



Nombre del alumno: Enrique Horacio
Magaña Peralta.

Nombre del profesora: Juana
Inés Hernández López.

Actividad: Cuadros Sinópticos y
Conceptos.

Grupo: “7-Q”

Materia: Practica Clínica de
Enfermería II.

“ULCERAS POR PRESIÓN (UPP)”

“SÍNTOMAS”

- Cambios inusuales en el color y la textura de la piel.
- Hinchazón.
- Drenaje similar a la pus.
- Un área de la piel que se siente mas fría o mas caliente al tacto que otras áreas.
- Áreas sensibles.
- Edema y Fiebre.

-DEFINICIÓN-

Las úlceras por presión, son lesiones de piel y tejidos adyacentes debido a una isquemia de los mismos, producidas por una presión prolongada de los tejidos sobre un plano duro. Por otro lado la causa de la formación de una úlcera por presión, es la presión ejercida y mantenida entre dos planos duros y la tolerancia tejidos.

-NOTA-

- Cubrir la herida adecuadamente; esto protegerá de infecciones y la mantendrá hidratada.
- No uses nunca agua oxigenada, alcohol o limpiadores con yodo a no ser que el medico lo indique; estos productos pueden secar y dañar la piel.

-ESTADIOS-

Estadio I: Enrojecimiento de la piel que no cede al desaparecer la presión. Piel intacta (En pacientes de piel oscura observar edema, induración, decoloración y calor local).

Estadio II: La zona presenta una erosión superficial limitada a la epidermis o a la dermis. Se presenta en forma de flictena, ampolla o cráter superficial.

Estadio III: La úlcera es más profunda y afecta a la totalidad de la dermis y al tejido subcutáneo, pudiendo afectar también a la fascia muscular. A menudo estas úlceras son mayores de lo que aparentan en su superficie y puede aparecer tejido necrótico.

Estadio IV: La lesión se extiende hasta el músculo, hueso o estructuras de sostén (tendón, cápsula articular). En este estadio, como en el III, pueden presentarse lesiones con cavernas, tumefacciones o trayectos sinuosos.

“PREVENCIÓN DE CAÍDAS”

“ESCALA DE INVESTIGACIÓN”

- **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 conciencia:** agitado, confuso o desorientado.
- **Caídas anteriores:** Conocer si tiene historia previa de caídas o deterioro de la percepción.

-DEFINICIÓN-

Es el percance involuntario que puede sufrir cualquier paciente, tengas o no riesgo previo. Debemos evitar las caídas poniendo en marcha las medidas de prevención adecuadas.

-METODOLOGÍA-

1. **Valoración Inicial del Paciente:** Se deben valorar los factores que provocan riesgo de caída según la escala de valoración:
2. Si uno solo de los factores de la escala de valoración resulta positivo, se deberá incluir al paciente en el protocolo de prevención.
3. Determinación del Nivel de Riesgo en aquellos pacientes con riesgo de caída. Aumenta el riesgo de caída en función del número de factores relacionados.
4. **Establecer medidas de prevención:** Se planificarán actividades en el Plan de Cuidados en función de los factores identificados.
5. **Declaración en caso de que se produzca una caída:** Se debe realizar la declaración rellenando el impreso adecuado.

“PARACENTESIS”

Procedimiento invasivo que consiste en realizar una punción en la cavidad abdominal con técnica estéril; para obtener líquido ascítico con fines diagnósticos y terapéuticos.

“TORACOCENTESIS”

Es un procedimiento realizado para drenar el líquido que se encuentra en el espacio entre el revestimiento externo de los pulmones(pleura) y la pared torácica.

“PUNCIÓN LUMBAR”

Es un procedimiento utilizado para recolectar líquido cefalorraquídeo para determinar la presencia de un enfermedad o lesión. Se inserta una aguja en la parte inferior de la columna vertebral, generalmente entre la tercera y cuarta vertebra lumbar, y una vez que la aguja esta en un lugar correcto en el espacio subaracnoideo.

“PERICARDIOCENTESIS”

Consiste en la punción del pericardio con una aguja para extraer el líquido retenido en su interior. La punción se realizar por varios sitios, siendo la mas habitual la punción de bajo del esternón(subxifoidea), en la zona del estomago, guiada por ecocardiografía.

