



**Nombre del alumno:
Merari Alejandra García Ruiz**

**Nombre del profesor: FELIPE ANTONIO
MORALES HERNANDEZ**

**Nombre del trabajo:
Mapa conceptual sobre 2.1 - 2.7**

Materia: Práctica clínica II

Grado: 7° cuatrimestre

Grupo: "D"

Comitán de Domínguez Chiapas a octubre de 2020.

2.1 Atención al paciente en situación de amenaza vital inmediata.

También es:

Las situaciones de amenaza vital inmediata están protocolizadas por la comisión de RCP

Es una función de la enfermera de esta unidad

En donde se:

Atiende paradas cardíacas, se debe revisar, reponer los carros de parada y limpiar y desinfectar los laringoscopios tras su uso, llevar registro

Soporte Vital Básico (SVB)

Soporte Vital Avanzado (SVA)

2.2. PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN, PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y RECOMENDACIONES DE SUJECCIÓN MECÁNICA

¿Qué son las UPP?

Lesiones de piel y/o tejidos subyacentes debido a una isquemia de los mismos

Producidas por:

Presión prolongada de los tejidos sobre un plano duro

Se clasifican en estadios que son:

Estadio 1

En donde se presenta:

Enrojecimiento de la piel que no cede al desaparecer la presión, piel intacta

Estadio 2

Este estadio se presentan con:

Erosión superficial limitada a la epidermis o a la dermis

Presentada como:

Flictema, ampolla o cráter superficial

En el 3° estadio

Hay una:

Profunda y afecta a la totalidad de la dermis y al tejido subcutáneo, puede afectar al músculo

Son:

Mayores de lo que aparentan en la superficie y puede aparecer tejido necrótico

En el estadio 4

Las úlceras se extienden:

Hasta el músculo, hueso o estructuras de sostén (tendón, cápsula articular) (puede presentar lesiones con cavernas, tumefacciones o trayectos sinuosos)

Los factores de riesgo son:

En sí, son todos aquellos que deterioran la integridad de la piel.

- Factores desencadenantes: Presión, fricción, fuerza de rozamiento o cizallamiento
- Factores predisponentes: Inmovilidad, presencia de humedad cutánea, déficit de higiene, desnutrición, anemia, edema, fiebre, alt hemodinámicas, envejecimiento, fármacos, ventilación mecánica

La valoración del riesgo de aparición de UPP

Se hace mediante:

Escala de Gosnell modificada

Esta escala valora:

Nivel de consciencia, continencia vesical fecal, movilidad actividad, estado de la piel, nutrición

En ella se verifica su gravedad por el puntaje:

- Alto riesgo-≤11 puntos.
- Bajo riesgo-de 12 a 17 puntos
- Sin riesgo-de 18 a 19 puntos

Prevención

En un paciente sin riesgo, no precisa cuidados preventivos, solo si hay cambios relevantes

Paciente de bajo riesgo

Se debe:

Examinar piel, cambios posturales, alineamiento corporal de la distribución del peso, piel limpia y seca, no realizar masajes sobre prominencias óseas, evaluar la necesidad de elementos auxiliares para proteger puntos de presión, identificar déficits nutricionales

En un paciente con alto riesgo

En él se toman:

Medidas del PX con riesgo bajo, agregamos revisar puntos de presión cada cambios postural, vigilar puntos de presión latrogénicos, añadir a los elementos auxiliares apósitos hidrocoloides de prevención

El tratamiento

1. Prevención de nuevas lesiones por presión. Continuar con Mayor énfasis las medidas de prevención.
2. Soporte nutricional.
3. Soporte emocional.
4. Valoración y descripción de la úlcera

Prevención de caídas

¿Qué es caída?

es

"El percance involuntario o voluntario que puede sufrir cualquier paciente, tenga o no riesgo previo. Debemos evitar las caídas poniendo en marcha las medidas de prevención adecuadas"

Los

Objetivos

Son:

Identificar pacientes que tienen riesgo de caídas, establecer medidas preventivas, registro de caídas en hoja correspondiente

Escala de valoración de factores de riesgo

Se evalúa

Estabilidad/movilidad: si tiene limitación de la movilidad

Audición: si presenta sordera de ambos oídos, de un oído o hipoacusia

Visión: si tiene ceguera de ambos ojos o visión disminuida

Nivel de consciencia: agitado, confuso o desorientado

Caídas anteriores: conocer si tiene historia previa de caídas o deterioro de la percepción

SUJECIÓN MECÁNICA EN U.C.I.

