

# MONITOREO DEL PACIENTE CRITICO



**Lic. Norka Jeanette del Carpio Dulanto**

**Enfermera Especialista en Cuidados inTensivos y Emergencias  
del H.N.E.R.M.**

# MONITOREO DEL PACIENTE CRITICO



La atención del paciente en estado crítico plantea problemas diagnósticos y terapéuticos específicos. Al evaluar inicialmente a un paciente se debe tener un esquema conceptual de las características de la disfunción de órganos y sistemas que son comunes a alteraciones críticas. Además, en la persona con insuficiencia de múltiples órganos, la reanimación o la estabilización suele ser más importante que la definición inmediata del diagnóstico específico.

# MONITOREO DEL PACIENTE CRITICO

- En los primeros minutos de valoración se identificarán las anomalías funcionales que pongan en peligro la vida, que comúnmente afectan el aparato respiratorio con una hipoventilación y el sistema cardiovascular. Además del medio interno y metabólico, y el sistema nervioso central

# Valoración de la respiración

- La función más importante de los pulmones es facilitar la oxigenación y la ventilación.
- En la exploración física se advierten manifestaciones de obstrucción de vías respiratorias o insuficiencia respiratoria.

# Valoración de la respiración

- **Vía aérea**
- El primer paso consiste en asegurar que llega oxígeno a la membrana alvéolo-capilar. Se inicia empleando una mascarilla de oxígeno con concentración suficiente a flujos altos. Si esto no es suficiente se realiza la intubación endotraqueal y se conecta al paciente bajo ventilación asistida o mecánica.
- Son criterios de intubación:  $\text{PaO}_2 < 60 \text{ mmHg}$  y  $\text{PaCO}_2 > 50 \text{ mmHg}$ .

# Valoración de la respiración

**Inspección** : Tiene 3 prioridades

- Observar la permeabilidad de la vía aérea.
- Valorar la configuración de la pared torácica.
- Evaluar el esfuerzo respiratorio.

**Auscultación** :

- Evaluar los ruidos respiratorios.
- Identificar los ruidos respiratorios anormales.

# Valoración de la circulación

- La función más importante es el aporte de oxígeno a órganos vitales.
- La valoración de enfermería se centra en la perfusión.
- Los factores que rigen el suministro del oxígeno son el gasto cardiaco y el contenido de oxígeno en sangre arterial ( que depende de la concentración de hemoglobina y de la saturación del oxígeno .

# Valoración de la circulación

## Inspección :

- **Observar el aspecto general.**
- **Explorar los lechos ungueales y relleno capilar..**
- **Valorar las venas yugulares.**
- **Auscultar el latido apical.**
- **Medir P.A. y F.C.**
- **Tomar EKG en sus 12 derivaciones**



# Valoración de la temperatura

**Control de la temperatura. Presenta o no fiebre.**

- **Un signo importante del shock es que la temperatura está por debajo de lo normal.**

# Valoración de la piel y mucosas

- Si presenta piel caliente, seca y congestionada
- Si presenta piel fría, pálida y sudorosa
- Si presenta moteado en piernas

# Valoración del nivel de conciencia

- La reducción de la perfusión cerebral puede producir signos de deterioro del estado mental, dando lugar a agitación y confusión.
- El estado mental se deteriora progresivamente y se puede llegar hasta el coma.

# Valoración del nivel de conciencia

El nivel de conciencia se valora con la aplicación de la Escala de coma Glasgow

- Apertura Ocular
- Respuesta Verbal
- Respuesta Motora

# Valoración del Medio Interno

- La perturbación del equilibrio ácido base, de líquidos y electrolitos complican el trastorno primario, y reflejan la gravedad del paciente.
- La hiperkalemia e hipoglicemia pueden amenazar la vida.

# Actividades De Enfermería

## OBJETIVO

1. **Optimizar la oxigenación y ventilación.**
2. **Equilibrar la demanda y el aporte de O<sub>2</sub> al miocardio.**
3. **Mejorar la perfusión tisular.**
4. **Controlar y/o prevenir complicaciones.**
5. **Proporcionar apoyo emocional.**

# Actuacion Inicial

- **Control continuo de las constantes vitales: T.A, F.C, F.R, Sat O<sub>2</sub>. Con monitorización.**
- **Control de la temperatura.**
- **Control del Balance Hídrico estricto ( diuresis horaria), colocar sonda vesical.**
- **Administración de oxígeno**
- **Venoclisis (catéteres periféricos, vía central)**
- **Pruebas analíticas: Hemograma completo, gasometría arterial, pruebas de función hepática, pruebas de coagulación, pruebas cruzadas, hemocultivos.**

# Procedimientos

- Colocación de una vía central y control de la PVC, ( preparar el material necesario)
- Preparar el material preciso, para la cateterización mediante el Swan Ganz de la arteria pulmonar y tomar presiones de la arteria pulmonar (PAP), además de las presiones de enclavamiento de la arteria pulmonar (PEAP).
- Si es necesario colocarle una sonda nasogástrica.
- Puede estar indicado la intubación y la VENTILACIÓN MECANICA ( preparar el material necesario).



