



Nombre de alumnos: Alondra Gabriela García Ramírez

Nombre del profesor: Felipe Morales

Nombre del trabajo: 2.1/2.7

Materia: práctica clínica en enfermería II

Grado: 7

Grupo: B

Comitán de Domínguez Chiapas a 12 de septiembre de 2018.

2.1 Atención al paciente en situación de amenaza vital inminente

Situaciones de amenaza vital inmediata están

Existe un protocolo impreso en cada unidad.

Soporte vital avanzado

Parada cardiorrespiratoria

Golpe precordial

Algoritmo de SVB

Colocar monitor/desfibrilador

Determinar ritmo

FV/ TVSP

NO FV/TSP

Desfibrilar X3 si hace falta 200, 200,360J

RCP 1min

Durante la RCP corregir causas reversibles

RCP 3minutos, 1min si es inmediatamente después de la desfibrilación

2.2 Prevención y tratamiento de la UPP y prevención de riesgo de caída

Son lesiones de piel y/o tejidos adyacentes debido a una isquemia

Se clasifica en 4 estadios

I: Enrojecimiento de la piel que no cede al desaparecer la presión.

II: La zona presenta una erosión superficial limitada a la epidermis o a la dermis.

III: La úlcera es más profunda y afecta a la totalidad de la dermis y al tejido subcutáneo

IV: La lesión se extiende hasta el músculo, hueso o estructuras de sostén

Factores de riesgo

Inmovilidad, Presencia de humedad cutánea, déficit de higiene, desnutrición, anemia, edema, fiebre, alteraciones hemodinámicas, envejecimiento, fármacos

Tratamiento de úlceras por presión

Soporte nutricional, soporte emocional, valoración y descripción de la úlcera

Prevención de caídas

Debemos evitar las caídas poniendo en marcha las medidas de prevención adecuadas

Metodología

Valoración Inicial del Paciente, determinación del Nivel de Riesgo, establecer medidas de prevención, declaración en caso de que se produzca una caída

Escala de Valoración de factores de riesgo

-Estabilidad/movilidad, -audición, visión, nivel de conciencia, caídas anteriores

Objetivos

Identificar pacientes que tienen riesgo de caídas.

Establecer las medidas preventivas.

Registrar las caídas en el impreso correspondiente

2.3 Protocolo de traslado intrahospitalario

Pacientes críticos dentro del hospital

Siempre involucra cierto grado de riesgo

Es responsabilidad del médico responsable

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 pre traslado 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.

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

Un carro de reanimación y equipo de succión no es necesario que acompañen al paciente

2.4 protocolo de alta del paciente de la UCI

1.-Alta a una unidad de hospitalización

Hoja clínico estadística firmada, Confirme que existe cama en el servicio de referencia

Valorar el estado del paciente para el traslado, Preparar al paciente y sus pertenencias para el traslado., etc.

2. Alta a otro hospital

La decisión es responsabilidad del médico y no debe comprometer el pronóstico del paciente.

