde:** Línea media clavicular izquierda, 6°-7° espacio intercostal.
- **Negro:** Línea media clavicular derecha, 6°-7° espacio intercostal. Blanco: 4° espacio intercostal, borde izquierdo del esternón. En paciente de S.C.A. según localización Isquémica (Ver figura 19).

Figura 19 Configuración de la ubicación anatómica de los cinco latiguillos



Nota: <https://es.dreamstime.com/vector-el-ejemplo-de-una-colocaci%C3%B3n-del-electrodo-ventajas-image122518845>

2.7 Módulo de Arritmias y Alarmas.

El uso de las herramientas adecuadas al lado de la cama y más allá puede ayudar a mejorar la salud del paciente crítico. La eficiencia de UCI al estandarizar los flujos de trabajo, un enfermero o enfermera es brindar un servicio adecuado con herramientas que facilitan la toma de decisiones médicas y reduzcan la fatiga por ansiedad al tiempo que aumentan el rendimiento de los pacientes.

El manejo de pacientes críticos y especiales puede ser muy desafiante. Cuando los médicos enfrentan el desafío de hacer más con menos, la tecnología puede aumentar su eficiencia. La estandarización de los procesos de trabajo es esencial (spacelab, 2013). En los módulos de arritmias y alarmas se debe actuar de la siguiente manera:

- ✓ Guarde e imprima el símbolo ASI (asistolia). VP nivel de alarma.
- ✓ Para imprimir y guardar, haga clic en (fibrilación ventricular). Algo así como
Advertencia VP.
- No hay una configuración predeterminada para ASI o FV. Np se pueden poner en OFF por defecto
- Imprima y guarde la página si el paciente tiene taquicardia ventricular. Grado de alarma VP.
- Apagar e imprimir el número para RIVA, RUN, PAR, BGM,

PAUS y ARTF. CVP/min: configurar en Apagado.

- Mire el gráfico de tendencia para vigilancia ST, notando los cambios que trae cada turno.
- En el gráfico, se registra. Apagar la configuración predeterminada.
- Ritmo cardíaco: se realizará un seguimiento continuo hasta que el paciente esté dado de alta. El monitor siempre estará encendido (ver figura 20).

Por defecto, hay un límite superior de 120 y un límite inferior de 40. HE. Se personalizan los valores de los límites de alarma según sea necesario en todos los pacientes. Se modificarán los límites superior e inferior 20 latidos más o menos.

Figura 20 *Monitoreo permanente para detectar arritmias y alar mas*



Nota: <https://spacelabshealthcare.com/es/unidad-de-cuidados-intensivos/>

2.8 Causas Potenciales de los Artefactos de Monitoreo.

Desafortunadamente, estamos asistiendo a un proceso gradual de declive interno de la profesión, a veces debido a la falta de coherencia, apoyo y sentido común entre los distintos niveles del personal médico y administrativo que, a menudo, emiten órdenes inapropiadas, a veces los monitores no se emplean como debe ser (Castillo, et al., 2007).

- Tanto el gel como el medio de contacto están secos.
- La preparación de la superficie del electrodo es insuficiente.
- La preparación de la piel es mala.
- Las mangueras están mal conectadas a las derivaciones.
- De otros dispositivos internos, hay interferencia eléctrica en la habitación.
- La conexión a tierra no es lo suficientemente fuerte.
- La onda P y el complejo tienen un doble desencadenamiento.
- Debido a un exceso de, la onda T y el QRS tienen la misma altura, cambiar a una derivación diferente o reajustar en este caso, expansión.
- El complejo QRS debe tener una amplitud dos veces mayor. en comparación con las otras olas).

2.9 Seguimiento de pacientes en U.C.I.

Los pacientes son ingresados cada año en las unidades de

cuidados intensivos (UCI). Estos pacientes tienen un riesgo de muerte mayor que la población general estandarizada por edad y sexo.

Además, estos pacientes, tras el alta, pueden sufrir graves secuelas físicas y no físicas (psicológicas, psiquiátricas y cognitivas), que no afectan sólo a los pacientes sino a los familiares también, debido a que éstos se convierten en cuidadores y este hecho puede provocar problemas familiares y de relación (Maley et al., 2016).

La recuperación de una enfermedad crítica es individual, lógicamente, se debe llevar un seguimiento a aquellos pacientes que han tenido un episodio prolongado de enfermedad crítica e ingreso en la UCI, los cuales son más propensos a padecer secuelas prolongadas, aunque también se ha visto que pacientes con un ingreso relativamente corto en la UCI también pueden experimentar dichos trastornos (Masclans, et al., 2005).

2.10 Supervisión Telemétrica.

La telemetría es un método de monitorización de pacientes que tiene una clara necesidad en la UCI. En la mayoría de los casos, se observan arritmias, con mayor frecuencia sístole ventricular temprana, bradicardia sinusal y taquicardia supraventricular. La telemetría se usa ampliamente para tratar las arritmias cardíacas y monitorear a los pacientes que se someten a la implantación temporal o permanente de un marcapasos o están en cuidados intensivos (Ramos, 1999).

La telemetría puede monitorear un ECG continuo del Centro de Control de Enfermería de la U.C.I. al paciente. La unidad de hospitalización es principalmente una unidad de cardiología. el objetivo es valorar el ritmo cardíaco del paciente y asegurarse de que se brinde asistencia. Esto es urgente si hay una situación de compromiso importante. (Pérez et al., 2004) La supervisión telemétrica se realiza a través de un monitor y transmisor de radio para telemetría (ver figura 21).

La monitorización del electrocardiograma continuo es posible con telemetría. Preferiblemente se usa en la unidad de Cardiología y para UCI en los hospitales, esto garantizan la atención eficiente al paciente; a través de la supervisión telemétrica el enfermero o enfermera puede:

- Verificar la frecuencia cardíaca del paciente.
- Medir la criticidad de cualquier situación de compromiso en el paciente.

Para ello se necesita un equipo o un pequeño transmisor de radio que utiliza una batería de cinco años para funcionar, se permiten dos canales de ECG) o tres derivaciones. Permite, además, un solo canal de ECG, se usan electrodos adhesivos desechables y una antena de radio para transmitir y un monitor receptor.

Los datos de ECG se transfieren desde la batería portátil del transmisor de radio. Se pose un intercomunicador preferencial para

llamadas urgentes y un monitor receptor. dentro de la U. C. I. y el piso dedicado a cardiología.

Figura 21 *Monitor de radiotransmisión*



2.11 Indicaciones para el empleo de monitores en la UCI.

En el monitoreo empleado en la UCI se recomienda revisar.

- Síncopes malignos y disfunción sinusal
- Los fármacos que provocan arritmias se intoxican farmacológicamente.
- Bradicardia severa o bloqueo auriculoventricular total.
- La posibilidad de arritmias ventriculares.
- Controlar arritmias benignas, como ACxAF.
- Paciente dependiente de MCPT.
- Mal funcionamiento del desfibrilador (MCP o ICD) (autoimplantable).
- La telemetría como beneficio.

