

OBJETIVOS Y CUIDADOS AL PACIENTE CRÍTICO

Objetivos asistenciales

1. Asegurar, mantener y/o restablecer todas las funciones vitales.
2. Prevenir la infección, las complicaciones debidas a los efectos de la terapia y del estrés.
3. Restablecer y mantener un adecuado estado nutricional.
4. Prevenir las complicaciones debidas a la inmovilidad.
5. Promover el confort del paciente.
6. Reducir los signos de ansiedad.

Cuidados al paciente critico

1. Asegurar, mantener y/o restablecer todas las funciones vitales alteradas.

Los cuidados de enfermería se basan principalmente en:

- Control de las constantes vitales
- Control de los signos clínicos
- Control de los signos biológicos

Control de las constantes vitales:

- Presión arterial, frecuencia respiratoria y cardíaca, y temperatura cuya frecuencia vendrá determinada por la gravedad del paciente.

Normalmente es el médico quien prescribe la frecuencia, no obstante la enfermera debe tener el criterio suficiente para establecer dicho control más a menudo si el estado del paciente lo necesitara. Es importante determinar también la calidad del pulso, si es lleno, filiforme, etc.

Otro parámetro de frecuente medida en el paciente grave es la diuresis horaria, índice de la función renal y la perfusión tisular.

También la PVC (Presión Venosa Central) es una medida habitual en estos pacientes ya que esencialmente indica la volemia y el funcionamiento del corazón derecho.

En caso de reposición de líquidos cuando existe insuficiencia cardiaca izquierda o global, o en caso de shock, se mide la PCP (Presión Capilar Pulmonar) con el globo hinchado, que es la misma que la presión diastólica final del ventrículo izquierdo. Traduce el funcionamiento del corazón izquierdo. Si aumenta la PCP significa que el volumen de sangre en el ventrículo izquierdo al final de la diástole es superior al

volumen normal, lo que traduce un funcionamiento inadecuado del ventrículo izquierdo. También en estas situaciones se mide el gasto cardíaco.

Control de signos clínicos

Pueden indicar complicaciones a nivel de las funciones vitales. Por tanto hay que sistematizar la observación de determinados aspectos del paciente:

- Estado de conciencia.
- Características de la respiración y permeabilidad de las vías.
Puede existir disnea, tos, respiración profunda, superficial... o bien puede existir disminución del murmullo vesicular que puede traducir ventilación deficiente en una zona pulmonar por atelectasia, estertores húmedos que pueden indicar la presencia de edema pulmonar o cúmulo de secreciones, sibilancias que sugieren obstrucción por broncospasmo.
Para la detección de estos ruidos pulmonares es preciso proceder a la auscultación del tórax con fonendoscopio.
- Estado de hidratación: lo que implica un control de entradas y salidas de líquidos para efectuar un balance hídrico cada 24 horas o más frecuente si fuere necesario. Si bien el balance lo efectúa enfermería, es el médico quien determina las necesidades de agua diarias del paciente en base al balance y otros datos clínicos.
- Estado de la piel, de la que debe valorarse: color, turgencia, humedad, temperatura, integridad.
- Control del ritmo a través del monitor cardíaco.
- Presencia de dolor y grado del mismo, ya que a veces el dolor puede influir en las constantes vitales, puede elevar el pulso o la presión arterial.
- Presencia de sangre y volumen de la misma en los drenajes.

Control de los signos biológicos:

- Gasometría/saturación de O₂ de la hemoglobina
- Hematocrito
- Glucemia
- Ionograma

A menudo los cambios en el estado del paciente se manifiestan en varios datos a la vez. Por tanto la enfermera ha de saber relacionar varios de estos datos entre sí, para llegar a una conclusión de lo que le ocurre al paciente. Por otra parte, adelantarse a cualquier complicación puede contribuir a prevenirla si se informa al médico de la forma más completa posible de los cambios observados en el paciente.

2.- Prevenir la infección

Como ya hemos apuntado, la disminución de la respuesta inmunológica incrementa la posibilidad de infección, ya que este paciente está sometido a procesos invasivos y posee numerosas vías de entrada y salida con fines terapéuticos y de vigilancia, fácilmente accesibles a los gérmenes patógenos (catéteres venosos, arteriales, sondas nasogástricas, tubos endotraqueales...).

Por tanto prevenir la infección se basa en dos puntos:

- Centrar el cuidado de dichas vías en:
 - o Su manipulación rigurosamente aséptica.
 - o El mantenimiento de su permeabilidad.
 - o En la detección precoz de cualquier signo que indique complicación e infección (debe inspeccionarse a diario el punto de inserción de cada vía y la zona circundante).

- Controlar:
 - o La temperatura.
 - o Cualquier cambio en la cantidad, consistencia y olor de secreciones o material de drenaje y proceder a un cultivo en caso de sospecha de proceso infeccioso.

