

Unidad 2

Cuidados de enfermería en la Unidad de Paciente crítico.

Parte I

Monitorización del paciente crítico.

Traslado del paciente crítico.

Aseo y confort en el paciente crítico.



Índice

Índice	2
Introducción	3
1. Monitorización del Paciente crítico	4
1.1. Monitoreo Respiratorio	5
1.2. Monitoreo Hemodinámico	7
1.3. Monitoreo Metabólico	9
1.4. Monitoreo Neurológico	10
1.5. Monitoreo de Temperatura	14
1.6. Monitoreo de Diuresis y Balance hídrico	15
2. Traslado de paciente crítico:	16
2.1. Equipo necesario para el traslado:	16
2.2. Complicaciones del traslado:	18
2.3. Pauta de cotejo para el traslado:	19
3. Aseo y Confort del paciente crítico:	20
3.1 Baño en cama de pacientes en estado crítico	21
3.1.1 Procedimiento de Baño en cama:	22
3.1.2 Aseo Ocular	24
3.1.3. Aseo bucal	25
3.1.4. Cambio de ropa de cama	26
Conclusión	28
Referencias bibliográficas	29

Introducción

Las unidades de cuidados intensivos (UCI) se crearon ante la necesidad de una vigilancia exhaustiva y estricta de pacientes con patología de riesgo vital e inestables. Para ello, todos los pacientes ingresados en UCI precisan una monitorización continua de sus parámetros fisiológicos a través de equipos especializados en electromedicina. Los avances tecnológicos de las últimas décadas han permitido dotar a estas unidades de monitores muy precisos y especializados en el seguimiento del paciente grave.

Un monitor es un dispositivo electrónico que permite la vigilancia, el registro y control de los signos vitales de los pacientes. Los monitores son herramientas muy necesarias y cruciales a la hora de la asistencia del paciente crítico, nos ayudarán a detectar disfunciones orgánicas y orientarán en el abordaje terapéutico. Pero no sólo monitorizamos a los pacientes mediante estos aparatos, sino que también la exploración física no instrumental o el contacto verbal o visual son formas de monitorización.

Dentro de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), la monitorización del paciente crítico es fundamental para el cuidado idóneo en estos casos para optimizar la hemodinámica, la ventilación, la temperatura, la nutrición y el metabolismo del paciente, ya que es la clave para mejorar la supervivencia del mismo, la mayoría de las UCI del mundo disponen de diferentes técnicas de monitoreo del paciente crítico realmente efectivas para llevar a cabo un control sistemático de variables fisiológicas, que se miden con el objeto de detectar, reconocer y corregir tempranamente alteraciones que podrían provocar posibles complicaciones.

Dichas técnicas de monitoreo suelen ser invasivas, ya que la mayoría se realizan sobre procedimientos invasivos (cateterización venosa central y periférica, abordaje arterial, sondeos nasogástricos y vesicales, entre otros). Sin embargo, también se cuenta con técnicas de monitoreo no invasivos que logran obtener parámetros fundamentales, ya que hoy día se cuenta con equipos tecnológicos especializados y nuevos algoritmos, que efectivamente ayuden al intensivista a monitorear eficientemente al paciente.

Por lo tanto, el presente documento describe las principales técnicas de monitoreo invasivos y no invasivos, que permitan la valoración adecuada de la perfusión/oxigenación y de los controles de temperatura, respiratorios, nutricionales y metabólicos, a partir de un análisis de contenido de diferentes literaturas.

1. Monitorización del Paciente crítico

El paciente crítico se define como aquel paciente que se encuentra fisiológicamente inestable, y que presenta alteraciones fisiológicas graves que suponen una amenaza real o potencial para su vida. El paciente crítico precisa soporte vital avanzado, monitoreo continuo e invasivo, una evaluación clínica estrecha con ajustes continuos de su terapia según su evolución y la realización de intervenciones que no se pueden proporcionar en otros servicios menos complejos.

Este monitoreo del paciente crítico es un control sistemático de variables fisiológicas que se miden con el objeto de detectar, reconocer y corregir tempranamente alteraciones que podrían provocar posibles complicaciones. En general, el monitoreo en unidades de cuidados intensivos busca mantener y restaurar la función de órganos y monitorizar las constantes vitales de forma continua o intermitente, mediante procedimientos invasivos o no invasivos.

Monitoreo Invasivo:

- Presión arterial invasiva a través de línea arterial.
- Presión Venosa Central.
- Catéter arteria pulmonar: Presión arteria pulmonar, gasto cardíaco.

Monitoreo No invasivo:

- Estado de conciencia.
- Electrocardiograma.
- Oximetría de pulso.
- Presión arterial no invasiva.
- Hidratación.
- Diuresis.
- Temperatura.
- Llame capilar.



Monitor multiparámetros.

1.1. Monitoreo Respiratorio

La monitorización respiratoria consistirá en la valoración y análisis de datos de un paciente para asegurar la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio gaseoso, es decir, para evitar el fracaso de la función o la insuficiencia respiratorias.

Los parámetros respiratorios que se pueden monitorizar son:

- La frecuencia respiratoria (FR).
- Oxigenación tisular mediante la concentración de oxígeno sanguíneo (Saturación de oxígeno).
- El CO₂ espirado.

Monitorización frecuencia respiratoria:

Monitorizar la frecuencia respiratoria (FR) del paciente se hará de forma no invasiva.

El ciclo respiratorio comprende una fase inspiratoria (activa, de entrada, de aire en los pulmones con la introducción de oxígeno O₂) y una fase de espiración (pasiva, se exhala el anhídrido carbónico CO₂ hacia el exterior).

Se contabiliza de forma manual y aislada contando las contracciones torácicas producidas en un minuto o, de forma continua por medio de un monitor que nos ofrecerá un dato numérico (FR) y lo registrará a través de la morfología de una onda.

Categorización de Frecuencia respiratoria en adultos:

Valor de Frecuencia respiratoria	Respiraciones por minuto
Óptima	12- 20 respiraciones
Bradipnea	< 12 respiraciones
Taquipnea	>20 respiraciones
Apnea	Ausencia de respiración

Categorización de Frecuencia respiratoria en niños según la OMS:

Edad	Frecuencia respiratoria por minuto
Menor de 2 meses	Hasta 60 rpm
2 meses – 1 año	Hasta 50 rpm
1 año – 4 años	Hasta 40 rpm
4 años- 8 años	Hasta 30 rpm

Monitorización de la pulsioximetría o saturación de oxígeno:

La saturación parcial de oxígeno en sangre (oxígeno transportado por la hemoglobina en el interior de los vasos sanguíneos) también conocida con las siglas: SpO₂, se puede medir de forma: INVASIVA o NO INVASIVA.

La invasiva consiste en extraer con una punción una muestra de sangre arterial para el análisis en laboratorio, es lo que se conoce como gasometría arterial.

La forma NO INVASIVA es la que se realiza mediante la pulsioximetría o oximetría de pulso y se realiza a través de un aparato de electromedicina que se llama: pulsioxímetro. El cual aporta información sobre la medición de la saturación de oxígeno y la frecuencia del pulso a través de un sensor que se suele colocar en un dedo, oreja u otras zonas distales como la planta del pie en lactantes y su valor óptimo es >95% a nivel distal.

