



**Nombre de alumnos: Brenda Jaquelin Velázquez Salas**

**Nombre del profesor: María Cecilia Zamorano.**

**Nombre del trabajo: Resumen.**

**Materia: Práctica clínica en enfermería II.**

**Grado: 7mo. Cuatrimestre**

**Grupo: B**

Comitán de Domínguez Chiapas a 15 de Octubre de 2021.

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

- La función de la enfermera de esta unidad, es atender a las paradas cardiacas 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.
- Causas potencialmente reversibles: Hipoxia, hipovolemia, hipercalcemia y alteraciones metabólicas, hipertermia, neumotorax a tensión, taponamiento, tóxicos y fármacos. Tromboembolismo y obstrucción mecánica.

## 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 I: enrojecimiento de la piel que no cede al desaparecer la presión. Piel intacta. Estadio II: la zona presenta una erosión superficial limitada a la epidermis o a la dermis. 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. Estado IV: la lesión se extiende hasta el músculo, hueso o estructuras de sostén.
- Factores de riesgo de las úlceras por presión: entendemos por factor de riesgo, todas aquellas situaciones que contribuyen a deteriorar la integridad de la piel. Factores desencadenantes: Presión, fricción y fuerza de rozamiento o atallamiento.

■ **Factores predisponentes:** Inmovilidad, presencia de humedad cutánea, déficit de higiene, desnutrición, anemia, edema, fiebre, alteraciones hemodinámicas, envejecimiento, fármacos y ventilación mecánica.

Valoración, prevención y tratamiento de las 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 este instaurada, tratamiento y control de la evolución de las úlceras instauradas.

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

■ **Tratamiento de úlceras por presión:** prevención de nuevas lesiones por presión. Continuar con mayor énfasis las medidas de prevención, soporte nutricional, soporte emocional y 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.

El percance involuntario o voluntario que puede sufrir cualquier paciente, tenga o no riesgo previo. Debemos evitar caídas.

■ **Metodología:** Valoración inicial del paciente, si uno solo de los factores de la escala de valoración resulta positivo, determinación del nivel de riesgo, establecer medidas de prevención y declaración en caso de que se produzca una caída.

Escala de valoración de factores de riesgo: Estabilidad, audición, visión, nivel de conciencia y caídas anteriores.

## ■ Procedimientos 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.

### Objetivos

Cubrir la necesidad del paciente evitando que se caiga de la cama o silla. Evitar que se autolesione debido a su desorientación o gravedad.

### ■ Material:

Emplear sistemas de sujeción física, el sistema de segufix consta de: cinturón ancho abdominal, tiras para cambios postural, muñecas y tobilleras, botones magnéticos y llaves magnéticas.

### ■ Personal:

Enfermera, auxiliar de enfermería y celador

### ■ Precauciones:

Principios generales, debe existir un plan de actuación preacordado, informar al paciente y familiares de la necesidad de sujetarse, desparasitar al paciente de todo objeto peligroso para su integridad física y también la nuestra, mantener la intimidad del paciente, elegir el

■ tipo de sujeción: ligaduras de manos que son usadas para mantener una vía venosa, cinturón de seguridad, ligaduras de pies, almidillar las prominencias óseas, aplicar ataduras, atar siempre el miembro con un nudo que no apriete, aplicar los extremos de la ligadura corporal a la parte de la cabecera que se eleva. Para retirar la sujeción mecánica se estabiliza el estado de ánimo, retorno a la orientación espacio-temporal, desaparición de la causa que ha motivado la prescripción

## 2.3 Protocolo de traslados intra hospitalarios

Traslado de pacientes críticos dentro del hospital, 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 pre-traslado al servicio receptor
- Estabilización previa del paciente
- Personal acompañante disponible para el traslado
- 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 agua suficiente.

Algunos pacientes pueden beneficiarse de la monitorización capnográfica, presiones de la arteria pulmonar, PVC y presión intracranial. Si el paciente está recibiendo apoyo mecánico de ventilación se utilizará un ventilador portátil capaz de proporcionar la misma ventilación minuto: FIO<sub>2</sub>, PEEP, FR, VT, relación I:E, PSV y presión pico y media de la vía aérea, bala de oxígeno comprobada y llena de garantiza las necesidades para el tiempo proyectado del traslado.