3.- Mantener y restablecer un adecuado estado nutricional

Hemos comentado que el enfermo crítico está sometido a un estrés importante como reacción al fallo multiorgánico. Sus demandas metabólicas están aumentadas, provocando un balance de nitrógeno negativo.

Es pues especialmente importante atender los requerimientos proteicos y calóricos en forma de proteínas e hidratos de carbono.

Estos enfermos son incapaces de alimentarse oralmente, ya sea a causa de la terapia o de su enfermedad (ventilación mecánica, pancreatitis...). El médico prescribirá una alimentación por **sonda nasogástrica**, siempre que ello sea posible, pues estos pacientes están expuestos a las úlceras por estrés de la mucosa gástrica y la mejor profilaxis es la alimentación enteral.

A su vez deberá procederse a la protección gástrica de forma local. Los fármacos utilizados dependerán del criterio del equipo médico.

Durante este tipo de alimentación deben establecerse los cuidados que ya se saben y además, el control de:

- grado de distensión abdominal.
- ruidos intestinales.
- dolor abdominal.
- estado de la eliminación intestinal.

Cuando la alimentación por sonda nasogástrica es imposible (hemorragia digestiva, íleo, trombosis mesentérica...) debe utilizarse la **vía endovenosa**, es decir, hay que instaurar una nutrición parenteral y al mismo tiempo proceder a la protección gástrica local tal como se ha dicho anteriormente.

Por otro lado la enfermera debe evaluar una **posible hemorragia gástrica**. Mientras la presencia de fatiga y palidez en la cara aumenta el nivel de sospecha de la enfermera, la presencia de sangre en las heces, (muchas veces no perceptible a simple vista, únicamente con tiras reactivas), o en el material de aspirado gástrico, el descenso del hematocrito y del nivel de hemoglobina y a veces la presencia de dolor abdominal, confirmarán las sospechas.

4.- Prevenir las complicaciones debidas a la inmovilidad

La disminución o falta de movimiento en estos pacientes, puede ser debida a múltiples causas: afectaciones neurológicas, inconsciencia, politraumatismo, limitaciones impuestas por la terapia (ventilación mecánica, inserción de catéteres femorales, conexión a varios aparatos a la vez, presencia de varias vías...), que le hacen permanecer en posición supina e interfieren en los cambios de postura.

Por lo tanto el paciente está expuesto a una serie de problemas que de presentarse agravarían su estado:

- Deformaciones, atrofas y dolores articulares y musculares.
- Úlceras cutáneas.
- Tromboflebitis.
- Dificultad en la eliminación intestinal y disminución de las funciones digestivas.

- Aumento de los problemas respiratorios: incremento de secreciones traqueobronquiales, atelectasias, neumonías, regurgitaciones...
- Descalcificaciones.
- Etc.

La prevención de estos problemas se basa en:

- Mantener el cuerpo bien alineado y las extremidades en posición funcional en los periodos de reposo.
- **Movilizar al paciente.** Ello comprende:
 - o Cambios posturales cada 2 o 3 horas, que si no pueden ser completos, deberá procederse al cambio de los puntos de apoyo.
 - o Movilizaciones pasivas, a iniciar lo más pronto posible de flexión, extensión y elevación de cada una de las articulaciones, a efectuar cada 6 horas, por ejemplo, coincidiendo con el momento de un cambio postural. Son suficientes 3 o 4 movilizaciones por articulación.
 - o Las movilizaciones para ser efectivas precisan regularidad y constancia.
 - o Movilizaciones activas. Pertenece a la enfermera evaluar el grado de disponibilidad y posibilidades del paciente para iniciar por si mismo el ejercicio. Así mismo, debe evaluar el grado de tolerancia a la actividad, que en ningún caso debe ocasionar repercusiones importantes en los sistemas respiratorio y cardiocirculatorio.
Una mala tolerancia se manifiesta por fatiga, aumento del pulso y de la frecuencia respiratoria; la respiración se vuelve superficial.

Cuando el paciente está en condiciones de estabilidad (signos vitales estables y paciente consciente) y no existe contraindicación médica al respecto, es beneficioso para él, tanto física como psíquicamente, levantarlo de la cama y sentarlo en un sillón. Al principio, es probable que se requiera la ayuda de varios miembros del equipo de enfermería, pero progresivamente interesa que sea el mismo enfermo quien efectúe el esfuerzo, siempre según su tolerancia, con lo cual tiene la ocasión de ejercitar más a fondo sus músculos.

Es importante también proteger los tegumentos de las **úlceras cutáneas** con otros medios:

- Utillaje: colchones de agua, aire, piel de cordero...
- Mantenimiento de la piel limpia, seca y aplicación de crema hidratante
- Mantenimiento de la sábana bajera limpia, seca y sin arrugas.
- Masajes con la crema hidratante en las zonas expuestas a las úlceras y en las extremidades inferiores en sentido de la circulación de retorno (si no hay contraindicación médica al respecto).

