

Universidad Del Sureste
(UDS)

Trabajo 1

Práctica Clínica en Enfermería II

Catedrática: L.E. Estrella Janette Guillen Díaz

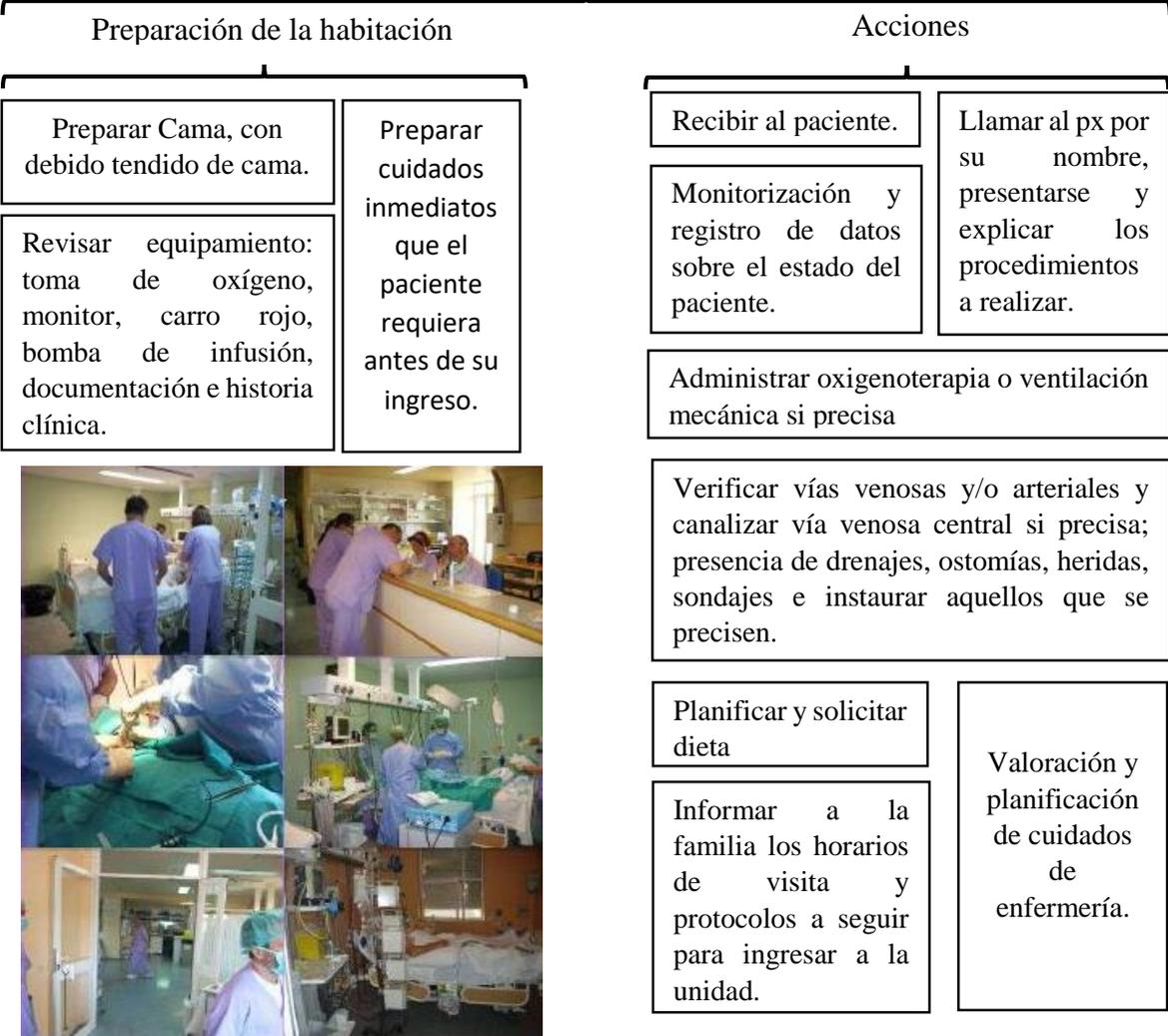
Alumno: Miguel Ángel López Bolom

San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, septiembre de
2020



PROCOLO DE LA UCI

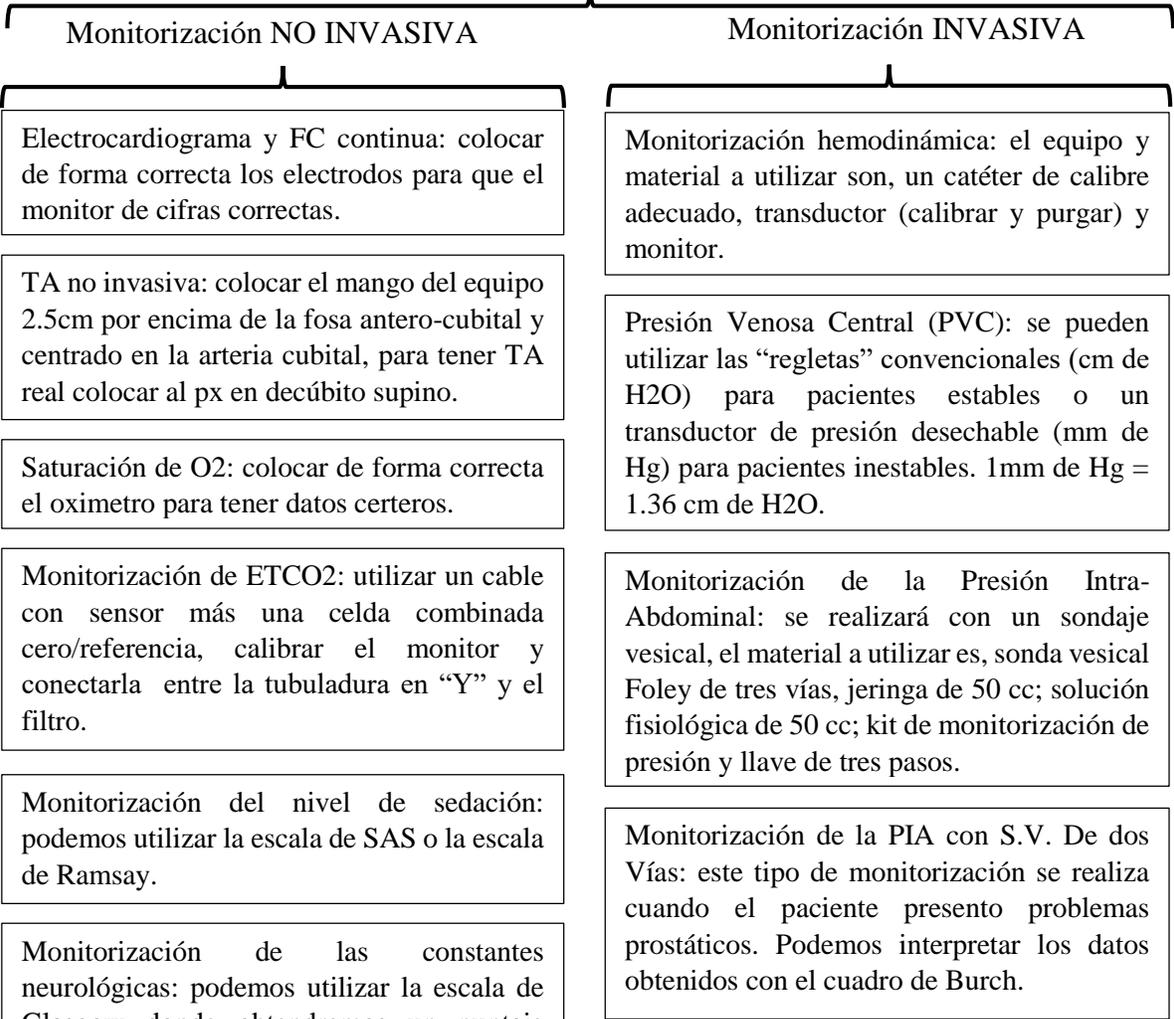
Recibir al Px y Brindar Cuidados De Enfermería Inmediatos



**UCI
ENFERMERÍA**



MONITORIZACIÓN DEL PACIENTE EN LA UCI



Configuración de cinco latiguillos:

- Rojo: Línea media clavicular derecha, directamente debajo de la clavícula.
- Amarilla: Línea media clavicular izquierda, directamente debajo de la clavícula.
