



Mi Universidad

Nombre del alumno: Yazmin Guadalupe Aguilar Aguilar.

Nombre del tema: Cuadro sinóptico.

Nombre de la materia: Práctica clínica de enfermería II.

Nombre del profesor: Felipe Antonio Morales Hernández.

Nombre de la licenciatura: Licenciatura en enfermería.

Cuatrimestre: 7.

Comitán de Domínguez, Chiapas a 11 de noviembre de 2024.

Funciones de enfermería:

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.

RCP básico.

Iniciar, cuando:

- No hay pulso.
- No hay respiración.

Si hay pulso, pero respiración anormal:

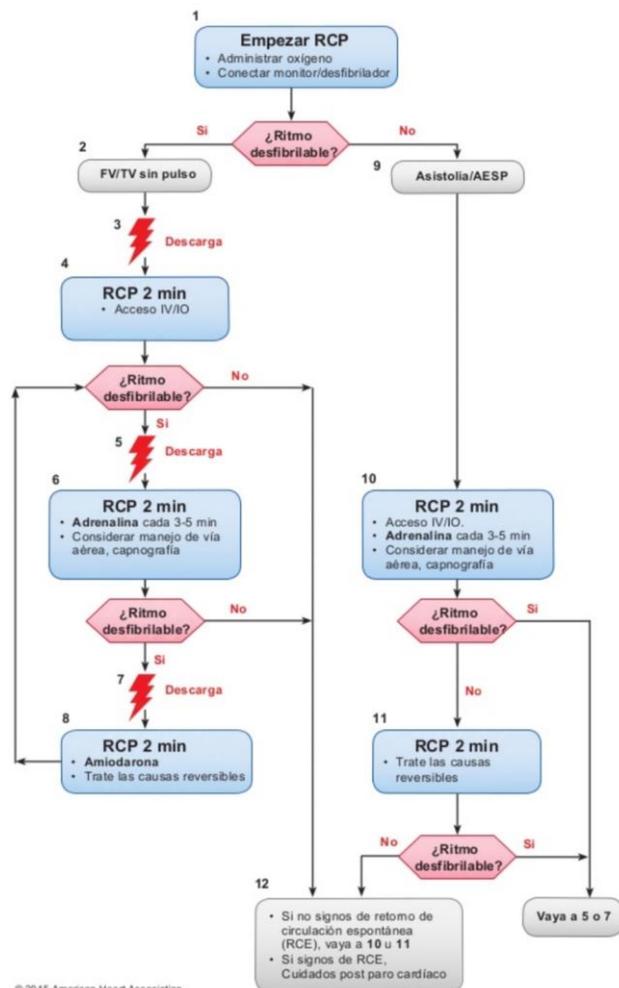
- Iniciar ventilación cada 6 segundos.
- Activar el sistema de respuesta a emergencias.
- Comprobar el pulso cada 2 minutos.

Características:

- Iniciar ciclos de 30 compresiones y 2 ventilaciones.
- Utilizar un DEA tan pronto esté disponible.
- Al tener el DEA comprobar si el ritmo es desfibrilable (y si lo es, administrar 1 descarga y reanudar RCP 2 min). Continuar hasta que lo sustituyan los profesionales de soporte vital avanzado.

Atención al px en situación de amenaza vital inmediata.

RCP Avanzado.
(Algoritmo).



Úlceras por presión (UPP).

Definición: 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 (En pacientes de piel oscura observar edema, induración, decoloración y calor local).
- Estadio II:** La zona presenta una erosión superficial limitada a la epidermis o a la dermis. Se presenta en forma de flictena, ampolla o cráter superficial.
- 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. A menudo estas úlceras son mayores de lo que aparentan en su superficie y puede aparecer tejido necrótico.
- Estadio IV:** La lesión se extiende hasta el músculo, hueso o estructuras de sostén (tendón, cápsula articular). En este estadio, como en el III, pueden presentarse lesiones con cavernas, tumefacciones o trayectos sinuosos.

Factores desencadenantes: Presión, fricción y fuerza de rozamiento o cizallamiento.

Factores predisponentes: Inmovilidad, presencia de humedad cutánea, déficit de higiene, desnutrición, anemia, edema, fiebre, alteraciones hemodinámicas, envejecimiento, fármacos (drogas vaso activas, sedantes) y ventilación mecánica.

Valoración:

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 puede inducir a alteraciones en el nivel de riesgo del paciente.

