



UAEM | Universidad Autónoma
del Estado de México

Facultad de Enfermería y Obstetricia

Plan de estudios: Maestría en Enfermería

Unidad de aprendizaje: Enfermería en Terapia Intensiva

Unidad de competencia I

**Generalidades y organización de la atención crítica, política
y áreas específicas, criterios de ingreso y egreso, material y
equipo personal de salud**

Dra. en A. D. Bárbara Dimas Altamirano





Generalidades y organización de la atención crítica, política y áreas específicas, criterios de ingreso y egreso, material y equipo personal de salud

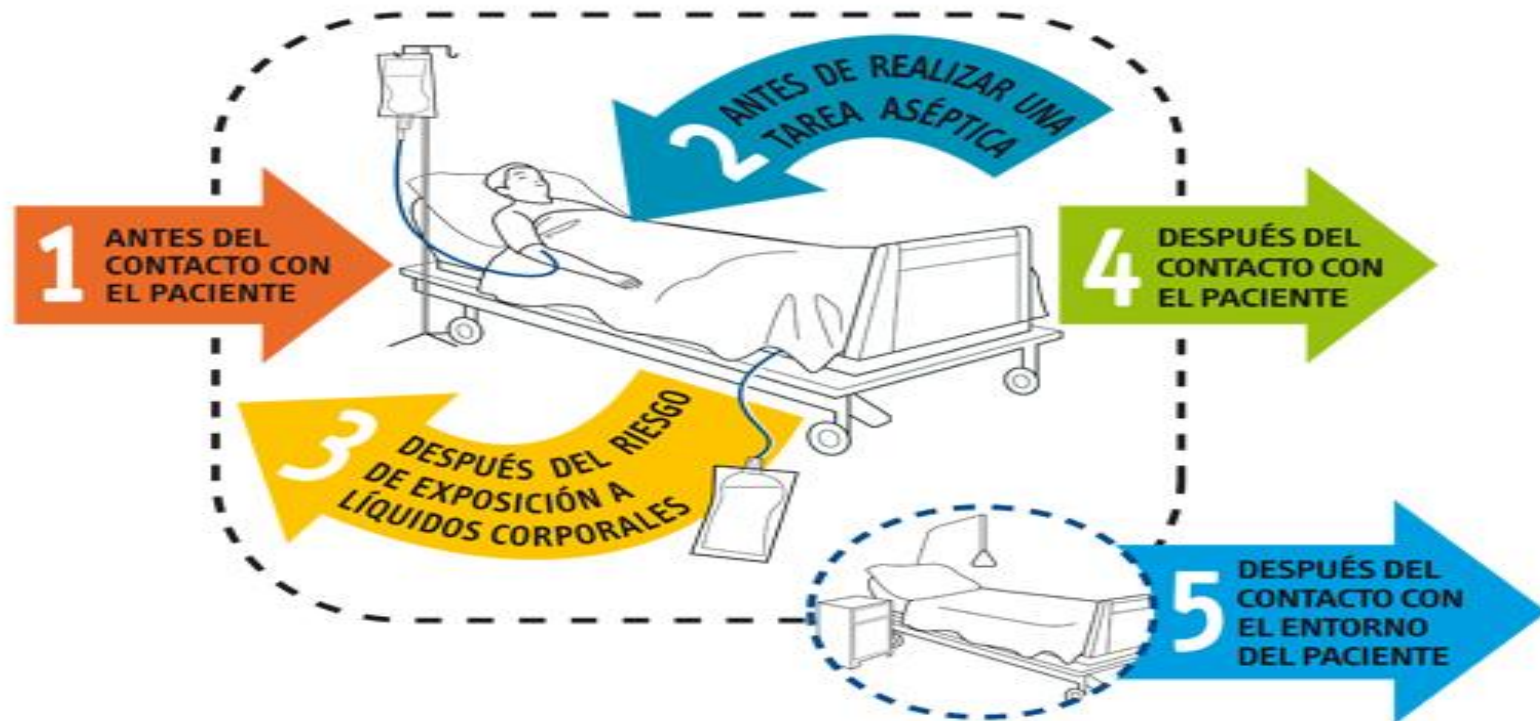
Lavado de manos

- Es un proceso dirigido a eliminar el mayor número posible de microorganismos de las manos.



