



**PASIÓN POR EDUCAR**

**LIC. EN ENFERMERIA**

**MATERIA:**

**PRÁCTICA CLÍNICA DE ENFERMERÍA LL**

**NOMBRE DEL PROFESOR:**

**ZAMORANO RODRÍGUEZ MARÍA CECILIA**

**RESUMEN:**

**ATENCIÓN AL PACIENTE EN SITUACIÓN DE AMENAZA VITAL INMINENTE**

**NOMBRE DE ALUMNO:**

**CIFUENTES HERNANDEZ ARELY**

**GRADO Y GRUPO:**

**7° ER CUATRIMESTRE "A"**

**COMITÁN DE DOMÍNGUEZ CHIAPAS 15 OCUBRE DEL 2021**

## UNIDAD 2

Atención al paciente en situación de amenaza vital inmediata...

Es función de la enfermera de esta unidad, el atender a los paradas cardiacas de las Unidades del hospital o hospitalización, revisar, reponer los carros de parada y limpiar y desinfectar los laringoscopios tras su uso, completando posteriormente los hojas de registro. Las situaciones de amenaza vital inmediata están protocolizadas en este centro por la comisión de RCP y existen protocolos impresos en cada unidad. RCP son las reanimaciones cardiopulmonar, es una técnica para salvar vidas que es útil en muchas emergencias, como por ejemplo, un ataque cardiaco o un casi ahogamiento, en los que la respiración o los latidos del corazón de una persona se ha detenido. Puede mantener la circulación de sangre oxigenada hacia el cerebro y otros organos hasta que un tratamiento medico de emergencia pueda restablecer el ritmo cardiaco normal.

Prevención y tratamiento de úlceras por presión, prevención de caídas y recomendaciones de sujeción mecánica. Las úlceras por presión, son lesiones de piel, o tejidos adyacentes debido a una isquemia de los mismos, producidas por una presión prolongada de los tejidos sobre un plano duro..

Estadios 1. Enrojecimiento de la piel que no cede al despegar la presión. Piel inactiva (en pacientes de piel oscuras observar edema, induración, decoloración y calor local),

Estadios 2. La zona presenta una erosión superficial limitada a la epidermis o a la dermis. Se presenta en forma de flictena, ampolla o crater superficial.

Estadio 3. 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 4. La lesión se extiende hasta el músculo, hueso o estructuras de sostén (tendón cápsula articular). En este estadio, como el 3, pueden presentar lesiones como cavernas, tumefacciones o trayectos sinusales.

Factores de riesgo de las úlceras por presión.

factor de riesgo, todas aquellas situaciones que contribuyen a deteriorar la integridad de la piel.

factores desencadenantes.

\* presión

\* fricción

\* fuerza de rozamiento o cizallamiento

factores predisponentes

\* Inmovilización

\* Edema

\* presencia de humedad

\* Fiebre

\* Deficit de higiene

\* Alteraciones hemodinámicas

\* Desnutrición

\* Envejecimiento

\* Anemia

\* fármacos (drogas, sedantes).

\* Ventilación mecánica

valoración, prevención y tratamiento de las úlceras por presión.

Objetivo → Identificar a los pacientes de riesgo para prevenir la aparición de úlceras por presión.

→ Establecer las medidas de prevención adecuada para evitar la aparición de úlceras por presión, de acuerdo con la valoración obtenida.

→ Planificar los cuidados/tratamiento en caso de que la úlcera este instaurada.

→ Tratamiento y control de la evolución de las úlceras instaurada.

Valoración del riesgo de aparición por úlceras por presión (escala de Gosnell Modificada)..

\* Alto riesgo: menos de 11 puntos

\* Bajo riesgo: de 12 a 17 puntos.

\* Sin riesgo: de 18 a 19 puntos.

La valoración de riesgo con la escala de puntuación se realizará a todo paciente al ingreso en la valoración inicial del paciente que exista un cambio o se produzca alguna situación que puede introducir o alteraciones en el nivel de riesgo del paciente.

Tratamiento de úlceras por presión.

→ Prevención de nuevas lesiones por presión. continuar con mayor prevención.

→ Soporte nutricional.

→ Soporte emocional.

→ Valoración y descripción.

Protocolo de traslados intrahospitalarios.

→ Traslado de pacientes críticos dentro del hospital

El traslado de pacientes críticamente enfermos siempre involucra ciertos 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 cuentas

\* Comunicación pretraslado al servicio receptor

\* Estabilización previa del paciente (si es posible).

\* Personal acompañante disponible para el traslado (mínimo dos personas, médicos y enfermera responsable del paciente de UCI).

\* Equipo de traslado.

Equipo de traslado.

→ El paciente deberá recibir la misma monitorización durante el traslado. El nivel mínimo es monitor cardíaco o desfibrilador y marcapasos externos para monitorización continua ECG y FC.

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

→ Si el paciente está recibiendo apoyo arterial pulmonar, PVC y presión mecánica de ventilación se utilizará un ventilador portátil capaz de proporcionar la misma ventilación mínima.

