



NOMBRE DEL ALUMNO: JOSE ALFREDO JIMENEZ MARTINEZ

NOMBRE DEL TEMA: MAPA CONCEPTUAL DE LA UNIDAD II

NOMBRE DE LA MATERIA: PRACTICA CLÍNICA DE ENFERMERÍA II

NOMBRE DEL PROFESOR: LIC. GUADALUPE CRISTELL RIVERA ARIAS

NOMBRE DE LA LICENCIATURA: LIC. EN ENFERMERÍA

CUATRIMESTRE: SÉPTIMO

UNIDAD II

ATENCIÓN AL PACIENTE EN SITUACIÓN DE AMENAZA VITAL INMEDIATA

Es función de la enfermera de esta unidad, el atender a las paradas cardíacas de las Unidades de Hospitalización.

SE DIVIDE EN

1. Soporte Vital Básico (SVB)
2. soporte vital avanzado (SVA)

CARACTERÍSTICAS

1. Consta de dos fases: compresiones torácicas y respiración boca a boca. Con ellas mantendremos la circulación de la sangre y proveeremos de oxígeno a la víctima.
2. En la Parada Cardíaca incluye el manejo de la vía aérea y ventilación, algoritmos de ritmos desfibrilables y no desfibrilables (Asistolia y Actividad Eléctrica sin Pulso) y el tratamiento de las bradiarritmias y taquiarritmias.

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ÚLCERAS

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.

TIPOS

Estadio I: Enrojecimiento de la piel
Estadio II: Se presenta en forma de flictena, ampolla o cráter superficie.
Estadio III: Son mayores de lo que aparentan en su superficie y puede aparecer tejido necrótico.
Estadio IV: La lesión se extiende hasta el músculo

FACTORES DE RIESGO

Todas aquellas situaciones que contribuyen a deteriorar la integridad de la piel.

MEDIDAS PREVENTIVAS

- Examinar la piel revisando los puntos de presión cada turno.
- Realizar cambios posturales cada 3 horas.
- Realice los decúbitos laterales 30° sobre el eje longitudinal.
- Mantener en el alineamiento corporal.
- Mantener la piel limpia y seca.

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 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.

SE DEBE TENER EN CUENTA

- a) Comunicación pretraslado al servicio receptor.
- b) Estabilización previa del paciente.
- c) Personal acompañante disponible.
- d) Equipo de traslado.

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 (invasiva o no invasiva); FR (monitorización intermitente) ajustando los límites de las alarmas y asegurándonos de colocar al monitor una batería externa con carga suficiente.

MATERIAL DE VÍA AÉREA

Ambú completo con mascarilla y reservorio O₂, tubos endotraqueales, laringoscopios. Un carro de reanimación y equipo de succión no es necesario que acompañen al paciente en el traslado, pero deberán estar estacionados y disponibles en zonas apropiadas donde se manejan pacientes críticos.

UNIDAD II

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

Cuidados al paciente que se va a hospitalización o a otro hospital.

ALTA A UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

- Clínico estadístico firmada, hoja de tratamiento para planta.
- Confirme que existe cama en el servicio de referencia.
- Comunique al paciente y a la familia la hora aproximada de alta.
- Valorar el estado del paciente para el traslado
- Avisar al celador para traer la cama de la planta.

ALTA A OTRO HOSPITAL

La decisión es responsabilidad del médico y no debe comprometer el pronóstico del paciente. Deberá solicitarse consentimiento informado del paciente y/o familiares.

EQUIPAMIENTO, REPOSICIÓN Y LIMPIEZA DE LA 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 del nº 16 y 10 un. del nº 14).
Ambú completo y mascarillas de oxígeno tipo Vénturi y reservorio. Alargadera de oxígeno.

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 la tensión, jabonar, aclarar y secar.
- Bombas de perfusión y nutrición jabonarlas incluido el sensor aclarar, secar y dejar siempre enchufados en el almacén de la unidad.

ESTERILIZACIÓN EN U.C.I.

De lunes a sábado en turno de mañana, antes 9:00 y de las 14:00 De lunes a viernes en turno de tarde, antes de las 20:00 Equipamiento y reposición diarios de la habitación de U.C.I.
Envío a servicio de esterilización
Se introduce el material limpio en la bolsa de papel-plástico adecuada al tamaño y se rotula en la parte de plástico con rotulador (U.C.I.)

PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON LA VÍA AÉREA INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL

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

TIPOS DE RESPIRADORES

RESPIRADORES VOLUMÉTRICOS CICLADOS POR VOLUMEN TIEMPO.
RESPIRADORES MANOMÉTRICOS CICLADOS POR PRESIÓN

PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON LA VÍA VENOSA CENTRAL Y PERIFÉRICA

Es una técnica estéril que realiza la enfermera si el acceso es por vía periférica o el médico si es por acceso central.

TIPOS

Venas antecubitales: Son las vías de elección preferente, tanto por las pocas complicaciones que presentan como por la comodidad que suponen para el enfermo.

Vena subclavia: Permite al paciente una mayor libertad de movimiento. Clásicamente contraindicada en el curso de coagulopatías (o fibrinólisis) por la dificultad para controlar la hemorragia.

BIBLIOGRAFIA

Robbins(1999)Patología estructural y funcional. Edit McgrawHill.España.

Robbins(1995)Patología estructural y funcional. Edit McgrawHill.España.

Marco Tulio Mérida (2001) Patología General y Bucal. Edit Universidad de Carabobo.

http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/histologia/sistema_inmunitario.pdf

Kumar V, Abbas AK, Fausto N, Mitchell RN. Acute and chronic inflammation. In: Saunders (Elsevier). Robbins & Cotran Pathologic Basis of Disease. 8th. ed. New York: McGraw-Hill Interamericana; 2007. p. 58-31.

Cook JM, Deem TL. Active participation of

endothelial cells in inflammation. J Leukoc Biol. 2005 ; 77 (4): 487-95.

Munford RS. Severe sepsis and septic shock: the role of gram-negative bacteremia. Annu Rev Pathol. 2006 ; 1 (1): 467-96.