Lavate las manos.

Sus 5 momentos para la HIGIENE DE LAS MANOS



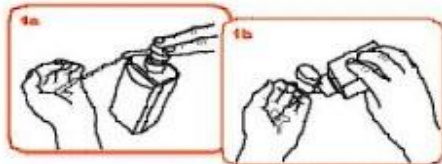
1 ANTES DEL CONTACTO CON EL PACIENTE	¿CUANDO? Higiénese las manos antes de tocar a un paciente cuando se acerque a él. ¿POR QUÉ? Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que tiene usted en las manos.
2 ANTES DE REALIZAR UNA TAREA ASÉPTICA	¿CUANDO? Higiénese las manos inmediatamente antes de realizar una tarea aséptica. ¿POR QUÉ? Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que podrían entrar en su cuerpo, incluidos los gérmenes del propio paciente.
3 DESPUÉS DEL RIESGO DE EXPOSICIÓN A LÍQUIDOS CORPORALES	¿CUANDO? Higiénese las manos inmediatamente después de un riesgo de exposición a líquidos corporales y al quitarse los guantes. ¿POR QUÉ? Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de gérmenes dañinos del paciente.
4 DESPUÉS DEL CONTACTO CON EL PACIENTE	¿CUANDO? Higiénese las manos después de tocar a un paciente y la zona que lo rodea, cuando deje la cabecera del paciente. ¿POR QUÉ? Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.
5 DESPUÉS DEL CONTACTO CON EL ENTORNO DEL PACIENTE	¿CUANDO? Higiénese las manos después de tocar cualquier objeto o mueble del entorno inmediato del paciente, cuando lo deje (incluso aunque no haya tocado al paciente). ¿POR QUÉ? Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.

Procedimiento

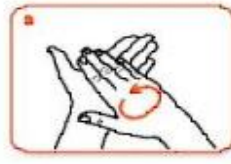
TÉCNICA DE HIGIENE DE LAS MANOS CON PREPARACIONES ALCOHÓLICAS

Use preparaciones alcohólicas para higienizarse las manos.
Lávese las manos con agua y jabón solamente cuando la suciedad es visible.

 Duración del procedimiento completo: 20-30 segundos.



Deposite en la palma de la mano una dosis de producto suficiente para cubrir todas las superficies a tratar.



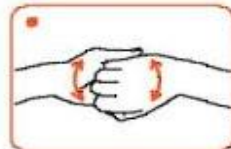
Frótese las palmas de las manos entre sí.



Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.



Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados.



Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.



Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo atrapándolo con la palma de la mano derecha, y viceversa.



Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación, y viceversa.



... una vez hechas, sus manos son seguras.

TÉCNICA DE LAVADO DE LAS MANOS CON AGUA Y JABÓN

Lávese las manos con agua y jabón sólo cuando estén visiblemente sucias.
Si no, use solución a base de alcohol.

 Duración del procedimiento completo: 40-60 segundos.



Mójese las manos con agua.



Deposita en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos.



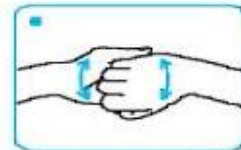
Frótese las palmas de las manos entre sí.



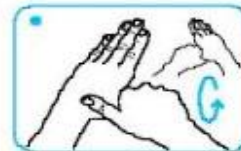
Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.



Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados.



Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.



Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo atrapándolo con la palma de la mano derecha, y viceversa.



Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación, y viceversa.



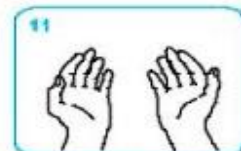
Enjuáguese las manos con agua.



Séquelas con una toalla de un solo uso.



Sírvase de la toalla para cerrar el grifo.



... y sus manos son seguras.