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

Cuidados al paciente que se va a hospitalización a otro hospital

Para ello debemos:

1. Alta a una unidad de hospitalización.

Confirme que está preparada la documentación precisa: hoja clínico firmada, confirme que existe cama de servicio de referencia, en caso de que no haya cama, solicitar a través del servicio de admisión, 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 con la planta se deberá: Valorar el estado del paciente para el traslado, preparar al paciente y sus pertenencias, revisar sueros, drenajes y catéteres, avisar al celador para traer la cama de la planta, adjuntar toda la documentación precisa, ayudar al cambio de cama si procede en la puerta de entrada de la unidad, recoger la ropa usada y desechar el material usado, avisar al servicio de limpieza, rellenar la hora de traslados internos, equipar la habitación una vez limpia para un nuevo ingreso, notificar a admisión el traslado interno de pacientes dentro de la U.C.I.

Alta a otro hospital:

El objetivo suele ser complementar 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. Deberá solicitarse consentimiento informado del paciente y/o familiares.

## 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., pulsioximetría y PSN, caudalímetro de oxígeno con humidificador, aspirador completo montado y preparado con sondas de aspiración, ambú completo y mascarillas de oxígeno tipo Venturi y reservorio, alargadora de oxígeno, sistema de gafas de oxígeno.

### Montaje, limpieza, desinfección y esterilización de materiales

Monitor y resto 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.

### Esterilización en U.C.I.

El material en U.C.I. se envía a esterilizar en los siguientes horarios:

De lunes a sábado en turno de mañana, antes de las 08:00 y de las 14:00.

De lunes a viernes en turno de tarde, antes de las 20:00.

### Material esterilizable:

Ambú con su válvula correspondiente, boles de cristal, alargadora de cable del marcapasos, instrumental quirúrgico, bren en cajas o separado, kit de respirador servo 300, pieza en T del capnógrafo, tubuladura del respirador portátil, válvula de PEEP, tubo de Guedel.

### Material desechable:

Vía central,

Transductor

Swan-Ganz.

## 2.6. Procedimientos relacionados con la vía aérea intubación endotraqueal.

Se trata de un 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 ventilación artificial y la aspiración de secreciones.

Material de intubación endotraqueal

Tubo endotraqueal, laringoscopio con 2 palos curvos, lubricante hidrosoluble en spray, jeringa de 10 cc, paño estéril, guantes estériles, pinza de Magill, venda de gasa para sujetar TET, ambú con mascarilla y reservorio, alargadera de oxígeno, material para aspiración de secreciones, cano de curvas próximo y fonendoscopio, respirador en la habitación montado y calibrado, medicación para inducción anestésica y/o miorelajación.

Tipos de respiradores:

Respiradores volumétricos ciclados por volumen tiempo.

Respiradores manométricos ciclados por presión.

Fases del ciclo de un respirador

**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. la presión máxima alcanzada se llama presión pico.

**Meseta:** El gas introducido en el pulmón es mantenido en él durante algún tiempo regulable para homogeneizar su distribución en todos los alvéolos.

**Espiración o deflación**

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.

Objetivos de la ventilación mecánica invasiva

## ■ Mantener el intercambio gaseoso

Reducir el trabajo respiratorio

Indicaciones de la ventilación mecánica invasiva

Hipoxemia  $PaO_2 < 60$  mm Hg, hipercapnia progresiva o acidosis, trabajo respiratorio excesivo, taquipnea, tiraje, uso de músculos accesorios, fatiga de los músculos inspiratorios, asincronía toracoabdominal y agotamiento general del paciente.

## ■ 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.

## ■ Material:

Guantes estériles

Ambú con reservorio y válvula de PEEP, si precisa.

Caudalímetro, humidificador y alargadera de oxígeno.

Sondas de aspiración n.º 14 y 16.

Suero de fisiológico estéril 20 cc.

Equipo de vacío completo y funcionando.

Ventilación mecánica no invasiva

Presión positiva a la vía aérea, pretende mejorar la función respiratoria.

## **BIBLIOGRAFÍA:**

Universidad del Sureste. (UDS). (2021). **Antología de Práctica clínica en enfermería, unidad II**, PDF. Recuperado de plataforma digital UDS, el 15 de Octubre de 2021.