



Nombre de alumnos:
Anai azucena Vázquez Vázquez

Nombre del profesor:
Lic. Cecilia zamorano

Nombre del trabajo: Resumen

Materia: Práctica clínica II

Grado: 7to

PASIÓN POR EDUCAR

Grupo: "B"

Comitán de Domínguez Chiapas a 13 de octubre de 2021.

ATENCIÓN AL PACIENTE EN SITUACIÓN DE AMENAZA VITAL INMEDIATA

También es función de la enfermera de esta unidad, el atender a las paradas cardíacas de las unidades de Hospitalización, revisar, reponer los carros de parada y limpiar y desinfectar los laringoscopios tras su uso, cumplimentando posteriormente las hojas de registro.

Las situaciones de amenaza vital inmediata están protocolizadas en este centro por la comisión de RCP y existe un protocolo impreso en cada unidad. Se utiliza dos algoritmos de RCP que son los siguientes: soporte vital básico (SVB) y soporte vital avanzado (SVA).

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ULCERAS POR PRESIÓN, PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y RECOMENDACIONES DE SOJECCIÓN

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.

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 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.

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, lameraciones o trayectos sinuosos.

Factores desencadenantes:

- Presión
- Fricción
- Fuerza de rozamiento o cizallamiento

Factores Predisponentes:

- * Inmovilidad
- * Presencia de humedad cutánea
- * Déficit de higiene
- * Desnutrición
- * Anemia
- * Edema
- * Fiebre
- * Alteraciones hemodinámicas
- * envejecimiento
- * Tóxicos (drogas vasoactivas)
- * Ventilación mecánica

Valoración, Prevención y Tratamiento

- ▶ Identificar a los pacientes de riesgo para prevenir la aparición de UPP.
- ▶ Establecer las medidas de Prevención adecuadas para evitar la aparición de UPP, de acuerdo con la valoración obtenida.
- ▶ Planificar los cuidados/tratamiento en caso de que la úlcera esté instaurada.
- ▶ Tratamiento y control de la evolución de las úlceras instauradas.

Escala de Gosnell Modificada

- Alto riesgo: menos de 11 puntos
- Bajo riesgo: De 12 a 17 puntos

- Sin riesgo: De 18 a 19 puntos.

Determinación de medida Preventivas

Pacientes con riesgo bajo: 12 a 17 puntos en la Escala Gosnell modificada.

- Examinar la Piel revisando los puntos de presión cada turno
- Realizar cambios posturales cada 3 horas si la movilidad/ actividad es ≤ 2 , siguiendo una rotación programada e individualizada.
- Realice los descubitos laterales 30° sobre el eje longitudinal para aumentar la superficie de contacto, liberando el sacro y trocánter apoyante más el glúteo.
- Mantener en el alineamiento corporal la distribución del peso
- Mantener la piel limpia y seca.
- Tratamiento de la incontinencia si procede.
- Aseo diario y cuando precise
- Secado meticuloso
- Hidratación de la Piel
- No realizar masajes en la Piel que recubre prominencias
- Aplicar restaurador de la capa hidrolipídica o en su efecto apósitos hidrocoloides de Prevención
- Evaluar la necesidad de elementos auxiliares para proteger puntos de presión, almohadas, protectores para talones, codos y cojín antiescaras
- Identificar los posibles déficits nutricionales
- Informar/ instruir al paciente sobre la importancia de los cambios posturales y una alimentación adecuada.

Tratamiento de UPP

1. Prevención de nuevas lesiones por presión

2. soporte nutricional

3. soporte emocional

4. valoración y descripción de la úlcera.

PROTOKOLO DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS

"El Paciente involuntario o voluntario que puede sufrir cualquier paciente, tenga o no tenga riesgo previo."

Objetivos:

1. Identificar pacientes que tengan riesgo de caídas
2. Establecer las medidas preventivas
3. Registrar las caídas en el Impreso correspondiente.

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
- **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.