ENFERMO EN ESTADO CRÍTICO

- Es aquel que presenta **alteraciones vitales** de **uno** o **más órganos** que ponen en **peligro su vida** y que ingresa a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) para ser sometido a **vigilancia**, **reanimación**, **mantenimiento de constantes vitales** y **tratamiento definitivo**.

Identificación del paciente crítico

- Es todo enfermo en riesgo de morir por afección aguda, orgánica, funcional o de ambos tipos, potencialmente recuperable de uno o varios sistemas corporales y que requiere vigilancia, asistencia continua y especializada mediante métodos temporales que suplan las funciones alteradas.

Tres categorías de enfermos

- Enfermos gravemente lesionados, inestables, con necesidad de tratamiento intensivo en forma de asistencia mecánica ventilatoria, uso de drogas vasoactivas, etc. Ejem. Cirugía de corazón, posoperatorio de endarterectomía carotídea y pacientes en estado de choque. Ese tipo de pacientes no tiene limitaciones en sus medidas terapéuticas.

- Enfermos que no están gravemente lesionados al momento de su admisión, pero que requieren los servicios tecnológicos de la UCI (vigilancia hemodinámica), pues están en riesgo de precisar un tratamiento intensivo inmediato. Ejem. enfermos con padecimientos previos de corazón, riñones o pulmones que tienen enfermedad médica grave o fueron sometidos a cirugía mayor, pero no se limitan a ello. No hay límites para su tratamiento.

- Pacientes cuyo estado previo de salud disminuye en forma importante la posibilidad de recuperación, aunado a su padecimiento actual, donde el tratamiento en la unidad es de poco beneficio. Ejem. pacientes con malignidad complicada con sepsis, insuficiencia respiratoria en enfermos con neumonía terminal; estos individuos reciben tratamiento intensivo, pero sin llegar a maniobras de RCP ni asistencia mecánica ventilatoria.

Objetivo de la UCI

- Corregir los problemas agudos que ponen en peligro la vida, así como detectar en forma inmediata cualquier alteración en aquellos pacientes que, estando estables, requieren vigilancia continua.

Áreas críticas

- Urgencias (observación y choque)
- Quirófano
- Recuperación posoperatoria
- Tratamiento intensivo
- Unidad coronaria



Indicaciones de ingreso

- No admitir pacientes en estado terminal de una enfermedad.
- Que requiera al menos 10% de cuidado intensivo dentro de su terapia total.
- Tres criterios:
 - Vigilancia y observación continua
 - Cuidados intensivos de enfermería
 - Cuidado médico continuo

Criterios generales de ingreso

- Normas y criterios:
 - Pacientes que presentan **estado agudo crítico** o están en inminencia de sufrirlo.
 - Todos los pacientes deben ser teóricamente **recuperables** de los problemas que motivan el ingreso a la unidad.
 - Pacientes irrecuperables a largo plazo, pero que tienen un problema que pone en **peligro su vida en forma inmediata**.

Criterios de selección de paciente

- Las determinantes de admisión a la UCI son las alteraciones potenciales o reales de los sistemas fisiológicos mayores y no la naturaleza del padecimiento.
- Estos son los siguientes puntos:

- Insuficiencia o inestabilidad de uno o más sistemas fisiológicos mayores: paro cardiorespiratorio, insuficiencia respiratoria aguda, deshidratación grave, insuficiencia renal aguda.

- **Alto riesgo.** Sistemas fisiológicos mayores con estabilidad en peligro y que requieren vigilancia en la UCI: arritmias potencialmente letales, infarto agudo del miocardio, posoperatorio de cirugía con riesgo elevado.

- Necesidad de cuidados especiales, especializados o de ambos tipos: soporte ventilatorio mecánico.
- Siempre habrá **controversia**, pero, se busca el **criterio justo y equilibrado** del médico.

Criterios generales de egreso

- Resolución del problema que motivó el ingreso del paciente a la Unidad de Cuidados Intensivos.
- Imposibilidad de resolver el problema en la UCI.

Equipo

- Área física
- Material electromédico
- Recursos humanos (médicos, enfermeras, técnicos en inhaloterapia, etc.)

