

Licenciatura en enfermería.

Docente:

Edgar Giovanni Liévano Montoya.

Materia:

Práctica Clínica de enfermería II.

Trabajo:

Resúmenes: (Atención al paciente en situación de amenaza vital inminente. Prevención y tratamiento de la UPP y prevención de riesgo de caída. Protocolo de traslado intrahospitalario. Protocolo de alta del paciente de la UCI. Equipamiento, reposición y limpieza de la habitación. Procedimientos relacionados con la vía aérea intubación endotraqueal. Procedimientos relacionados con la vía venosa central y periférica)

Cuatrimestre:

7°.

Grupo: LEN10SSC0719-F



Presenta:

Alondra Yoana Rodríguez González

San Cristóbal De Las Casas, Chiapas.

A 24/09/2021.



Introducción

El personal de enfermería tiene que cumplir con muchas funciones, estando en un servicio como la U.C.I (Unidad de Cuidados Intensivos) una de las áreas más importantes, es vital importancia tener los conocimientos adecuados para poder brindar una excelente atención, en el área de U.C.I. como su nombre nombre lo dice se encuentran pacientes que requieren cuidados críticos, es por ello saber y conocer todos los procedimientos a realizar.

Una oportuna atención al paciente en situación de amenaza vital inmediata, ayuda a conocer las situaciones de amenaza. Otros de los temas abordar es el protocolo de un traslado intrahospitalario, lo que involucra trasladar un paciente críticamente enfermo, la decisión de un traslado siempre corresponde al médico, el conocer las funciones que desempeñan el personal de enfermería.

También conocer los procedimientos que se realizará y el protocolo de alta de un paciente de la U.C.I. saber como va equipado, reposición y la limpieza de la área, el de entubación endotraqueal, el procedimiento vía venosa central y periférica es de gran importancia para enfermería para sus futuras prácticas y mejor servicio al paciente.

Atención al paciente en situación de amenaza vital inminente.

Una de las funciones en enfermería es atender las Paradas cardíacas en las unidades hospitalarias, revisar, responder los carros de parada y limpiar y desinfectar los laringoscopios tras su uso, cumplimiento después de 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.

Soporte vital Básico (SVB)

- > Comprobar conciencia
 - inconsciente
- > Apertura vía aérea.
- > Comprobar Ventilación/respiración
 - ventila - No ventila.
- > Posiciones lateral de seguridad.
- > No ventila
 - 2 Insuflaciones.
 - comprobar pulso
 - > sí
 - Parada respiratoria
 - ventilar
 - > NO
 - Parada cardiorespiratoria
 - Masaje/ventilación.
 - SVA soporte vital Avanzado.

Soporte vital Avanzado (SVA)

- o Parada Cardiorespiratoria
- o Golpe precordial
- o Algoritmo de SVB
- o colocar desfibrilador
- o De terminar ritmo.

El paciente crítico en situación de amenaza vital inminente, requiere cuidados continuos y sistematizados.

Es importante las tareas a realizar en cada turno (mañana/tarde/noche) para facilitar la estandarización de cuidados.

Protocolo de traslados intrahospitalarios

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 que acompaña.

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.

La razón básica es la necesidad de pruebas diagnósticas que no se pueden realizar en la U.C.I. (scáner, Rx, resonancia, Actp) o cuidados adicionales (quirófano, radiología intervencionista).

Antes de realizar el traslado se debe tener en cuenta:

- a) Comunicación prestada al servicio r.
- b) Estabilización previa del paciente (si es posible)
- c) Personal acompañante disponible para el traslado (mínimo 2 personas: médico y enfermeras responsable del paciente de UCI)
- d) Equipo de traslado.

d) 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 ex continua ECG y FC; oximetría de pulso, presión arterial (invasiva o no invasiva) FR_i (monitorización intermitente) ajustando los niveles de las alarmas y asegurando de colocar al monitor una batería externa con carga suficiente. Algunos pacientes pueden beneficiarse de la monitorización capnográfica, presiones de la arteria pulmonar, PUC y presión intracaneal. Si el paciente está recibiendo apoyo mecánico de ventilación se utilizará Ventilador portátil capaz de proporcionar todo para el traslado.

Se debera llevar material de terapia endovenosa:
drogas de reanimación, soluciones intravenosas:
bicarbonato, gatafundina y medicamentos que se
encuentren en perfusión continua al paciente.
Bombas de infusión de batería, otras drogas de
sedación, ambu completo con mascarilla y reservorio
O₂, tubos endotraqueales, laringoscopio.
1 carro de reanimación y equipo de solución.
Si es a traslado a hemodinámico o Rx (TAC) se
deberan colocar alargaderas de 120 cm, en vías.

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

Cuidados al paciente que se va a hospitalización
o por otro hospital. Para ello debemos.
Alta a una Unidad de hospitalización.

