



PASIÓN POR EDUCAR

Nombre del alumno: Keila Elizabeth Velasco Briceño

Nombre del profesor: María Cecilia Zamorano

Nombre del trabajo: Resumen

Materia: Practica Clínica 2

Grado: 7 Cuatrimestre

Grupo: B

Comitán de Domínguez Chiapas a 15 de octubre del 2021.

RESUMEN UNIDAD 2

Keira Briceño

2.1 Atención al paciente en situación de amenaza vital Inmediata.

También es función de la enfermera de esta Unidad, el atender 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.

2.2 Prevención y tratamiento de úlceras por presión, prevención de caídas y recomendaciones de sujeción mecánica.

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 1: Enrojecimiento de la piel que no cede al desaparecer la presión. Piel intacta.
- Estadio 2: La zona presenta una erosión superficial limitada a la epidermis o la dermis. Se presenta en forma de fricción, ampolla o carácter 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.

LOVE yourself

Estadio 4: La lesión se extiende hasta el músculo, hueso o estructura de sosten.

Factores desencadenantes

- Presión
- Fricción
- Fuerza de rozamiento o cizallamiento

Factores Predisponentes

- Envejecimiento
- Inmovilidad
- Presencia de humedad cutánea.
- Fiebre
- Ventilación Mecánica

Valoración, Prevención y tratamiento de las UPP

Objetivo

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

Escala de Gosnell Modificada

- Alto riesgo = menos de 11 puntos
- Bajo riesgo = de 12 a 17 puntos.
- Sin riesgo = de 18 a 19 puntos.

Tratamiento de UPP.

- 1- Prevención de nuevas lesiones por Presión.
- 2- Continuar con mayor énfasis las medidas de prevención
- 3- Soporte nutricional
- 4- Soporte emocional
- 5- Valoración y descripción de la Úlcera.

PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE CAIDAS

Definición: El paciente involuntario o voluntario que puede sufrir cualquier paciente, tenga o no riesgo previo, debemos estar las caídas puestas en marcha las medidas de prevención adecuada.

Objetivos:

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

PROCEDIMIENTO DE SUJECCIÓN MECÁNICA EN U.C.I.

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

Objetivos: Cubrir la necesidad de seguridad del paciente, evitando que se caiga de la cama o silla y evitar que se autolesione debido a su desorientación y/o agresividad.

Precauciones: Siempre debe estar prescrito por el médico

- Debe existir un plan de actuación pre acordado.
- Informar al paciente y familiares de la necesidad de sujetarle.
- Despejar al paciente de todo objeto peligroso para su integridad física y también la nuestra.
- Mantener la intimidad del paciente, estando el personal imprescindible.

CRITERIOS PARA LA RETIRADA DE LA SUJECCIÓN MECÁNICA.

La sujeción mecánica debe mantenerse el menor tiempo posible. La decisión de suspender el uso de las mismas debe basarse en criterios.

Objetivos:

- Asitación psicomotora reducida manifestando por una menor intranquilidad, descenso de la PA y de la PC.
- Estabilización del estado de ánimo
- Retorno a la orientación espacio-temporal, aumento de la capacidad de concentración, mejora de la comprobación de la realidad.
- Desaparición de la causa que ha motivado la prescripción.

2.3 PROTOCOLO 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 razón básica es la necesidad de pruebas diagnósticas que no se pueden realizar en la UCI.

Antes de realizar el traslado se debe tener en cuenta:

- 1- Comunicación pretraslado al servicio receptor.
- 2- Estabilización previa del paciente
- 3- Personal acompañante disponible para el traslado.
- 4- 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 externo para monitorización continua ECG y FC, oximetría de pulso, presión arterial, FR, ajustando los límites de las alarmas y asegurándonos de colocar al monitor una batería externa con carga suficiente.

Si el traslado es a hemodinámica o RX (TAC), se deberá colocar alargaderas de 170cm en las vías.

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

Alta a una Unidad de Hospitalización

- Confirmar que esta preparada la documentación precisa.
- Hoja de tratamiento para planta, Informe de alta médica e Informe de alta de enfermería.
- Confirmar que existe cama en el Servicio de referencia.
- Valorar el estado de paciente para el traslado.
- Preparar al paciente y sus pertenencias para el traslado.
- Revisar sueros, drenajes y catéteres.
- Adjuntar toda la documentación precisa.
- Equipar la habitación una vez limpia para un nuevo ingreso.

