

Nombre del alumno:

López Vázquez Osvaldo Rafael

Materia:

Práctica clínica en enfermería II

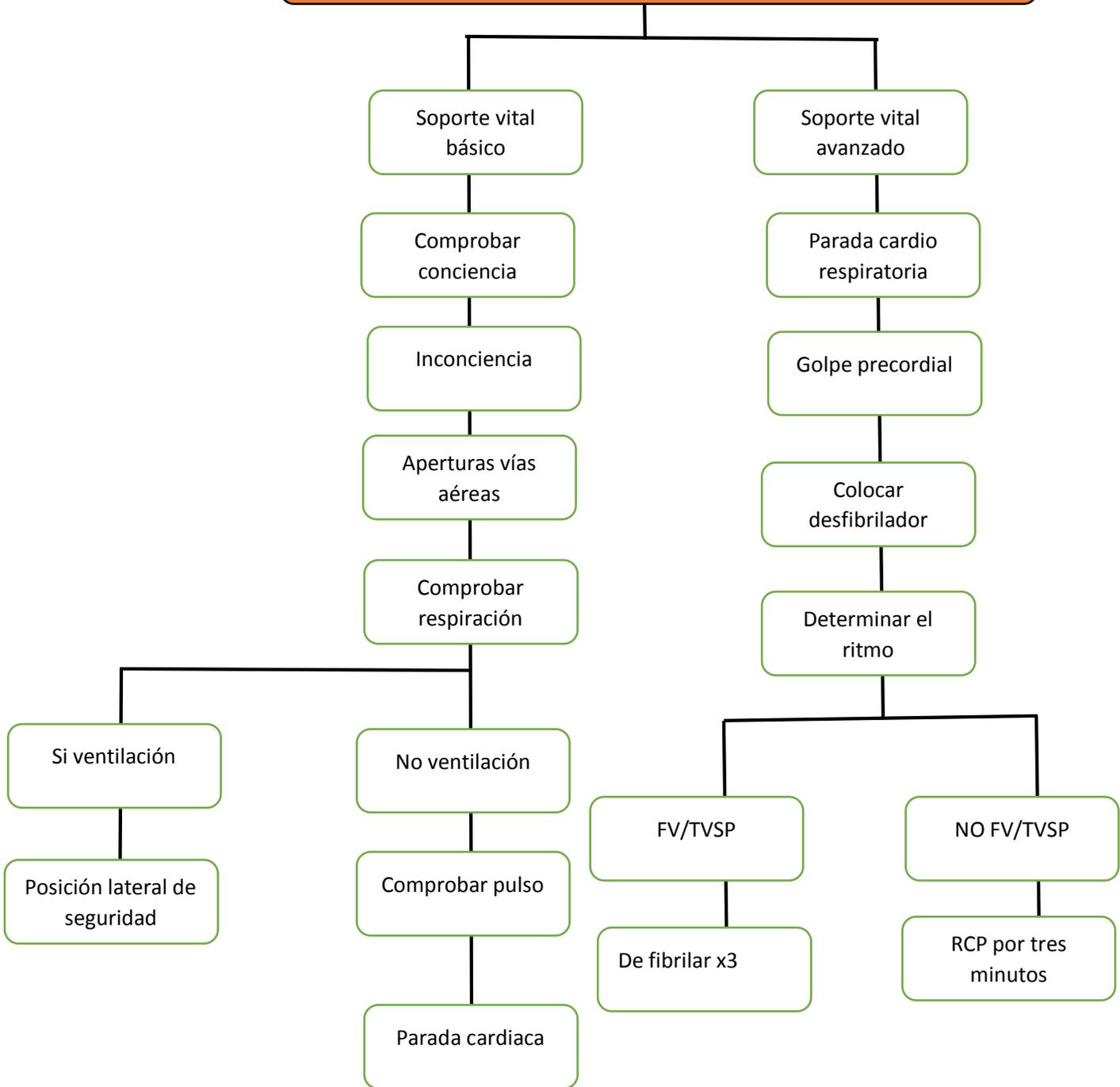
***Grado: 7Mo cuatrimestre grupo:
"B"***