PROCEDIMIENTO DE SUJECIÓN MECÁNICA EN U.C.I

La sujeción mecánica es un método físico para restringir los movimientos a un paciente adulto en la silla o en la cama.

Indicaciones:

- Prevenir un daño inminente del paciente o para los demás cuando otros medios no han sido efectivos, por ejemplo, cuando no se aconseje el control de su agitación mediante medicamentos. Prevenir la interrupción grave del tratamiento.

PROTOKOLO 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 pretraslado 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:

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; oximetría de pulso, presión arterial (invasiva o no invasiva), FR (monitor intermitente) ajustando

los límites de las alarmas y asegurándose de colocar al monitor una batería externa con carga suficientes.

Materiales de terapia endovenosa: drogas de reanimación soluciones intravenosas: bicarbonato, fclafundina y medicamentos que se encuentren en perfusión continua al paciente: bombas de infusión de baterías, otras drogas, sedación.

2.4 PROTOCOLO DE ALTA DEL PACIENTE DE LA U.C.I

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

Alta a una Unidad de Hospitalización

- ▶ Hoja clínico estadística firmada, hoja de tratamiento para planta, informe de alta médica
- ▶ 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 No. de habitación
- ▶ Una vez que se acerca la hora de alta
- ▶ Valorar el estado del paciente para el traslado
- ▶ Preparar al paciente y sus pertenencias para el traslado
- ▶ Revisar sueros, drenajes y catéteres
- ▶ Avisar al celador para traer la cama de la planta
- ▶ Adjuntar toda la documentación precisa
- ▶ Equipar la habitación una vez limpia para un nuevo ingreso.

Protocolo de traslado extrahospitalario

- ▶ El médico de referencia se pone en contacto con un médico del hospital receptor autorizado.
- ▶ Avise al paciente y a la familia del traslado
- ▶ Prepare al paciente y sus pertenencias
- ▶ Revise los sueros, drenajes, vías y catéteres
- ▶ Prepare el informe médico de alta para el centro receptor para la historia clínica del paciente.
- ▶ Prepare por triplicado el informe de enfermería, uno para el centro receptor, otro para la historia clínica y para la enfermera de la ambulancia.
- ▶ Realice el resto de intervenciones como en los traslados internos.

2.5 EQUIPAMIENTO, REPOSICIÓN Y LIMPIEZA DE LA HABITACIÓN

Materiales de habitación en U.C.I

El material que a continuación se describe, es el que se debe encontrar al final de cada turno en cada habitación:

- Monitor de cabeceira con módulo hemo y cables
- cables de E.C.G, pulsioximetría y PSN
- Cuadrametro de oxígeno con humidificador
- Aspirador completo montado y preparado con sondas de aspiración
- Ambú completo y mascarilla de oxígeno tipo venturi y reservorio
- Alargadera de oxígeno
- sistema de gafas 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 encuentra en la misma, se debe realizar al alta del usuario.

- Monitor y restos de cables que no van conectados al paciente pasar un paño húmedo y jabonoso
- cables en contacto con el paciente poner 15' en agua con Intronet, aclarar y secar
- Manguito de la tensión, jabonar, aclarar y secar
- Bombas de perfusión y nutrición jabonarias incluido el tensor, aclarar, secar y dejar siempre enchufados en el almacén de la unidad.
- Ambú: se desmonta y se ponen agua con Intronet 15' la pieza en T, la válvula de PEEP y la mascarilla. El pulmón y el reservorio se limpian con un paño húmedo y secar.
- se mandan a esterilización en bolsas separadas.

Material esterilizable

- Ambú con válvula correspondiente.

- Botes de cristal
- Alargadera de cables de marcapasos
- Instrumental quirúrgico
- Kit de 5 piezas del respirador servo 300
- Piezo en T (negra) del capnógrafo
- Tubuladora del respirador portátil oxirio
- Válvula PEEP
- Tubo de Guedell.