Algunas enfermedades que pueden causar disminución de la SpO₂ en sangre (HIPOXIA) suelen estar relacionadas con el sistema respiratorio como:

- Insuficiencia respiratoria aguda – crónica.
- Distress respiratorio.
- Asma.
- Traumatismos o quemaduras torácicas.



Monitorización capnográfica:

La capnografía es la medición continua y no invasiva del anhídrido carbónico o dióxido de carbono (CO₂) exhalado por el paciente a lo largo del tiempo. Es una monitorización no invasiva complementaria a la oximetría (valora la oxigenación), que analiza la ventilación del paciente.

La capnografía se emplea desde hace más de 30 años para monitorizar al paciente intubado en las unidades quirúrgicas. El avance tecnológico en la electromedicina ha llevado a desarrollar capnógrafos portátiles fáciles de usar que ofrecen lecturas precisas tanto en pacientes intubados como con ventilación espontánea, pudiendo valorar de forma continua y no invasiva el metabolismo, la perfusión y la ventilación de los pacientes a tiempo real.

Puede emplearse en todo tipo de pacientes, desde neonatos hasta adultos, con respiración espontánea o en aquéllos que precisen de un apoyo ventilatorio mecánico invasivo o no invasivo ya que permite el control de la correcta instalación del Tubo endotraqueal y el control del tratamiento en las crisis de paciente con broncoespasmo, su valor óptimo se encuentra 33 mmHg – 43 mmHg.



Es importante recordar... que una correcta valoración de un paciente con patología respiratoria sigue siendo necesario realizar una gasometría arterial, ya que la pulsioximetría no mide presiones de O₂ (PaO₂) ni de dióxido de carbono (PaCO₂) ni el pH.

1.2. Monitoreo Hemodinámico

El monitoreo hemodinámico tiene como objetivo proporcionar datos que permitan entregar información sobre el sistema cardiovascular del paciente crítico y optimizar la oxigenación y detener de forma eficaz la hipoxia tisular global, el shock y la insuficiencia multiorgánica (Weiner et al, 2021).

Entre los parámetros estudiados en la monitorización hemodinámica se encuentran la frecuencia cardíaca (FC), la presión venosa central (PVC), la presión arterial media (PAM), la presión arterial diastólica (PD), y la presión sanguínea sistólica (PS), y el gasto cardíaco (GC), Este último se considera fundamental para poder valorar la función cardíaca y monitorear la oxigenación de los tejidos, pudiendo así alertar sobre la hipoxia como posibilidad, como de otros aspectos (Weiner et al, 2021).

Monitorización Frecuencia cardíaca:

Es el número de contracciones del corazón en un minuto y depende de las contracciones del ventrículo izquierdo, la cantidad de sangre que es eyectada en cada sístole, la distensibilidad de las arterias y de la resistencia arteriolar periférica. Los valores de frecuencia cardíaca en adulto son los siguientes:

Parámetro	Valor de frecuencia cardíaca
Normocardia	60-100 latidos por minuto
Bradicardia	< 60 latidos por minuto
Taquicardia	>100 latidos por minuto

En pediatría, los valores son los siguientes:

Edad	Valor de frecuencia cardíaca despierto	Valor de frecuencia cardíaca durmiendo
Menor de 3 meses	85-205 latidos por minuto	80 – 160 latidos por minuto
3 meses – 2 años	100 – 190 latidos por minuto	75- 160 latidos por minuto
2 años- 10 años	60 – 140 latidos por minuto	60- 90 latidos por minuto
>10 años	60 – 100 latidos por minuto	50 – 90 latidos por minuto

Nuestro registro de la frecuencia cardiaca del paciente, lo realizaremos a través de electrodos y esta actividad eléctrica, quedará registrada en forma de onda de ECG en el monitor del paciente.

Monitorización Electrocardiográfica:

Con la monitorización electrocardiográfica se representa gráficamente la actividad eléctrica cardíaca. Su registro es continuo en la pantalla y se realiza a través de una serie de electrodos que amplifican la señal y la registran el monitor.

La colocación de los electrodos será formando un triángulo sobre el tórax del paciente, que englobe al corazón, deben estar lo suficientemente separados para que no estorben en el caso de hacer RCP o tener que desfibrilar.

Si los cables vienen codificados por colores, se dispondrán de la siguiente forma:

ROJO o R (right): parte superior derecha del tórax, infraclavicular derecho.

AMARILLO o L (left): parte superior izquierda del tórax, infraclavicular izquierdo.

VERDE o F (Feet): parte inferior izquierda del abdomen.



Gracias a la monitorización electrocardiográfica podemos valorar de forma continua la frecuencia cardíaca, el ritmo de los ciclos cardíacos y la morfología de las ondas y segmentos del ECG.

Monitorización Presión Arterial:

La presión arterial es la presión ejercida por la sangre contra las paredes de las arterias, puede ser obtenida a través de un manguito insuflable (método no invasivo) o por un catéter introducido al sistema vascular arterial (método invasivo) que es conectado a un transductor de señal que transforma la fuerza mecánica o presión de la sangre, en una señal eléctrica y que permite valorar de manera continua y precisa el estado hemodinámico del paciente crítico.

Categorización de niveles de Presión arterial en adultos:

Categorización de Presión Arterial	Sistólica mmHg	Diastólica mmHg
Óptima	Menos de 120	Menos de 80
Normal alta	120 - 129	Menos de 80
Hipertensión Nivel 1	130- 139	80-89
Hipertensión Nivel 2	140 o más	90 o más

Para la correcta interpretación de la presión arterial en la población pediátrica se debe considerar además de la presión arterial diastólica y sistólica la talla y edad del niño, sin embargo, se presenta una tabla de referencia:

Categorización de Presión Arterial en niños:

Edad	Valor de presión arterial
Lactantes	90/50 mmHg
2 años- 10 años	100/60 mmHg
10 años adelante	110/70 mmHg

Monitorización de la Presión Venosa Central:

A través de un catéter venoso central, se mide la presión de la vena cava superior, utilizada para evaluar el volumen intravascular y la función cardíaca. Es muy útil para guiar la terapia de fluidos endovenosos y la volemia del paciente. Los valores normales en un el niño oscilan entre 3-12 cmH₂O, variando de paciente a paciente, de acuerdo con el tamaño, posición y estado de hidratación.

1.3. Monitoreo Metabólico

Hay una estrecha relación entre estado nutricional y severidad de la enfermedad. Se asocia a mayor tiempo de hospitalización, menor sobrevivencia a largo plazo, infecciones y alteración cicatrización. Existe evidencia de que un adecuado soporte nutricional disminuye la estadía en unidades de cuidados intensivos y en consecuencia, es de gran importancia registrar el estado nutricional al ingreso, para implementar el soporte nutricional en el momento más apropiado.

Este seguimiento es de gran relevancia, ya que abundan las evidencias que señalan que un control glucémico ineficaz más una cobertura insuficiente de las necesidades proteicas y energéticas del paciente, están relacionados con fracasos clínicos en la Unidad de Cuidado Intensivos (Singer et al, 2019).

Según De Waele et al (2018), el monitoreo de la atención nutricional y metabólica en la UCI tiene tres objetivos principales:

- a) Control de la entrega de macronutrientes (glucosa, proteínas, grasas) y micronutrientes (vitaminas y oligoelementos) que recibirá el paciente.
- b) Evaluación de la adecuación entre la entrega y las necesidades energéticas.
- c) Control glucémico.