- Verde: 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. En paciente de S.C.A. según localización isquémica.



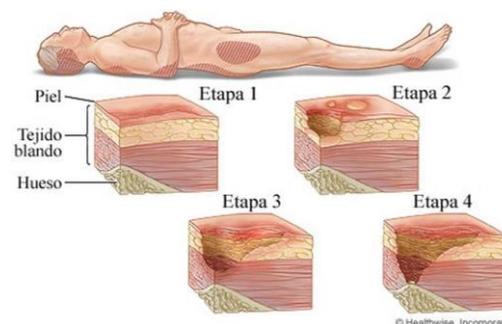
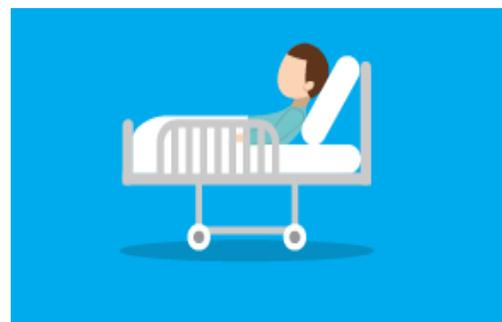
Grado	Presión de la vejiga	Signos clínicos	Recomendaciones
I	7-11 mm de Hg	Ninguno	Mantener volemia
II	12-18 mm de Hg	Oliguria	Resucitación hipervolémica
III	19-25 mm de Hg	Anuria, descenso del GC, Presiones aéreas elevadas	Descompresión
IV	> 25 mm de Hg	Anuria, descenso de GC, presiones aéreas elevadas	Descompresión y exploración

UPP Y RIESGO DE CAÍDAS

Las UPP 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.