Área física

- Hay UCI especializadas:
 - cardiológicas,
 - neurológicas,
 - de cuidado respiratorio,
 - posquirúrgicas

Material electromédico

- Es aquel con el que se logra una adecuada vigilancia del paciente; así pues, la vigilancia cardiopulmonar incluye el registro del ritmo cardiaco, el uso de transductores de presión para la tensión arterial, instalación de catéteres para vigilancia hemodinámica, así como el catéter de Swan-Ganz (saturación de oxígeno, gasto cardiaco), monitores de última generación (pulsioximetría, temperatura, respiración, gasto cardiaco, capnografía, gasometría, VM).



Recursos humanos

- **MÉDICOS**
 - **ENFERMERAS**
 - **INHALOTERAPISTAS**
 - **NUTRICIÓN**
 - **INGENIEROS BIOMÉDICOS**
-
- Brindan un cuidado altamente especializado al paciente en estado crítico.
 - La enseñanza en la unidad de cuidados intensivos es primordial, pues permite a todo el personal que labora en ellas mantenerse siempre actualizado y capacitado al máximo.

Áreas específicas de la UCI

- ✓ Unidad coronaria
- ✓ Unidad de choque
- ✓ Unidad de cuidados posoperatorios
- ✓ Unidad de coma
- ✓ Unidad metabólica y de otros problemas
- ✓ Unidad de aislamiento



Arritmias cardiacas graves sin causa precisa

Cor pulmonale agudo

Sospecha clínica o electrocardiográfica de infarto agudo del miocardio.

Arritmias cardiacas por intoxicación con fármacos

Infarto agudo del miocardio en las primeras 72 h, con complicaciones o sin ellas.

Colocación de marcapasos cardiacos

Angina inestable

Unidad coronaria

Cardioversión electiva

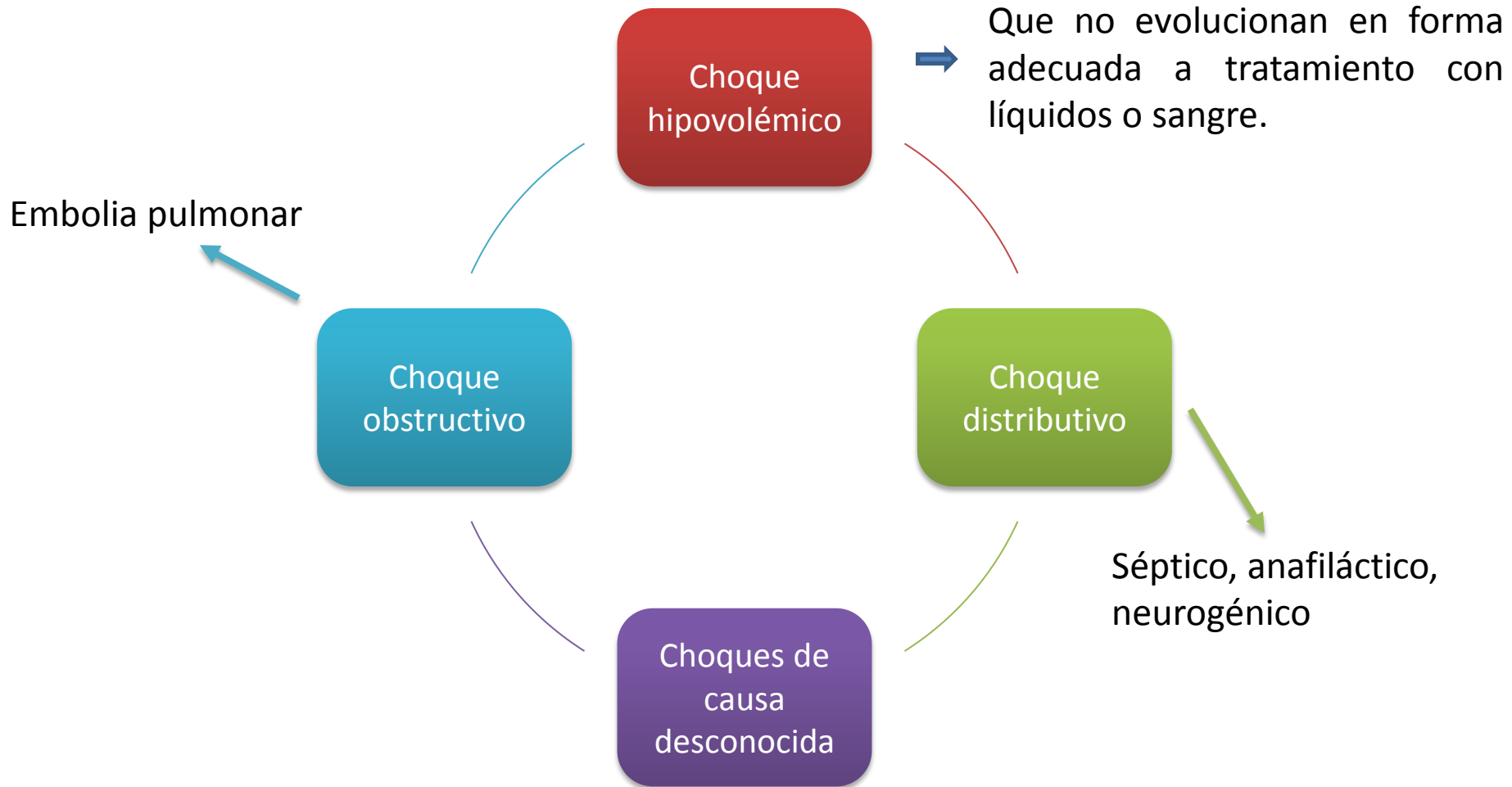
Pacientes en quienes se efectúa trombólisis