***Docente: Felipe Antonio Morales
Hernández***

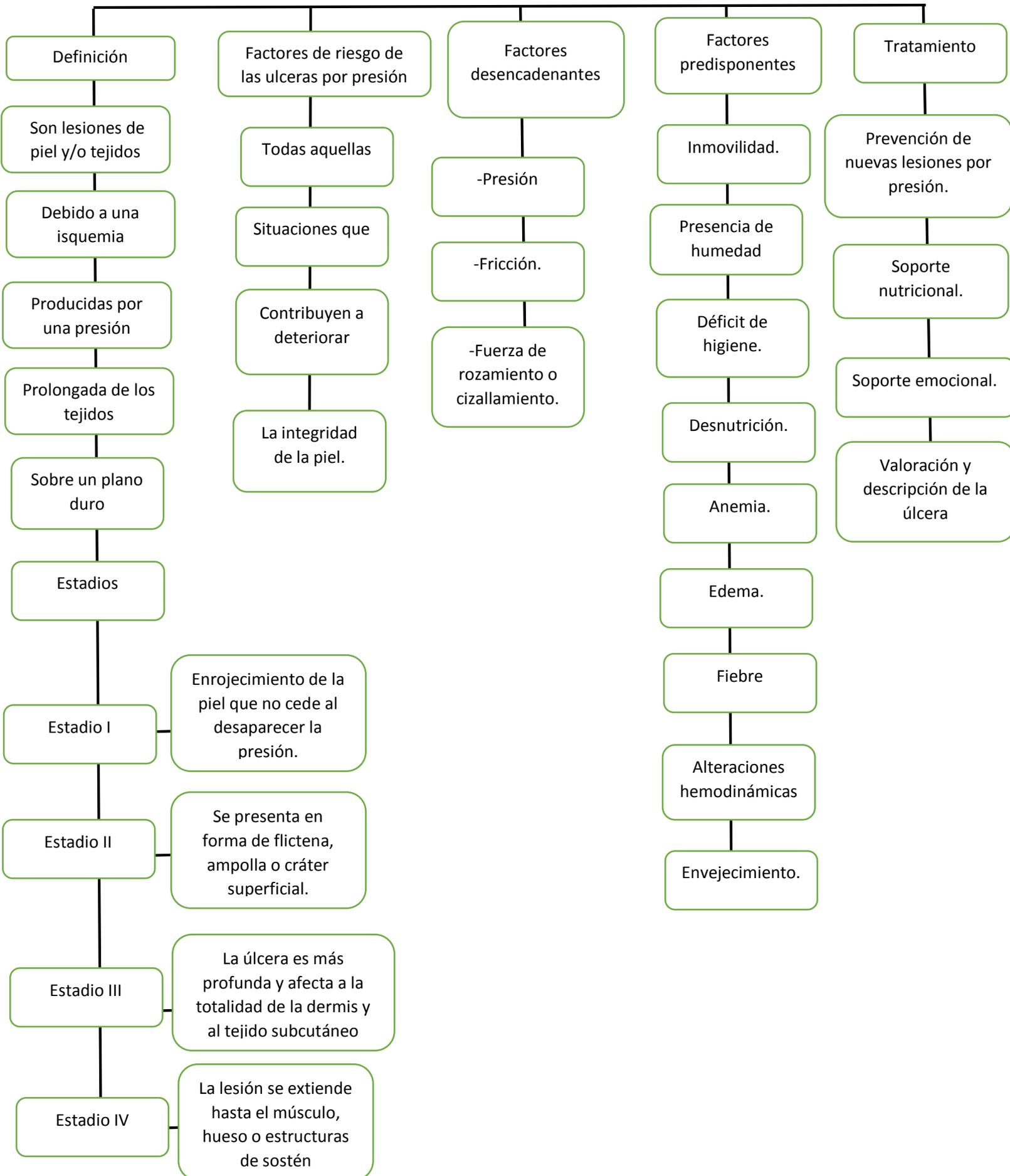
Carrera:

Lic. En enfermería general

2.1 Atención al paciente en situación de amenaza vital inmediata.



2.2 Prevención y tratamiento de úlceras por presión, prevención de caídas y recomendaciones de sujeción mecánica.



2.3 Protocolo de traslados intrahospitalarios

Traslado de pacientes críticos dentro del hospital

Siempre involucra cierto

Grado de riesgo

Para el paciente

La razón básica es

La necesidad de pruebas

Diagnósticas que no

Se pueden realizar en la U.C.I.