1.4. Monitoreo Neurológico

La exploración neurológica en pacientes ingresados en unidades de críticos o semicríticos, se deben tener en cuenta lo siguiente:

- Conocer la patología que ha motivado su ingreso, así como el tiempo que ha permanecido en la unidad, ya que la mayoría de las enfermedades del sistema nervioso provocan cambios neurológicos característicos.
- Recoger la mayor cantidad de información clínica posible, tanto del paciente (antecedentes personales y familiares de enfermedades neurodegenerativas) de su proceso actual y evolución, con vistas a realizar una aproximación adecuada de la posible evolución del caso, así como del pronóstico.
- Fármacos implicados en el manejo del paciente, en especial si se trata de neurolépticos, sedantes o relajantes musculares. Es importante resaltar la importancia de estos últimos, ya que no producen alteración del nivel de consciencia, pero sí afectan de manera importante la capacidad motora y pueden ser elementos distractores en la exploración.

Nivel y estado de consciencia:

En cualquier paciente, pero sobre todo en los neurocríticos, resulta fundamental valorar, en primer lugar, el nivel de consciencia. Se han descrito varios grados, que van desde un estado de alerta hasta el coma, pasando de forma progresiva por varios niveles, como la somnolencia (tendencia al sueño), la obnubilación (necesidad de estímulos moderados para emitir una respuesta) y estupor (necesidad de estímulos vigorosos para emitir una respuesta) y que se definen como:

Alerta: estado del sujeto sano, en vigilia, nivel de despertar completamente normal.

Obnubilación o letargo: reducción leve o moderada del estado de alerta. Destaca un defecto en la atención (el paciente se distrae fácilmente durante la exploración, con tendencia a malinterpretar las percepciones sensoriales), acompañado por respuestas lentas a la estimulación, con bradipsiquia y somnolencia diurna excesiva, que puede alternar con agitación nocturna (inversión del ciclo vigilia-sueño). Un grado más avanzado y permanente es el estado de confusión, caracterizado además por desorientación temporo-espacial prácticamente constante y percepción errónea de estímulos sensoriales más acusada, con frecuentes alucinaciones, fundamentalmente visuales.

Estupor: el sujeto está permanentemente dormido y sólo se consiguen respuestas (alguna palabra incoherente o la ejecución de una orden sencilla) mediante estímulos vigorosos (dolorosos y repetidos). Al cesar la estimulación, el enfermo recae inmediatamente en un estado de sueño profundo con ausencia de respuestas.

Coma: es un estado de falta de respuesta a cualquier tipo de estímulo, sea cual sea su modalidad o intensidad. Es el grado más profundo de disminución de los dos componentes de la consciencia.

Para poder realizar un monitoreo del estado neurológico en el paciente, se deben aplicar pautas objetivas como lo son:

Escala de Glasgow: desarrollada por Jenett y Teasdale en el año 1977 inicialmente para pacientes con traumatismo cráneo encefálico, hoy se utiliza en pacientes para evaluación neurológica de causa metabólicas o vasculares, permite la evaluación del nivel de consciencia de manera indirecta y según tres ítems: apertura ocular, lenguaje y capacidad motora. Su evaluación y puntuación es sencilla y permite estimar la gravedad del paciente y el pronóstico a corto plazo; además, sirve como guía para la toma de decisiones importantes, como la necesidad de intubación. La escala se puntúa con un mínimo de 3 puntos y un máximo de 15 puntos y se clasifica la condición neurológica de la siguiente manera:

- Alteración neurológica leve: 15- 13 puntos.
- Alteración neurológica moderada: 12- 9 puntos.
- Alteración neurológica grave: menor a 8 puntos.

Escala de coma Glasgow

		Puntaje
Apertura ocular	Espontanea	4
	Al hablar	3
	Al dolor	2
	Ninguna	1
Respuesta verbal	Orientado	5
	Confuso	4
	Inapropiado	3
	incomprensible	2
	No responde	1
Respuesta motora	Cumple Ordenes	6
	Localiza el dolor	5
	Retirada ante dolor	4
	Respuesta en flexion	3
	Respuesta en extension	2
	Ninguna	1
Maximo puntaje		15

Dentro de sus limitaciones se encuentra:

- Incapacidad para obtener datos en pacientes intubados, sedados, afásicos o víctimas de trauma facial.
- Respuesta verbal alterada por trastorno auditivo o alteraciones psiquiátricas.
- La respuesta motora se ve afectada en pacientes con lesiones de médula espinal o nervios periféricos.

Escala de sedación de Ramsay: Esta escala fue desarrollada en 1974 por el médico Michael Ramsey, como parte de un estudio sobre el efecto de un anestésico esteroide. Es una escala subjetiva para evaluar el grado de sedación en los pacientes y una de las más utilizadas. Su empleo se asocia a la disminución del tiempo de ventilación mecánica y de estancia en UCI. Valora 6 niveles de sedación que son:

- Nivel 1: Despierto, ansioso y agitado.
- Nivel 2: Despierto, cooperados, orientado y tranquilo.
- Nivel 3: Dormido con respuesta a órdenes.
- Nivel 4: Somnoliento con breves respuestas a la luz y al sonido.
- Nivel 5: Dormido con respuesta solo al dolor.
- Nivel 6: Profundamente dormido, sin respuesta a estímulos

Escala de COMFORT: La escala COMFORT es una escala diseñada y validada para niños en ventilación mecánica (VM), que no requiere aplicar ningún estímulo para realizar la valoración.

Nivel de conciencia		Respuesta respiratoria		Presión arterial		Tono muscular	
Profundamente dormido	1	No respiración espontánea ni tos	1	Por debajo de la media	1	Musculatura totalmente relajada	1
Ligeramente dormido	2	Mínimo esfuerzo respiratorio	2	En la media	2	Reducción del tono muscular	2
Somnoliento	3	Tos ocasional o resistencia contra el respirador	3	Infrecuentes elevaciones >15% sobre la media	3	Tono muscular normal	3
Despierto	4	Lucha contra el respirador y tos frecuente	4	Frecuentes elevaciones >15% sobre la media	4	Aumento del tono muscular (flexión dedos/pies)	4
Hiperalerta	5	Lucha contra el respirador y tos constante	5	Constantes elevaciones >15% sobre la media	5	Rigidez muscular	5
Calma-agitación		Movimientos físicos		Frecuencia cardíaca		Presión facial	
Calma	1	No movimiento	1	Por debajo de la media	1	Músculos faciales totalmente relajados	1
Ligera ansiedad	2	Movimientos ocasionales	2	En la media	2	Tono muscular facial normal	2
Ansiedad	3	Movimientos frecuentes	3	Infrecuentes elevaciones >15% sobre la media	3	Tensión en algunos músculos faciales	3
Mucha ansiedad	4	Movimientos vigorosos de extremidad	4	Frecuentes elevaciones >15% sobre la media	4	Tensión en todos los músculos faciales	4
Pánico	5	Movimientos vigorosos de cabeza y tronco	5	Constantes elevaciones >15% sobre la media	5	Tensión extrema en la musculatura facial	5

8-10: sedación muy profunda; **10-17:** sedación profunda; **18-26:** sedación superficial; **27-40:** no sedación.