Confirme que está preparando la documentación presi-

- sa:
- > Hoja clínico esta firmada, hoja de tratamiento para planta, informe de alta medica e informe de alta de enfermería.
 - > Confirme que existe cama en el servicio de referencia, en caso de que no haya, solicitar una a través del servicio.
 - > Comunique al paciente y familia la hora aproximada de alta y el número de habitación.
 - > Llegada la hora de alta, confirmando la planta se debe:
 - > Valorar el estado del paciente para el traslado (silla de ruedas cama).
 - > Preparar al paciente y sus pertenencias para el traslado.
 - > Revisar sueros, drenajes y catéteres si los hubiese y mandar la medicación puntual que prescribe.
 - > Avisar al celador para traer la cama de la planta.
 - > adjuntar toda la documentación precisa (Rx, historio,),
 - > Ayudar al cambio de ropa, cama.
 - > Recoger la ropa usada y desechar el material usado retirar las bombas, cables de monitorización y respirador.
 - > Avisar servicio de limpieza. Renovar la hoja de traslado - equipar habitación, notificar a admisión el traslado.

Alta a otro hospital: La decisión es responsabilidad del médico y no debe comprometer el pronóstico del paciente. Deberá solicitar consentimiento informado del paciente y lo familiares.

Protocolo de traslado extrahospitalario.

- > El médico de referencia se pone en contacto con un médico del hospital receptor autorizado para admitir pacientes y suscita el modo de traslado.
- > Avise al paciente y familia del traslado.
- > Prepare al paciente y sus pertenencias.
- > Revise los sueros, drenajes, vías y catéteres, adjuntar aquella medicación que precisará en el traslado.
- > Prepare el informe médico de alta (por triplicado) para el centro receptor, para la historia clínica del paciente diseñada y para la ambulancia.
- > prepare por triplicado el informe de enfermería, uno para el centro receptor.
- > Realice el resto de intervenciones como en los traslados internos aunque con la peculiaridad de que el cambio de cama se realizara en el box del paciente.

Equipamiento, reposición y limpieza de la habitación.

- Material de habitación en UCI. Material que se encuentra al final de cada turno en cada habitación.
- > 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 (10 unidades de N°16 y 10 un. del n°14).
 - > Ambu completo y mascarillas de oxígeno tipo Venturi y reservorio.
 - > Alargadera de oxígeno.
 - > Sistema de gafas de oxígeno.

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

Limpieza y desinfección de la habitación y el material no desechable que se encuentra en la misma, se debe realizar al alta de usuario. Para la realización de la limpieza tendremos en cuenta:

- > 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 la tensión, jabonar, aclarar y secar.
- > Bombas de perfusión y nutrición jabonarlas incluido el sensor aclarar, secar y dejar siempre enchufado en el almacén de la unidad.
- > Ambú; se desmonta 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 bolsa la válvula de PEEP.

Esterilización en U.C.I.

- El material en U.C.I. se envía a esterilización en los sig. horarios: De lunes a sábado en turno de la mañana antes de las 9:00 y de 14:00.
- De lunes a viernes en turno de la tarde, antes de las 10:00.
- Equipamiento y reposición diarios de la habitación UCI.
- Envío a servicio de esterilización.
- se introduce el material limpio en la bolsa de papel-plástico adecuado al tamaño y se rotula en la parte de plástico con rotulador (U.C.I.) se deja el material en el nombre de los objetos a esterilizar, de la cual mandaremos únicamente la parte blanca para su control, poniendo la fecha.

Material esterilizable.

- Ambú con su valvula correspondiente.
- Botes de cristal
- Alargadera de cable del marcapasos.
- Instrumental quirurgico, bien en cajas o por separado en bolsas.
- Kit de 5 piezas de respirador servo 300 (excepto pieza con cable).
- Pieza en T (negra) del capnógrafo.
- Tubuladura del respirador servo portátil Oxiris.
- Valvula de PEEP.
- Tubo de Guedell.

Material desechable: Vía central, transductor, Swan-Ganz - no se mande a esterilizar.

Procedimientos relacionados con la vía aérea intubación endotraqueal.

Se trata del momento de elección para la apertura y aislamiento definitivo de la vía aérea.

Material de entubación endotraqueal.

- > Tubo endotraqueal (TET) En adulto normal n° 8, 8.5, 9.
- > Laringoscopio con 2 palas curvas, n° 2, 3, Figador para TET - Ambú - Lubricante hidrosoluble en spray tipo Sylkospray.
- > Jeringa de 10 cc.
- > Paño estéril.
- > Guantes esteriles.
- > Pinza de Magill.
- > Venda de gasa para sujetar TET.
- > Ambú con mascarilla y reservorio.
- > Alargadera de Oxígeno.
- > Material para aspiraciones de secreciones.
- > Fenoscopio.
- > Respirador en la habitación montado y calibrado.