- Que el paciente se sienta cómodo a pesar de estar aislado.
- Observar el nivel de tolerancia a la actividad del paciente.
- Asegurar una pronta asistencia en caso de eventos graves.
- Disminuciones en las admisiones a la UCI y la duración promedio de la estadía.
- Los costos por ingreso se reducen.
- Observar la calidad de la señal del ECG si es menor haciendo la conexión de telemetría del paciente.
- Una vez que se recomienda el monitoreo de telemetría del paciente.
- Cardiología; transmitido a U. C. I. y se envía el formulario complementado.
- Datos personales, una fecha, un número de telemetría, un diagnóstico y una justificación.
- de vigilancia, en un marco de tiempo aproximado y la configuración de alarmas completado por el profesional.
- -Se selecciona entre las opciones disponibles en el panel frontal del monitor de telemetría central.
- -El paciente se colocará en la banda presionándola, luego (ver figura 22).

Figura 22 *Monitor de telemetría*



2.12 Detalles del Paciente.

- Nombre, Apellido, se utilizará para el registro del paciente.
- Piso, número de habitación y luego con la tecla siguiente (F1).
- Para ingresar el número de canal, iremos a CHANNEL SETUP.
- Observación del paciente en U.C.I.
- Hacer clic en la pantalla principal.
- Presione admitir F3 para que aparezca, luego presione Admitir/Descargar (F8).
- El ECG del paciente se muestra en el monitor.
- Pulsando ALL BED FL nos devuelve a la primera pantalla. la opción derivación.
 - El LED ECG se presionará después de que se haya presionado ECG SET UP (F10).

- Para ser insertado en la derivación I, II o III de su elección es NOMBRE (F2). poner alarmas
- El canal se selecciona una vez que estamos de vuelta en la pantalla principal.
- Espere pacientemente antes de entrar y presione límites de alarma.
- Las alarmas de la hoja de control están programadas. Moviente.
- Recorrer cada parámetro comenzando con parámetro (F3).
- Para configurar las restricciones numéricas y los botones ON/OFF ALARM F2.
- Con ON/INC (F5) hacia arriba y OFF/DEP (F6) hacia abajo, respectivamente.
- Existen alarmas que son audibles y visibles, memorias de eventos pasados y potenciales.
- Hacer la impresión o tira de grabación.
- Luego de ingresar los datos del paciente, se generan las alarmas y la derivación necesaria.
- Para comparar, se toma una tira de ECG del paciente, con un hecho que podemos ver.
- Se entrega una huella al paciente elegido.
- Al interrumpir la telemetría, se debe avisar que se va a pausar temporalmente la telemetría del paciente para realizar un

procedimiento de diagnóstico o el radiotransmisor se extrae del cuerpo durante la terapia fuera de la cardiología.

- Pulse pausa mientras elige un canal en el monitor; sin perder los datos, presione (F6) para restablecer, aceptar (F3).
- Retiro de la telemetría.
- Si la presión es alta, presione Admitir/Descargar (F8), luego presione descargar tenedores.
- La hoja debe contener el tiempo de descarga.
- Control de eventos o arritmias.
- Se requiere una observación visual y auditiva continua del uso de un monitor central por parte de las enfermeras de la unidad.
- La tecla Arritmia F2 los escaneará toda una vez por turno.
- Anotar en la hoja de trabajo las razones por las que saltó la alarma.
- Controlar los resultados de la evaluación de lo ocurrido durante el turno que le corresponde
- Las arritmias se pueden observar directamente y se pueden registrar.
- Para pausar las alarmas durante cinco minutos, presione la tecla Suspender. Se llamará al piso de Cardiología, donde se avisará a la enfermera responsable del asunto si ve la marca de eventos en la pantalla. Si hay algún motivo, allí lo pueden resolver como pérdida de señal, artefactos y electrodos.

cualquier circunstancia que requiera atención.

- Un intercomunicador que se conecta directamente está disponible para una acción rápida en el cuidado de la supervisión de enfermeras.
- Se presionaría para hacer una llamada en el botón hablar donde se comunicaría algún evento.
- El MG y será informado siempre que existan hechos significativos.
- Si es necesario, llevar el monitor a la habitación del paciente.
- Se documentará la situación atendida y las intervenciones.

2.13 Presión Arterial (PA) Sin Invasión.

- Cuando un paciente ingresa, se mide su presión arterial cada 5 a 15 minutos, hasta que las cosas se estabilicen.
- Se muestra como PSN en Los monitores.
- Después de comenzar la terapia con medicamentos vasoactivos, se mide la presión arterial.
- Hasta la estabilización, observe al menos una vez cada cinco minutos.
- Antes de tomar la AT ten en cuenta lo siguiente: a) manguito colocado correctamente en el brazo de cada paciente. 2 punto 5 centímetros sobre la fosa antecubital, directamente sobre la arteria braquial y está firmemente sujeta para prevenir puede

insertar más de dos dedos debajo de él.

- Sin usar EESS, elija una extremidad superior
- Patología (FAV, mastectomía, etc.). En el caso de que sea imposible.
- Utilice la EEII en lugar de la EESS.
- La piel se toca con el brazalete.
- Para tomar la presión arterial de un paciente, colóquelo en posición supina real, como si estuviera en, el valor cambiaría.

2.14 Posición Decúbito al lado

- Para tomar lecturas puntuales, presione PSN en el monitor.
- Averigüe con qué frecuencia debe tomar AT en un intervalo dado.
- Monitor para cada persona. (de uno a 240 minutos).
- El paciente en UCI está siendo observado de toda arritmia grave.

2.15 Saturación de O₂

- Usar el aparato de oximetría de pulso para medir la oxigenación
- Observar la forma de onda del pulso de oximetría (ver figura 23).
- La oximetría de pulso es un sistema de monitoreo no invasivo para la saturación de la sangre con hemoglobina. Hay dos de ellos en el servicio UCI, para medir (ver figura 24).

- Usar sonda desechable adaptable para su uso con varias camas. como los dedos, el tabique nasal, el lóbulo de la oreja y en frente.
- La abrazadera reutilizable, que solo es apta para su uso con los dedos.

Colocación incorrecta y excesiva del sensor en el paciente.

- Usar luz ambiental, quitar suciedad o manchas de esmalte de uñas, si esto no se hace obstruirá la lectura de la sonda. Puede que no funcione o no dará los resultados esperados sino falsos en pacientes con intoxicación por CO y fumadores.
- Los pacientes que reciben tratamiento con medicamentos incluyen aquellos que están hipotérmicos y en estado de shock.
- Los fármacos provocan vasoconstricción periférica a través de efectos vasoactivos.

Figura 23 *Equipo de pulsioximetría*



Figura 24 *Curva de pulsioximetría*

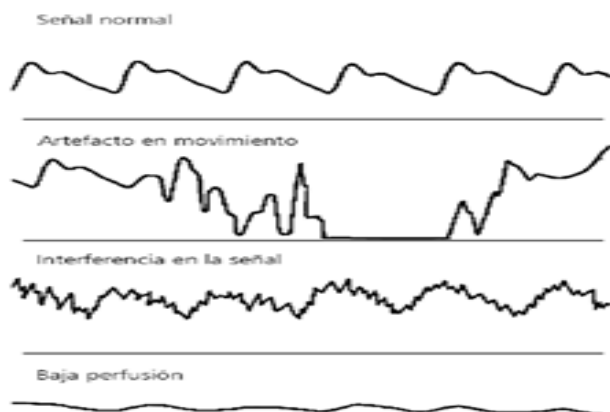


Figura 25 Ubicaciones del pulsioxímetro



2.16 Capnografía seguimiento de ETCO₂

- Apuntar al tomar una lectura constante de presión parcial de CO₂.
- Los niveles de CO₂ en sangre se miden indirectamente.
- Observación del paciente en U.C.I.
- Material.
- Módulo ETC.
- Sensores de celda cero y de referencia en un solo cable.
- Adaptador de línea de aire (en forma estéril).
- Comportamiento.
- Coloque el módulo EtCO₂ en la parte posterior de la derecha.
- Conecte el cable equipado con sensor al monitor de la habitación.
- La región del parámetro y la curva.
- EtCO₂. Se toma posición en la pantalla con el ratón.
- Opción EtCO₂, que se selecciona
- Se observa el sensor y calibración.
- Se llegaremos a una compensación de CO₂ que por defecto tomando como guía la FiO₂ del respirador, la ubicando al 21%.