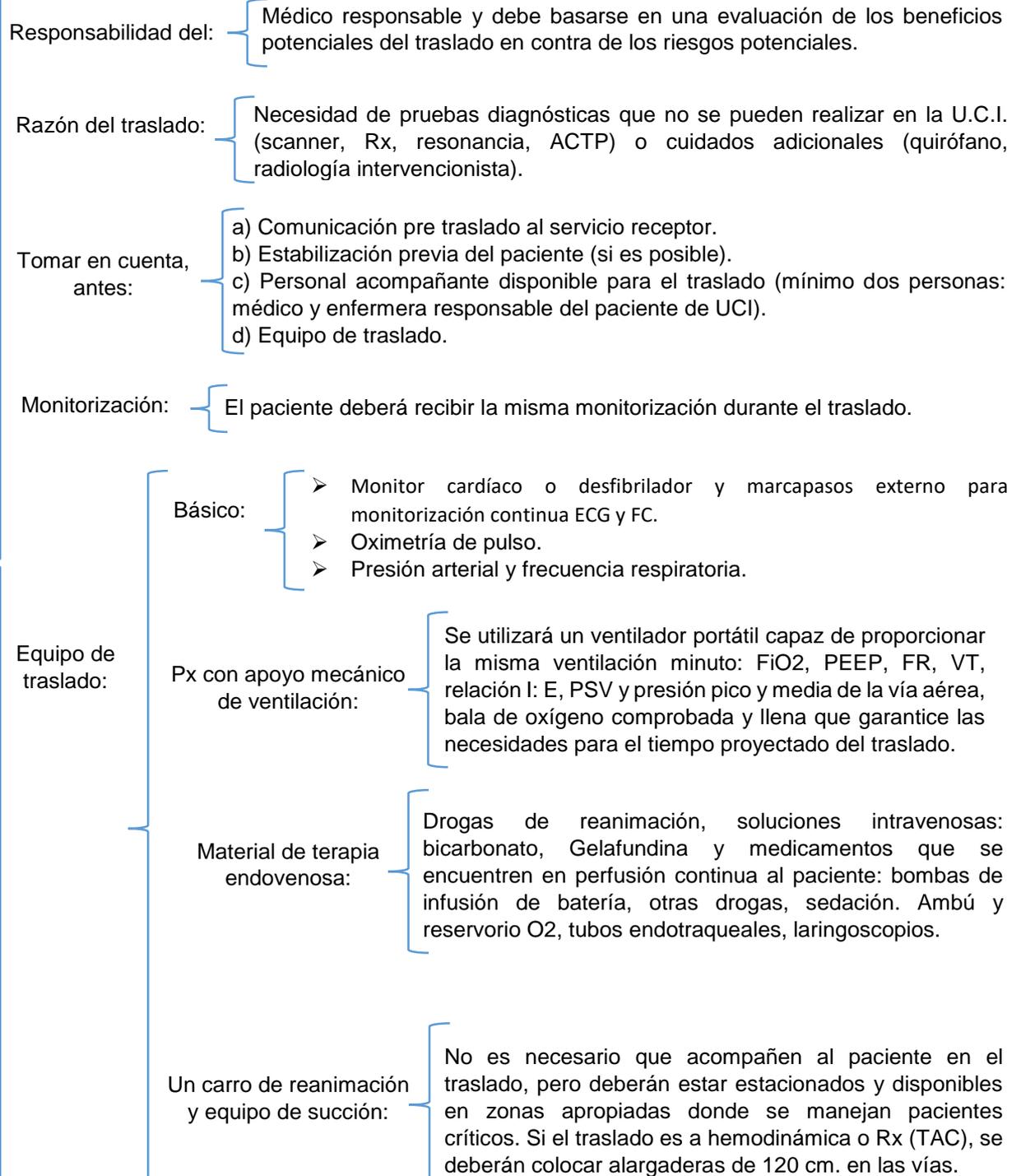
- Sin riesgo: 18 a 19 puntos
- Con riesgo bajo: 12 a 17 puntos
- Alto riesgo: menor a 11 puntos.

Prevención:

- Examinar la piel revisando los puntos de presión cada turno.
- Realizar cambios posturales cada 3 hrs, sí la movilidad /actividad es < 2, siguiendo una rotación programada e individualizada.
- Realice los decúbitos laterales 30° sobre el eje longitudinal para aumentar la superficie de contacto, liberando el sacro y trocánter apoyando más el glúteo.
- Mantener en el alineamiento corporal la distribución del peso.
- Mantener la piel limpia y seca:
- Tratamiento de la incontinencia si procede.
- Aseo diario y cuando precise.
- Secado meticuloso. – Hidratación de la piel.
- No realizar masajes en la piel que recubre prominencias.
- Aplicar restaurador de la capa hidrolipídica (Corpitol, Mepentol) o en su defecto apósitos hidrocolóides de prevención.