Escala RASS: Richmond Agitation-Sedation Scale: La Escala RASS está validada como instrumento de monitorización de la sedación en adultos en estado crítico, y es una de las más empleadas en ese contexto, no está recomendada para monitorización de la sedación en niños, pero aun así se emplea en muchas UCIP por su sencillez, también como paso inicial en el diagnóstico del delirium.

Es una escala de 10 puntos que discrimina entre 10 estados de sedación-agitación:

Tabla 4. Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)

Puntuación	Término	Descripción
+4	Combativo	Abiertamente combativo o violento. Peligro inmediato para el personal
+3	Muy agitado	Se retira tubo(s) o catéter(es) o tiene un comportamiento agresivo hacia el personal
+2	Agitado	Movimiento frecuente no intencionado o asincronía paciente-ventilador
+1	Inquieto	Ansioso o temeroso, pero sin movimientos agresivos o vigorosos
0	Alerta y calmado	
-1	Somnoliento	No completamente alerta, pero se ha mantenido despierto (más de 10 segundos) con contacto visual, a la voz (llamado)
-2	Sedación ligera	Brevemente, despierta con contacto visual (menos de 10 segundos) al llamado
-3	Sedación moderada	Algún movimiento (pero sin contacto visual) al llamado
-4	Sedación profunda	No hay respuesta a la voz, pero a la estimulación física hay algún movimiento
-5	No despierta	Ninguna respuesta a la voz o a la estimulación física

Reacción pupilar:

La exploración pupilar nos ofrece información directa sobre daño en los pares craneales 3, 4 y 6 las pupilas deben examinarse para determinar su diámetro pupilar, igualdad y velocidad de reacción a la luz.

Diámetro pupilar: Normal de 2 a 3 mm, y su tamaño y forma debe ser semejante.

- Miosis: diámetro inferior a 3 mm.
- Midriasis: diámetro superior a 5 mm.

Igualdad: La igualdad en el tamaño de las pupilas se denomina isocoria y la desigualdad anisocoria.

Dentro de la anisocoria encontramos la miosis la contracción de la pupila generada por una variedad de condiciones, incluyendo ciertos fármacos o sustancias químicas. La midriasis, por lo contrario, es un aumento o dilatación de la pupila.

Velocidad de reacción a la luz: Reflejo fotomotor, las pupilas deben someterse a prueba tanto para determinar la respuesta directa a la luz (contracción en el mismo ojo) como la respuesta consensual (contracción del ojo contralateral).

Normalmente la pupila se contrae ante un estímulo luminoso y permanece contraída durante el tiempo en que se mantiene la fuente luminosa.

En su registro suelen utilizarse las siguientes claves:

RR = reacción rápida

RL = reacción lenta

SR = sin reacción

Diferentes fármacos y situaciones pueden alterar tanto el tamaño como la reactividad a la luz de las pupilas, por ejemplo frente a la administración de opiáceos, las pupilas se podrán encontrar puntiformes y es muy difícil valorar el reflejo fotomotor.

La Midriasis, es característico en pacientes con anoxia cerebral, hipotensión grave, hipotermia, coma barbitúrico, retirada de opiáceos, entre otros y la falta de reactividad pupilar se puede presentar en situaciones de hipotermia, coma barbitúrico o PCR reciente.

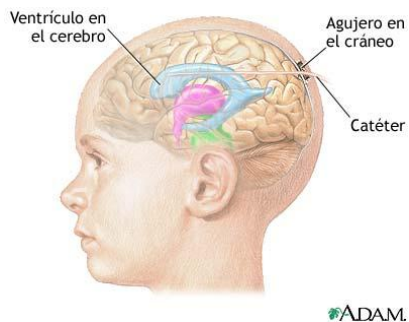
Presión intracraneal:

La presión intracraneal se define como la fuerza que el tejido cerebral, la sangre y el líquido cefalorraquídeo (LCR) ejercen sobre el cráneo.

Se mide en mmHg mediante una punción lumbar o directamente por medio de un sensor/catéter colocado en el interior del cráneo.

Se ha establecido que el funcionamiento cerebral es adecuado con valores de PIC entre 10 y 20mmHg en adultos y entre 9-21 mmHg en niños.

Para obtener en una unidad de cuidados intensivos una monitorización continua de la PIC lo podemos hacer mediante varios dispositivos como: un catéter intraventricular, un tornillo subaracnoideo, un catéter o sensor epidural o subdural (dependiendo del espacio donde se encuentre alojado).



1.5. Monitoreo de Temperatura

Es importante el mantenimiento de la temperatura corporal normal en el paciente crítico, por lo que debe controlarse periódicamente. La Hipertemia como la hipotermia son causa de numerosos resultados adversos, como coagulopatía, infección de la herida quirúrgica, retraso en la cicatrización de la herida, retraso en la recuperación post anestésica, malestar del paciente y prolongación de su estadía en UCI (Kipnis et al, 2015).

Por otro lado, se sabe también que los anestésicos generales producen una profunda reducción de la temperatura central como dosis dependiente, secundaria al deterioro de los mecanismos termorreguladores normales, a causa de la redistribución del calor corporal del núcleo a la periferia (Kipnis et al, 2015).

La medición de la temperatura periférica se puede realizar de manera continua a través de sensores externos que llevan incorporados por ejemplo las incubadoras y las cunas térmicas e intermitente mediante un termómetro electrónico o infrarojo, que de preferencia debiese ser axilar y su rango óptimo es entre 36°C- 37°C.

1.6. Monitoreo de Diuresis y Balance hídrico

La monitorización de diuresis y registro del balance hídrico representa un aspecto fundamental en el diagnóstico, tratamiento y cuidado del enfermo crítico; práctica que se realiza de forma rutinaria en todos los enfermos ingresados en la UCI, y que aporta datos relevantes del monitoreo hemodinámico, función renal, estado de hidratación y la adecuada terapia de fluidos que se le está entregando.

El balance hídrico es el resultado de comparar el volumen y composición tanto de los líquidos recibidos como de las pérdidas, dentro de un periodo determinado (habitualmente 24 horas), lo que permite actuar sobre las diferencias encontradas de manera oportuna y posibilita mantener el equilibrio del medio interno del paciente, existen estudios que indican que un balance hídrico positivo en pacientes pediátricos aumenta su mortalidad.

Al realizar un balance hídrico se debe conocer: el peso del paciente y la cantidad de horas por las que se calculará el balance y existen factores en el ingreso y egreso que son constantes en todos los pacientes, independientes de su condición de salud, género.

El resultado de la resta entre el volumen total de los ingresos, menos el total de los egresos puede ser:

Positivo: si los ingresos son mayores que los egresos.

Negativo: si los ingresos son menores que los egresos.

Neutro: si los ingresos son iguales a los egresos.