→ Material de terapia endovenosa: drogas de reanimación, soluciones intravenosas: bicarbonato, Etelafundina y medicamentos que se encuentren en perfusión continua al paciente: bombas de infusión de batería, otras drogas y sedaciones.

→ Carro de reanimación y equipo de succión o succion no es necesario que acompañen al paciente en el traslado, pero deberán estar estacionados y disponibles en zona apropiada donde se maneja el paciente crítico.

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

Son los cuidados al paciente que se va a hospitalización o a otros hospitales, para ello debemos tomar en cuenta el:

Alta a una unidad de hospitalización

→ Hoja clínica estadística firmada, hoja de tratamiento para planta, informe de alta médica e informe de alta de enfermería.

→ Comunicar al paciente y a la familia la hora aproximada de alta de habitación.

→ Una vez que se acerca la hora y lo hemos confirmado con la planta se deberá:

→ Valorar el estado del paciente para el traslado.

- Preparar al paciente y sus pertenencias para el traslado.
  - Revisar sueros, drenajes y catéteres si los hubiese y mandar la medicación puntual que precise.
  - Avisar al celador para traer la cama de la planta.
  - Ayudar al cambio de cama si procede en la planta.
  - Recoger la ropa usada y desechar el material usado.
  - Avisar al servicio de limpieza
  - Rellenar la hoja de traslados internos
  - Equipar la habitación una vez para el nuevo ingreso.
  - Notificar a admisión el traslado interno al paciente.
- Equipamiento, reposición y limpieza de la habitación.

→ Material de habitación en la U.C.I

Es 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 P.O.N.
- \* Caudalímetro de oxígeno con humidificador
- \* Aspirador completo montado con sondas de aspirador.
- \* Ambú completo y mascarillas de oxígeno y tipo Venturi.
- \* Alargadera de oxígeno
- \* Sistema de gas de oxígeno.
- Montaje, limpieza, desinfección y esterilización de materiales y habitación
- \* La limpieza y desinfección de la habitación y el material no desechable que se encuentre en la misma.
- \* Monitor y respeto que no van conectados al paciente pasar con un paño húmedo y jabón.
- \* cables en contacto con el paciente poner 15" en agua con instrinet, aclarar y secar
- \* Mangito de la tensión, jabonar, aclarar y secar.
- \* Bombas de perfusión y nutrición jabonarlas incluido

el sensor aclarar, secar y dejar siempre enchufados.  
\* Se manda a esterilización en bolsas separadoras el árbol con la pieza en T.

→ Esterilización en la U.C.I

\* El material en U.C.I se envía a esterilizar en los siguientes días

\* De lunes a sábado en el turno de la mañana, antes 9:00 y de las 14:00

\* De lunes a viernes en el turno de la tarde de las 20:00

Procedimientos relacionados con la vía aérea intubación endotraqueal.

Se trata de método de elección para la apertura y aislamiento definido de la vía aérea. Asegura además aislamiento y protección contra el paso de cuerpos extraños al árbol bronquial y facilita la ventilación artificial y traslado o aspiración de secreciones.

→ Tipos de respiraciones

\* Respiradores volumétricos ciclados por volumen tiempo: se prolonga el volumen independiente y la presión independiente de la resistencia de la vía aérea.

\* Respiradores manométricos ciclados por presión: se prolonga la presión y la insuficiencia termina cuando se alcanza el valor prefijado.

→ fases del ciclo de un respiro.

\* Inflamación → El respirador genera una presión de un volumen de gas y movilización insuflado en el pulmón.

\* Meseta → El gas introducido en el pulmón es mantenido en el (fase inspiratoria).

Procedimientos relacionados con la vía venosa central y periférica

Accesos venosos centrales → es una técnica estéril que realiza la enfermera si el acceso por vía periférica

O el médico si es por acceso central

→ Accesos Venosos más usuales y sus características.

\* Venas antecubitales → Son las vías de elección por preferente, tanto por las pocas complicaciones que presentan como por la medida que suponen para el enfermo

\* Vena subclavia → permite al paciente una mayor libertad de movimientos. Clásicamente contraindicada en el curso de coagulopatías,

→ Preparación del paciente y el personal

\* Informar al paciente de la técnica y pedir su colaboración.

\* Si el CVC es de acceso periférico, elegir el brazo no dominante para permitir mayor libertad de movimientos.

\* Lavado de manos quirúrgicos estricto para quien vaya a canalizar la vía.

→ Objetivo

\* Monitorización continua de la PA en pacientes inestables

\* Extracción frecuente de gases arteriales.



## **Bibliografía:**

[Práctica Clínica de Enfermería II.pdf](#)

<file:///C:/Users/hp/Desktop/arely/7%20cuatrimestre/Pr%C3%A1ctica%20Cl%C3%ADnica%20de%20Enfermer%C3%ADa%20II.pdf>