3.- protocolo de traslado extra hospitalario

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

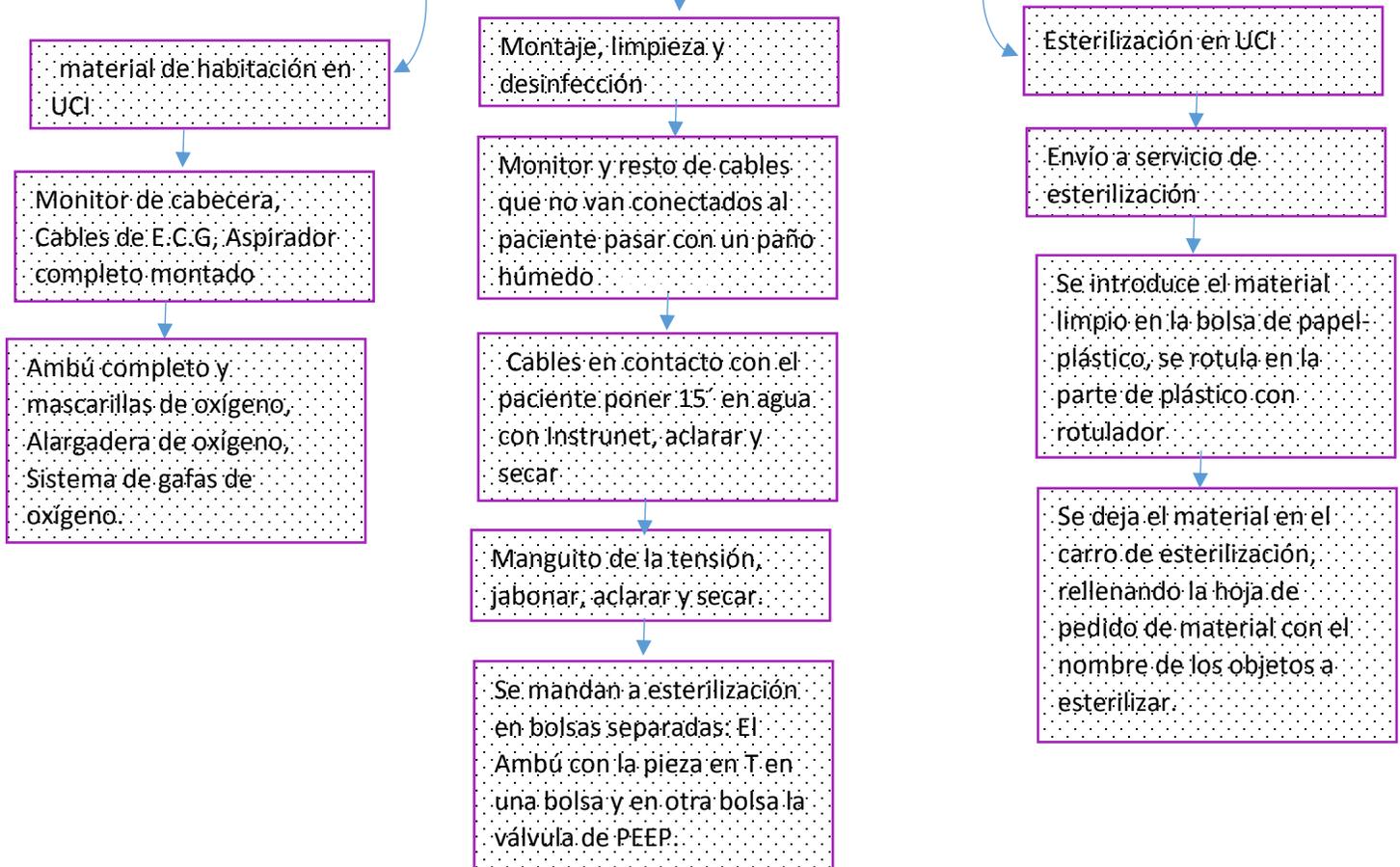
-Revise los sueros, drenajes, vías y catéteres

Prepare el informe médico de alta.

-Prepare por triplicado el informe de enfermería

Realice el resto de intervenciones como en los traslados internos

2.5 Equipamiento, reposición y limpieza de la habitación



2.6 Procedimientos relacionados con la vía aérea intubación endotraqueal

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.

Permite su utilización como vía de emergencia para la administración de fármacos hasta conseguir una vía venosa.

Material

Tubo endotraqueal, Laringoscopio, lubricante, Jeringa de 10 cc, paño estéril., guantes estériles.

Pinza de Magill., Venda de gasa para sujetar, -Ambú con mascarilla y reservorio.

Tipos de respiradores:

Volumétricos ciclados por volumen tiempo

Manométricos ciclados por presión

Fases del ciclo de un respirador

Insuflación

Meseta

Espiración o deflación

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 o el médico si es por acceso central.

Venas antecubitales

-por las pocas complicaciones que presentan como por la comodidad que suponen para el enfermo.

Vena yugular Interna

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

Técnica

-Enfermo con la cabeza vuelta hacia el lado contrario y en ligero Trendelemburg, Colocar alargaderas de 10-15 cm seguidas del catéter

-Vena subclavia

-Permite al paciente una mayor libertad de movimiento

preparación del paciente y del personal

-Informar al paciente de la técnica y pedir su colaboración, elegir el brazo no dominante para permitir mayor libertad de movimientos, lavado de manos quirúrgico estricto para quien vaya a canalizar la vía.