INGRESOS	EGRESOS
Normales	Normales
- Vía oral (ingesta) - Agua endógena (factor constante) 300cc en 24 hrs. - Si sólo quiero calcular esto en las últimas horas 12,5 x hrs. Ejemplo en 7 hrs. 12,5 x 7hrs.	- Riñones - Piel - Perspiración insensible 0,5cc x Kg. Pcte. x hrs. 800cc x 24 hrs. (esto lo aplico sino conozco peso de mi paciente) - Deposiciones
EXTRAORDINARIOS	EXTRAORDINARIOS
- Parenteral (sueros, medicamentos) Nutrición parenteral total central NPTC Nutrición Parenteral Periférica NPP va al intestino pero no por vías normales. - Transfusiones - Administración enteral: (apoyo nutricional, agua y medicamentos por sonda).	- Fiebre: 6cc x grado aumentado x hrs (grado aumentado sobre 37° C) Ejemplo: 39° C 6cc x 2° C x hrs. - Sudoración: Leve : 10cc x hrs. Moderada : 20cc x hrs. Profusa : 40cc x hrs. - Respiración: 1cc x c/respiración >20 x hrs. Ejemplo: 25 respiraciones 1cc x 5 x 24hrs.

2. Traslado de paciente crítico:

El transporte intrahospitalario de pacientes críticos lo definimos como el movimiento de pacientes en situación crítica dentro del propio hospital, que puede originarse desde las distintas áreas de este y cuya finalidad es la realización de pruebas diagnósticas y/o terapéuticas que no se pueden realizar en la unidad del paciente en UCI.

La movilización de pacientes en un estado crítico y la diversidad de patologías a trasladar, conllevan a riesgos para el paciente y a la aparición de complicaciones en su enfermedad, por lo que es necesario antes de indicar la realización de cualquier procedimiento que conlleve un desplazamiento del paciente, valorar el beneficio a obtener y el riesgo que conlleva.

El personal de enfermería va a estar muy implicado en el transporte de enfermos críticos y va a necesitar una adecuada planificación y protocolización para evitar la aparición de complicaciones que aumenten la morbimortalidad del enfermo:

- 1.- Estabilización previa del paciente.
- 2.- Valoración de peligros potenciales y necesidades individuales.
- 3.- Monitorización permanente.
- 4.- Preparación del material y equipos.
- 5.- Vigilancia clínica y tratamiento instaurado en Unidad de cuidados intensivos

2.1. Equipo necesario para el traslado:

La puesta en marcha del transporte intrahospitalario es muy similar a la del interhospitalario aunque con algunas diferencias:

- Son enfermos conocidos por el personal de UCI.
- El tiempo del traslado es menor, lo que disminuye los riesgos.
- Existe una mayor capacidad de intervención y rapidez terapéutica al no salir del propio hospital.

Existen tres fases en la realización de un transporte intrahospitalario: fase de preparación previa, transporte y regreso/estabilización a la unidad.

Fase de preparación:

- Determinar el personal que participará en el traslado y sus funciones (enfermera, médico, técnico de enfermería, auxiliar de servicio).
- Informar del procedimiento y su utilidad al paciente si está consciente, e incluso entregarle consentimiento informado. De no ser así, contactar con la familia si no se trata de una intervención urgente.
- Identificar adecuadamente al paciente, con su brazalete.

- Si el paciente requiere movilizarse en el lugar de destino, por ejemplo para pasar a la mesa de TAC, es conveniente colocar bajo el paciente sabanilla que facilite su movilización.

Confirmar con el médico las infusiones, fármacos que se van a mantener o necesitar durante el traslado y suspender aquellas que no sean imprescindibles hasta que se regrese a la unidad.

- Intentar colocar todas las bombas de infusión y sueros en un mismo soporte, a poder ser acoplado a la cama.

- Si el paciente estuviera con Nutrición enteral, suspender y dejar SNG sellada.

- Proteger al paciente de cambios de la temperatura cubriéndolo con la ropa de cama necesaria.

- Revisar las fijaciones de vías, tubo endotraqueal, drenajes, entre otros, para evitar retiradas accidentales durante su transporte.

- Revisar maletín de transporte con medicamentos e insumos necesarios.

- Comprobar el estado y autonomía del material necesario (cargas de baterías, balón de O2, nivel de llenado de bolsas de orina y drenajes, perfusiones)

- Comprobar el ventilador de transporte y llevar siempre ambú para posibles extubaciones o complicaciones con el respirador.

- Comprobar funcionamiento del monitor, fijar los límites de alarmas y calibrar transductores de presión arterial.

- Cerrar y sellar aquellos sistemas de drenaje de los que podamos prescindir.

- Pinzar colectores de orina para impedir reflujo a la hora de movilizar al paciente.

- Anotar control de signos vitales previo al traslado para poder valorar posteriormente la repercusión de éste sobre el paciente.

- Acompañar con el enfermo la historia clínica y pruebas diagnósticas que puedan ser de utilidad.

- Antes de iniciar traslado confirmar con el servicio receptor su disponibilidad para evitar esperas e incluso bloqueo de ascensores.

Fase de transporte:

- Vigilancia de signos vitales, registro en la historia el estado del paciente durante el traslado y medicación administrada.

- Supervisar el paso por las puertas (ascensor, salida y entrada del servicio) para evitar desconexiones accidentales.

- Preparar al paciente para el paso a la camilla de diagnóstico y coordinar el momento de dicho paso por la enfermera o el médico de UCI que controlará cabeza.

- Conectar el respirador portátil o la mascarilla de oxígeno a una toma de pared para evitar el agotamiento de oxígeno durante el examen.

- Colocar el monitor y el respirador en un lugar visible y si es posible conectarlo a la corriente para evitar consumo de baterías.

- Revisar la colocación del tubo endotraqueal, vías, drenajes, tubuladura del respirador, etc. para que en los exámenes y traslado no haya desconexiones.

- Valorar la necesidad de sedo relajación durante el procedimiento.

Si el paciente está consciente tranquilizarle explicándole lo que se le hará en todo momento.

- Al terminar la prueba pasar al paciente de nuevo a su cama con las mismas precauciones anteriores.

Fase de regreso y estabilización en la unidad:

- Monitorización del paciente con monitoreo central y conexión al ventilador mecánico o al humidificador de oxígeno con los parámetros anteriores o los que indique el médico responsable.

- Volver a conectar al paciente a las medidas de presiones que tuviera: presión venosa central, presión arterial invasiva, presión intracraneal.

- Reinstaurar el tratamiento endovenoso de los que prescindimos a la hora de realizar el traslado.

- Control de signos vitales al regreso a la unidad.

- Reiniciar nutrición enteral suspendida para el traslado.

- Revisar vías, tubo orotraqueal, sonda vesical que no esté pinzada, drenajes, etc.

- Anotar en gráfica hora de salida y regreso a la unidad, procedimiento realizado, medicación administrada, incidencias que hayan surgido.

- Retirar sábanas sobrantes dejando al paciente en una cama limpia y lo más cómodo posible.

- Reponer material utilizado del maletín de transporte para el siguiente traslado.

- Limpiar y colocar el equipo utilizado sin olvidarnos de conectarlo a la red para su carga de batería.

- Comprobar el balón de oxígeno y si está agotada realizar pedido para el próximo traslado.

2.2. Complicaciones del traslado:

Cardiovasculares: Arritmias, alteraciones de la presión arterial por discontinuidad en la infusión de forma accidental o por cambios en la frecuencia cardíaca y respiratoria como resultado de la ansiedad, dolor o mala sedación.

Respiratorias: El traslado del paciente sometido a ventilación mecánica tiene más riesgos que cualquier otro debido a que una inadecuada ventilación puede causar hipoxemia y cambios en el equilibrio ácido-base con repercusión hemodinámica por lo que debemos prestar el máximo cuidado en ellos.