Definición

Es un:

Método físico para restringir los movimientos a un PX adulto en silla o en cama

Objetivos

Son:

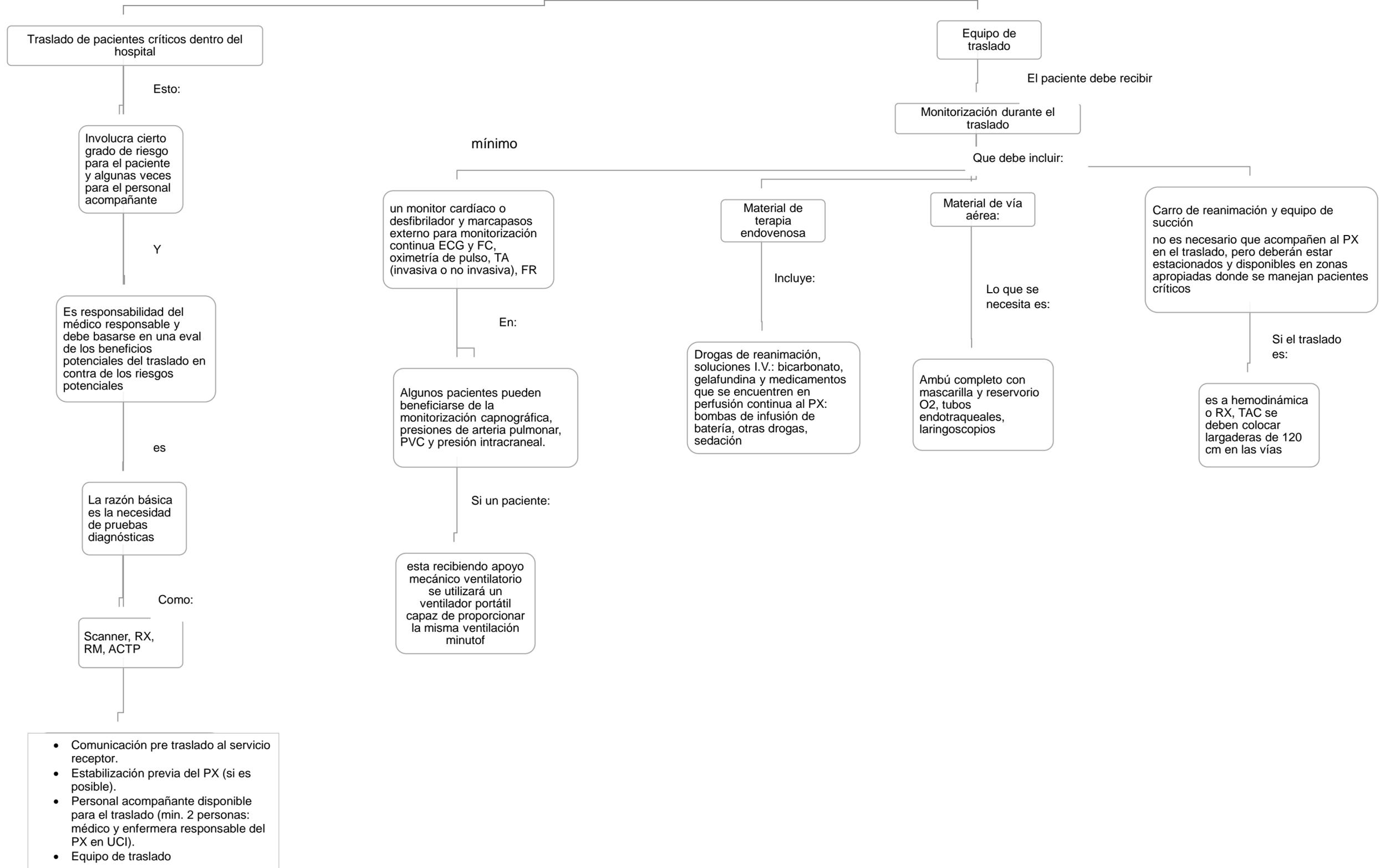
Cubrir la necesidad de seguridad del PX evitando que se caiga de la cama o silla. Evitar que se autolesione debido a su desorientación y/o agresividad