El "sensor" está escrito en la parte inferior del monitor.

- El mensaje aparece cuando la temperatura del sensor se estabiliza.
- Coloque el sensor en la celda cero, de acuerdo con el mensaje.
lo que hacemos
- Este proceso y aparecerá más tarde "el sensor" ha sido

calibrado.

- Después de la calibración, coloque el sensor en la celda de referencia. seguido de la frase "verificando" ajustando los sensores.
- La frase "calibración del sensor confirmado".
- Después de conectar el sensor al adaptador, calibre. (Evite colocar ambos cerca de fuentes de CO₂).
- Elija el área de EtCO₂ y la adaptación en el monitor.
- "Coloque el adaptador en el mensaje que sigue a la calibración de la atmósfera". Hay una opción para continuar o parar.
- Aparecerá el mensaje "se perdió el adaptador" si elige seguir adelante está calibrando (15 segundos)".

Calibración del adaptador aceptada aparece después de que se haya completado el enchufe "Y" y el filtro debe estar separado por el adaptador.

- Empezar a medir.

2.17 Precauciones

- Cada vez, el sensor debe calibrarse nuevamente.
- Se realiza una segunda conexión al módulo.
- Se cambia el sensor.
- Cada vez que sea necesario, el adaptador debe calibrarse nuevamente.

- Modificar el tipo de adaptador.
- La FiO₂ del ventilador cambiará cada vez que se ajuste la FiO₂.
- El monitor muestra FiO₂ fresca.

2.18 Comprobación del Nivel de Sedación

Escala SAS.

Es la escala que empleamos actualmente en la unidad para evaluar el nivel de sedación que experimentan los pacientes de este tratamiento.

Tabla 1

Escala SAS

Grado	Descripción	Signos
7	Agitación Peligrosa	Intenta retirar el tubo endotraqueal después de tirar de él. Salta sobre los catéteres. Pelea con el personal, mueve las barandillas de la cama o salta sobre ellas.
6	Muy agitado	Las órdenes verbales no le ayudan a calmarse, ni los tranquilizantes. Necesita ser reducido físicamente.
5	Agitado	Tenso o agitado, pero se calma con instrucciones orales.
4	En calma, colaborador	Tranquilo, fácil de despertar, continua con las instrucciones.
3	Sedado	Agitado o ansioso, pero se calma con

		instrucciones verbales con tranquilidad, fácil de despertar, continuas instrucciones.
2	Muy sedado	Despierta con dificultad no atiende a señales verbales se agita suavemente, pero vuelve a cabecear, no obedece a direcciones directas.
1	No despierta	No despierta es difícil seguir señales verbales

2.19 Monitorización de Constantes Neurológicas

Escala de Glasgow

Es una escala internacional utilizada para evaluar la condición neurológica de una persona o paciente en estado crítico. La hoja utilizada para registrarlos es independiente del gráfico horario exploración neurológica del paciente.

Tabla 2

Escala de Glasgow

Abre los ojos	Espontáneamente (con los ojos abiertos no implica conocimiento de los hechos).	4
	Cuando se aborda (sin frase específica) No es necesario un mandato	3
	No se recomienda el uso de presión para tratar el dolor Supraorbital como un estímulo incómodo y doloroso	2
	Nunca	1

Respuesta Verbal	Orientación (tiempo, persona, lugar)	5
	Habla confusa (desorientación)	4
	Inapropiado (negación, gritos)	3
	Sonidos ininteligibles (quejidos, gemidos)	2
	Nunca	1
	Sigue las instrucciones	6
	Encuentre la ubicación del dolor (movimiento intencional o deliberado)	5
	Salida (lejos de la estimulación)	4
	Flexión anormal (decorticación)	3
	Extensión (descerebración)	2
	Ninguna (flacidez)	1
Calificación Total		Entre 3 y 15

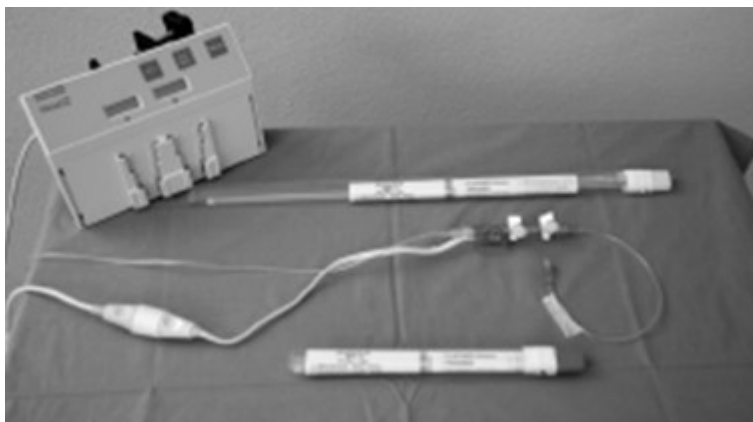
2.20 Monitorización intrusiva

La monitorización hemodinámica invasiva incluye monitorización continua de la presión intravascular en pacientes críticos. Su objetivo es evaluar la función ventricular derecha e izquierda. Valorara la presión media y frecuencia cardíaca, con un equipo de monitoreo con catéteres, transferencia de presión intravascular, entre otros. Durante este proceso ocurren cambios precisos y fiables desde el interior.

2.21 Equipo de Monitorización

- El catéter: transmite las presiones intravasculares y sus cambios de una forma precisa desde el interior del al exterior.
- El transductor: instrumento que transforma una señal mecánica (la presión ejercida sobre un diafragma por la columna de líquido que proviene del catéter intravascular) en una señal eléctrica proporcional, que se transmite por el cable al monitor.
- El monitor: Amplifica esa señal eléctrica que sale del transductor, pudiéndose visualizar en la pantalla la morfología de la curva y los valores numéricos de presión intravascular

Figura 26 *Transductor*



Un sensor de presión, a veces llamado transductor de presión, es un sensor que convierte la presión en una señal eléctrica analógica. Aunque hay muchos tipos de transductores de presión, uno de los más comunes es el transductor de base de calibrador de tensión.

La conversión de presión en una señal eléctrica se logra deformando físicamente los medidores de tensión unidos a la membrana de detección de presión y conectados en una configuración de puente de Wheatstone.

La presión aplicada al sensor de presión hace que el diafragma se desvíe, introduciendo un voltaje en el manómetro (ver figura 27). El voltaje provocará un cambio en la resistencia proporcional a la presión (Rumack, et al., 2017).

Figura 27 *Sensor de presión*



Nota: <https://acpautomatismos.com/que-es-un-transductor-de-presion-y-como-funciona/>

Los transductores de presión suelen proporcionar tres tipos de salida eléctrica: milivoltios, voltaje amplificado y 4-20 mA. A continuación, se muestra una descripción general de los enchufes y cuándo se utilizan mejor.

Los sensores de salida de milivoltios son generalmente los sensores de presión más económicos. Un sensor de milivoltios es nominalmente de unos 30 mV.