Neurológicos: El transporte intrahospitalario de pacientes con traumatismo craneal se hace más importante durante su fase inicial, especialmente en el trayecto desde urgencias a la sala de radiología y el traslado desde urgencias a UCI o pabellón.

Sin olvidar las anteriores complicaciones que influyen negativamente en la patología del paciente, el personal de enfermería está expuesto a imprevistos que surgen durante el traslado del paciente y que pueden deberse a una mala planificación del traslado, como puedan ser:

- Acodamiento u obstrucción de las tubuladuras del respirador.
- Fallo en el equipo de monitorización y dispositivos utilizados en el transporte.
- Agotamiento de baterías en el monitor, respirador o bombas de infusión.
- Agotamiento del balón de oxígeno.
- Desconexiones accidentales de catéteres, drenajes, vías centrales, tubo orotraqueal, sondas vesicales, entre otros dispositivos.
- Esperas en hall, ascensores o sala de radiología.
- Agotamiento de perfusiones de medicamentos endovenosos.

2.3. Pauta de cotejo para el traslado:

A modo de guía rápida proponemos una lista de comprobación para un traslado de UCI:

Vía Aérea ¿Está segura la vía aérea?	Tubo endotraqueal	¿Está bien fijado?
		¿Está en posición correcta?
		¿Está libre de secreciones?
	Ventilación	Registrar Frecuencia respiratoria y parámetros ventilatorios
	Oxígeno	¿Es suficiente para su traslado?
Circulación ¿Está estable para su traslado?	Control Hemodinámico	Registrar Frecuencia cardíaca, presión arterial
Monitorización	Adecuación de parámetros	¿Funciona adecuadamente el monitor?
		¿Tiene alarmas ajustadas?
Terapia farmacológica	Stock de medicamentos de infusión	¿Está preparada la sedación y analgesia?
		¿Se administran correctamente las infusiones?

		¿Tenemos stock de medicamentos?
Drenajes	Seguridad y protección de drenajes y sondas.	¿Los drenajes que presenta están fijados correctamente?
		¿El catéter urinario a permanencia o la sonda nasogástrica están fijados correctamente?
Historia clínica y radiografías	Compleitud de antecedentes	¿Está completa y ordenada?
Servicio receptor	Comunicación y entrega	¿Están informados del traslado del paciente?

3. Aseo y Confort del paciente crítico:

El profesional de enfermería responsable del enfermo crítico debe valorar el estado hemodinámico de éste antes de iniciar las prácticas de higiene, ya que en el caso de que exista inestabilidad hemodinámica está indicado desestimar el aseo hasta que se consiga el control hemodinámico.

Es necesario planificar cuidadosamente el tipo de movilización que se va a realizar durante el aseo, en base al diagnóstico de ingreso, prescripción de restricción de movimientos, estado actual del paciente y medidas de soporte vital requeridas.

Este planteamiento previo nos ayudará a proveer los recursos materiales y personales necesarios para el cambio de ropa de cama, así como a evitar los eventos adversos derivados de la inadecuada movilización del paciente y la prolongación innecesaria del tiempo de aseo, es interesante investigar la historia clínica del paciente, en busca de posibles alergias al jabón u otros productos implicados en la higiene del paciente.

Además, se debe tener en consideración lo siguiente:

- Se deben tomar las medidas necesarias para evitar que se movilicen inadecuadamente los catéteres, tubos, drenajes y demás equipos que estén siendo utilizados para el soporte vital del enfermo.
- Adecuar la altura de la cama a la de los profesionales que van a realizar la técnica de aseo con el objetivo de conseguir posturas ergonómicas.
- En caso de que el paciente esté bajo aislamiento seguir las recomendaciones específicas establecidas por el comité de Infecciones asociadas a la atención de salud.
- La temperatura ambiental aconsejada se encuentra entre 22-25°C, evitando las corrientes de aire.
- Conviene realizar tantos cambios de agua y de guantes como sean necesarios durante la higiene del paciente ya que puede convertirse en un baño contaminante para la piel si no se cambia el agua las veces necesarias.

- Conviene usar jabón/champú neutro, salvo indicación contraria. Los jabones dermatológicos existentes de forma habitual en los hospitales de nuestro entorno suelen ser no perfumados, ricos en humectante y de pH neutro.
- El secado posterior a la limpieza con agua y jabón se hace necesario para evitar la maceración y el enfriamiento excesivo del paciente. La piel debe secarse con suavidad, mediante pequeños golpecitos, sin frotar, y poniendo especial atención en los pliegues cutáneos y espacios interdigitales, para evitar dejar zonas húmedas.
- Los productos hidratantes deben aplicarse sobre la piel intacta, en la dirección del crecimiento del vello, de forma suave, con un ligero masaje que favorezca su absorción.

3.1 Baño en cama de pacientes en estado crítico

Cuidados higiénicos que se le proporciona a los enfermos que no pueden hacerlo por sí mismos por encontrarse en estado crítico, bajo efectos de sedación.

Objetivos:

- Conservar o restablecer una higiene óptima del cuerpo en su totalidad.
- Vigilar el estado de la piel del enfermo.
- Conservar la integridad de la piel.
- Mejorar la circulación sanguínea y la hidratación de la piel.
- Prevenir la aparición de infecciones.
- Aumentar la comodidad.
- Favorecer la relajación y la comodidad.
- Disminuir la temperatura en caso de episodios febriles.
- Prevenir las lesiones por presión.

Materiales:

- Equipo de protección personal (Pecheras).
- Jabón.

- Crema hidratante.
- Algodón o gasa.
- Toallas de baño.
- Guantes de procedimiento.
- Juego de sabanas limpias.
- Sabanilla.
- Pañal
- Lavatorios.
- Bolsa para ropa sucia.



3.1.1 Procedimiento de Baño en cama:

- 1.- Poner a la disposición y preparar todos los materiales y equipos necesarios.
- 2.- Lavado de manos clínico.
- 3.- Colocarse la pechera y guantes de procedimientos.
- 4.- Mantener la intimidad del paciente, destapándolo sólo lo necesario (use los biombos).
- 5.- Evite las corrientes de aire en la medida de lo posible.
- 6.- Coloque la cama en posición horizontal si es posible y retire la ropa de cama que cubre el paciente cuidadosamente (sin sacudirla), solo déjele la sabana de arriba y destápelo a medida que lo vaya lavando.

Realizar el aseo en el siguiente orden:

1. Ojos
2. Rostro
3. Nariz
4. Oídos
5. Cuello
6. Manos, Brazos y Axilas
7. Tórax y abdomen
8. Piernas y pies
9. Parte posterior cuello y espalda
10. Glúteos, genitales y zona anal.

Lavado de Rostro:

- Limpiar los ojos desde zona medial a zona externa con una gasa humedecida distinta para cada ojo. Si hay secreciones irrigar con solución fisiológica.
- Secar bien los ojos, usando un extremo distinto del paño.
- Limpiar la nariz con una gasa o torula de algodón, si hay costras, reblandecerlas con vaselina antes de retirarlas.
- Limpiar con un apósito- torula de algodón la cara y las orejas.