Tratamiento: Continuar con mayor énfasis las medidas de prevención, soporte nutricional, soporte emocional y valoración y descripción de la úlcera.

Protocolo de traslado intrahospitalario.



Protocolo de alta del paciente de la u.c.i.

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

Solicitar: { Alta a una unidad de hospitalización.

Documentación precisa:

- ❖ Hoja clínico estadística firmada, hoja de tratamiento para planta, informe de alta médica e informe de alta de enfermería.
- ❖ Confirme que existe cama en el servicio de referencia, en caso de que no haya cama, solicitar una a través del servicio de admisión.
- ❖ Comunique 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 (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 precise.
- ❖ Avisar al celador para traer la cama de la planta.
- ❖ Adjuntar toda la documentación precisa (Rx, historia antigua...)
- ❖ Ayudar al cambio de cama si procede en la puerta de entrada de la unidad, usando el —transferll.
- ❖ Recoger la ropa usada y desechar el material usado, retirar las bombas, cables de monitorización y respiradores para limpiar.
- ❖ Avisar al servicio de limpieza.
- ❖ Rellenar la hoja de traslados internos (parte posterior de la hoja clínico estadística) y enviar a admisión.
- ❖ 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.

Protocolo de traslado extrahospitalario:

- El médico de referencia se pone en contacto con un médico del hospital receptor autorizado para admitir pacientes y solicita el modo de traslado.
- Avise al paciente y a la familia del traslado.
- Prepare al paciente y sus pertenencias. – Revise los sueros, drenajes, vías y catéteres si tuviese y adjuntar aquella medicación que pudiera precisar en el traslado (perfusiones de inotrópicos, sedación, nitroglicerina i.v.).
- Prepare el informe médico de alta (por triplicado) para el centro receptor, para la historia clínica del paciente del centro emisor y para la ambulancia.
- Prepare por triplicado el informe de enfermería, uno para el centro receptor, otro para la historia clínica según la hoja diseñada para tal ocasión y el tercero para la enfermera de la ambulancia.
- Realice el resto de intervenciones como en los traslados internos, aunque con la peculiaridad de que el cambio de cama se realiza en el box del paciente.

Sanitización y limpieza de material, equipo y mobiliario de la habitación.

Realizar: { Al alta del usuario.

Limpieza:

- 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.
- Bolsa de reanimación. 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.

2 Tipos de limpieza:

Rutinaria: { Es aquella que se realiza en forma diaria.

Terminal: { Es aquella que se realiza al alta del paciente, en forma minuciosa (por ejemplo: colchón, incubadoras, cunas, accesorios del paciente y mobiliario). El método de limpieza varía entre los diferentes sectores del hospital

Limpieza con detergente:

2 pasos:

1. Limpieza con detergente y enjuague.
2. Desinfección con agente desinfectante (Ej: hipoclorito) Si la limpieza y desinfección se hace con un producto detergente-desinfectante (Ej amonio cuaternario "Surfanios", el proceso es en un solo paso.

Esterilización:

- El material en U.C.I. se envía a esterilizar en los siguientes horarios: de lunes a sábado en turno de mañana, antes 9:00 y de las 14:00 y 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 superior de plástico con rotulador deberá colocar: (Que tipo de material es, fecha, servicio, nombre completo del enfermer@ quien está levantando el material con un plumón que no se corra la tinta de preferencia color negro).
- Se deja el material en el carro de esterilización, rellenando la hoja de pedido de material con el nombre de los objetos a esterilizar, de la cual mandaremos únicamente la parte blanca para su control poniendo la fecha. Material esterilizable.
- Bolsa auto inflable con su válvula correspondiente.
- Boles de cristal.
- Alargadera de cable del marcapasos. – Instrumental quirúrgico, bien en cajas o por separado en bolsa.
- Kit de 5 piezas del respirador Servo 300 (excepto pieza con cable).
- Pieza en T (negra) del capnografía.
- Tabuladora del respirador portátil Oxiris.
 - Válvula de PEEP.
 - Tubo de Guedel.

Procedimientos relacionados con la vía aérea intubación endotraqueal.