Sus Riesgos:

- Un infarto agudo de miocardio.
- Arritmias cardiacas.
- Aparición de un neumotórax; es decir un colapso del pulmón por pincharlo sin querer.



Nombre del alumno: Enrique Horacio
Magaña Peralta.

Actividad: “Próxima Semana”

Nombre del profesora: Juana
Inés Hernández López.

Grupo: “7-Q”

Materia: Practica Clínica de
Enfermería II.

“LISTADO DEL TEMA DE EQUIPAMIENTO, REPOSICIÓN Y LIMPIEZA DE LA HABITACIÓN DE UCI”

-MONITOR DE CABECERA CON MÓDULO HEMO Y CABLES-

Realiza la medición de los datos hemodinámicos mediante un cable único que se conecta al monitor modular; también hace función a la presión pulmonar enclavada o presión en cuña. se dice, que es la presión que se mide en la arteria pulmonar después de enclavar con el inflado de balón hasta ocluir la luz arterial.

-MONITOR CARDIORRESPIRATORIO O CARDIACO-

Este monitor muestra continuamente la frecuencia respiratoria y cardiaca de la persona. Los cables del monitor están conectados con parches adhesivos adheridos a la piel del pecho y abdomen de su hijo.

-CABLES DE E.C.G., PULSIOXIMETRÍA Y PSN-

Los cables de ECG desechables drager, pueden ayudarte a reducir las infecciones nosocomiales y mantener los costes bajo control.

-OXÍMETRO DE PULSO-

Este aparato mide la cantidad de oxígeno en la sangre del niño a través de la piel. Se adhiere con cinta adhesiva una luz pequeña al oído o a un dedo de la mano o del pie del niño. Un cable conecta la luz del monitor, que muestra el porcentaje de oxígeno presente en los glóbulos de su hijo.

-RADIOGRAFÍA-

Se toman por diversas razones, entre las que incluye la verificación de la ubicación de catéteres y tubos, la búsqueda de signos de problemas en los pulmones y la verificación de signos de anomalías en los intestinos.

-CATÉTER DE FOLEY-

Es un tubo delgado que se coloca en la vejiga para drenar orina. Esto ayuda al personal de enfermería de la ICU a medir la cantidad de orina que un paciente está produciendo, lo que indica con esta el paciente.

-BOMBAS INTRAVENOSAS-

Las bombas intravenosas suministran líquidos, alimentación y medicamentos a las venas en cantidades muy precisas mediante catéteres(tubos).

-SONDA PLEURAL-

Es un tubo de plástico que se coloca entre las costillas y entra en la cavidad torácica(pecho), para drenar sangre, líquido y aire del espacio que se rodea los pulmones.

-CAMA Y COLCHÓN-

La cama debe ser tecnológica, lejos de las paredes que imposibiliten el movimiento del paciente. Algunas de estas disponen de barandas y cajones que garantizan la seguridad; así como ruedas para poder realizar movimientos urgentes. El colchón debe ser de aire, teniendo un compresor que trabaje la presión constante del mismo, esto para evitar cualquier formación de úlcera.

“INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL”

Es un procedimiento médico en el cual se coloca una sonda en la tráquea a través de la boca a la nariz. En la mayoría de las situaciones de emergencia, se coloca a través de la boca.

“PROCEDIMIENTO”

- Ya sea que este despierto(consiente) o dormido(inconsciente), se le dará un medicamento para que la inserción de la sonda sea más sencilla y más cómoda.
- El proveedor insertará un dispositivo denominado por un laringoscopio para poder visualizar las cuerdas vocales y la parte superior de la tráquea.
- Se inserta una sonda en la tráquea y se pasa por las cuerdas vocales hacia justo arriba del punto y por encima de donde la tráquea se ramifica a los pulmones.