La potencia real es directamente proporcional a la entrada del sensor de presión o potencia de excitación. Si el estímulo varía, también lo hará la salida. Debido a esta dependencia del nivel de la unidad, se recomienda utilizar una fuente de alimentación regulada con sensores de milivoltios.

Debido a que la señal de salida es muy baja, el sensor no debe colocarse en un entorno eléctricamente ruidoso. La distancia entre el sensor y el instrumento debe ser relativamente corta. Sensor de presión de salida de voltaje

Los sensores de presión de salida de voltaje incluyen procesamiento de señal integrado y proporcionan una salida mucho más alta que los sensores de milivoltios. La salida suele ser de 0 a 5 V CC o de 0 a 10 V CC. Aunque existe un patrón específico, la salida del sensor no suele ser una función directa del estímulo.

Esto significa que, siempre que la fuente de alimentación no regulada esté dentro del rango de potencia especificado, suelen ser suficientes.

Debido al mayor nivel de salida, estos sensores no son tan sensibles al ruido eléctrico como los sensores de milivoltios y, por lo tanto, se pueden usar en entornos más industriales (Ver figura 28).

Figura 28 *Bolsas de presión*



Los transductores de presión de salida de 4-20 mA también se denominan transmisores debido a que las señales de 4-20 mA se ven menos afectadas por el ruido eléctrico y la resistencia en la línea de señal, estos sensores se utilizan cuando la señal debe viajar una gran distancia. Estos sensores se usan típicamente en aplicaciones donde el cableado debe tener 1,000 pies o más.

2.22 Preparación y Purgado

Para hacer permeables la vía que se han monitorizado es necesario un sistema de flujo continuo y de lavado rápido intermitente, sistema requerido en caso de PA y PAP presurizado y heparinizado.

Componentes del sistema:

- ✓ Suero salino limpio en caso de PVC y PIA.

- ✓ Suero salino de 500 + 10 mg de Heparina Sódica (1cc de
- ✓ Heparina al 1%) + un manguito de presión a 300 mm de Hg con el fin de asegurar un flujo anterógrado y continuo a 3 ml/h en caso de la PA y la PAP.
- ✓ Al suero le conectamos a continuación, un dispositivo de lavado continuo que lleva un capilar gracias al cual se consigue una velocidad de infusión constante, y una válvula adicional para lavado rápido (el transductor).
- ✓ Por último, se conectará este sistema al cable del módulo Hemo y este al monitor de cabecera y por medio de una alargadera al catéter previo purgado exhaustivo evitando la entrada de burbujas de aire.

2.23 Calibración del transductor

- Antes de colocar el transductor en el catéter y realizar ninguna medición se debe determinar el “0”.
- Paciente en DS con la cabecera entre 0-30°
- Colocar el transductor en el brazo a la altura de la aurícula derecha (en la línea media axilar a nivel del 4º espacio intercostal).
- Se coloca el transductor en contacto con el aire, pulsamos el “0” en el módulo Hemo y esperamos a que aparezca este valor en el monitor y el mensaje “Cero aceptado”.

- Adecuar la escala de presiones del monitor según el estado hemodinámico del paciente y con relación a la presión que se vaya a medir.

Observaremos que la morfología de la curva sea la correcta.

- Realizar el test “Fast Flush”: Consiste en hacer un lavado rápido con el suero lavador apareciendo en pantalla una línea base plana que, al cerrar rápidamente el suero lavador, observaremos una elevación vertical y un descenso vertical rápido que debe ser inferior a la línea base y a continuación aparece la morfología de la curva monitorizada.

(Dorman, 1998).

- Puede aparecer una resonancia continua al soltar el lavador (B) lo que indica un defecto de hiperresonancia que hay que corregir (ver figura 29).
- Si apareciera una elevación y un descenso, pero sólo hasta la línea base (A), no baja de cero, la curva está amortiguada y hay que corregir pues las mediciones no son precisas.

El producto de onda cuadrada debería volver rápidamente a la línea de base desde el lavado rápido (ver figura 30). Deben aparecer uno o dos picos después de la onda cuadrada antes de que aparezca la onda TA. Esto evalúa la frecuencia de resonancia del sistema (ver figura 31).

Figura 29 *Calibración del transductor*



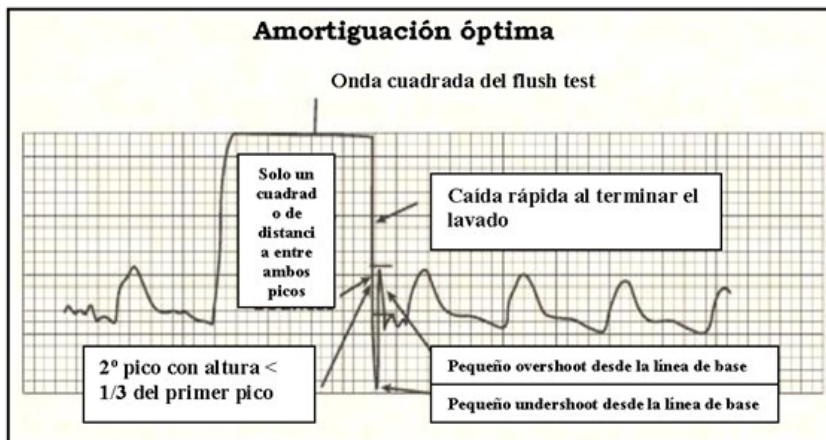
Figura 30 *Evaluación de la frecuencia de resonancia del sistema*



El segundo pico debe ser menor de $\frac{1}{3}$ de la altura del primer pico.

- El segundo pico debe ser menor de $\frac{1}{3}$ de la altura del primer pico.
- Nótese más de dos picos al terminar el lavado.

Figura 31 *Amortiguación óptima*



Nótese que la altura del segundo pico es casi igual que la del primero.

– El sistema está subamortiguado. Sobreestima la TA sistólica y subestima la TA diastólica (ver figura 32).

Figura 32 *Sistema subamortiguado*



Nótese la ausencia de picos post-lavado

- Nótese el descenso lento y gradual a la línea de base.
- El sistema está sobreamortiguado. Subestima la TA sistólica y sobreestima la TA diastólica (ver figura 33).

Figura 33 Sistema sobreamortiguado



El ajuste y la calibración "0" se realizan cuando se mueve al paciente, se extrae sangre a través de la vía de monitorización, los sensores se desconectan y la forma de onda se amortigua o súper resonante (ver figura 34).