Antes de realizar el traslado se debe tener en cuenta

Comunicación pretraslado al servicio receptor

Estabilización previa del paciente (si es posible)

Personal acompañante disponible para el traslado

Equipo de traslado

Equipo de traslado

El paciente deberá recibir

La misma monitorización

Durante el traslado

Monitor cardíaco o desfibrilador y marcapasos externo

ECG y FC

Oximetría de pulso; presión arterial (invasiva o no invasiva); FR (monitorización intermitente)

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

Cuidados al paciente que se va a hospitalización o a otro hospital

Para ello debemos

ALTA A UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

Confirme que está preparada la documentación

Hoja clínico estadística firmada

Confirme que existe cama en el servicio de referencia

Comunique al paciente y a la familia

Valorar el estado del paciente

Revisar sueros, drenajes y catéteres si los hubiese

Rellenar la hoja de traslados internos

Notificar a admisión el traslado interno de pacientes

ALTA A OTRO HOSPITAL

Cuando un paciente

Necesita cuidados que exceden

Los recursos disponibles en la institución.

La decisión es responsabilidad del médico

PROTOCOLO DE TRASLADO EXTRAHOSPITALARIO

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

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

Realice el resto de intervenciones como en los traslados internos

2.5 Equipamiento, reposición y limpieza de la habitación.

MATERIAL DE HABITACIÓN EN U.C.I.

El material

Se debe encontrar al final

De cada turno en cada habitación

-Monitor de cabecera con módulo Hemo y cables

-Cables de E.C.G., pulsioximetría y PSN.

-Caudalímetro de oxígeno con humidificador.

-Ambú completo y mascarillas de oxígeno tipo Venturi 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 no desechable que se encuentra en la misma, se debe realizar al alta del usuario.

-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.

Se mandan a esterilización en bolsas separadas: El Ambú con la pieza en T en una bolsa y en otra bolsa la válvula de PEEP.

ESTERILIZACIÓN EN U.C.I.

Material esterilizable

-Ambú con su válvula correspondiente.

-Boles de cristal.

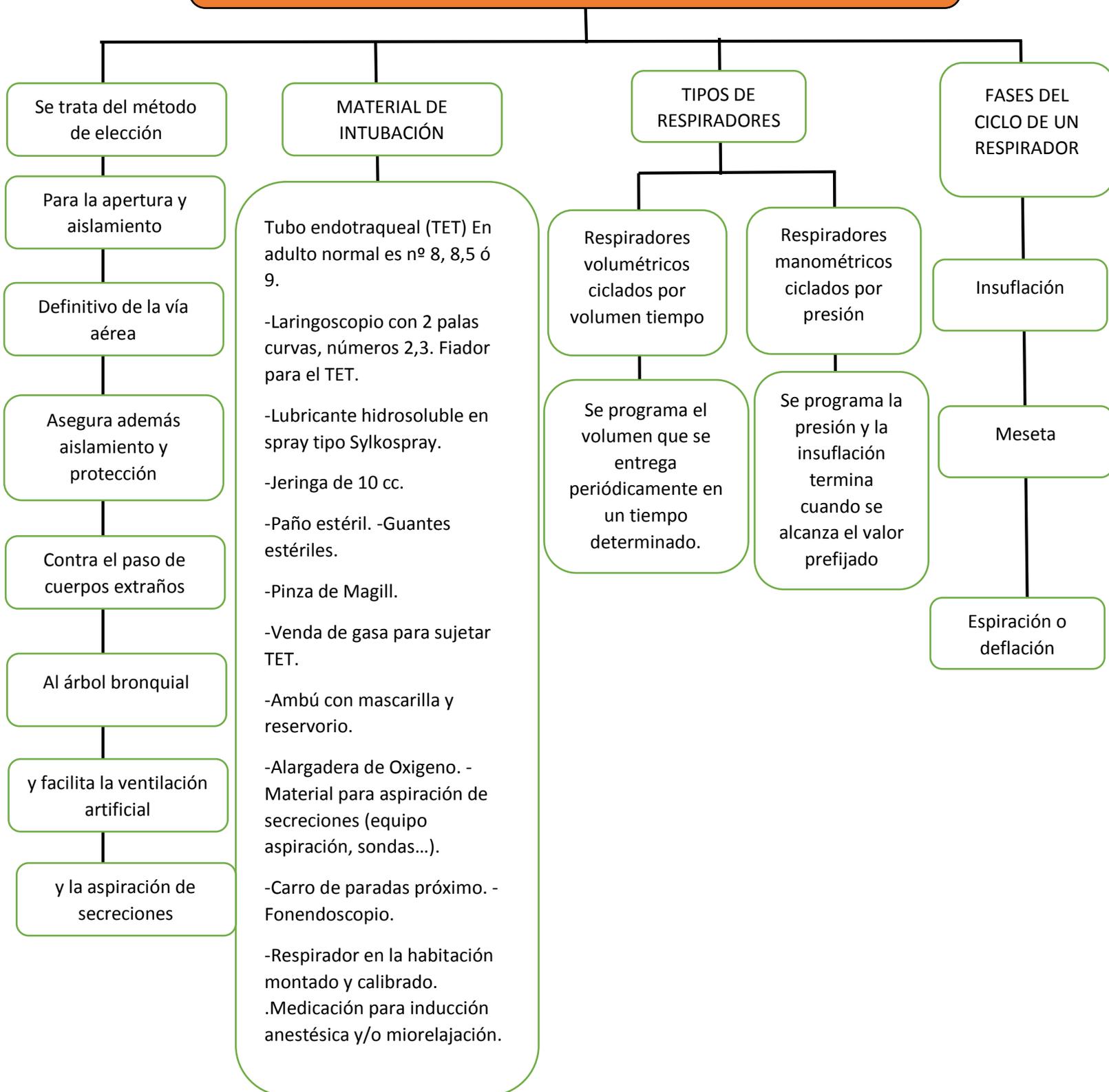
-Alargadera de cable del marcapasos.