El riesgo de caídas durante la estancia hospitalaria es alto y se deben prevenir de buena forma para evitar complicaciones en la recuperación del px.

Prevención	Tratamiento	Prevención	
<p>Revisar puntos de presión, cambios posturales cada cierto tiempo dependiendo del estado del px, distribución del peso corporal, mantener limpio y seco las zonas de mayor riesgo y apoyarse de elementos auxiliares.</p>	<p>En estadio 1: eliminar o disminuir la presión, limpiar la zona con suero fisiológico y secar la piel, aplicar restaurador de la capa hidrolipídica o apósito adhesivo semipermeable hidrocólóide de prevención y vigilar por turno y retirar una vez a la semana.</p>	<p>Mantener un entorno seguro, evitar tener obstáculos por donde deambula el px y mantener luz piloto durante la noche.</p>	<p>Instruir al paciente y familia sobre el riesgo y medidas de seguridad, levantarlos con ayuda y acompañarlos.</p>
	<p>En el estadio 2: Limpieza de la herida con suero fisiológico y secar, colocar apósito hidrocólóide y cambiar cada 2 o 3 días excepto si está abombado o despegado.</p>	<p>Colocar prótesis antes de que el px se levante y vigilar movimientos táctiles.</p>	<p>Valoración y registro del nivel de conciencia, valorar riesgos de la medicación, vigilancia continua, colocar barandales a la cama,</p>
	<p>En el estadio 3: si presenta tejido necrótico el tx será quirúrgico o químico pomadas, y realizar curación cada 24 horas.</p>		



INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL

Es un 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; por otra parte, permite su utilización como vía de emergencia para la administración de fármacos hasta conseguir una vía venosa.

Material

Tubo endotraqueal (TET) En adulto normal es nº 8, 8,5 o 9.

Laringoscopio con 2 palas curvas, números 2,3.

Fijador para el TET.

Lubricante, jeringa de 10 cc, paño estéril y guantes estériles.

Pinza de Magill.

Venda de gasa para sujetar TET.

Ambú con mascarilla y reservorio.

Material para aspiración de secreciones.

Carro rojo.

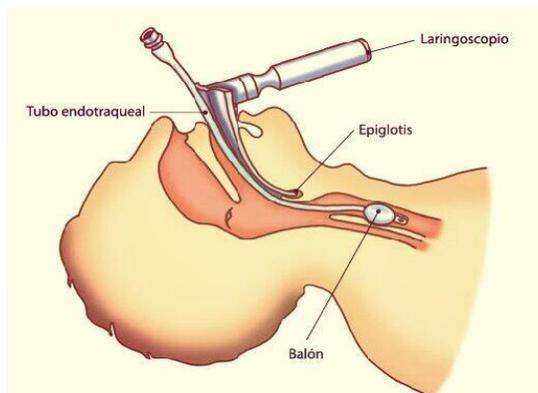
Fonendoscopio.

Respirador en la habitación montado y calibrado.

Medicación para inducción anestésica y/o miorelajación.

Procedimiento

Lavado de manos, explicar el procedimiento, colocar al px en decúbito supino sin almohada e hiperextender la cabeza, conectar ambú con mascarilla y reservorio a la toma de oxígeno, aspirar secreciones si precisa, administrar sedante o relajante según indicación, preparar paño estéril, laringoscopio, tubo endotraqueal con fijador, pinzas de Magill y lubricante, una vez colocado el tubo inflar el balón con 10ml de aire, fijar el tubo colocando la venda por encima de la oreja y por debajo de la otra, retirar ambú y ventilar manualmente hasta que el tubo quede bien fijado, conectar el respirador con los parámetros indicados y vigilar la adaptación del px, elevar la cabecera a 30°-40° si no hay contraindicación, registrar la técnica realizada (hora de colocación, número de tubo, número a nivel de la comisura labial, presión del néumo y la medicación administrada), y solicitar radiografía para verificar la ubicación del tubo.



Complicaciones: intubación del bronquio principal derecho, extubación, excesiva presión del manguito (>25 mm Hg), lesión traumática de la boca y eje faringolaríngeo, estenosis traqueal.