Lavado de Brazos:

- Colocar la toalla de baño bajo el brazo a todo lo largo.
- Enjabonar, enjuagar y secar el brazo desde la zona distal a la proximal con palmadas firmes y largas o con movimientos circulares.
- Lave la axila, enjuáguela y séquela. Repita la operación con el otro brazo.

Lavado de Manos:

- Colocar la toalla sobre la cama y colocar el lavatorio de baño sobre esta.
- Introducir las manos del paciente, enjabonarlas, enjuagarlas y secarlas haciendo énfasis en los espacios interdigitales.

Lavado del Tórax:

- Coloque la toalla de baño sobre el tórax.
- Enjabonar, enjuagar y secar el tórax, prestando especial atención al pliegue cutáneo situado debajo de las mamas.
- Mantener el paciente cubierto entre el lavado y el enjuagado.

Lavado de Abdomen:

- Colocar la toalla de baño sobre el abdomen.
- Enjabonar, enjuagar y secar el abdomen.

Lavado de Piernas:

- Descubra una de las piernas hasta la zona inguinal.
- Coloque la toalla debajo de la pierna.
- Lavar la pierna enjabonándola, tanto la parte superior como la inferior, desde el tobillo hasta el muslo con movimientos firmes y uniformes.
- Enjuagar y secar toda la pierna.
- Repetir el procedimiento en la otra pierna.

Lavado de Pies:

- Lavar los pies introduciéndolos en el lavatorio de baño.
- Enjabonar, enjuagar y secar, haciendo énfasis en los espacios interdigitales.
- Masajear con crema hidratante.

Lavado de la Espalda:

- Ayudar al paciente o colocarlo decúbito lateral.

- Colocar la toalla de baño a lo largo de la espalda y de los glúteos.
- Enjabonar, enjuagar y secar la espalda y los glúteos, haciendo énfasis en los pliegues.

Lavado de Zona genital femenino:

- Coloque al paciente femenino, en decúbito supino, en posición ginecológica.
- Proceda a realizar la higiene de los genitales, desde el pubis, hasta el ano.
- Limpie los labios mayores separándolos, luego los pliegues entre los labios menores y mayores, con agua y jabón.
- Use una gasa, tórula o esponja para cada maniobra.
- Enjuague muy bien.
- Secar el periné a fondo, con especial atención entre los pliegues.

Lavado de Zona genital masculino:

- En el hombre lavar y secar el pene.
- Retraer el prepucio, para limpiar bien el glande, con movimientos circulares.
- Colocar el prepucio en su sitio una vez limpio el glande.
- Lavar y secar el escroto.

3.1.2 Aseo Ocular

El cuidado de los ojos es un procedimiento de cuidados de enfermería, básico y esencial para los enfermos críticos, para prevenir complicaciones tales como infecciones o lesiones. Es una de las intervenciones de enfermería más importantes, necesaria para el cuidado de pacientes con ventilación mecánica.

Las complicaciones pueden abarcar desde infecciones leves de la conjuntiva hasta lesiones y úlceras graves en la córnea. La ulceración, perforación, vascularización y las cicatrices de la córnea pueden causar una lesión ocular permanente.

Descripción del procedimiento:

- Lavado de manos clínico y uso de guantes de procedimiento.
- Colocar al paciente en decúbito supino o en posición de semifowler.
- Limpiar los párpados y pestañas con agua estéril o suero fisiológico y gasa estéril, utilizando una diferente para cada ojo.
- Sujetar los párpados con los dedos índice y pulgar de una mano y con la otra instilar agua estéril o suero fisiológico en el interior del lagrimal, nunca dejándolo caer desde arriba, ni directamente sobre la córnea o el globo ocular. Limpiar desde el ángulo interno hacia el externo con gasa estéril.
- Observar zonas enrojecidas y/o secreciones lagrimales anormales.
- Asegurar que no existen cuerpos extraños en el ojo.
- Evitar durante el procedimiento la luz directa sobre los ojos del paciente.
- Administrar lágrimas artificiales o pomada oftalmológica en el borde interno del párpado inferior.
- Cerrar los párpados y poner gasa estéril sobre cada uno de ellos.
- Retirar todo el material empleado.
- Desechar el material empleado en los contenedores indicados.
- Retirar los guantes.

- Higiene de manos.



En los pacientes en coma o sin reflejo palpebral, asegurar que los párpados no permanezcan abiertos, para evitar sequedad de la conjuntiva y prevenir úlceras corneales.

3.1.3. Aseo bucal

La neumonía asociada a ventilación mecánica (VM) es la principal causa de morbilidad y mortalidad en las Unidades de Cuidados Intensivos. La colonización bacteriana de la flora de la mucosa orofaríngea es la fuente más notable de infección del tracto respiratorio y sucede rápidamente tras la intubación endotraqueal.

Dentro de las medidas de obligado cumplimiento se encuentra la higiene oral con clorhexidina como medida de antisepsia oral evitando la colonización orofaríngea. Esto obedece a que la cavidad oral se comporta como un reservorio de bacterias que potencialmente pueden causar infecciones del tracto respiratorio inferior debido, en parte, a que en las primeras 48 horas de estancia en la UCI existe un cambio de la flora habitual, y existe una mayor riesgo de contraer microorganismos que tradicionalmente se asocian a neumonía asociada a ventilación mecánica, como *S. aureus* resistente a meticilina, *Acinetobacter baumannii* o *Pseudomonas aeruginosa* (*P. aeruginosa*).

Además del cambio de flora que se produce en los pacientes intubados, se produce una pérdida de los mecanismos fisiológicos de defensa, así como la presencia de un cuerpo extraño (tubo endotraqueal) que facilita la microaspiración de secreciones orofaríngeas. La placa dental de igual forma puede ser un reservorio de infección por patógenos respiratorios en pacientes ingresados en UCI, independientemente de la enfermedad de base.

Dentro de los agentes más empleados en la higiene oral de los pacientes críticos, encontramos el Gluconato de clorhexidina, que se trata de un agente de amplio espectro que combate tanto bacterias grampositivas como gramnegativas y tiene efecto antibacteriano frente a muchos microorganismos causales de las infecciones respiratorias asociadas a la VM, ya que disminuye la colonización orofaríngea y de encías de pacientes ventilados y tiene efecto antiplaca dental y en encías.

La clorhexidina se une fuertemente a la membrana celular bacteriana, lo que a bajas concentraciones produce un aumento de la permeabilidad con filtración de los componentes intracelulares incluido el potasio (efecto

bacteriostático) y en concentraciones más altas, produce la precipitación del citoplasma bacteriano y la muerte celular (efecto bactericida).

Descripción del procedimiento:

- 1.- Poner a la disposición y preparar todos los materiales y equipos necesarios.
- 2.- Lavado de manos clínico.
- 3.- Colocarse la pechera y guantes de procedimientos.
- 4.- Posicionar al paciente en semi fowler si no presenta contraindicación.
- 5.- Comprobar la presión de inflado del cuff del TOT con el manómetro (20 - 30 cmH2O).
- 5.- Aspirar secreciones subglóticas y de la orofaringe si procede.
- 6.- Utilizar el cepillo con succión para cepillar dientes y lengua.
- 7.- Frotar la cavidad bucal y dientes con gasa impregnada en solución de clorhexidina, cambiándola cuantas veces sea necesario.
- 8.- Cambiar sujeción del tubo endotraqueal si fuese necesario.
- 9.- Secar los labios y zona circundante y valorar el estado de las comisuras labiales y mucosas. Hidratar los labios con vaselina o ungüento.