-Instrumental quirúrgico, bien en cajas o por separado en bolsa.

-Pieza en T (negra) del capnógrafo.

-Válvula de PEEP.

2.6 Procedimientos relacionados con la vía aérea intubación endotraqueal



VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA

Es un procedimiento de respiración artificial

Que emplea un aparato mecánico

Para ayudar o sustituir

La función ventilatoria

uniendo las vías aéreas del paciente a un respirador

OBJETIVOS DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA

Mantener el intercambio gaseoso (O_2 - CO_2).

Reducir el trabajo respiratorio.

INDICACIONES DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA

-Hipoxemia

Hipercapnia progresiva

-Trabajo respiratorio excesivo, taquipnea

-Fatiga de los músculos inspiratorios, asincronía toracoabdominal y agotamiento general del paciente

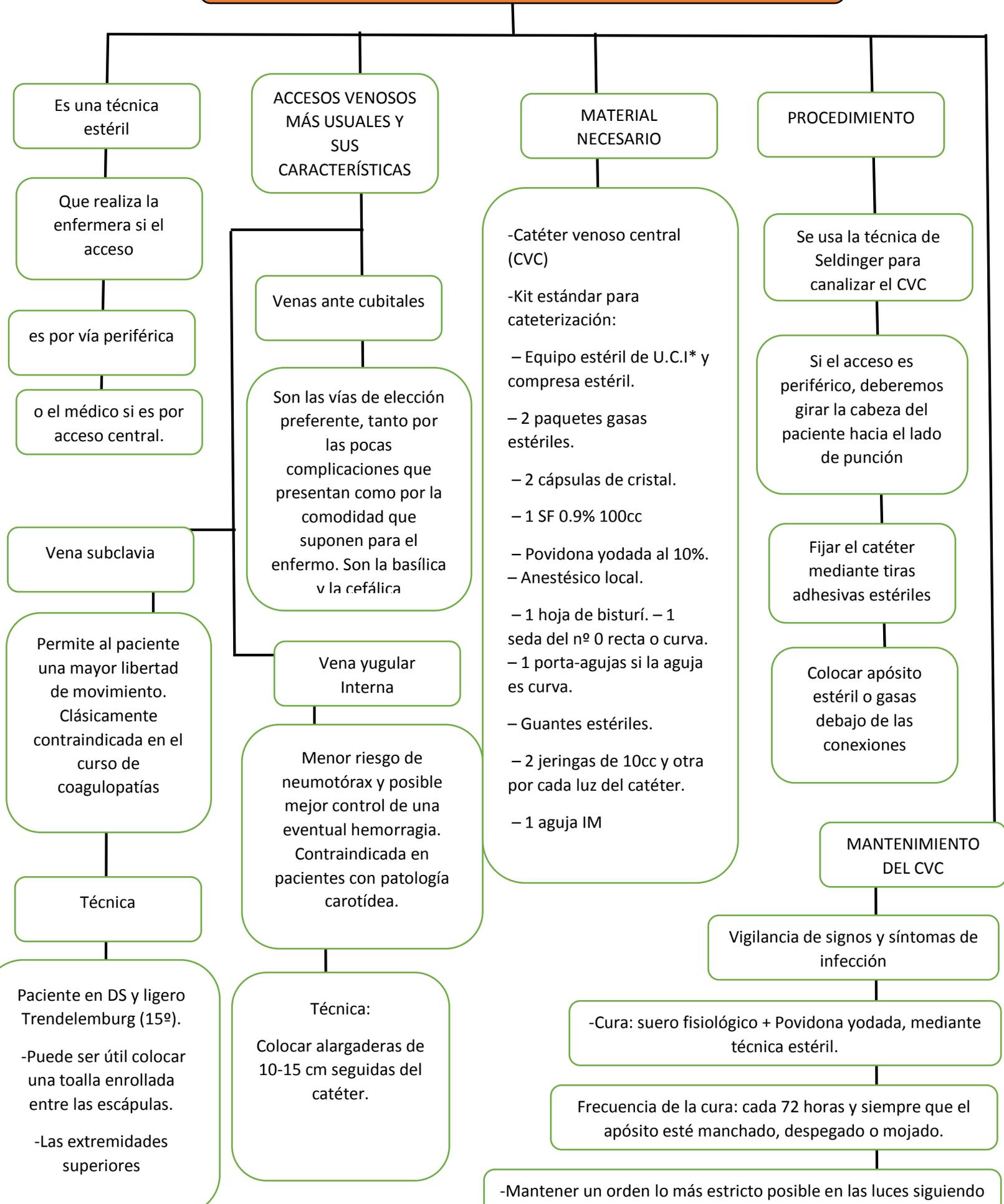
ASPIRACIÓN DE SECRECIONES

Un paciente conectado a un ventilador debe ser aspirado para eliminar las secreciones pulmonares y mantener las vías aéreas permeables.

VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA

presión positiva a la vía aérea, pretende mejorar la función respiratoria sin necesidad de IOT.

2.7 Procedimientos relacionados con la vía venosa central y periférica



Es una técnica estéril

Que realiza la enfermera si el acceso es por vía periférica

es por vía periférica

o el médico si es por acceso central.

ACCESOS VENOSOS MÁS USUALES Y SUS CARACTERÍSTICAS

Venas ante cubitales

Son las vías de elección preferente, tanto por las pocas complicaciones que presentan como por la comodidad que suponen para el enfermo. Son la basílica v la cefálica