Respiradores: > Respiradores volumétricos por volumen tiempo.

> Respiradores manométricos ciclados por volumen presión

Fases de ciclo de un respirador.

Insuflación - genera una presión de volumen de gas y lo moviliza insuflando en el pulmón a expensas de un gradiente de presión.

Mezeta: El gas introducido es mantenido en él.

Espiración o deflación: La retracción 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 del paciente artificial por intubación endotraqueal (boca/nariz) o traqueotomía, pudiendo mejorar la oxigenación e influir en la mecánica pulmonar. Se puede programar PEEP, Presión, positiva al final de la espiración.

Objetivos de la ventilación mecánica Invasiva.

- Mantener el intercambio gaseoso (O_2 - CO_2)

- Reducir el trabajo respiratorio.

Indicaciones de la ventilación mecánica Invasiva.

- El material Hipoxemia $P_{aO_2} < 60$ mm Hg o $SatO_2 < 90\%$ con aporte suplementario de oxígeno.

- Hipercapnia progresiva.

- Trabajo respiratorio excesivo, taquipnea.

- 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, ya esta le somete a unos peligrosos potenciales como:

- hipoxemia
- Broncoespasmo
- Infecciones (neumonía nosocomial).

Material

- Guantes esteriles.
- Ambú con reservorio y válvula de PEEP.
- Cuadralimetro, humidificador y alargadera de oxígeno.
- Sondas de aspiración n° 4 y 16.
- Suero fisiológico esteril 20cc.
- Equipo de vacío completo y funcionando.

Ventilación mecánica no invasiva.

Presión positiva de la vía aérea, pretende mejorar la función respiratoria sin necesidad de IOT.

Objetivos de la ventilación mecánica no invasiva.

- Aumentar la FiO_2 en pacientes con hipxia grave normocápnica, hipocápnica o hipercápnica.
- Proteger la ventilación y oxigenación en bronoscopias
- Apoyar de la extubación ineficaz.
- Evitar la intubación en pacientes con patologías donde se sospecha de un destete y extubación difíciles (LCFA).
- Material necesario:
 - > Respirador > Arnés > Mascarillas nasales, faciales o Escudos faciales.

Procedimientos relacionados con la vía 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.

> Venas antecubitales

> Vena subclavia.

Técnicas

- Paciente en Ds y ligero Trendelenburg (15°)
- 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.
- Vigilar de bajar la PEEP, si el paciente recibe ventilación mecánica, en el momento de la punción.
- Si el paciente colabora, pedirle que mantenga una respiración prolongada.

> Vena yugular interna.

Material necesario.

- Catéter venoso central.
- Kit estándar para cateterización:
- Equipo estéril de U.C.I y compresa estéril.
- Capsulas de cristal. - 1 SF 0.9% 100cc.
- providona yodada al 10%
- Anestésico local.
- 1 hoja bisturí
- 1 sonda de n° 0 recta o curva.
- 1 porta-agujas.
- Guantes estériles.
- Jeringa 10.
- 1 caja IM.

Procedimiento

- Se usa la técnica de Seldinger para canalizar el CVC. excepto para canalizar los CVC tipo Drum.
- Si el acceso es periférico, deberemos girar la cabeza de paciente hacia el lado de punción y flexionar 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 apósito estéril.
- Colocar apósito estéril o gasas debajo de las conexiones para evitar el contacto directo con la piel del paciente.

Mantenimiento

- Vigilancia de signos y síntomas de infección (enrojecimiento, induración, calor y dolor) en cada cura
- Cura: Suero fisiológico + povidona yodada, mediante técnica estéril.
- Frecuencia de cura: cada 72 hrs y siempre que el apósito este manchado, despegado o mojado.
- Mantener un orden lo más estricto en las luces.

Conclusión

Como ya mencioné enfermería es una de las profesiones más bonitas, pero también donde se requiere aprender nuevos conocimientos día a día para poder brindar al paciente los cuidados que este requiera. El personal de enfermería debe realizar cuidados diarios y más cuando se encuentran en la área de U.C.I donde se requieren cuidados continuos y sistematizados, ya que se encuentran pacientes críticos. El poder aprender las técnicas y procedimientos a realizar, para poder manipular al paciente. La labor de una enfermera es desde estar presentes en el ingreso del paciente, informar los procedimientos a realizar, Equipar, reposicionar y limpieza de la habitación para el proceso del paciente sea más ameno, acompañar al paciente asta su alta. Conocer las atenciones que se deben realizar en una situación de amenaza vital inminente, el saber todos los protocolos en un traslado intrahospitalario, como realizar un procedimiento con la vía aérea intubación endotraqueal, los riesgos que este tiene, el objetivo por el cual se realiza, los materiales a utilizar.