



Práctica Clínica II



Actividad 1

Catedrático: Lic. en Enf. Estrella Janette Guillen Díaz



Alumna: Abigail Escobar Caballero



Licenciatura en Enfermería
7° Cuatrimestre

San Cristóbal de las Casas, Chiapas, México.
23 de Septiembre del 2020



Protocolo de la UCI



Tiene como objetivo recibir al paciente, proporcionarle los cuidados inmediatos necesarios, verificar las condiciones que se presenta al servicio y realizar las actividades correspondiente a su ingreso.

Preparación de la habitación

Lo primero es avisar al celador para sacar la cama de la habitación a la zona de entrada de la unidad. Después de esto se debe revisar equipamiento completo de la habitación como revisar la toma de oxígeno y así mismo colocar si precisa humidificador y sistema de aspiración. Al preparar si se precisa se necesita 1 bomba de perfusión, Respirador, Módulo y cables de presiones y sistema de diuresis horaria y si el paciente necesita respirador debemos montar ambú completo (PEEP y Reservorio) y mesa de Aspiración. Llevar el carro de ECG a la habitación. Encender el monitor y poner la pantalla en espera y preparar la documentación de la historia clínica y los tubos de analítica con su volante.

Acciones

Debemos salir a recibir al paciente así mismo hablar al paciente por su nombre y presentarse, decirle en donde esta y los procedimientos que se realizarán y así mismo solicitarle su colaboración; por lo que previamente se tiene que arreglar el espacio donde se pondrá al en la habitación, monitorizar continuamente ECG, TA no invasiva, temperatura y pulsioximetría, para así registrar los datos obtenidos en la hoja de enfermería. Administrar oxigenoterapia (de acuerdo a las situaciones que se encuentre el paciente), Tenemos que verificar presencia de vías venosas y/o arteriales y canalizar en bombas de infusión o sin ella ya sea vía venosa o central si precisa y permeable. Verificar presencia de drenajes, ostomías, heridas, sondajes, Colocar ECG de 12 derivaciones. (18 si es paciente coronario) Rx de tórax. Valoración y planificación de los cuidados de enfermería y registro en la historia clínica con relacionado a su patología. Planificar y solicitar dieta por nota preescrita por el médico y comentarle al familiar en es espacio donde esta, los cuidados que recibirá y los horarios de visita.

Monitorización del paciente de la UCI

Monitorización no invasiva

1.- electrocardiograma y frecuencia cardiaca continúa

Preparación del paciente e informarle la colocación de los electrodos de cinco latiguillos: Rojo (línea media clavicular derecha, directamente debajo de la clavícula), Verde (línea media clavicular izquierda, directamente debajo de la clavícula), Amarillo (línea media clavicular izquierda, 6º-7º espacio intercostal) Negro (línea media clavicular derecha, 6º-7º espacio intercostal), Blanco (4º espacio intercostal, borde izquierdo del esternón)

2. monitorización mediante telemetría

La telemetría permite monitorizar el electrocardiograma continuo desde un control de enfermería de U.C.I. a un paciente en una unidad de hospitalización preferentemente Cardiología. El objetivo es evaluar el ritmo cardiaco del paciente y garantizar la asistencia urgente de cualquier situación de compromiso vital.

3.- TA no invasiva

Al ingreso se monitoriza la TA fijando intervalos cada 5-15 minutos hasta estabilización. Cuando se comienza tratamiento con drogas vasoactivas, la TA se controlará cada 5 minutos como mínimo hasta la estabilización.

4.- Saturación de O2

La Pulsioximetría es un sistema de monitorización no invasiva de la saturación de hemoglobina arterial.

5.- Monitorización de ETO2 (Capnografía)

Medir de forma continúa la presión parcial de CO2 espirado como medida indirecta del CO2 en sangre

6.- Monitorización en el nivel de sedación

Escala SAS Es la escala que usamos actualmente en la unidad para valorar el grado de sedación de los pacientes sometidos a este tratamiento.

7.- Monitorización de las constantes neurológicas

Escala de Glasgow Es la escala internacional para la valoración neurológica de un paciente. Existe una hoja aparte de la gráfica horaria para anotar la valoración neurológica del paciente.

Monitorización invasiva

Consiste en la vigilancia continua de las presiones intravasculares del paciente crítico. Su objetivo es evaluar la función ventricular derecha e izquierda por medio de las presiones y el volumen minuto cardiaco.

El catéter: transmite las presiones intravasculares y sus cambios de una forma precisa y fiable desde el interior del vaso al exterior.

El transductor: instrumento que transforma una señal mecánica (la presión ejercida sobre un diafragma por la columna de líquido que proviene del catéter intravascular) en una señal eléctrica proporcional, que se transmite por el cable al monitor.

El monitor: Amplifica esa señal eléctrica que sale del transductor, pudiéndose visualizar en la pantalla la morfología de la curva y los valores numéricos de presión intravascular

Prevención y tratamiento de la UPP

Las úlceras por presión, son lesiones de piel y/o tejidos adyacentes debido a una isquemia de los mismos, producidas por una presión prolongada de los tejidos sobre un plano duro, debido a los factores desencadenantes que son la presión, fricción, fuerza de rozamiento o cizallamiento; así también de los factores predisponentes que son la inmovilidad, la presencia de humedad cutánea, el déficit de higiene, desnutrición, anemia, edema, fiebre, alteraciones hemodinámicas, envejecimiento, fármacos (drogas vasoactivas, sedantes,...) y claro que la ventilación mecánica.