Alta a otro hospital.

El objetivo suele ser completar o seguir el tratamiento por necesidades específicas o también cuando un paciente necesita cuidados que exceden los recursos disponibles en la institución.

La decisión es responsabilidad del médico y no debe comprometer el pronóstico del paciente.

Debe solicitarse consentimiento informado del pte.

Protocolo de traslado extrahospitalario.

- El médico de referencia se pone en contacto con un médico del hospital receptor.
- Preparar al paciente y sus pertenencias.
- Preparar el Informe médico de alta para el centro receptor.
- ETC.

2.5 EQUIPAMIENTO, REPOSICIÓN Y LIMPIEZA DE LA HABITACIÓN

Material de habitación en U.C.I

- Monitor de cabecera con módulo Hemo y cables
- Cables de E.C.G, PULSIOXIMETRIA Y PSU.
- Caudalímetro de oxígeno con humidificador.
- Aspirador completo montado y preparado con sondas de aspiración.
- Ambú completo y mascarillas de oxígeno tipo Venturi y reservorio.
- Alargadera de oxígeno.
- Sistema de gafas de oxígeno

Esterilización en U.C.I

- El material en U.C.I se envía a esterilizar en los siguientes horarios:
 - * De lunes a sábado en la mañana antes de las 9:00 AM
 - * De lunes a viernes en la tarde, antes de las 20:00

- Equipamiento y reposición diarios de la habitación de UCI

- Envío a servicio de esterilización

- Se introduce material limpio en la bolsa de papel-plástico, adecuada al tamaño y se rotula en la parte de plástico con rotulador, se deja el material en el carro de esterilización, rellenando la hoja de pedido de material con el nombre de los objetivos a esterilizar, de la cual mandaremos únicamente la parte blanca para su control portando la fecha.

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.

Material de Intubación endotraqueal.

- Tubo endotraqueal en adulto normal es nº. 8, 8.5 ó 9.
- Laringoscopio
- Jeringa de 10 cc
- Paño estéril
- Guantes estériles.
- Alargadera de oxígeno.
- Forendoscopio
- Carro de paradas proxima.

Tipos de respiradores

► Respiradores volumétricos ciclados por volumen tiempo.

► Respiradores manométricos ciclados por presión.

Ciclo de un respirador.

Insuficiencia: El respirador genera una presión de un volumen de gas y lo moviliza insuflando en el pulmón.

Meseta: El gas introducido en el pulmón es mantenido en él, durante algún tiempo respirable para homogeneizar su distribución en los alveolos.

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.

Objetivos.

- Mantener el intercambio gaseoso.
- Reducir el trabajo respiratorio.

Indicaciones de la ventilación mecánica invasiva

- Hipotermia
- Hipercapnia progresiva
- Trabajo respiratorio excesivo
- 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.

Material;

- Guantes estériles
- Ambú con reservorio y válvula de PEEP
- Caudalímetro, humidificador y alargadera
- Sondas de aspiración
- Suero fisiológico estéril 20cc
- Equipo de vacío completo.

VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA

Objetivos

- Aumentar la F_{IO_2} en pacientes con hipoxia grave.
- Proteger la ventilación y oxigenación en bronoscopias.
- Apoyar la extubación ineficaz.
- Evitar la intubación.

Material necesario

- Respirador
- Arnés
- Mascarillas nasales
- Mascarillas faciales.
- Escudos faciales.

2.7 PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON LA VIA VENOSA CENTRAL Y PERIFÉRICA

Accesos venosos centrales: es una técnica estéril que realiza la enfermera si el acceso es por vía periférica o el médico si es por acceso central.

Accesos venosos más usuales:

- venas antecubitales
- venas subclavia
- vena yugular interna

Preparación del paciente y del personal.

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

Mantenimiento del CVC.

- Vigilancia de signos y síntomas de infección
- Cura: suero fisiológico + povidona yodada, estéril.
- Frecuencia de la curación, cada 72 hrs.

Monitorización de la arteria pulmonar, cateter de Swan Ganz

- Permite obtener datos hemodinámicos de la presión de la aurícula derecha (PVC).

Fuente de información:

NDS. Antología Práctica clínica 2, Recuperado el 15 de octubre del 2021, PDF.