



Nombre del alumno: Diana Laura Villatoro Espinosa

Nombre del profesor: Cecilia Zamorano

Nombre del trabajo: Resumen

Materia: Practica Clínica

Grado: 7°

Grupo: "B"

Comitán de Domínguez Chiapas a 12 de septiembre de
2018.

SVA

Parada cardiorrespiratoria

Parada presenciada

Algoritmo de SVB

Colocar monitor - desfibrilador

Determinar el ritmo

FV/TUSP

Durante el RCP
corregir causas
reversibles. Si no

NO FV/TUSP

Desfibrilar x3 si hace falta 200, 200, 360
RCP 1 min 15 12

se hizo ya: Comprobar la posición y el contacto de los electrodos y las patas después de la Fibrilación.
RCP 3 minutos, 1 min si es inmediatamente después de la Fibrilación.

• Intentar verificar la vía aérea, el acceso I.V y el aporte de O₂ 100% intubación FV/TU: adrenalina 1mg / 3 min

• Considerar: amidarona, atropina / max capazos, alcalinizantes.

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

~ Son lesiones de piel y los tejidos adyacentes debido a una isquemia de los mismos, producidas por una lesión prolongada de los tejidos sobre un plano duro.

Estadios.

Estadio I: Enrojecimiento de la piel, piel infectada. En pacientes con piel oscura: edema, induración, decoloración y calor local.

Estadio II: Erosión en la piel limitada a la epidermis o dermis, se presenta como ampolla o carácter superficial.

Estadio III: Úlcera profunda que 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, huesos o estructuras de sostén.

Factores de riesgo

Desencadenantes

- Presión
- Fricción
- Fuerza de rozamiento o cizallamiento

Predisponentes.

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

Tratamiento de úlceras por presión.

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

Protocolo de prevención de caídas.

↳ El percance involuntario o voluntario que puede sufrir cualquier paciente, tenga o no riesgo previo. Debemos evitar las caídas poniendo en marcha las medidas de prevención adecuadas.

Objetivos.

- 1º- Identificar pacientes que tienen riesgo de caídas.
- 2º- Establecer las medidas preventivas.
- 3º- Registrar las caídas en el impreso correspondiente.

Procedimiento de sujeción mecánica en U.C.I.

Es un método físico para restringir los movimientos a un paciente adulto en la silla y en la cama.

Materiales: Cinturón ancho abdominal, tiras para cambios posturales, muñequeras y tobilleras, botones magnéticos, llaves magnéticas.

2.3- Protocolo de traslados intrahospitalarios.

↳ El traslado de pacientes críticos siempre involucra cierto grado de riesgo para el paciente. 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.

- Comunicación pretraslado al servicio receptor.
- Estabilización previa del paciente.
- Personal acompañante para traslado (médico y enfermera de UC)
- Equipo de traslado.

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

- Alta a una unidad de hospitalización.

- Hoja clínico estadística firmada / hoja de tratamiento para planta, informe de alta médica en informe de alta.
- Confirmación de una cama en el servicio de referencia / si no hay, se solicita una en el servicio de admisión.
- Comunicar al paciente y a la familia la hora aproximada de alta y el número de habitación.
- Comunicar al paciente sobre su estabilidad.
- Una vez que se acerca la hora del alta y lo hemos confirmado se valora lo siguiente:

- Valorar el estado del paciente para el traslado.
- Preparar al paciente y sus pertenencias
- Revisar sueros, drenajes y catéteres.
- Adjuntar documentación precisa.
- Recoger la ropa usada y desechar el material usado, retirar bombas, cables de monitorización.
- AVISAR al servicio de limpieza
- Rellenar la hoja de traslados internos.
- Equipar la habitación, una vez limpia para un nuevo ingreso.
- Se notificará admisión el traslado interno de pacientes dentro de la U.C.I.

Protocolo de traslado extrahospitalario.

- El médico de referencia se pone en contacto con un médico del hospital receptor autorizado.
- AVISAR al paciente y familia del traslado
- Preparar al paciente y pertenencias.
- Revisar: Sueros, drenajes, vías y catéteres.
- Preparar informe médico de alta
- Preparar por triplicado el informe de enf.
- Realizar el resto de intervenciones.