Casos seleccionados de insuficiencia cardiaca grave y edema agudo pulmonar refractarios a tratamiento convencional

Vigilancia continua durante 24 a 48 h para estudio de arritmias en pacientes con síncope.

Complicaciones tardías del IAM (embolia, rotura cardiaca, disfunción del músculo papilar, comunicación intraventricular)

Unidad de Choque



Unidad de cuidados posoperatorios

Cirugía toracopulmonar

Cirugía cardiaca en las primeras 24 a 72 horas

Pacientes neuroquirúrgicos en las primeras 48 horas

Cirugía de cualquier tipo que complique las funciones vitales en el trans o posoperatorio

Coma diabético o hipoglucémico

Pacientes con enfermedad cerebrovascular reversible y que presentan una complicación que debe tratarse en la unidad.

Traumatismo craneoencefálico cerebral irreversible.
sin daño

Paro cardiorespiratorio reversible

Unidad de coma

Coma hepático reversible

Estado de mal epiléptico

Coma mixedematoso

Pacientes con muerte cerebral y con posibilidad de donar órganos

Coma de causa no específica

Problemas gastrointestinales

- Pancreatitis aguda grave
- Fístulas gastrointestinales de gasto alto

Problemas renales

Problemas graves metabólicos e hidroelectrolíticos

Unidad metabólica y de otros problemas

Crisis suprarrenal

Problemas hematológicos

Coagulación intravascular diseminada CID

Quemaduras de más de 40% de la superficie corporal o quemaduras del aparato respiratorio

Crisis tirotóxica

Unidad de aislamiento

Aislamiento completo

Neumonía estafilocócica
Meningococemia
Tuberculosis pulmonar activa
Estreptococemia

Aislamiento entérico

Hepatitis viral
Shigelosis
Salmonelosis
Poliomielitis

Aislamiento de piel y heridas

Heridas infectadas o supuradas, quemaduras
Gangrena gaseosa
Quemaduras

Aislamiento protector

Pacientes con disminución de la resistencia a las infecciones (SIDA, cáncer, inmunodeprimidos por drogas, etc.)

Políticas específicas de la UCI

- Comunicación verbal o escrita del médico que solicita la valoración del médico adscrito de la UCI
- Comunicar a familiares motivo de traslado y características de atención
- El adscrito informa a la jef@: condiciones clínicas, necesidades de vigilancia y terapéutica intensiva
- Jefe dispondrá de 5 a 15 min.
- Comunicación de jefes, médicos, para agilizar los trámites de ingreso.