3.1.4. Cambio de ropa de cama

Descripción del procedimiento:

- 1.- Soltar toda la ropa de cama, desde arriba hasta los pies.
- 2.- Subir el colchón si es necesario.
- 3.- Colocar al paciente en decúbito lateral, opuesto a donde vamos a poner la ropa limpia.
- 4.- Colocar la baranda si cuenta con ella.
- 5.- Doblar la sábana sucia, lo más cerca posible del cuerpo del paciente.
- 6.- Colocar la sabana limpia sobre la cama, y doblar en forma vertical hasta el cuerpo del cliente. Meter la sabana bajo el colchón.
- 7.- Colocar sabanilla si es necesario, colocándolo a nivel de la cintura del paciente de forma horizontal, seguidamente proceda a colocar el pañal si el paciente lo requiere.
- 8.- Ayude o voltee al paciente al lado contrario del que se encontraba, desplácese al otro lado de la cama y baje la baranda.
- 9.- Retire la ropa usada, doblándola cuidadosamente y colóquela en el tacho de ropa sucia.
- 10.- Estire la sábana limpia, cuadre la esquina e introduzca la sábana debajo del colchón, cuidando de no dejar arrugas en las sábanas.
- 11.- Colocar al paciente en decúbito supino, en el centro de la cama y ayudarlo a adoptar una posición cómoda según su preferencia

12.- Coloque la sabana y cubrecama e introdúzcalos simultáneamente debajo del colchón, en la parte inferior de la cama y cuadre las esquinas.



Conclusión

La monitorización de las constantes vitales de los pacientes en estado crítico permite anticiparse a situaciones que empeoren la salud del paciente y, en caso de que se produzcan, el personal sanitario podrá tomar decisiones con mayor velocidad y administrará el tratamiento de forma más rápida y conveniente.

Según la patología que presente el paciente, su estado de salud y sus características personales y médicas, se escogerá un método de monitorización u otro valorando el riesgo-beneficio que supone cada técnica, por lo general la mayoría de los pacientes que ingresan en la Unidad de Cuidados Intensivos se les controlan las constantes hemodinámicas, neurológicas y respiratorias, además de aquellas que sean necesarias según el cuadro clínico que presenten.

Para ello, se utilizan tanto técnicas invasivas como no invasivas que nos aportan la información a través de diferentes monitores cuyo funcionamiento es importante conocer para así realizar una correcta interpretación del estado del paciente.

Sin embargo, la monitorización invasiva no está exenta de riesgos. La inserción de dispositivos invasivos conlleva el riesgo de complicaciones, como infecciones, hemorragias o lesiones en los tejidos. Por lo tanto, es fundamental que se realice por personal capacitado y se sigan estrictas medidas de asepsia y seguridad.

Por otra parte, como revisamos en esta guía, el proceso de transporte debe ofrecer al paciente grave un estándar de cuidado similar al que se le ofrece en la Unidad de Paciente Crítico. Este se logra con un equipo entrenado en el transporte pediátrico y con capacidad de proveer cuidados críticos. La decisión de transportar a un paciente dentro del mismo hospital o a otra institución se basa en la evaluación de los potenciales beneficios sopesados contra potenciales riesgos, ya que existe un incremento de la morbilidad y la mortalidad durante el transporte.

Una de las principales preocupaciones del personal de enfermería que trabaja en Unidades de pacientes críticos es poder brindar un cuidado de calidad, garantizando el confort y la seguridad de los pacientes graves donde las acciones o procedimientos médicos en su mayoría generan las sensaciones de discomfort y en ocasiones dolor.

Así, la higiene en el paciente crítico es una actividad fundamental del cuidado enfermero y es una oportunidad valiosa para realizar una evaluación integral, mejorar la comodidad, la seguridad, el bienestar y la dignidad de la persona, a la vez que ayuda a prevenir la propagación de la infección. Sin embargo, a pesar de su efecto beneficioso, puede representar un riesgo potencial para los pacientes, presentando eventos adversos como inestabilidad hemodinámica y respiratoria, dolor, extracción accidental de catéteres y dispositivos, y otros eventos potencialmente mortales.

Referencias bibliográficas

- Almela A, Millán J, Alonso JL, García P. Monitorización hemodinámica no invasiva o mínimamente invasiva en el paciente crítico en los servicios de urgencias y emergencias. *Emergencias*, 2015.
- Calderón de la Barca J. M, Jiménez L, Durán M. Gasometría arterial y pulsioximetría. *Medicina de Urgencias y Emergencias de L. Jiménez Murillo*, 2004.
- Caturla J. Monitorización del paciente grave. *Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias. IDEPSA*, 1995.
- Casas-Rodríguez J, Zambrano-Córdova JR, Vélez-Muentes JR, Vera-Pinargote RG. Criterios de patologías que requieren ingreso a la unidad de cuidados intensivos. *Revista científica de la Investigación y el conocimiento*. Vol. 5, 2021.
- Gallego JM, Soliveres J. *Cuidados Críticos. CECOVA*, 2002.
- Mateu ML, Ferrándiz A, Gruartmoner G, Mesquida J, Sabatier C, Poveda Y, et al. Técnicas disponibles de monitorización hemodinámica. Ventajas y limitaciones. *Med Intensiva*, 2012.
- Bancalero JM, Manzano E, De Juan Bernal I. Procedimientos de enfermería en el traslado intrahospitalario del paciente crítico. *Revista científica de la sociedad española de enfermería de urgencias y emergencias*, 2010.
- Fanara B, Manzon C, Barbot O, Desmettre T, Capellier G. Recommendations for the intra-hospital transport of critically ill patients. *Crit Care*, 2010.
- García-Velasco Sánchez-Morago S, Sánchez Coello MD, Arroyo Plaza G, Fernandez Roma P, García del Castillo Pérez de Madrid C, Sánchez Enano MI. Transporte asistido intrahospitalario del enfermo crítico. *Metas de Enfermería*, 2005.
- Burns S. A return to the basics: "Interventional Patient Hygiene" (A call for papers). *Intensive and Critical Care Nursing*, 2012.
- Canals MP. Higiene corporal del enfermero crítico. *Efectos Adversos. ROL de enfermería*, 2010.
- Golzales. G. *Guía de actuación: Higiene del paciente critico*, 2008.
- Johnson K. One evidence-based protocol doesn't fit all: Brushing away ventilator associated pneumonia in trauma patients. *Intensive and Critical Care Nursing*, 2012.
- KOZIER, Bárbara y cols. *Fundamentos de Enfermería*. vol 1. 7ª edición. Madrid. McGraw-Hill-Interamericana, 2005.
- KOZIER, Bárbara (et al). *Técnicas en enfermería clínica*. 4ª edición. Madrid: McGraw-Hill Interamericana, 1999.



Reservados todos los derechos. No se permite copiar, reproducir, reeditar, descargar, publicar, emitir, difundir, de forma total o parcial la presente obra, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio (electrónico, mecánico, fotocopia, grabación u otros) sin autorización previa y por escrito de Vasper capacita. La infracción de dichos derechos puede constituir un delito contra la propiedad intelectual.