2.5- Equipamiento, reposición y limpieza de hab.

- Material de habitación en U.C.I.
- Monitor de cabeza con módulo hemo y cables.
- Cables de E.C.G pulsimetría y PSN.
- Caudalímetro de oxímetro con humidificador.
- Aspirador completo y mascarillas de oxígeno tipo venturi y reservorio.

Montaje, limpieza, desinfección y esterilización de materiales y habitación.

- Monitor y resto de cables que no van conectados al paciente, pasar con un paño húmedo y jabonoso.
- Cables en contacto con el paciente poner 15' en agua con instrunet, aclarar y secar.
- Manguito de tensión, jabonar, aclarar y secar.
- Bombas de perfusión y nutrición jabonadas incluido el sensor, aclarar, secar y dejar siempre enchufados en el almacén de la unidad.
- AMBÚ: Se desmanta y se pone en agua con instrunet 15' la pieza en T, la válvula de PEEP y la mascarilla. El pulmón y el reservorio se limpian con un paño húmedo y se secan bien.
- Se mandan a esterilización en bolsas separadas: El ambú con la pieza en T en una bolsa y en otra la válvula PEEP.

Material esterilizable.

- Ambú con su válvula correspondiente.
- Bolsa de cristal
- Alargadera de cable del marcapasos.
- Kit de Spzas del respirador servo 300
- Tabladura del respirador portátil.
- Válvula de PEEP
- Tubo de Guedell.

Material desechable.

- Vía central, transductor, Swan-Ganz.

2.6- Procedimientos relacionados con la vía aérea, intubación endotraqueal.

↪ Es un método de elección para la apertura y aislamiento definitivo de la vía aérea.

- Material para intubación endotraqueal.

- TET en adulto normal es nº 8, 8.5 o 9.
- Laringoscopio con 2 palas curvas / números 2.3 fador para el TET.
- Lubricante hidrosoluble en Spray tipo Sylkospray.
- Jeringa de 10cc.
- Paño estéril.
- Guantes estériles.
- Venda de gasa para sujetar TET.
- Ambú con mascarilla y reservorio.
- Material para aspiración de secreciones.
- Medicación para inducción anestésica.

Tipos de respiradores.

- Respiradores volumétricos ciclados por volumen tiempo.
- Respiradores manométricos ciclados por presión.

Ventilación mecánica invasiva.

- Procedimiento de respiración artificial que emplea un aparato mecánico para ayudar o sustituir la función ventilatoria / uniendo las vías aéreas a un respirador.

Objetivos.

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

Aspiración de secreciones - Un paciente conectado a un ventilador debe ser aspirado para eliminar las secreciones pulmonares y mantener las vías aéreas permeables.

Materiales .

- Guantes esteriles
- Ambú con reservorio y valvula de PEEP si precisa.
- Caudalimetro, humidificador y alargadera de oxígeno
- Sondas de aspiración nº 14 y 16.
- Suero fisiológico estéril 20 cc.
- Equipo de vacío completo y funcionando.

2.7- Procedimiento relacionado con la vía venosa central y periférica.

- Accesos venosos más usuales y sus características.

- Venas antecubitales
- Vena Subclavia
- Vena yugular interna.

Material necesario .

- Paquetes de gasas esteriles.
- Cápsulas de cristal
- Isf 0.9% 100 cc
- Povidona yodada al 10%
- Anestésico local
- 1 hoja de bisturí.
- 1 seda del nº 0 recta o curva.
- 1 porta agujas si la aguja es curva
- Guantes esteriles
- Jeringas de 10 cc y otra por cada luz de cateter.

Preparación del paciente y personal.

- Informar al paciente de la tecnica y pedir su colaboración.
- lavado de manos quirurgico estricto para quien vaya a canalizar la via.

Procedimiento

- Se usa la técnica de Seldinger para canalizar.
- Si el acceso es periférico, debemos girar la cabeza del paciente hacia el lado de punción y flexionarla ligeramente hacia el hombro para evitar migración.
- Fijar el catéter mediante varias tiras adhesivas estériles.
- Colocar apósito estéril o gasas debajo de las conexiones.