“RIESGOS”

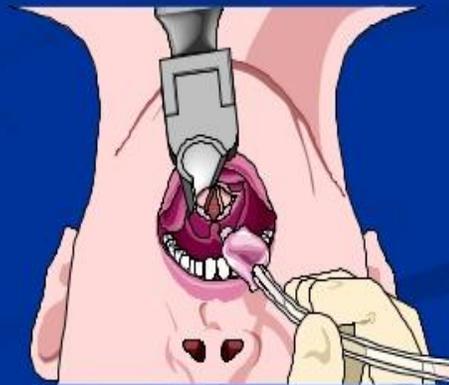
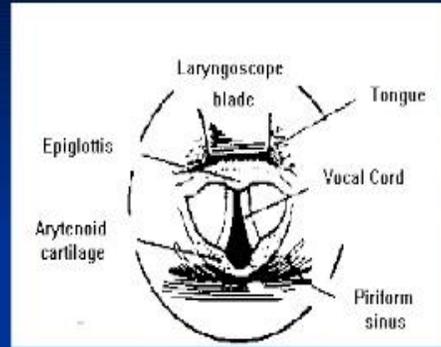
- Sangrado y infección.
- Traumatismo de la laringe, la glándula tiroides, las cuerdas vocales y la tráquea o esófago.
- Punción o desgarro(perforación) de partes del cuerpo en la cavidad torácica, que lleva a un colapso pulmonar.

“TÉCNICA”

- Extiende el paño estéril y coloque todo el material sobre este.
- Compruebe el material que se va utilizar(balón neumatotaponamiento y laringoscopio).
- Coloque al paciente en decúbito supino, con el cuello en hiperextensión(manteniendo control cervical en el paciente traumatizado), situándose la persona que va a realizar la intubación detrás de la cabeza del paciente.
- abra la boca del paciente, retire prótesis dentales y cuerpo extraños y aspire si es necesario.
- Ventile y oxígeno al paciente con cánula, mascarilla y la bolsa de reanimación con reservorio conectada a fuente de O₂.

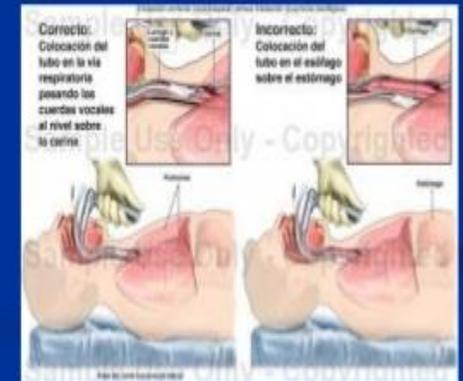
Técnica de Intubación Orotraqueal

- Elevar el laringoscopio en una dirección de 45° en relación a la horizontal, sin presionar sobre los dientes o tejidos orales.
- Visualmente identificar la epiglotis y luego cuerdas vocales.
- Con la mano derecha insertar el tubo endotraqueal en la tráquea.
- Continuar hasta pasar las cuerdas vocales, el manguito debe pasar aprox. 2cm dentro de la tráquea. Esto colocara el extremo proximal del tubo, al nivel de los dientes entre 19 y 23cm.

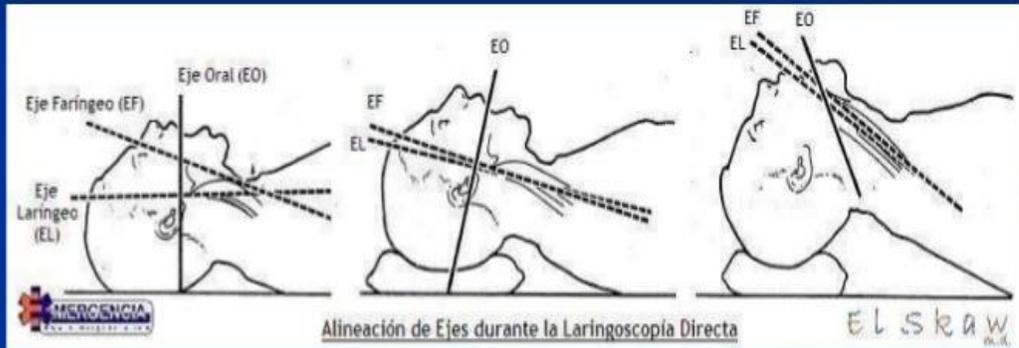


Técnica de Intubación Orotraqueal

- El manguito es insuflado con 10 cc de aire, suficientes para lograr un sello adecuado.
- Cerciorarse de la posición del tubo ventilando por medio del dispositivo bolsa-válvula-tubo.
- Confirmación Primaria :
Observar expansión torácica, auscultar tórax y abdomen.
- Confirmación Secundaria:
Detectores colorimétricos de CO2
Pulsioxímetro
Radiografía de Tórax PA.
- Asegurar el tubo.



