

**Nombre de alumno: José Alejandro Villagrán Pérez**

**Nombre del profesor: MARIA CECILIA ZAMORANO**

**Nombre del trabajo: Resumen**

**Materia: Practica clínica de enfermería II**

**Grado: 7°**

**Grupo: "B"**

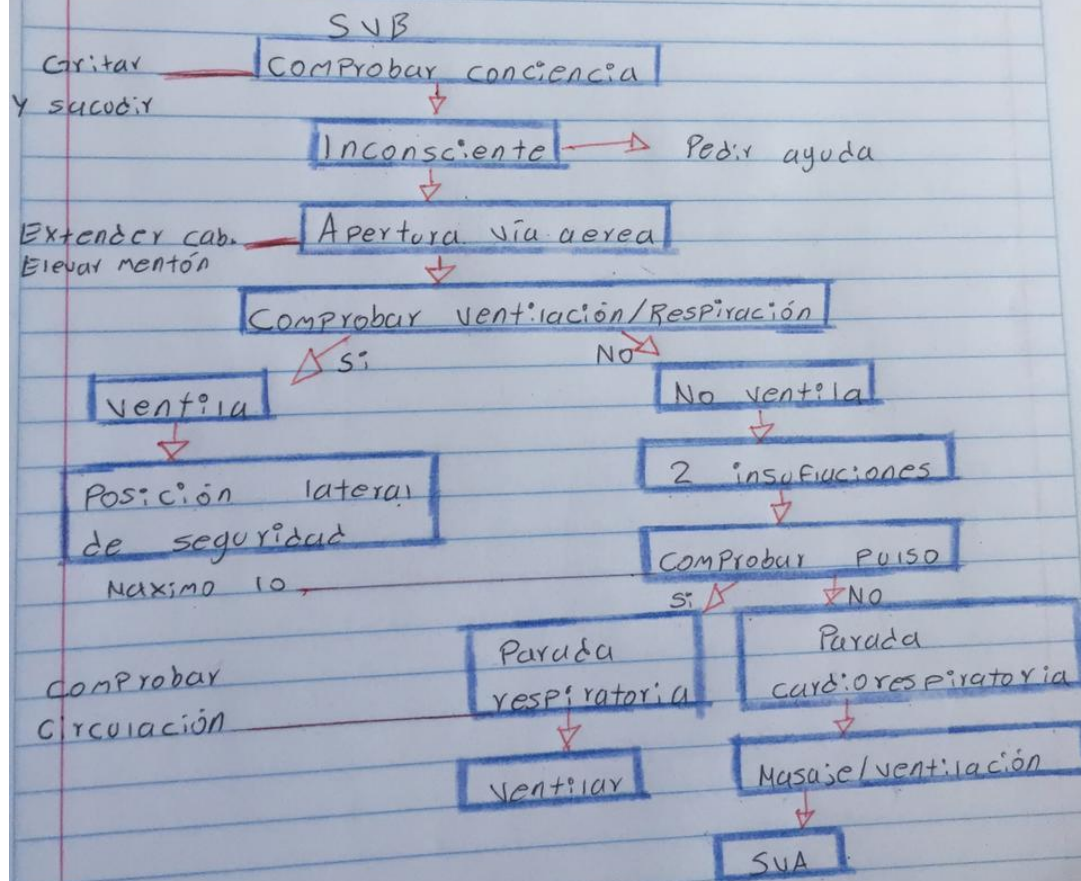


Comitán de Domínguez Chiapas a 15 de octubre del 2021.

## Unidad II

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

Las situaciones de amenaza vital están protocolizadas por el centro de comisión de RCP con protocolos impresos en cada unidad.



SVA  
Parada cardiorrespiratoria

golpe precordial

Algoritmo de SVB

Colocar Monitor - desfibr.

Determinar ritmo

Fv / TVSP

No Fv / TVSP

Desfibrilar x3  
si hace falta  
200, 200, 360j.

RCP 1 min  
15/2

Duración RCP  
Corregir causas reversibles.  
Comprobar la posición y el  
contacto de los electrodos  
y las palas.  
Intentar verificar la vía  
aérea, el acceso i.v. y el  
aporte de O<sub>2</sub> 100%.  
Fv/TV: adrenalina 1mg/3min  
Considerar: amiodarona,  
atropina/marcapasos.  
Alcalinizantes.

RCP 3 minutos  
1 minuto si es  
inmediatamente  
después de la  
desfibrilación

## 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.

### Estadíos

- Estadio I es enrojecimiento de la piel que no cede al desaparecer la presión.
- Estadio II es una zona con erosión superficial, limitada a la epidermis o a la dermis.
- Estadio III es una úlcera profunda y afecta a la totalidad de la dermis y al tejido subcutáneo, pudiendo afectar también a la fascia muscular.
- Estadio IV es donde la lesión se extiende hasta el músculo, hueso o estructuras de sostén.

Los factores de riesgo serían todas las situaciones que contribuyen a deteriorar la integridad de la piel.