Figura 34 Calibración

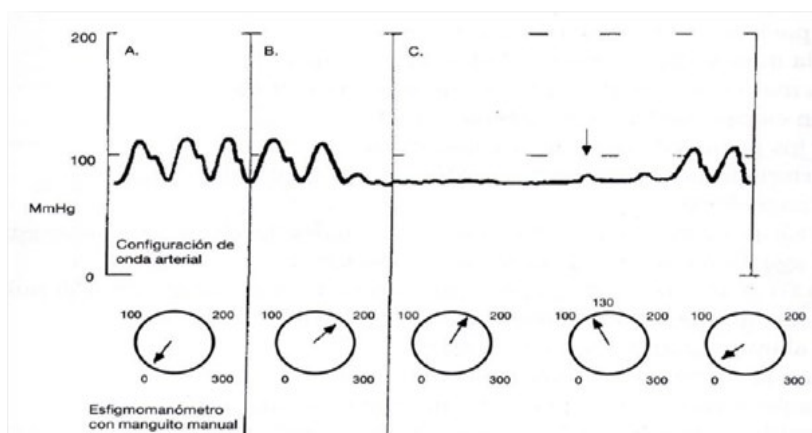
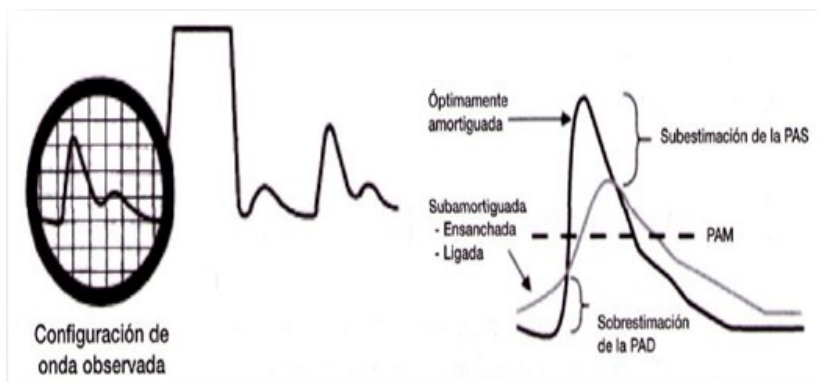


Figura 35 *Amortiguación Óptima*

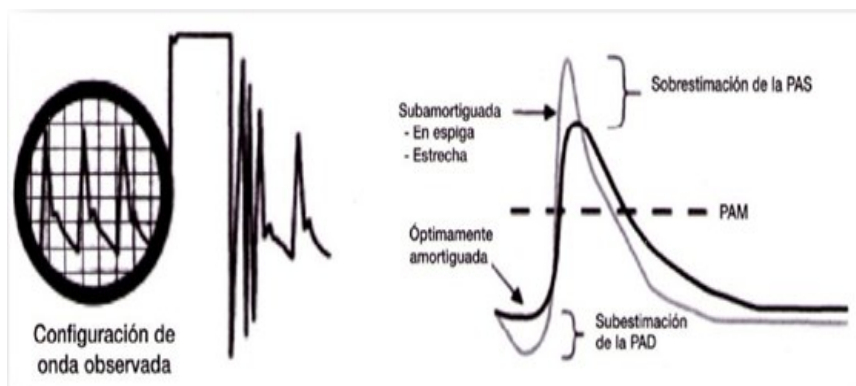


2.24 Técnica De Comprobación Con Esfigmomanómetro

1. Tenga en cuenta el patrón de onda arterial
2. Coloque e infle el manguito de presión arterial en la misma extremidad que el catéter radial o dorsal del pie. Cuando se infla el manguito del esfigmomanómetro manual, la forma de onda arterial se aplanar (ver figuras 35 y 36).
3. Libere lentamente la presión del manguito hasta que se observe nuevamente el primer signo de una forma de onda pulsátil, luego verifique la presión en el esfigmomanómetro.

La presión medida por el esfigmomanómetro es la presión arterial sistólica real. En este ejemplo, la presión arterial sistólica es de 120 mm/Hg.

Figura 36 *Curva Sobreamortiguada*



Se realizarán los ajustes necesarios para que la curva de presión arterial sea la adecuada (ver figura 37).

Aunque la onda de reflexión sistólica produce una presión sistólica más alta y una presión diastólica más baja a medida que se aleja del nivel central, la base se vuelve más estrecha y, por lo tanto, la presión arterial media difiere entre las arterias periféricas (como las arterias radiales) y las arterias centrales (como las arterias radiales). arterias radiales). arterias) arterias) para mantener la correlación. arteria femoral).

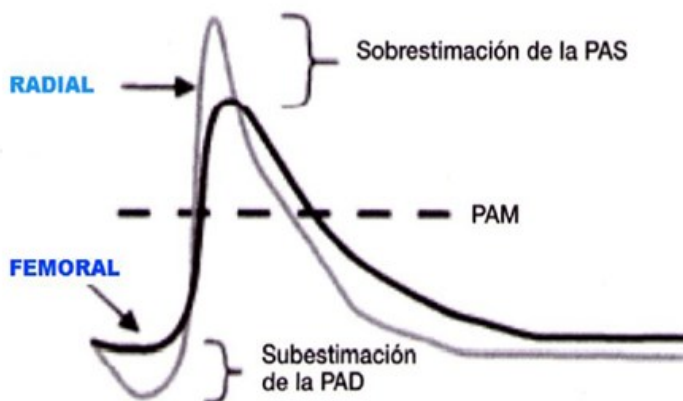
Por consiguiente, la elección del sitio de cateterismo será incierta y será más fácil realizar la canulación de la arteria radial de manera más conveniente. Sin embargo, las catecolaminas (endógenas o exógenas) aumentan en estado de shock, además de la vasoconstricción de los vasos de resistencia, también se produce la vasoconstricción de los vasos capacitivos y, por lo tanto, la presión

arterial (presión sistólica y media) suele subestimar el valor medio. presión arterial en la arteria femoral con riesgo de uso excesivo de catecolaminas exógenas (Rumack, et al., 2017).

Se ha demostrado que la canulación de la arteria femoral reduce la dosis de vasopresores debido a la subestimación de la arteria radial. (Dorman et al., 1998). El uso de la arteria femoral puede reducir las drogas vasoactivas, lo que reduce el riesgo de efectos secundarios graves. (Parrhy., 2006).

Con base en estos trabajos, se puede decir que es práctico brindar orientación cuando los pacientes requieren dosis moderadas a altas de catecolaminas exógenas (noradrenalina $> 0,1 \mu\text{g/kg/min}$ o dopamina $10 \mu\text{g/kg/min}$). Tiene que ver con la sangre. presión. A nivel del fémur (arteria central) y no a nivel de la arteria radial (arteria periférica) (Mignini,et al 2006).

Figura 37 *Curva de presión arterial*



CAPÍTULO III

3 TRATAMIENTO DE PACIENTES EN SITUACIONES DE PELIGRO Y LAS MEDIDAS DE SOPORTE VITAL

3.1 Pacientes en Situaciones de Riesgo

Un paciente críticamente enfermo es un paciente que pone en riesgo su vida y que tiene funciones vitales alteradas, pero con posibilidad de recuperación; entre ellos, pueden estar indicados insuficiencia respiratoria aguda, insuficiencia orgánica del corazón, hígado o riñones, trauma severo, shock y cambios metabólicos significativos (Sánchez, 2013)

Estado crítico, en otras palabras, es el término que usamos en el lenguaje de la recaída. Se refiere o ilustra una situación fáctica crítica y específica caracterizada por el hecho de que el amenazado está en peligro, amenazante y posiblemente fatal si lucha y enfrenta un resultado activo.

El traslado de un paciente críticamente enfermo a la unidad de cuidados intensivos está relacionado con el uso real o potencial de soporte vital, entendiendo por tal todos los procedimientos asistenciales electrónicos y farmacológicos instrumentales que sustituyan o apoyen el funcionamiento de los órganos o sistemas afectados, poniendo en peligro la vida del paciente. individual.

Desde que fue formulado por primera vez, el concepto de soporte vital se ha ampliado para incluir productos de alta complejidad como ventiladores, marcapasos, riñones artificiales, oxigenación extracorpórea, terapia con medicamentos vasopresores, llamados así porque son parte del mantenimiento adecuado de la circulación y medicamentos para la presión arterial.