Material:

- ✚ Tubo endotraqueal (TET) En adulto normal es nº 8, 8,5 ó 9.
- ✚ Laringoscopio con 2 palas curvas, números 2,3. Fiador para el TET.
- ✚ Lubricante hidrosoluble en spray tipo Sylkospray.
- ✚ Jeringa de 10 cc.
- ✚ Paño estéril.
- ✚ Guantes estériles.
- ✚ Pinza de Magill.
- ✚ Venda de gasa para sujetar TET.
- ✚ Bolsa auto inflable con mascarilla y reservorio.
- ✚ Alargadera de Oxígeno.
- ✚ Material para aspiración de secreciones (equipo aspiración, sondas...).
- ✚ Carro de paradas próximo.
- ✚ Fonendoscopio.
- ✚ Respirador en la habitación montado y calibrado.
- ✚ Medicación para inducción anestésica y/o mi relajación

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 (boca/nariz) o traqueotomía, pudiendo mejorar la oxigenación e influir en la mecánica pulmonar.

Funciones:

- Mantener el intercambio gaseoso (O_2 - CO_2).
- Reducir el trabajo respiratorio. INDICACIONES DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA.
- Hipoxemia $PaO_2 < 60$ mm Hg o $SatO_2 < 90\%$ con aporte suplementario de oxígeno.
- Hipercapnia progresiva ($PaCO_2 > 50$ mm de Hg) o acidosis ($PH < 7,25$).
- Trabajo respiratorio excesivo, taquipnea (> 36 rpm), tiraje, uso de músculos accesorios.
- Fatiga de los músculos inspiratorios, asincronía toracoabdominal y agotamiento general del paciente.

Ventilación mecánica (no invasiva).

Material:

- Respirador.
- Arnés.
- Mascarillas nasales, Mascaras faciales (nasobucales) o Escudos faciales.

Mascaras nasales son:

- Más cómodas al reducir la sensación de claustrofobia.
- Permiten el habla y la deglución durante su utilización.
- Su eficacia puede disminuir por fugas a través de la boca.
- Se desaconseja en pacientes que respiran por la boca.

Mascaras faciales:

- Son más incómodas por la sensación de claustrofobia.
- No permiten el habla ni la deglución.
- Evitan fugas bucales.
- Son más eficaces tanto para reducir el CO_2 como para aumentar el oxígeno.

Objetivos:

- Aumentar la FiO_2 en pacientes con hipoxia grave normocápnica, hipocápnica o hipercápnica.
- Proteger la ventilación y oxigenación en broncoscopias.
- Apoyar de la extubación ineficaz. – Evitar la intubación en pacientes con patologías donde se sospecha de un destete y extubación difíciles (LCFA).

Catéter venoso central (CVC).

- Material:**
- ❖ > Paquetes gasas estériles.
 - ❖ > 1 SF 0.9% 100cc.
 - ❖ > 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 estériles.
 - ❖ > jeringas de 10cc y otra por cada luz del catéter.
- Preparación del paciente y del personal:**
- ✚ > Informar al paciente de la técnica y pedir su colaboración.
 - ✚ > Si el CVC es de acceso periférico, elegir el brazo no dominante para permitir mayor libertad de movimientos.
 - ✚ > Lavado de manos quirúrgico estricto para quien vaya a canalizar la vía.
- 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 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 (steri-strip) o sutura, dejando libre el punto de punción. Cubrir con apósito estéril.
 - Colocar apósito estéril o gasas debajo de las conexiones (y llaves) para evitar el contacto directo con la piel del paciente. **MANTENIMIENTO DEL CVC.**
 - 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 la cura: cada 72 horas y siempre que el apósito esté manchado, despegado o mojado.
 - Mantener un orden lo más estricto posible en las luces siguiendo unas pautas:

Catéter arterial.

- Objetivos:**
- Monitorización continua de la PA en pacientes inestables.
 - Extracción frecuente de gases arteriales. **MATERIAL NECESARIO.**
 - Kit estándar para cateterización (capítulo 13.2).
 - Catéter para monitorización de arteria según lugar de acceso (20cm femoral y 8 cm radial) > Kit de monitorización de presión (capítulo 3.B).
 - Transductor de presión.
 - Alargadera y llave de tres pasos.
 - Cables de presión que conectan al módulo Hemo y al monitor.
- Técnica:**
- ✓ Los cuidados serán los mismos que para un catéter venoso Periférico.
 - ✓ Cerciorarse de la inmovilización del sitio de punción, para evitar desplazamientos o retirada de arteria.
 - ✓ Lavar periódicamente con el suero lavador y siempre después de una extracción de sangre.
 - ✓ Evaluar la calidad de la onda arterial y sus mediciones.

Bibliografía:

UDS. 2024. Antología de Práctica clínica de enfermería II.PDF.