### Factores desencadenantes

- Presión
- Fricción
- Fuerza de rozamiento

### Factores predisponentes

- Inmovilidad
- Presencia de humedad cutánea
- Déficit de higiene
- Desnutrición
- Anemia
- Edema
- Fiebre
- Alteraciones hemodinámicas
- Envejecimiento
- Fármacos
- Ventilación mecánica

### Tratamiento UPP.

1. Prevención de nuevas lesiones por presión
2. Soporte nutricional
3. Soporte emocional
4. Valoración y descripción de la úlcera

Las caídas son percances voluntarios o involuntarios que puede sufrir cualquier paciente, tenga o riesgo previo. Debemos evitar las caídas poniendo en marcha las medidas de prevención adecuada.

### Valoración de factores de riesgo

- Estabilidad/movilidad si tiene limitación de movilidad
- Audición sordera de algún oído o hipoacusia
- Visión ceguera o visión disminuida
- Nivel de conciencia agitado, confuso o desorientado

Sujeción mecánica en U.C.I.

Se trata de 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. Evitando que se autolesione debido a su desorientación o agresividad.

Personal

- Enfermera
- Auxiliar de enfermería
- Celador

2.3 Protocolo de traslado intrahospitalarios

El traslado de pacientes críticamente enfermos siempre involucra cierto grado de riesgos 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.

El equipo de traslado que se utiliza es la monitorización durante el traslado, desfibrilador, marcapasos externos para monitorización, material de terapia endovenosa, carro de reanimación y equipo de acción, ventilador portátil capaz de proporcionar la misma ventilación.

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

Para ir a otra 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 y el número de habitación.

- Una vez que se acerca la hora del alta y lo hemos confirmado se debe:

- 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 precisa.

- Avisar al cerador para traer la cama de la planta.

- Aportar toda la precisión de los documentos.

- Avisar al servicio de limpieza.

- Equipar la habitación una vez limpia para un nuevo ingreso.

También se deberá notificar a admisión el traslado interno de pacientes dentro de la U.C.I.

## 2.5 Equipamiento, reposición y limpieza de la habitación.

El material de la habitación:

- Sistema de gafas de oxígeno.

- Alargadera del oxígeno.

- Ambú completo y mascarilla de oxígeno.

- Aspirador completo montado.

- Monitor de cabecera con módulo Hemo y cables
- Cables de E.C.G., Púlsioximetría y PSN
- Caudalímetro de oxígeno con humidificador

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. Para la realización de la limpieza se tendrá en cuenta:

- Monitor y restos de cables que no van conectados al paciente pasar con un paño húmedo y jabonoso
- Cables en contacto con el paciente
- Manguito de la tensión, jabonar, aclarar y secar
- Bombas de perfusión y nutrición jabonarias
- Iniculado el sensor aclarar, secar, dejar siempre enchufados en la dimensión de la unidad

Ambú se desmonta y se pone en agua con instrumet 15' la pieza en T, la válvula de PEEP y la mascarilla. Se mandan a esterilización en bolsas separadas. El ambú con la pieza en T en una bolsa y en otra bolsa de válvula de PEEP.

## 2.6 Procedimientos relacionados con la vía aérea intubación endotraqueal

Método de elección para la apertura y el aislamiento definitiva aérea. Asegura además el aislamiento y protección contra el paso de cuerpos extraños al árbol bronquial y facilita la ventilación artificial y la aspiración de secreciones.



### Material de intubación endotraqueal

- Tubo endotraqueal
- Laringoscopio con 2 palas curvas
- Lubricante hidrosoluble en spray
- Jeringa de 10 c.c.
- Paño estéril
- Guantes estériles
- Pinza de mangil
- Venda de gasa
- Ambú con mascarilla y reservorio
- Alargadera de oxígeno
- Material para aspiración de secreciones
- Carro de paradas próximo
- Fonendoscopio
- Respirador en la habitación montado y calibrado
- Medicación para introducción anestésica y/o miorelajación

La 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.

### Objetivos

- Mantener intercambio gaseoso ( $O_2$ - $CO_2$ )
- Reducir el trabajo respiratorio.

## 2.7 Procedimientos relacionados con la vía Venosa Central y Periférica

Los 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

### Técnica

- Paciente en DS y ligero Trendelenburg
- Puede ser útil colocar una toalla enrollada entre las escápulas
- Las extremidades superiores del lado a puncionar extendida junto al tronco, en supinación con una ligera tracción
- Valorar de bajar la PEEP, si el paciente recibe ventilación mecánica, en el momento de la punción.
- Si el paciente colabora, pedirle que tenga una aspiración prolongada

### Material necesario

- Gasas estériles
- Cápsulas de cristal
- 1 SF 0.9% 100cc.
- Posidona yodada al 10%
- Anestésico local
- 1 hoja de bisturí
- 1 seda del nº0 recta o curva
- 1 Porta-agujas si la aguja es curva
- Guantes estériles

## Procedimiento

Se usa la técnica de Seldinger para canalizar el CVC, excepto para canalizar los CVC tipo Drum

Si el acceso es periférico, debemos girar la cabeza del paciente hacia el lado de 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.

Colocar apósito estéril o gasas debajo de las conexiones para evitar el contacto directo con la piel del paciente.

## Bibliografía:

Antología de Practica clínica de enfermería II. PDF. Recuperado el 15 de octubre del 2021. UDS. Universidad del sureste.