



Nombre del alumno: Sandy Yamileth Villatoro Alvarado

Nombre del profesor: Felipe Antonio Morales Hernández

Nombre del trabajo: Mapa conceptual

Materia: Práctica clínica de enfermería

Grado: 7

Grupo: "A"

PASIÓN POR EDUCAR

Comitán de Domínguez Chiapas a 16 de octubre de 2020

Unidad 2

2.2 Ulceras por presión (UPP)

2.1 Atención al paciente en situación de amenaza vital inmediata.

También es función de la enfermera de esta unidad,

El atender a las paradas cardíacas de las Unidades de Hospitalización

Revisar, reponer los carros de parada y limpiar

Desinfectar los laringoscopios tras su uso,

Cumplimentando posteriormente las hojas de registro.

Se requiere Soporte Vital Avanzado (SVA)

¿Qué es?

Las úlceras por presión son lesiones en la piel o tejido adyacentes debido a una isquemia de los mismos

Producidos por una presión prolongada de los tejidos sobre un plano duro

No necesariamente tiene que ser duro o intensa en algunos casos

Etiopatogenia y fisiopatología

El factor más importante es la presión mantenida

Trastornos de la microcirculación en zonas de apoyo del cuerpo situado sobre su superficie

Clasificación

Estadio I:

Eritema que no palidece tras presión. Piel intacta.

Estadio II:

Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a epidermis, dermis o ambas

Úlceras superficiales con aspectos de abrasión, ampolla o carácter superficial

Estadio III:

Pérdida total del grosor de la piel con lesión o necrosis del tejido subcutáneo.

Pudiendo extenderse hasta la fascia subyacente, pero sin atravesarla

Manejo

PREVENCIÓN:

Cambios de posición cada 2 hrs, de decúbito supino a decúbito lateral.

Buen estado nutricional

Higiene de la piel: útil mantenerlo lubricado

Uso de dispositivos anticompresión

Almohadones entre rodillas y tobillos

Tratamiento

Sistémico incluye:

Nutrición calórica

Aporte vitamina C, Zinc

Uso de antibiótico por vía sistemática: solo indicado en casos de bacteriemia o sepsis

Pérdida total del grosor de la piel con necrosis del tejido o daño muscular, óseo o de estructuras de sostén.

Unidad 2

2.3 Protocolo de traslado intrahospitalaria

La decisión del traslado es responsabilidad del médico responsable

Debe basarse en una evaluación de los beneficios potenciales del traslado

La razón básica es la necesidad de:

Pruebas diagnósticas que no se pueden realizar en la U.C.I.

O cuidados adicionales.

Se debe tener en cuenta:

Comunicación pretraslado al

Estabilización previa del

Personal acompañante

Equipo de traslado

deberá recibir la misma monitorización durante el traslado.

El nivel mínimo es monitor cardíaco o desfibrilador

Y marcapasos externo para monitorización continua ECG y FC

Oximetría de pulso;

presión arterial, FR ajustando los límites de las alarmas

Y asegurándonos de colocar al monitor una batería externa con carga suficiente.

Material de terapia endovenosa

Drogas de reanimación, soluciones intravenosas: bicarbonato, Gelafundina

Medicamentos que se encuentren en:

Perfusión continua al paciente:

Bombas de infusión de batería, otras drogas, sedación.

Revisar sueros, drenajes y catéteres si los hubiese y mandar la medicación puntual que

2.4 Protocolo de alta del paciente en la U.C.I

Alta a una unidad de hospitalización

Hoja clínico estadística firmada, hoja de tratamiento para planta

Informe de alta médica e informe de alta de enfermería.

Confirme que existe cama en el servicio de referencia

Comunique al

Al familia la hora aproximada de alta y el número de habitación

Una vez que se acerca la hora del alta y lo hemos confirmado con la planta se

Valorar el estado del paciente para el traslado

Preparar al paciente y sus pertenencias para el traslado

Protocolo de traslado extrahospitalario

El médico de referencia se pone en contacto con un médico del hospital receptor autorizado

Para admitir pacientes y solicita el modo de traslado

Avise al paciente y a la familia del traslado

Prepare al paciente y sus pertenencias

Revise los sueros, drenajes, vías y catéteres si tuviese y adjuntar aquella medicación que pudiera precisar en el traslado

Prepare el informe médico de

Prepare por triplicado el informe de enfermería, uno para el centro receptor

Unidad 2

2.5 Equipamiento, reposición y limpieza de habitación

Material de la

- Monitor de cabecera con módulo Hemo y cables.
- Cables de E.C.G., pulsioximetría y PSN.
- Caudalímetro de oxígeno con humidificador.
- Aspirador completo montado y preparado con sondas de aspiración
- Ambú completo y mascarillas de oxígeno tipo Vénturi y reservorio.
- Alargadera de oxígeno.
- Sistema de gafas de oxígeno.

Montaje, limpieza, desinfección y esterilización de materiales y habitación

- La limpieza y desinfección de la habitación y el material
- Monitor y resto de cables que no van conectados al paciente pasar con un paño húmedo y jabonoso.
- Cables en contacto con el paciente poner 15' en agua con Instrunet, aclarar y secar
- Manguito de la tensión, jabonar, aclarar y secar
- Bombas de perfusión y nutrición jabonarlas incluido el sensor aclarar
- Se mandan a esterilización en bolsas separadas

2.6 Procedimientos relacionados con la vía aérea intubación endotraqueal

Se trata del método de elección para la apertura y aislamiento definitivo de la vía aérea.

Asegura además aislamiento y protección contra el paso de cuerpos extraños al árbol bronquial

Y facilita la ventilación artificial y la aspiración de secreciones.

permite su utilización como:

Vía de emergencia para la administración de fármacos hasta conseguir una vía venosa

TIPOS DE RESPIRADORES:

Respiradores volumétricos ciclados por volumen tiempo

Respiradores manométricos ciclados por presión

Material de intubación endotraqueal

- Tubo endotraqueal (TET) En adulto normal es nº 8, 8,5 ó 9
- Laringoscopio con 2 palas curvas, números 2,3. Fiador para el TET.
- Lubricante hidrosoluble en spray tipo Sylkospray.
- Jeringa de 10 cc.
- Paño estéril.
- Guantes estériles.
- Pinza de Magill.
- Venda de gasa para sujetar TET.
- Ambú con mascarilla y reservorio.
- Alargadera

Unidad 2

2.7 Procedimientos relacionados con la vía venosa central y periférica

Accesos venosos centrales:

Es una técnica estéril que realiza la enfermera si el acceso es por vía periférica o el médico si es por acceso central.

✚ Accesos venosos más usuales y sus características

Venas antecubitales

Son las vías de elección preferente, tanto por las pocas complicaciones

Presentan como por la comodidad que suponen para el enfermo

Vena subclavia

Permite al paciente una mayor libertad de movimiento.

Vena yugular Interna

Menor riesgo de neumotórax y posible mejor control de una eventual hemorragia.

Contraindicada en pacientes con patología carotídea.

Técnica:

- ✓ Paciente en DS y ligero Trendelemburg (15º).
- ✓ Puede ser útil colocar una toalla enrollada entre las escápulas.
- ✓ Las extremidades superiores del lado a puncionar extendida junto al tronco, en supinación con una ligera tracción.
- ✓ Si el paciente colabora, pedirle que mantenga una espiración prolongada.

(Hernandez)

Bibliografía

Hernandez, F. A. (s.f.). *Segunda unidad* . (págs: 31-60).