Vena subclavia

Permite al paciente una mayor libertad de movimiento. Clásicamente contraindicada en el curso de coagulopatías

Técnica

Paciente en DS y ligero Trendelenburg (15º).

-Puede ser útil colocar una toalla enrollada entre las escápulas.

-Las extremidades superiores

Vena yugular Interna

Menor riesgo de neumotórax y posible mejor control de una eventual hemorragia. Contraindicada en pacientes con patología carotídea.

Técnica:

Colocar alargaderas de 10-15 cm seguidas del catéter.

MATERIAL NECESARIO

-Catéter venoso central (CVC)

-Kit estándar para cateterización:

- Equipo estéril de U.C.I* y compresa estéril.

- 2 paquetes gasas estériles.

- 2 cápsulas de cristal.

- 1 SF 0.9% 100cc

- Povidona yodada al 10%.
- Anestésico local.

- 1 hoja de bisturí. - 1 seda del nº 0 recta o curva.

- 1 porta-agujas si la aguja es curva.

- Guantes estériles.

- 2 jeringas de 10cc y otra por cada luz del catéter.

- 1 aguja IM

PROCEDIMIENTO

Se usa la técnica de Seldinger para canalizar el CVC

Si el acceso es periférico, deberemos girar la cabeza del paciente hacia el lado de punción

Fijar el catéter mediante tiras adhesivas estériles

Colocar apósito estéril o gasas debajo de las conexiones

MANTENIMIENTO DEL CVC

Vigilancia de signos y síntomas de infección

-Cura: suero fisiológico + Povidona yodada, mediante técnica estéril.

Frecuencia de la cura: cada 72 horas y siempre que el apósito esté manchado, despegado o mojado.

-Mantener un orden lo más estricto posible en las luces siguiendo