Prevención de las UPP

NIVEL DE CONCIENCIA	CONTINENCIA VESICAL FECAL	MOVILIDAD ACTIVIDAD	ESTADO DE LA PIEL	NUTRICIÓN	PUNTOS POR CONCEPTO
ALERTA	CONTROLA ESFINTERES	TOTAL CAPAZ DE DEAMBULAR	INTEGRA		4
CONFUSO	INCONTINENCIA ESFINTERES INTERMITENTE	DISMINUIDA AYUDA EN MARCHA	ROJA / SECA/ FINA	TOMA TODA LA DIETA	3
ESTUPOR	INCONTINENCIA VESICAL O FECAL	LIMITADA AYUDA SENTADO	PIEL MACERADA	TOMA LA MITAD DE LA DIETA	2
INCONSCIENTE	INCONTINENCIA VESICAL Y FECAL	INMOVIL ENCAMADO	PIEL AGRIETADA VESICULAS	TOMA EL 25% DE LA DIETA	1
					TOTAL PUNTOS
-ALTO RIESGO: Menos de 11 puntos.					
-BAJO RIESGO: De 12 a 17 puntos.					
-SIN RIESGO: De 18 a 19 puntos.					

Tratamiento de las UPP

Como primer punto debemos valorar las condiciones de riesgo que se encuentran la integridad de la piel del paciente de acuerdo a la escala de Gosnell.

- ❑ **Pacientes sin riesgo:** 18 a 19 puntos en la Escala Gosnell no precisan cuidados de prevención, excepto en el caso de que haya cambios relevantes.
- ❑ **Pacientes con riesgo bajo:** 12 a 17 puntos en la Escala Gosnell modificada-Examinar la piel revisando los puntos de presión cada turno, así como realizar cambios posturales cada 3 horas en los decúbitos laterales 30° sobre el eje longitudinal para aumentar la superficie de contacto, liberando el sacro y trocánter apoyando más el glúteo para distribuir el peso, mantener la piel limpia, seca e hidratada.
- ❑ **Pacientes con alto riesgo:** menos de 11 puntos en la Escala de Gosnell modificada se tomarán todas las medidas preventivas descritas para el caso anterior y revisar los puntos de presión cada cambio postural, vigilando los puntos de presión latrogénicos (SNG, catéteres de drenaje, tubos endotraqueales, sonda vesical, mascarilla facial y gafas de oxígeno) y si es lo mejor posible añadir a los elementos auxiliares apósitos hidrocoloides de prevención.

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, así para evitar que estas evolucione y no generar un mayor daño al paciente.

Prevención de riesgo de caída

LAS CAÍDAS, una importante preocupación por la seguridad de los pacientes hospitalizados, aumentan la duración de la estancia, reducen la calidad de vida y son costosas tanto para los pacientes como para los hospitales. La prevención de caídas requiere un enfoque multidisciplinario para crear un entorno seguro para el paciente y reducir las lesiones relacionadas con las caídas.

Se deben valorar los factores que provocan riesgo de caída según la escala de valoración:

- Si uno solo de los factores de la escala de valoración resulta positivo, se deberá incluir al paciente en el protocolo de prevención.
- Determinaremos el nivel de riesgo en aquellos pacientes con riesgo de caída. Aumenta el riesgo de caída en función del número de factores relacionados.
- Después de determinar el riesgo se establecen medidas de prevención que se planificarán actividades en el Plan de Cuidados en función de los factores identificados.
- Y hacer declaración en caso de que se produzca una caída.

Escala de Valoración de factores de riesgo

- ✓ 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.

Procedimientos relacionados con la vía

aérea intubación endotraqueal

Es un método de elección para la apertura y aislamiento definitivo de la vía aérea, además dando aislamiento y protección contra el paso de cuerpos extraños al árbol bronquial, y facilita ventilación artificial y la aspiración de secreciones

MATERIAL DE INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL

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 y jeringa de 10 cc.

-Paño estéril, guantes estériles, pinza de Magill, y venda de gasa para sujetar TET.

-Ambú con mascarilla reservorio y alargadera de Oxígeno.

-Material para aspiración de secreciones, carro rojo, fonendoscopio, respirador en la habitación montado y calibrado. Medicación para inducción anestésica y/o miorelajación.

TIPOS DE RESPIRADORES

Respiradores volumétricos ciclados por volumen tiempo: Se programa el volumen que se entrega periódicamente en un tiempo determinado.

Respiradores manométricos ciclados por presión: Se programa la presión y la insuflación termina cuando se alcanza el valor prefijado.

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 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. Se puede programar PEEP: presión positiva al final de la espiración.

ASPIRACIÓN DE SECRECIONES

Es para eliminar las secreciones pulmonares y mantener las vías aéreas permeables de los pacientes intubados, la aspiración endotraqueal se emplea solamente cuando hay una clara evidencia de secreciones excesivas retenidas, ya que esta le somete a unos peligros potenciales como: hipoxemia, broncoespasmo (por estímulo del catéter sobre las paredes de las vías aéreas) e infecciones (neumonía nosocomial) por proporcionar el tubo una vía natural para la introducción de bacterias hasta las vías aéreas inferiores.

VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA

Es la presión positiva a la vía aérea, pretende mejorar la función respiratoria sin necesidad de IOT. La cual tiene como objetivo aumentar la FI_{O_2} en pacientes con hipoxia grave normocápnica, hipocápnica o hipercápnica, proteger la ventilación y oxigenación en broncoscopias, apoyar de la extubación ineficaz, evitar la intubación en pacientes con patologías donde se sospecha de un destete y extubación difíciles (LCFA, ...).