También incluye los conceptos de antibióticos, transfusiones de sangre, nutrición artificial, quimioterapia, etc., que no requieren intervención personal, pero tienen un valor terapéutico: prolongar la vida de los pacientes críticos. Estos tratamientos se administran a los pacientes para retrasar el momento de la muerte.

Tales medidas no deben iniciarse o retirarse si se espera una prolongación inestable y dolorosa de la supervivencia; en tales casos, es imperativo asegurarse de que las decisiones tomadas no causen más sufrimiento al paciente (Gherardi, 2009).

Una amenaza significativa en situaciones críticas puede ser inmediata debido a que ya está en marcha un proceso potencialmente mortal o pueden ocurrir complicaciones fatales mientras el paciente está estable. Si existe una amenaza significativa, se toman medidas de soporte vital; si es posible, los signos vitales deben ser monitoreados de cerca, lo cual es vigilancia.

Las medidas de soporte vital incluyen mecánicas, como el uso de ventilación mecánica o soporte circulatorio y diálisis; uso médico,

incluidos los fármacos vasoactivos y los fármacos nutricionales, como los fármacos parenterales o enterales.

Todas estas medidas de soporte vital y seguimiento se realizan en la unidad de cuidados intensivos (UCI). Los pacientes que requieren cuidados intensivos a menudo también requieren apoyo por inestabilidad hemodinámica (hipotensión o hipertensión), dificultad respiratoria o respiratoria o insuficiencia renal (a menudo una combinación de las tres).

Los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI), también conocida como unidad de cuidados intensivos (UCI), no requieren el apoyo anterior y generalmente ingresan en cuidados intensivos/invasivos después de una cirugía mayor.

El propósito de este artículo es proporcionar elementos para la toma de decisiones adecuadas con respecto a las intervenciones de tratamiento de soporte vital. Este es un problema complejo que comúnmente ocurre en cualquier unidad de cuidados intensivos (UCI).

En nuestro caso, haremos todo lo posible para respetar la autonomía del paciente y al mismo tiempo satisfacer la necesidad de encontrar una solución objetiva a la situación clínica del paciente. tratamiento intensivo (Bejarano, 2010).

La medicina de cuidados intensivos, también conocida como medicina de cuidados críticos, apareció en la medicina hace más de cincuenta años con la introducción de los ventiladores mecánicos y es

descendiente directa de la sala de polio, que se creó durante la epidemia mundial de polio en la década de 1950.

La concentración de pacientes críticos con muerte inminente real o posible en un área geográfica común marcó el inicio de la unidad de cuidados intensivos y el inicio de la especialidad. El eje central en este enfoque de atención es el soporte vital, que, como ya se mencionó, se caracteriza por los pacientes críticos (Gherardi, 2006). La tasa de mortalidad después de una cirugía cardíaca es alta, por ello, los anestesiólogos se concentraron en unidades de cuidados intensivos y especializados.

3.2 Protocolo de Atención a Familiares en la U.C.I.

Los pacientes permanecen en la unidad de cuidados intensivos el tiempo que el médico tratante lo considere necesario debido a que su condición no mejora lo suficiente. Existen excepciones para estar en las manos de sus familiares y no en la sala de la UCI:

- Pacientes muy enfermos que no han respondido al tratamiento óptimo y la muerte es inminente o muy probable. Es posible que lo den de alta a una habitación donde pueda permanecer con su ser querido en todo momento y recibir cuidados paliativos.
- Un paciente que pide salir de la sala (a menudo porque le resulta demasiado difícil de soportar) en realidad sigue siendo

completamente funcional, y tanto él como su familia están debidamente informados de los riesgos potenciales a los que se enfrenta. - Decisión de triaje: La unidad está llena y se da de alta a un paciente para ingresar a otro paciente con mayor probabilidad de beneficio.

3.3 Criterios Limitantes para la Terapia de Soporte Vital

La suspensión del tratamiento de soporte vital (STSV), debe ser una decisión clínica informada entre el equipo de atención y coordinada con el paciente o la familia para que el tratamiento ya iniciado no se inicie o aumente o incluso se retire, asumiendo la responsabilidad ética. Son inútiles en contexto. y no proporciona un beneficio significativo a los pacientes (Fernández, 2005).

Se considera ineficaz un tratamiento cuando la “calidad asistencial” desalienta la prestación de atención médica a los pacientes, porque es clínicamente inadecuada, debido a que no mejora el pronóstico, los síntomas o las comorbilidades, o porque previsiblemente produce beneficios que no se corresponden con los beneficios esperados proporcional al daño personal, familiar, económico o social (Locán, et al., 2007).

Por otro lado, el envejecimiento de la población y el aumento de la supervivencia de los pacientes con enfermedades crónicas conducen a la admisión en la unidad de cuidados intensivos de pacientes de edad

avanzada con múltiples comorbilidades. Este cambio en el perfil de los pacientes de la UCI plantea la lógica pregunta de qué pacientes se beneficiarían realmente de los cuidados intensivos y cuáles simplemente se someterían a un tratamiento invasivo y costoso sin lograr un objetivo claro (Frache, et al., 2018).

Entre otras cosas, estas circunstancias obligan a considerar la adecuación del esfuerzo terapéutico (AET) y las limitaciones del tratamiento de soporte vital (LTSV), algunas de las cuales no se han instaurado o se han suspendido, alterando tratamientos que tienden a priorizar la paciente. Comodidad (Frache 2018).

3.4 Criterios de Alta o de Traslado

El estado de los pacientes ingresados en la UCI debe evaluarse continuamente para determinar cuándo no se justifica un seguimiento intensivo, lo que permite la transferencia a una unidad menos compleja. Esto sucede por dos razones:

- ✓ Cuando la evolución es satisfactoria, el paciente mejora y ya no requiere seguimiento o seguimiento intensivo: esta es la situación más común.
- ✓ Si el curso de la enfermedad progresa inevitable e imparable más allá del alcance del tratamiento.

REFERENCIAS

- Álvarez F, Cisneros, J. (1998). Indicaciones de ingreso en el Servicio de Medicina Intensiva de pacientes adultos con infecciones graves. *Enferm Infecc Microbiol Clin*; 16:423-430.
- Angus D, Carlet, J. (2002). Sobrevivir a los cuidados intensivos: un informe de la Mesa Redonda de Bruselas de 2002. *Cuidados Intensivos Med* 2003 Mar;29(3):368-7.
- Alexander J, Wertman, D, Lauer T, Marriner A, Neal SE, Williams S. (2000). Virginia Henderson: definición de enfermería. 4ta Edición Madrid: Harcourt; p. 99-111.
- Aguilar, C y Martínez, C. (2017). La realidad de la Unidad de Cuidados Intensivos. *Med. crít. (Col. Mex. Med. Crít.)* (31) (3) Ciudad de México.
- Arone, E y Cunha, I. (2007). Tecnología y humanización: desafíos gestionados por enfermeros a favor de la atención integral. *Rdo. Sujetadores. Enfermero*. 60(6):721-723.
- Avilés, R., y Soto, C. (2014). Modelos de enfermería en unidades de paciente crítico: un paso hacia el cuidado avanzado. *Enfermería Global*. 2014; 13 (34): 33-44.
- Bejarano, T y Rojas, A. (2010). Protocolo para retiro de tratamiento vital en Unidades de cuidado intensivo. Universidad Militar "Nueva Granada" Facultad de Educación Especialización En Docencia Universitaria Bogotá D.C.