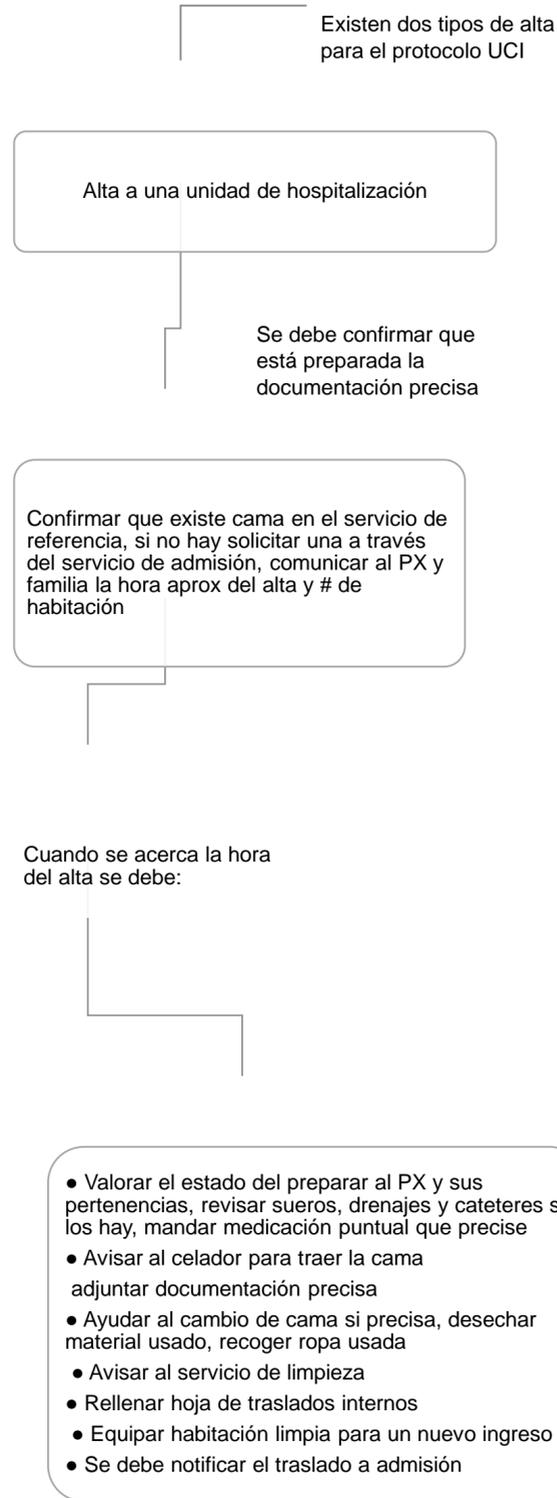
Indicaciones (según la asociación americana de psiquiatría)

Las cuales son:

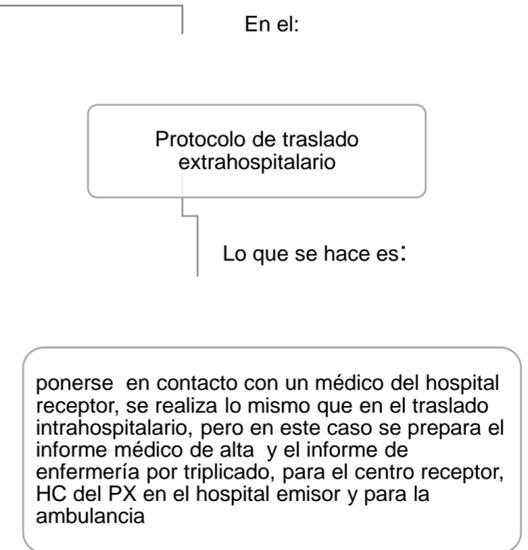
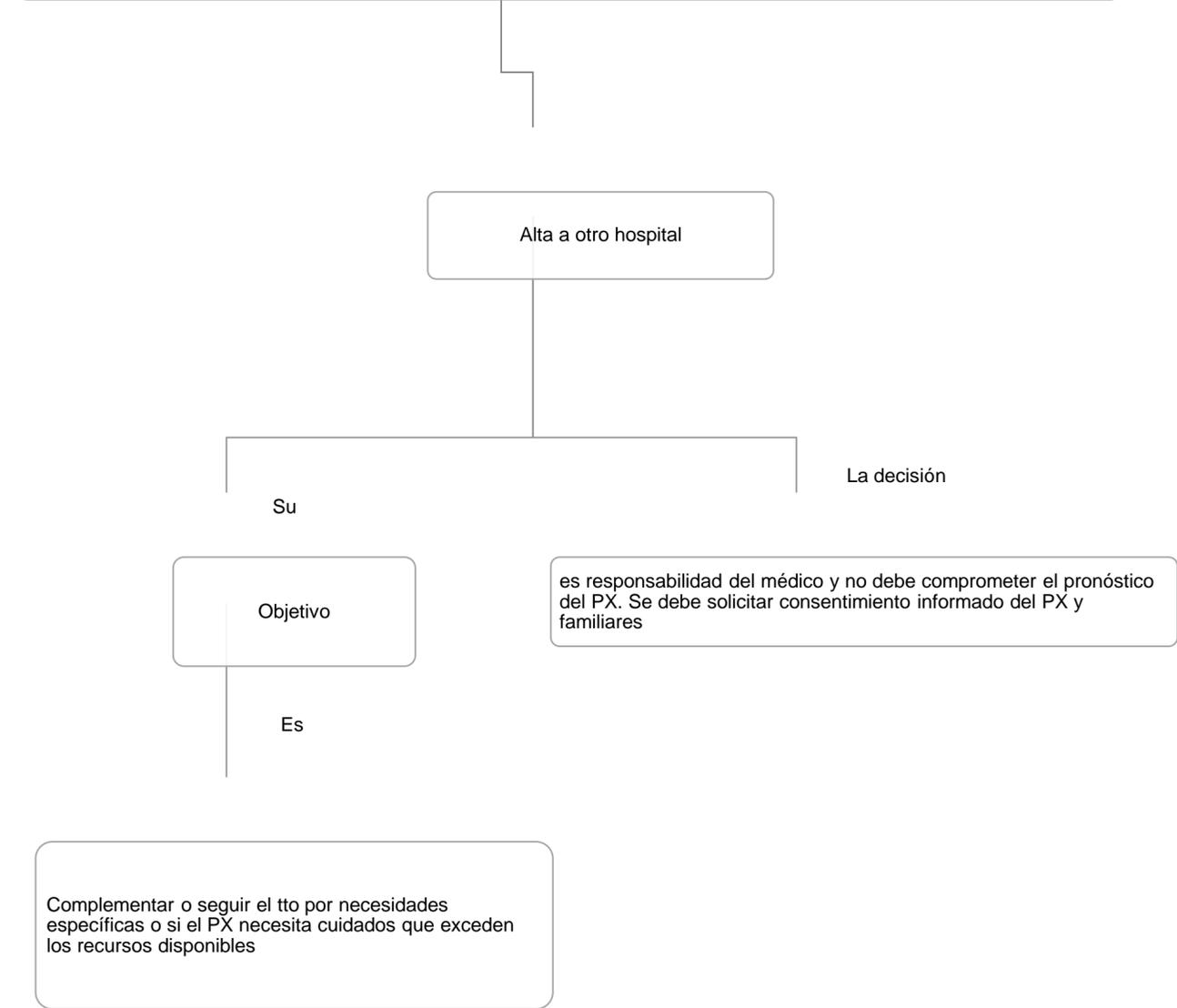
Prevenir un daño inminente del PX o para los demás cuando otros medios no han sido efectivos, p.e. cuando no se aconseje el control de su agitación, mediante medicamentos. prevenir la interrupción grave del tto

2.3. PROTOCOLO DE TRASLADOS INTRAHOSPITALARIOS





2.4. PROTOCOLO DE ALTA DEL PACIENTE DE LA U.C.I.



2.5. EQUIPAMIENTO, REPOSICIÓN Y LIMPIEZA DE LA HABITACIÓN

Material de habitación en UCI

El material que se debe de encontrar al final de cada turno en cada habitación

Son:

Monitor de cabecera con módulo Hemo y cables, cables de ECG, pulsimetría y PSN, caudalímetro de O2 con humidificador, aspirador completo montado y preparado con sondas de aspiración, ambú completo y mascarillas de oxígeno tipo vénturi y reservorio, alargadera de oxígeno, sist de gafas de oxígeno

Montaje, limpieza, desinfección y esterilización de materiales y habitación

Limpieza y desinfección de habitación y material no desechable, se debe realizar al alta del PX

Tendremos en cuenta:

Monitor y resto de cables que no van conectados al PX, pasar un paño húmedo y jabonoso. Cables en contacto con el PX poner 15s en agua c/instrunet, aclarar y secar. Manguito de tensión jabonar, aclarar y secar.