2.6 PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON LA VÍA AÉREA INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL

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. Por otra parte permite su utilización como vía de emergencia para la administración de fármacos hasta conseguir una vía venosa.

Materiales de Intubación endotraqueal:

- Tubo endotraqueal (TET). en adulto es nº 8, 8.5 ó 9
- Laringoscopio con dos palas curvas
- Lubricante hidrosoluble
- Jeringa de 10 cc
- Paño estéril
- Pinza de Magill
- Venda de gasa para sujetar TET
- Ambú con mascarilla y reservorio
- Alargadera de oxígeno
- Material para aspiración de secreciones
- Carro de paradas próximo
- Fonendoscopio
- Medicación para inducción anestésica

Tipos de respiradores:

• Respiradores volumétricos/ciclos por volumen tiempo:

Se programa el volumen que se entrega periódicamente en un tiempo determinado, el pulmón es la variable dependiente y la presión depende de la resistencia de la vía aérea.

• Respiradores manométricos/ciclos por presión

Se programa la presión y la inspiración termina cuando se alcanza el valor predefinido, la presión es la variable independiente y el volumen es incierto.

Fases del ciclo de un respirador:

1. **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.

2. **Mantención:** el gas introducido en el pulmón es mantenido por el durante algún tiempo regulable.

3. **ASPIRACIÓN:** la retracción elástica del pulmón insuflado es un fenómeno pasivo.

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 o traqueotomía, pudiendo mejorar la oxigenación e influir en la mecánica pulmonar.

Indicaciones:

- hipoxemia $PaO_2 \leq 60$ mmHg o $saO_2 < 90\%$
- Hipercapnia progresiva ($PaCO_2 > 50$ mm de Hg) o acidosis ($pH < 7,25$)
- Trabajo respiratorio excesivo, taquipnea (> 36 rpm), tiraje
- Fatiga de los músculos inspiratorios.

ASPIRACIÓN DE SECRECIONES

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.

Peligros potenciales:

- ▶ Hipoxemia
- ▶ Broncoespasmo
- ▶ Infecciones (neumonía nosocomial).

2.7 PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON LA VÍA VENOSA CENTRAL Y PERIFÉRICA

Es una técnica estéril que realiza la enfermera si el acceso es por vía periférica o si es por acceso central. los accesos venosos más usuales son: venas antecubitales, vena subclavia y vena yugular interna.

Material necesario:

- Paquete gasos estériles
- copos de cristal
- LSF 0.9% 100 cc.
- Povidona yodada al 10%
- Anestésico local
- 1 hoja de bisturí
- 1 sonda de nº 0 recta o curva
- 1 porta agujas
- Guantes estériles
- Jeringa de 10 cc
- 1 aguja IM.

Preparación del paciente.

- Informar al paciente la técnica y pedir su colaboración
- si el CVC es de acceso periférico, elegir el brazo no dominante para permitir mayor libertad de movimiento
- la vena de manos quirúrgico estéril para quien va a canalizar la vía.

Procedimiento

- ▶ Se usa la técnica de Seldinger para canalizar el CVC
- ▶ Si el acceso es periférico, debemos girar la cabeza del paciente hacia el lado de la punción y flexionarla ligeramente hacia el hombro para evitar la migración hacia la vena yugular.
- ▶ Fijar el catéter mediante tiras adhesivas estériles o sutura, dejando libre el punto de punción. cubrir con un apósito estéril.
- ▶ Colocar el apósito estéril o gasas debajo de las conexiones para evitar el contacto directo con la piel del paciente.

Mantenimiento del CVC.

- ▶ Vigilancia de signos y síntomas de infección en cada cura
- ▶ cura: se f. poridona yodada
- ▶ Frecuencia de la cura: cada 72 hrs y siempre que el apósito este manchado, despegado o mojado

Bibliografía:

UDS. Universidad del Sureste. 2021. Antología práctica clínica II. PDF. Recuperado el 13 de octubre de 2021.