



universidad del sureste

Jesus antonio Guzmán Perez

Licenciatura enfermería

7 cuatrimestre Grupo "A"

a lunes 11 de noviembre del 2024

comitan dominiguez

Unidad 2

2.1 ATENCIÓN AL PACIENTE EN SITUACIÓN DE AMENAZA VITAL INMEDIATA.

También es función de la enfermera de esta unidad, el atender a las paradas cardíacas 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.

2.2 PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA UPP Y PREVENCIÓN DE RIESGO DE CAÍDA.

- 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 DE RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

- FACTORES DESENCADENANTES**
- Presión
 - Fricción.
 - 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)

2.3 PROTOCOLO DE TRASLADO INTRAHOSPITALARIO

La decisión del traslado es responsable y debe basarse en una evaluación de los beneficios potenciales del traslado en contra de los riesgos potenciales.

- Equipo de traslado**
- monitor cardíaco o desfibrilador
 - ventilador portátil capaz de proporcionar la misma ventilación minuto: FIO2, PEEP, FR, VT
 - Material de terapia endovenosa
 - Un carro de reanimación y equipo de succión

Antes de realizar el traslado se debe tener en cuenta:

- Comunicación pre traslado al servicio receptor
- Estabilización previa del paciente (si es posible).
- Personal acompañante disponible para el traslado (mínimo dos personas: médico y enfermera responsable del paciente de UCI).

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 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.

PROTOCOLO DE TRASLADO EXTRAHOSPITALARIO

- Factory machine malfunction El médico de referencia se pone en contacto con un médico del hospital receptor autorizado para admitir pacientes y solicita el modo de traslado.
- Avisa al paciente y a la familia del traslado.
- Prepara al paciente y sus pertenencias. – Revise los sueros, drenajes, vías y catéteres si tuviese y adjuntar aquella medicación que pudiera precisar en el traslado
- Prepara el informe médico de alta (por triplicado) para el centro receptor, para la historia clínica del paciente del centro emisor y para la ambulancia.
- Prepara 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.

2.5 SANITIZACIÓN Y LIMPIEZA DE MATERIAL, EQUIPO Y MOBILIARIO 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 (10 unidades del nº 16 y 10 un. del nº 14).
- Bolsa de reanimación 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

- 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

2.7 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.

ACCESOS VENOSOS MÁS USUALES Y SUS CARACTERÍSTICAS

- Venas antecubitales** Son las vías de elección preferente, tanto por las pocas complicaciones que presentan como por la comodidad que suponen para el enfermo. Son la basilica y la cefálica (preferentemente la basilica).
- J. D. Salinger – The Catcher in the Rye** Vena subclava Permite al paciente una mayor libertad de movimiento. Clásicamente contraindicada en el curso de coagulopatías (o fibrinólisis) por la dificultad para controlar la hemorragia.
- Vena yugular interna** Menor riesgo de neumotórax y posible mejor control de una eventual hemorragia. Contraindicada en pacientes con patología carotídea.

MATERIAL NECESARIO

- paquetes 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.