- Bayés, L y García. J. (2010). Cambiar un dogma puede ser muy difícil. *Ann Electrocardiol no invasivo*.15(4): 392-394.
- Barach P, Cantor M, Derse, A, Maklan C, Wlody, G y Fox, E. (2005). Revelación de eventos adversos a los pacientes. *Jt Comm J Qual Paciente Saf* ;31(1):5-12.
- Bertone T, Ribeiro, A y Guimarães J. (2007). Consideraciones sobre la relación interpersonal enfermero-paciente. *Revista en línea Fafibe*; 3:5 Pantallas. <http://www.unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistafafibeonline/sumario/11/19042010141352.pdf>
- Burns, S. (2012). Un regreso a lo básico: Higiene del paciente intervenido (Una convocatoria de artículos). *Enfermería de Cuidados Intensivos y Críticos*;28(4):193-6.
- Castillo F, López J, Marco R, González J, Puppo A y Murillo F. (2007). Gradación asistencial en Medicina Intensiva: Unidades de Cuidados Intermedios. *Med Intensiva*;31(1):36-45.
- Castrillón M, Jaramillo L, Lalinde M, Perez L y Palacio M. (1997). Atención de pacientes sometidos a cirugía electiva de vías biliares en dos instituciones del segundo nivel de atención en salud. *Invest Educ Enferm*;15(1):13-33.
- Castledine, G. (2005).The 'Been There, Done That' attitude. *Br J Nurs*;14(20):1103.

- Celik S, Oztekin D, Akyolcu N, Issever H. (2005). Sleep disturbance: the patient care activities applied at the night shift in the intensive care unit. *J Clin Nurs*. 2005;14(1):102-6.
- Clarke, S. (2007). Dotación de personal de enfermería registrado y resultados de los pacientes en cuidados intensivos: mirando hacia atrás, empujando hacia adelante. *Atención Médica*;45(12):1126-8.
- Coyer F, Wheeler M, Wetzig S, Couchman, B. (2007). Nursing care of the mechanically ventilated patient: what does the evidence say? Part two. *Intensive Crit Care Nurs*;23(2):71-80.
- Cho SH, Yun SC. (2009). Proporciones de cama por enfermera, provisión de atención básica de enfermería y mortalidad intrahospitalaria y de 30 días entre pacientes con accidente cerebrovascular agudo ingresados en una unidad de cuidados intensivos: análisis transversal de encuestas y datos administrativos. *Int J Enfermeras Stud*.;46(8):1092-101.
- Dorman T, Breslow, M y Lipsett, P. (1998). La monitorización de la presión de la arteria radial subestima la presión arterial central durante la terapia con vaso presores en pacientes quirúrgicos en estado crítico. *Crit Care Med*; 26: 1646-1649.
- Downey, L y Lloyd H. (2008). Bed bathing patients in hospital. *Nurs Stand*. 2008;22(34):35-40.
- Duque, M y Vesga, B. (2008). *Electrocardiografía*. 1era, Edición.

Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía
Cardiovascular.Colombia.

Espinha, T y Amatuzzi, M. (2008). La Atención y Experiencias de Hospitalización en un Hospital General. Psicología: Teoría e Investigación. 24(4):477-485.

Fighera, J y Viero, E. (2005). Experiencias del paciente con respecto al procedimiento quirúrgico: la mayoría presenta fantasías y sentimientos. Rdo. SBPH. 2005; 8(2):51-63.

Frache B, Moreira E, Carámbula A, Pan C, Barbato M, Alzugaray P y Burghi G. (2018). Características de la limitación de terapia de soporte vital en pacientes fallecidos en unidades de medicina intensiva. Rev Méd Urug 2018; 34(4):193-200

Gherardi, C. (2009). Soporte vital y terapia intensiva. Muerte intervenida. Vida y Ética. (10), (2)

Gherardi C, Chaves M, Capdevila A, Tabella M, Sarquis S, Irrazabal C. (2006). La Muerte en un Servicio de Terapia Intensiva. Influencia de la abstención y retiro del soporte vital. Medicina (Buenos Aires); 66:237-241

González, M., Díaz, P., y Martínez, M. (2019). Rol de la enfermera en el cuidado al final de la vida de un paciente crítico. Enfermería Intensiva; 30 (2): 78-91.

Gutiérrez, I. (2007). Indicencia de efectos adversos en una unidad de medicina intensiva. Revista de Calidad

Asistencial;22(6):277-86.

Henriques, S. (2012). Competencias profesionales de los enfermeros para trabajar en Unidades de Cuidados Intensivos: una revisión integradora. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*; 20 (1): 4-10.

Kalisch, B. (2006). Missed nursing care: a qualitative study. *J Nurs Care Qual.*;21(4):306-13; quiz 14-5.

Kohn, B. (1997). Patient monitors. *Med Electron.* 167:124-31.

Kolcaba, K. (2006). Effects of hand massage on comfort of nursing home residents. *Geriatric Nursing*;27(2):85-91.

Laverde, O. (2009). Proyecto sobre capacitación del personal de enfermería del servicio de hospitalización de la Clínica Universitaria Teletón en la búsqueda de la comodidad de los pacientes al realizar el baño en cama. Documento Interno: Clínica Universitaria Teletón..

Leape, L, Berwick, D y Bates, W. (2002). ¿Qué prácticas mejorarán más la seguridad? la medicina basada en la evidencia se encuentra con la seguridad del paciente. *JAMA*; (288):501-7

Maley J, Brewster I, Mayoral I, Siruckova R, Adams S y McGraw, K.(2016). Resiliencia en sobrevivientes de enfermedades críticas en el contexto de la experiencia y recuperación de los sobrevivientes. *Manuales de la Sociedad Torácica Americana*.13(8):1351-1360.

- Matiti M y Trorey G. (2008). Expectativas de los pacientes sobre el mantenimiento de su dignidad. J Clin Enfermeras;17(20):2709-17.
- Mignini, E Piacentini, A y Dubin, A. (2006). Peripheral arterial blood pressure monitoring adequately tracks central arterial blood pressure in critically ill patients: an observational study. Crit Care 10, R43. <https://doi.org/10.1186/cc4852>
- Masclans, J. (2005). Calidad de vida a largo plazo de los pacientes críticos. Medicina Intensiva. 29(4):201-203.
- Morfi, R. (2010). Gestión del cuidado en Enfermería. Revista Cubana de Enfermería;26(1):1-2.http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403192010000100001&lng=es&tlng=es
- Oriá M, Moraes L y Víctor J. (2004). La comunicación como instrumento de. Enfermero 2004; 6(2):292-297.
- Parry, S, Huang, I y Needham, D. (2006). Evaluación del funcionamiento físico en cuidados intensivos: consideraciones para la práctica clínica y la investigación. Crit Care
- Pérez, B y Oliver, T. (2004). Utilización de la telemetría en la unidad de hospitalización de cardiología. <http://doi.org/10.5867/medwave.2004.03.2714>

- Prado, A Solar L, González, M, Paz, N y Romero, K. (2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev Cubana Enfermer;36(6):<http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1139/html>
- Quiroz, S. (2012). Alteraciones hemodinámicas del paciente crítico cardiovascular durante la realización del baño diario. Medicina - Universidad Pontificia Bolivariana;31(1):19-26.
- Ramos, A, Serna, C, Torrejón, I. Gómez, T y Quesada, R. (1999). Localización: Enfermería intensiva, (10) (4), pp. 155-161.
- Robles M. (2002). Frecuencia de eventos adversos durante el aseo del paciente crítico. Enfermería Intensiva;13(2):47-56.
- Rojas, J, y Zubizarreta, M. (2007). Reflexiones del estilo de vida y vigencia del autocuidado en la atención primaria de salud. Revista Cubana de Enfermería. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403192007000100007&lng=es&tlng=es
- Teixeira, E. (2004). Crítica y sensibilidad en el proceso de atención de enfermería. Esc. Anna Nery R Enferm; 8(3):361-369.
- Rubio O, Sánchez J y Fernández R. (2013). Criterios para limitar los tratamientos de soporte vital al ingreso en unidad de cuidados intensivos: resultados de una encuesta multicéntrica nacional. Med Intensiva; 37 (5) 333-338
- Rumack, C y Levine, D. (2017). Diagnostic Ultrasound E-book 5th

Edition. Ed. Elsevier.