Las:

Bombas de perfusión y nutrición jabonarlas incluido el sensor, aclarar, secar y dejar siempre enchufados en el almacén de la unidad. Ambú se desmonta y se pone en agua con instrunet 15s la pieza en T, válvula de PEEP y mascarilla, pulmón y reservorio se limpian con paño húmedo y se secan bien. Se manda a esterilización con bolsas separadas: ambú con la pieza en T en una bolsa y en otra la válvula de PEEP

Equipamiento y reposición diarios de la habitación de UCI

Envío a servicio de esterilización

Se introduce

El material limpio en la bolsa de papel-plástico adecuada al tamaño y se rotula en la parte de plástico con rotulador, se deja el material en el carro de esterilización, rellenando la hoja de pedido de material con el nombre de los objetos a esterilizar de la cual mandaremos únicamente la parte blanca para su control poniendo la fecha

Material esterilizable

Como:

Ambú con válvula correspondiente, boles de cristal, alargadera del cable de marcapasos, instrumental qco, bien en cajas o por separado en bolsa, kit de 5 piezas de del respirador servo 300 (excepto piezacon cable), pieza en T, tubuladura del respirador portátil oxiris, válvula de PEEP, tubo de Guedell

Material desechable

Son:

Vía central, transductor, Swan-Ganz

2.6. PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON LA VÍA AÉREA

Intubación endotraqueal

¿Qué es?

Es un:

Método de elección para la apertura y aislamiento definitivo de la vía aérea

Que asegura un:

Aislamiento y protección contra el paso de cuerpos extraños, facilita ventilación artificial, aspiración de secreciones. Permite su utilización como vía de emergencia para admin de fármacos hasta conseguir una vía venosa

Material

Lo que se necesita es:

TET, laringoscopio c/2 palas curvaslubrificante hidrosoluble en spray, jeringa de 10 cc, paño estéril, guantes estériles, pinza de Magill, venda de gasa para sujetar TET, ambú con mascarilla y reservorio, alargadera de oxígeno, material para aspiración de secreciones, carro de paradas próximo, fonendoscopio, respirador en la habitación montado y calibrado, medicación para inducción anestésica y/o miorelajación

Respiradores

Tipos

Respiradores volumétricos ciclados por volumen tiempo

En ellos

Se programa el volumen que se entrega periódicamente en un tiempo determinado

En los:

Respiradores manométricos ciclados por presión

En estos:

Se programa la presión y la insuflación termina cuando se alcanza el valor prefijado

Fases del ciclo de un respirador

Son:

Insuflación

Respirador genera una presión de un vol de gas y lo moviliza insuflando en el pulmón a expensas de un gradiente de presión. Presión máx. alcanzada se llama presión pico

Meseta

Gas introducido en pulmón es mantenido en él (pausa inspiratoria) durante algún tiempo regulable para homogeneizar su dist en todos los alvéolos

Espiración o deflación

La retracción elástica del pulmón insuflado es un fenómeno pasivo para el vaciado del pulmón

Dentro de los procedimientos para vía aérea se usa:

Ventilación mecánica invasiva

Es un:

Procedimiento de respiración artificial que emplea un aparato mecánico para ayudar o sustituir la función ventilatoria

Sus

Objetivos

Son:

Mantener intercambio gaseoso, reducir trabajo respiratorio

Las

Indicaciones

Son:

Hipoxemia $PaO_2 \leq 60$ mmHg o $SatO_2 \leq 90\%$ c/aporte suplementario de oxígeno. Hipercapnia progresiva ($PaCO_2 \geq 50$ mmHg) o acidosis ($PH \leq 7,25$). Trabajo respiratorio excesivo, taquipnea (≥ 36 rpm), tiraje, uso de musc accesorios. Fatiga de musc inspiratorios. asincronía toracoabdominal, agotamiento gral del PX

Aspiración de secreciones

Solo cuando el paciente:

este conectado a ventilador debe ser aspirado para eliminar secreciones pulmonares y mant vía aérea permeable

Se hace solamente cuando:

cuando hay clara evidencia de secreciones excesivas retenidas

Somete a peligros potenciales

Broncoespasmo, infecciones

Material

Se necesita:

Guantes estériles, ambú c/reservorio y válvula de PEEP si precisa, caudalímetro, humidificador y alargadera de oxígeno, sondas de aspiración, suero fisiológico estéril, equipo de vacío completo y funcional

Ventilación mecánica no invasiva

Es a:

Presión positiva a vía aérea, pretende mejorar función respiratoria sin necesidad de IOT

Sus:

Objetivos

Son:

Aumentar FiO_2 en PX con hipoxia grave normocápnica, hipocápnica o hiperkápnica, proteger ventilación y oxigenación en bronoscopias, apoyar de la extubación ineficaz, evitar IOT en PX c/sospecha de destete y extubación difíciles

Material

Se necesita un:

Respirador, arnés, mascarillas nasales, máscaras faciales (nasobucales) o escudos faciales

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 :

Vías de elección preferente, tanto por las pocas complicaciones que presenta como por la comodidad para el enfermo. Son la basilíca y cefálica (preferentemente la basilíca)

Vena subclavia

Le da al px:

mayor libertad de movimiento. Contraindicada en curso de coagulopatías (o fibrinólisis) por la dificultad para controlar la hemorragia

Técnica

Lo que se hace es:

PX en DS y ligero Trendelenburg (15°), puede ser útil colocar una toalla enrollada entre las escápulas, extremidades superiores del lado a puncionar extendida junto al tronco en supinación con ligera tracción, valorar bajar la PEEP, si el PX recibe ventilación mecánica, en momento de punción, si el PX colabora, pedirle que mantenga una espiración prolongada

Vena yugular interna

Da menor riesgo de:

neumotórax y posible mejor control de una eventual hemorragia. Contraindicada en PX c/patología carotídea

Técnica

Es:

Enfermo con cabeza vuelta hacia el lado contrario y ligero Trendelenburg. Colocar alargaderas de 10-15 cm seguidas del catéter

Material necesario

Se necesita:

CVC según lugar de acceso y # de luces necesarias, kit estándar para cateterización, equipo estéril de UCI y compresa estéril, 2 paq gasas estériles, 2 cápsulas de cristal, 1 SF 0.9% 100cc, yodo povidona 10%, anestésico local, 1 hoja de bisturí, 1 seda del #0 recta o curva, 1 portaguas si la aguja es curva, guantes estériles, 2 jeringas de 10cc y otra por cada luz del catéter, 1 aguja IM

Preparación del PX y del personal

Informar al PX de la técnica y pedir su colaboración, si el CVC es de acceso periférico, elegir brazo no dominante para permitir mayor libertad de movimientos. Lavado de manos qco estricto para quien vaya a canalizar la vía

Procedimiento

Se lleva acabo:

Técnica de Seldinger para CVC, excepto CVC tipo Drum. Acceso periférico: Girar la cabeza del PX hacia el lado de punción y flexionarla ligeramente hacia el hombro para evitar migración hacia vena yugular. Fijar catéter c/tiras adhesivas estériles o sutura, dejando libre punto de punción. Cubrir c/apósito estéril, apósito estéril o gasas debajo de las conexiones para evitar contacto directo con piel del PX

2.7. PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON LA VÍA VENOSA CENTRAL Y PERIFÉRICA

Acesos venosos centrales

Técnica estéril que realiza la enfermera si el acceso es por vía periférica o el médico si es por acceso central

Mantenimiento del CVC

Se debe:

Vigilar signos y síntomas de infección en cada curación, cura: suero fisiológico+yodo povidona, mediante técnica estéril c/72 hrs y cuando el apósito este manchado, despegado o mojado, mantener orden estricto de las luces

Catéter arterial para monitorización de PA

Objetivo

Es:

Monitorización continua de PA en PX inestables, extracción frec de gases arteriales

Material necesario

Es:

Kit estándar para cateterización, catéter para monitorización de arteria según lugar de acceso, kit monitorización PA, transductor de presión, alargadera y llave de tres pasos, cables de presión que conectan al módulo Hemo y monitor

Técnica

Son:

Mismos cuidados que CVP, inmovilización del sitio de punción, lavar periódicamente y después de extracción de sangre, eval calidad de onda arterial y sus mediciones. Evitar que catéter toque pared vascular, comprobar inflado a 300mmHG en manguito de TA una vez por turno, suero heparinizado suficiente, realizar nivelación 0 y calibración c/24 hrs y cuando precise

Monitorización arteria pulmonar catéter de Swan-Ganz

Objetivos

Son:

Valorar adecuada perfusión y oxigenación tisular

Indicaciones

Solo cuando hay:

Hipertensión pulmonar, edema pulmonar, SX de distrés respiratorio del adulto, shock, insuficiencia mitral aguda, transtornos hemodinámicos

Material necesario

Se necesita:

Kit estándar para cateterización, catéter Swan-Ganz estándar e introductor #8, kit monitorización de presiones