



**Nombre del alumno: Mara del Rocío Gómez  
López**

**Nombre del profesor: FELIPE ANTONIO**

**Nombre del trabajo: MAPA CONCEPTUAL**

**Materia: PRACTICA CLINICA DE ENFERMERIA II**

**Grado: 7°**

**Grupo: B**



## Protocolo de traslados intrahospitalarios

El traslado de pacientes críticamente enfermos siempre involucra cierto grado de riesgo para el paciente y algunas veces para el personal acompañante.

La decisión del traslado es responsabilidad del médico responsable y debe basarse en una evaluación de los beneficios potenciales del traslado en contra de los riesgos potenciales.

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 (mínimo dos personas: médico y enfermera responsable del paciente de UCI).
- Equipo de traslado.

Equipo de traslado

Algunos pacientes pueden beneficiarse de la monitorización capnográfica, presiones de la arteria pulmonar, PVC y presión intracraneal.

El paciente 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 (invasiva o no invasiva); FR (monitorización intermitente) ajustando los límites de las alarmas y asegurándonos de colocar al monitor una batería externa con carga suficiente.

Si el paciente está recibiendo apoyo mecánico de ventilación se utilizará un ventilador portátil capaz de proporcionar la misma ventilación minuto: FiO<sub>2</sub>, PEEP, FR, VT, relación I: E, PSV y presión pico y media de la vía aérea, bala de oxígeno comprobada.

Material de terapia endovenosa:

drogas de reanimación, soluciones intravenosas: bicarbonato, Gelafundina y medicamentos que se encuentren en perfusión continua al paciente: bombas de infusión de batería, otras drogas, sedación...

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

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

ALTA A UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

ALTA A OTRO HOSPITAL

El objetivo suele ser complementar o seguir el tratamiento por necesidades específicas o también cuando un paciente necesita cuidados que exceden los recursos disponibles en la institución.

La decisión es responsabilidad del médico y no debe comprometer el pronóstico del paciente. Deberá solicitarse consentimiento informado del paciente y/o familiares.

- 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, en caso de que no haya cama, solicitar una a través del servicio de admisión.
- Comunique al paciente y a la familia la hora aproximada de alta y el número de habitación.

PROTOCOLO DE TRASLADO EXTRAHOSPITALARIO

- Prepare el informe médico de alta (por triplicado) para el centro receptor, para la historia clínica del paciente del centro emisor y para la ambulancia.
- Prepare por triplicado el informe de enfermería, uno para el centro receptor, otro para la historia clínica según la hoja diseñada para tal ocasión y el tercero para la enfermera de la ambulancia.

- 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.

MATERIAL DE HABITACIÓN EN U.C.I.

Equipamiento, reposición y limpieza de la habitación.

MONTAJE, LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN DE MATERIALES Y HABITACIÓN

El material que a continuación se describe, es el que 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.
- ✓ Aspirador completo montado y preparado con sondas de aspiración (10 unidades del nº 16 y 10 un. del nº 14).
- ✓ Ambú completo y mascarillas de oxígeno tipo Vénturi y reservorio.
- ✓ Alargadera de oxígeno.
- ✓ Sistema de gafas de oxígeno.

- 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.

ESTERILIZACIÓN EN U.C.I.

El material en U.C.I. se envía a esterilizar en los siguientes horarios:

- a) De lunes a sábado en turno de mañana, antes 9:00 y de las 14:00
- b) De lunes a viernes en turno de tarde, antes de las 20:00

Material desechable:

Vía central, transductor, Swan-Ganz....  
No se mandan a esterilizar.

Material esterilizable

- -Ambú con su válvula correspondiente.
- -Bolsas de cristal.
- -Alargadera de cable del marcapasos.
- -Instrumental quirúrgico, bien en cajas o por separado en bolsa.
- -Kit de 5 piezas del respirador Servo 300 (excepto pieza con cable).
- -Pieza en T (negra) del capnógrafo.

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.

## Procedimientos relacionados con la vía aérea intubación

Por otra parte, 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  
Se programa el volumen que se entrega periódicamente en un tiempo determinado. El pulmón es la variable independiente y la presión dependiente de la resistencia de la vía aérea y de la compliance toracopulmonar.
- ❖ Respiradores manométricos ciclados por presión  
Se programa la presión y la insuflación termina cuando se alcanza el valor prefijado. La presión es la variable independiente

- 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.

### MATERIAL DE INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL

### FASES DEL CICLO DE UN RESPIRADOR

#### Insuflación

El respirador genera una presión de un volumen de gas y lo moviliza insuflando en el pulmón a expensas de un gradiente de presión.

#### Meseta

El gas introducido en el pulmón es mantenido en él (pausa inspiratoria) durante algún tiempo regulable para homogeneizar su distribución en todos los alvéolos.

#### Espiración o deflación

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

Procedimientos relacionados con la vía venosa central y periférica

ACCESOS VENOSOS CENTRALES

ACCESOS VENOSOS MÁS USUALES Y SUS CARACTERÍSTICAS

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  
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 y la cefálica (preferentemente la basílica).

❖ Vena subclavia  
Permite al paciente una mayor libertad de movimiento. Clásicamente contraindicada en el curso de coagulopatías (o fibrinólisis) por la dificultad para controlar la hemorragia.

MATERIAL NECESARIO

Técnica:

- Catéter venoso central (CVC) según lugar de acceso y número de luces necesarias.
- -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

- Paciente en DS y ligero Trendelemburg (15°).
- -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.
- -Valorar de bajar la PEEP, si el paciente recibe ventilación mecánica, en el momento de la punción.
- -Si el paciente colabora, pedirle que mantenga una espiración prolongada.

- - 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.

PROCEDIMIENTO

1. -Se usa la técnica de Seldinger para canalizar el CVC, excepto para canalizar los CVC tipo Drum.
2. -Si el acceso es periférico, deberemos girar la cabeza del paciente hacia el lado de punción y flexionarla ligeramente hacia el hombro para evitar la migración hacia la vena yugular.

3. -Fijar el catéter mediante tiras adhesivas estériles (steri-strip) o sutura, dejando libre el punto de punción. Cubrir con apósito estéril.
4. -Colocar apósito estéril o gasas debajo de las conexiones (y llaves) para evitar el contacto directo con la piel del paciente.