# Tratamiento

## Administración de antibióticos

- **Administrar los medicamentos según prescripción médica.**

## Administración de suero terapia

- **Cristaloides (solución salina) y coloides (expansores del volumen del plasma), debido a la pérdida de líquido vascular y su secuestro en los tejidos. La administración debe realizarse con precaución para evitar una insuficiencia cardíaca.**
- **El plasma fresco congelado ayudará a restablecer los factores de coagulación, con objeto de prevenir la coagulación intravascular diseminada.**

# **Intervenciones De Enfermeria**

- **VALORACION DE CONSTANTES VITALES CADA HORA.**
- **VALORACION DEL ESTADO DE VOLEMIA.**
- **VALORACION DE LA FUNCION RESPIRATORIA.**
  - **Auscultación.**
  - **Simetría de la expansión torácica.**
  - **Sincronía del V.M.**
  - **Trabajo respiratorio**

# Intervenciones De Enfermeria

## ■ VALORACION NEUROLOGICA

- Nivel de conciencia
- Agitación .
- Desorientación.
- Nivel de sedación : Escala de Ramsay.
- Nivel de ansiedad.

# **Intervenciones De Enfermeria**

- **VALORACION DE LA VIA AEREA ARTIFICIAL.**
- **VALORACION DEL RIESGO DE ASPIRACION.**
- **VALORACION DE LA INTEGRIDAD DE LA PIEL Y MUCOSAS.**
- **VALORACION DEL ESTADO NUTRICIONAL.**
- **VALORACION DE LA ANSIEDAD**

# Valoración hemodinámica

- **LA DIURESIS: Si presenta poliuria o oliguria y anuria**
- **Monitoreo de la PVC.**
- **VALORACIÓN DE LA PRESIÓN DE LA ARTERIA PULMONAR ( PAP) Y DE LA PRESIÓN CAPILAR PULMONAR. (PCP) que será baja: Se comprobara el estado del corazón izquierdo.**
- **VALORACIÓN DEL GASTO CARDIACO:**

# ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS INÓTROPOS Y VASODILATADORES

- Quizás sea necesario la administración de agentes vasopresores e inotrópicos si los líquidos no son suficientes para mantener la T.A a nivel deseado. Para utilizar estos medicamentos se procede a la monitorización estricta del paciente.
- *La dopamina a dosis bajas es el fármaco de elección, ya que estimula los receptores dopaminérgicos vasculares y dilata los vasos esplénicos, mesentéricos y renales mejorando la diuresis. También incrementan la contractilidad cardiaca.*

# Prioridades Del Diagnostico De Enfermeria

- ❖ **Disminución del gasto cardiaco r/c alteraciones en la pre carga, post carga, contractibilidad miocardica, alteraciones en la frecuencia y ritmo cardiaco.**
- ❖ **Alteracion de la perfusion tisular miocardica r/c demanda miocardica de oxigeno**
- ❖ **Alteracion de la perfusion tisular cerebral**

# **PRIORIDADES DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA**

- ❖ **ALTERACION DE LA PERMEABILIDAD DE LA VIA AEREA R/C PRESENCIA DE SECRECIONES BRONQUIALES, ESTADO DE CONCIENCIA.**
- ❖ **PATRON RESPIRATORIO INEFICAZ R/C DISMINUCION DE LA EXPANSIÓN PULMONAR**
- ❖ **DETERIORO DEL INTERCAMBIO GASEOSO R/C CAMBIOS EN LA RELACION V/Q E HIPOVENTILACION ALVEOLAR**
- ❖ **ALTERACION DE LA NUTRICION POR DEFECTO R/C FALTA DE APORTE DE NUTRIENTES Y AUMENTO DE LA DEMANDA METABOLICA.**



# **PRIORIDADES DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA**

- ❖ **RIESGO DE LESION**
- ❖ **DOLOR**
- ❖ **ANSIEDAD R/C PERDIDA DE LA INTEGRIDAD BIOLÓGICA, PSICOLÓGICA Y/O SOCIAL**
- ❖ **RIESGO DE LA ALTERACION EN LA INTEGRIDAD CUTANEA R/C ESTADO DE CONCIENCIA, INMOVILIDAD, ESTADO NUTRICIONAL**
- ❖ **INFECCION**

# OBSERVACIONES DE ENFERMERÍA

- **Observar estrechamente al paciente y detectar posibles signos de empeoramiento: Hipotensión importante, cambios en el nivel de conciencia, Temperatura alta, piel pálida, fría y sudorosa, aparición de moteado (petéquias, equimosis) en piernas, aumento de la taquipnea y aparición de disnea.**
- **Control de la temperatura: Observar la aparición de picos de fiebre, y aplicar medios físicos o un antipirético según prescripción médica**

# OBSERVACIONES DE ENFERMERÍA

- Observar al administrar los líquidos signos de sobrehidratación como edema, crepitantes basales.
- Comprobar los valores de las cateterizaciones de la PVC y de la arteria pulmonar.
- Realizar cuidados respiratorios vitales para prevenir las complicaciones del edema pulmonar y del síndrome de distrés respiratorio del adulto.
- Controlar los efectos secundarios de los fármacos que se administran; como son los fármacos inotrópicos dopamina y dobutamina (taquicardia) o vasodilatadores (hipotensión).

# ANOTACIONES DE ENFERMERIA

- Para alcanzar el éxito de nuestra atención es indispensable y sumamente importante establecer las pautas a seguir en el cumplimiento de nuestras actividades específicas de enfermería teniendo en cuenta que las anotaciones de enfermería reflejan la evaluación integral realizada al paciente en la unidad y para ello tenemos que basarnos en :
  - **S**ubjetivo
  - **O**bjetivo
  - **A**plicación
  - **P**laneamiento
  - **I**ntervención
  - **E**valuación
  - **R**eevaluación



**SI NOS AMAMOS UNOS A OTROS Y NOS  
ENTREGAMOS AL SERVICIO DE  
NUESTRO PROJIMO, DIOS PERMANECE  
EN NOSOTROS**

**MUCHAS GRACIAS**