Alineación de los ejes



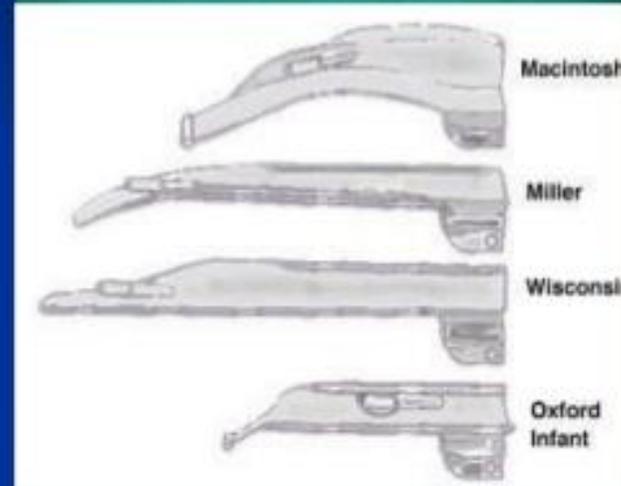
Técnica de Intubación Orotraqueal

- Buena ventilación y oxigenación. Equipo de succión disponible.
- Verificar balón del tubo endotraqueal y laringoscopio.
- Inmovilización manual de la cabeza y cuello.
- El laringoscopio debe ser empuñado con la mano izquierda.
- Insertar la hoja del laringoscopio a nivel de la comisura labial derecha del paciente, desplazando la lengua hacia la izquierda en dirección a la línea media.



Materiales:

- Laringoscopio (mango, hoja, baterías, focos)
Hoja curva (Macintosh) N° 3 ó 4
Hoja recta (Miller) N° 2 ó 3
- Tubo:
Orotraqueal
(♂ 8.0–8.5; ♀ 7.5-8.0)
Nasotraqueal
(Diámetro interno 0.5-1.0 menor)
- Dispositivo de bolsa-válvula-mascarilla
- Medicamentos para sedación y relajación.



“TIPOS DE RESPIRADORES Y SUS FASES DEL CICLO DEL RESPIRADOR”

-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 y el volumen es incierto ya que depende de la resistencia aérea y de la distensibilidad toracopulmonar.

-VENTILACIÓN MECÁNICA NO 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 mediante la creación de una vía aérea artificial por intubación endotraqueal (boca/nariz) o traqueotomía, pudiendo mejorar la oxigenación e influir en la mecánica pulmonar.ar.

-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. La presión máxima alcanzada se llama presión pico.

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 pulmón.

“ASPIRACIÓN DE SECRECIONES”

Se tiene entendido, que se realiza para eliminar las mucosidades que impiden la entrada de aire de la boca a los pulmones.

Se realiza cuando haya secreciones(mucosidades); visibles y cuando se detecten sonidos respiratorios que nos indiquen la existencia de secreciones.

Se redacta al igual, que un paciente conectado a un ventilador debe ser aspirado para eliminar las secreciones pulmonares y mantener las vías aéreas permeables, la aspiración endotraqueal se emplea solamente cuando hay una clara evidencia de secreciones excesivas retenidas.

Tipos:

- **aspiración abierta:** se refiere a la aspiración en la que, se realiza la técnica precisa de desconectar el circuito del respirador. Se utiliza sondas de aspiración de un solo uso.
- **Aspiración cerrada:** aspiración de secreciones en pacientes sometidos a ventilación mecánica, en la que no se precisa desconectar el circuito del respirador.
- **Aspiración subglótica:** consiste en la aspiración de secreciones acumuladas en el espacio suglótico a través de u orificio situado por encima del balón de neumo taponamiento del tubo traqueal. Pero bueno su objetivo como tal; es disminuir la cantidad de secreciones que podrían pasar entre el balón y las paredes de la tráquea.