- Traslado con vigilancia responsabilidad directa del médico intensivista, con los cuidados para minimizar riesgos.
- Elaborar nota del motivo, estudios, evolución de las últimas 24 horas.
- Los traslados de quirófano o recuperación responsabilidad y supervisión de los médicos anesthesiólogos.

- El enfermo que ingresa de forma inesperada será tratado en el módulo de RCP
- En caso de que la ocupación de camas de la UCI se a total los ingresos serán valorados de acuerdo a la cantidad y calidad de atención. La decisión es responsabilidad del médico intensivista.
- El médico intensivista es el responsable de la no aceptación de un paciente, anotando en el expediente clínico esta determinación.

Enfermera del servicios donde se solicitó el traslado a la UCI

- Solicita un camillero, inhaloterapia (si aplica), médico
- Acompaña al paciente a la UCI
- Entrega el expediente de hospitalización a la enfermera de la UCI y recaba la firma de recibido.



Enfermera de la UCI

- Recibe al paciente y le indica al camillero que lo coloque en la cama que utilizará
- Anota en la libreta de registró datos de ingreso
- Abre el expediente
- Anota los datos generales del paciente y signos vitales en la hoja de enfermería, entrega expediente a médico y espera indicaciones
- Establece prioridades e inicia acciones terapéuticas, las que anota en la hoja de enfermería.

Jef@ de la UCI

- Avisa al jefe médico a dónde va a ser trasladado el paciente y se solicita camillero
- En caso de fallecimiento avisa a trabajo social para que realice el tramite necesario.
- Se dirige al sector de hospitalización a donde va a ser trasladado el paciente, acompañándolo con su expediente.
- Lo entrega a la enfermera y firma la libreta de paciente y el expediente.

Ingreso a la unidad de cuidados intensivos

Preparación de los recursos:
físicos,
técnicos y
humanos



Estimación de riesgos en el traslado (aceptar riesgos calculados)

Evaluación inicial y cuidados del paciente crítico

- Situación de mayor excitación y temor, es el enfrentamiento inicial con el paciente en estado crítico.
- Los pasos prioritarios: CAB (función cardiaca, vía aérea permeable, ventilación)
- Weil y colaboradores, pasos básicos: VIP (ventilación, infusión y bombeo)

- Conocemos que diagnosticamos y luego tratamos.
 - Paciente crítico pero estable
 - Paciente de alto riesgo
- En la UCI primero tratamos y luego diagnosticamos.

Manejo secuencial del paciente en estado crítico

- Tratamiento primero y después diagnóstico
 - Paro cardiorespiratorio
 - Crisis convulsivas
 - Paro respiratorio

- Tratamiento y diagnóstico simultáneos
 - Hipotensión: carga con líquidos IV
 - Coma, sospecha de sobredosis: antagonistas de opiáceos, benzodiazepinas
 - Sospecha de taponamiento cardiaco con compromiso hemodinámico: pericardiocentesis

Estrategias específicas

- Reanimación cardiopulmonar
 - Evaluación circulatoria
 - Ventilación – oxigenación
 - Determinación respiratoria y gasometría arterial
 - Acceso venoso
 - Cateterización arterial
 - Examen cardiológico y evaluación hemodinámica
 - Supervisión hemodinámica y otra información

- La reanimación cardiopulmonar y la estabilización del paciente son componentes fundamentales en la atención del paciente en estado crítico y por lo general se hallan entre las actividades más gratificantes del equipo de intensivistas.

Bibliografía

- Gutiérrez Lizardi, P. (2004). *Procedimientos en la unidad de cuidados intensivos*. México: McGraw-Hill.
- Gutiérrez Lizardi, P. (2010). *Protocolos y procedimientos en el paciente crítico*. México: Manual Moderno.
- Urden, L. D., Lough, M. E., & Stacy, K. M. (2001). *Cuidados intensivos en enfermería*. España: Oceano.