Salvadores, P. (2002). Manual de Fundamentos de Enfermería Cuidados Básicos. Barcelona: Arial; 2002.

Sánchez, M. (2013). Bioética en ciencias de la salud. Enfermos críticos, Capítulo 22. Barcelona España. 2013

Santos, S. López, M. Varez, S y Abril, D. (2010). Propuesta de un modelo teórico para la práctica enfermera. Nur Inves7(44). <http://www.fuden.es/ficherosadministrador/original/promod enf.pdf>.

Solsona, J, Miró G. Ferrer, A, Cabré, L y Torres, A.(2001). Criterios de ingreso en UCI para pacientes con EPOC. Documento de reflexión SEMICYUC-SEPAR. Med Intensivo; 25:107-113.

Sorimachi M, Ozawa M, Ueda H, Ebato S, Kawamura K, Ando H. (1999). Comparisons between hemodynamics, during and after bathing, and prognosis in patients with myocardial infarction. Jpn Circ J;63(7):527-32.

Spacelabs health care. (2013). Herramientas clínicas avanzadas para tomar decisiones cón mejor información. <https://spacelabshealthcare.com/es/unidad-de-cuidados-intensivos/>.

Vanegas, B, Vega, S, Barbosa, M, y Montoya, J. (2007). Experiencias de profesionales de enfermería en el cuidado psicoemocional a pacientes en la unidad de cuidados

intensivos. Revista Colombiana de Enfermería. 2007; 3 (3): 22-31

Velasco, J, Heras, G, Ortega, A, Gómez, V. (2017). Manual de buenas prácticas de humanización en las Unidades de Cuidados Intensivos. Proyecto UCI. Madrid.

Vollman, K.(2005). Interventional patient hygiene: proactive (hygiene) strategies to improve patient's outcomes. AACN News;22(8).

LOS AUTORES

Antony Paul Espiritu Martinez



PhD International in Didactics of Scientific Research, Doctor en Ciencias de la Salud y Salud Pública, Doctor Honoris Causa por la Fundación Global África Latina – Congreso de la República. Magister en Gestión de los Servicios de la Salud, Magister en Enfermería. Licenciado y Bachiller en Enfermería. Investigador RENACYT, Revisor por pares de Artículos Científicos y Capítulos de libros de reconocidas revistas a Nivel Nacional e Internacional. Editor de Revistas Nacionales e Internacionales especializadas en Salud. Especialista en áreas de Salud: Unidad de Cuidados Intensivos, Emergencias y Desastres, Crecimiento y Desarrollo Humano. A la fecha director general del área de Desarrollo de Proyectos Multisectoriales de la Región Pasco y Junín – EMAP, Catedrático pregrado, Director de Bienestar Universitario y Responsable de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud: Universidad Nacional Autónoma Altoandina de Tarma (UNAAAT), Presidente de la International Scientific Association for High Impact Research in Nursing (INSAHIRN), Líder del Comité Científico de la Sociedad Peruana de Auditoría en Enfermería (SPAE). Secretario Técnico del comité Científico del CEP Junín IV, Miembro emérito adscrito a asociaciones científicas: ASOCALP, ICENUR, INN, RIPERP, ACPAE, NANDA INTERNATIONAL. Nacionalidad Peruano, Miembro del grupo de investigación GIN “INMA” - UNAAAT. Correo electrónico: aespiritu@unaat.edu.pe

Miriam Zulema Espinoza Véliz



Doctora en Ciencias de la Enfermería, Magister en Investigación y Tecnología Educativa, con especialidad en Docencia en Enfermería, de nacionalidad peruana. Actualmente Coordinadora de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNAAT. Ejerce la docencia universitaria desde 1995 a la fecha, 20 de los cuales, en la Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión de Cerro de Pasco- Escuela de Enfermería de la Filial Tarma. Desde el año 2019 forma parte de la plana docente de la UNAAT. En la actualidad viene desarrollando el Proyecto con subvención por canon minero Casa Rural – Global Altoandina en la UNAAT, pertenece al grupo de investigación GIN “INMA” de la UNAAT. Correo electrónico: mespinoza@unaat.edu.pe

Melvi Janett Espinoza Egoavil



Doctorado en Ciencias de Enfermería en la Universidad Nacional San Agustín de Arequipa. Grado de Maestría en Salud Pública y Comunitaria en la UNDAC. Enfermera especializada en Salud Mental. Docente actual en la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional Autónoma Alto Andina de Tarma. Es responsable de la Dirección Académica de la Escuela Profesional de Enfermería - UNAAT. Pertenece al grupo de investigación GIN “INMA” de la UNAAT Correo electrónico: mjespinoza@unaat.edu.pe

Katerine Karen Gomez Perez



Mg. En Gestión de los Servicios de Salud, especialista en Enfermería en Neonatología, Enfermería en Cuidados Intensivos Neonatales, Enfermería en Emergencias y Desastres, actualmente labora en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma – Servicio de Neonatología, Miembro del comité Científico del CEP Junín IV, Docente de la Universidad Nacional Autónoma Altoandina de Tarma (UNAAT). Nacionalidad Peruana, Miembro del grupo de investigación GIN “INMA” - UNAAT. Correo electrónico: kgomez@unaat.edu.pe

Karina Liliana Espinoza Véliz



Magister en Salud Pública y Comunitaria, de nacionalidad peruana. Ejerce la docencia universitaria en la Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión de Cerro de Pasco- Escuela de Obstetricia de la Filial Tarma. Desde el año 2015. En la actualidad viene desarrollando el Doctorado en Obstetricia, pertenece al grupo de investigación GIN de la UNAAT. Nacionalidad peruana. Correo electrónico: kespinoza@undac.edu.pe

Oscar Abel Figueroa Mejía

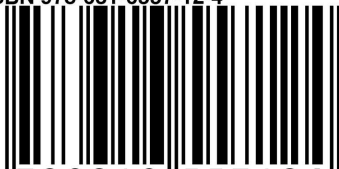


Doctor en Educación, Magister en didáctica en idiomas extranjeros, Licenciado en la especialidad en inglés, de nacionalidad peruana. Actualmente, Coordinador del programa de estudios de Lenguas Extranjeras en la UNDAC. Ejerce la docencia universitaria desde 2000 a la fecha, en la Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión de Cerro de Pasco, Facultad de ciencias de la educación. En la actualidad viene realizando los estudios de segunda especialidad docencia del inglés como lengua extranjera. Nacionalidad peruana. Correo electrónico: ofigueroa@undac.edu.pe



PUERTO MADERO
EDITORIAL

ISBN 978-631-6557-12-4



9 786316 557124