5.- Promover el confort del paciente

Los objetivos prioritarios en el cuidado del paciente crítico, hace que se olvide o no se considere prioritario el confort del paciente. No obstante, la falta de confort puede llevar a situaciones de inseguridad y peligro que agravan el estado del paciente. Hay que pensar que el enfermo es incapaz de hacer frente a sus necesidades más elementales.

Por consiguiente hay que preocuparse de:

Higiene

Debe practicarse a diario la higiene completa del paciente, con afeitado si se trata de un varón, y peinado.

Reviste especial importancia la higiene bucal, en particular en aquellos pacientes que poseen sondas nasogástricas, tubos endotraqueales orales, cánulas de traqueotomía o en los que están inconscientes.

En estos pacientes:

- Las bacterias se multiplican y acumulan en la cavidad bucal y faringe por:
 - o La desaparición del efecto de arrastre de gérmenes hacia el estómago que se obtiene al comer y beber.
 - o La disminución o abolición del reflejo de deglución, que ocasiona un acumulo de saliva en la boca y por tanto de gérmenes.

- Si la boca del paciente permanece abierta (pacientes con intubación oral, inconscientes...), la saliva se seca y se forman unas concreciones que pueden adherirse a la mucosa, que en el intento de eliminarlas pueden lesionarla.

Estas lesiones pueden ser fácilmente invadidas por las bacterias bucales. Por consiguiente, es fácil que los microorganismos existentes en la cavidad oral, desciendan hacia la tráquea y contaminen el pulmón.

La higiene bucal debe practicarse cada 4 horas. Pueden utilizarse dos técnicas:

- Torunda montada en una pinza de Kocher y empapada en una sustancia antiséptica. Con ella se limpia la lengua, dientes y encías. Deben utilizarse varias torundas.
- Aspiración de la boca e irrigación de la misma. La irrigación consiste en introducir mediante una jeringa de 50 ml una solución de antiséptico bucal que será aspirada constantemente. La sonda de aspiración debe

introducirse hasta el fondo de la boca.

También puede ser necesario proteger los labios de la desecación aplicando vaselina.

Estas dos técnicas pueden utilizarse simultáneamente.

La presencia de una sonda vesical permanente requiere una higiene genital cuidadosa. Debe procederse al lavado de esta zona con agua y jabón una vez al día.

Eliminación intestinal

Es fácil una disfunción intestinal (estreñimiento) en estos pacientes, debido a inmovilidad, alteración del patrón dietético, postura, enfermedad digestiva, falta de privacidad, etc. Ello puede causar incomodidad y dolor, especialmente si se forman fecalomas.

Un normal funcionamiento intestinal puede ser promovido por:
un aporte hídrico suficiente

- Ablandadores de las heces.
- Sustancias que aumentan el volumen de agua en la luz intestinal.
- Irritantes del colon.
- Enemas.
- Proporcionando privacidad y postura adecuada.

Reposo y sueño

El paciente crítico está continuamente bombardeado por los procedimientos de vigilancia, pruebas, tratamientos, cuidados, que si bien son necesarios para su vida, le dejan poco tiempo para descansar.

La insatisfacción de esta necesidad puede provocar trastornos graves de la conducta.

Si el paciente está consciente debe procurarse que duerma un mínimo de 4 a 6 horas sin interrupción. Esto significa que hay que adaptar el plan de cuidados al periodo de reposo del enfermo para evitar despertarle.

Para favorecer el descanso, es preciso evitar ruidos innecesarios, la luz directa, procurar que el paciente no sienta frío (estos pacientes permanecen desnudos, únicamente cubiertos por la sábana encimera, lo que facilita la terapia y los cuidados) cubriéndole con una manta si fuera necesario.

También es conveniente practicar una sesión de fisioterapia respiratoria que finalice con una buena aspiración de secreciones, para evitar en lo posible

aspirar al paciente durante las horas destinadas al descanso nocturno. La práctica de la higiene completa antes del periodo de descanso, si ello es posible, ayuda a relajar al enfermo y es facilitadora del sueño.

Seguridad física y psíquica

Algunos factores en situación de cuidado intensivo pueden ocasionar un entorno peligroso. La enfermera debe evaluar dichos factores y su impacto sobre el paciente:

- Estado de funcionamiento y condiciones de seguridad de los aparatos que en gran número se utilizan en el cuidado de estos pacientes (tomas de tierra, debida protección de los cables eléctricos...).
- Estado mental del enfermo: puede estar confuso, agitado, deprimido, etc. Ello incrementa el riesgo de resistencia a la terapia y cabe la posibilidad de que se arranque el equipo al que va conectado, o las diferentes vías.

Mientras el paciente se mantenga en esta situación incluso puede llegar a ser necesario atarle las manos y en otros casos si existe riesgo de caída, colocarle barandillas. En estos casos el médico puede prescribir algún tipo de sedante.