

***UNIVERSIDAD DEL SURESTE.***

*PRACTICA CLINICA DE ENFERMERIA II*

*MODULO 1*

*NOMBRE DE LA ALUMNA:*

*REYNA DEL CARMEN MONTERO FELIX*

*7to cuatrimestres grupo "A"*

*LEN-Licenciatura en enfermería*

*ACTIVIDAD:*

*1 UCI*

*DOCENTE:*

*Lic. Juana Inés Hernández López.*

*Fecha de entrega: 26/octubre/2022*

## **PARACENTESIS**

La paracentesis también llamada laparocentesis o paracentesis abdominal, es un procedimiento es un procedimiento médico caracterizado por punción quirúrgica hecha en una cavidad orgánica para evacuar la serosidad acumulada. La acumulación de líquido puede ser dolorosa la cual puede ser causada por:

- Cáncer.
- Una infección.
- Inflamación (hinchazón)
- Una lesión abdominal
- Cirrosis en el hígado (cicatrices en el hígado).

En algunas enfermedades se acumula líquido dentro del cavidad abdominal lo que se denomina ascitis en muchas ocasiones se necesita obtener una muestra del líquido para así saber cuál es su enfermedad. La paracentesis consiste en la punción de la tripa con una aguja para extraer el líquido retenido en el abdomen, la paracentesis se realiza en personas que tienen ascitis y no se sabe su causa para así estudiar la composición del líquido.

Para realizar este procedimiento no se necesita ninguna preparación especial esta prueba puede hacerse de forma ambulatoria, no existe contraindicaciones para su realización mas que solo la facilidad para sangrar y el embarazo. Para la realización de una paracentesis el paciente debe desnudarse de la cintura para arriba recostado boca arriba, la zona donde se va a pinchar se desinfecta y se introduce la aguja en algunas ocasiones se elige la zona pare pinchar o se guía con una ecografía este suele durar de 5-10 minutos.

## **TORACOCENTESIS.**

La toracocentesis es una prueba de punción puntual de la pared torácica para la extracción de líquido o aire del espacio pleural (espacio externo de los pulmones) mediante una fina aguja hueca o un catéter, la prueba de inicia con la aplicación de anestesia en la zona de la espalda donde tendrá lugar la punción pleural este consiste en la introducción de la aguja por encima de las costillas dentro del espacio pleural para extraer una muestra del líquido para analizar la.

Esta prueba se realiza con el fin de analizar una muestra del líquido excesivo causante de derrames pleurales poro también otras causas como:

- Cáncer de pulmón.
- La embolia pulmonar.
- La neumonía.
- La pancreatitis.

Para la toracocentesis no se requiere preparación previa, pero si realización de una radiografía de tórax antes y después de la prueba.

## **PUNCIÓN LUMBAR.**

Una punción lumbar es una prueba que se utiliza para diagnosticar determinadas afecciones médicas, este se realiza en la parte baja de la espalda en la región lumbar se introduce una aguja en el espacio entre dos huesos lumbares para extraer una muestra de líquido cefalorraquídeo, líquido que rodea el cerebro y la medula espinal para protegerlos de lesiones.

Una punción lumbar se hace para:

- Recolectar líquido cefalorraquídeo para comprobar si hay infecciones, inflamación u otras enfermedades.
- Medir la presión del líquido cefalorraquídeo.
- Inyectar anestesia raquídea, medicamentos de quimioterapia.
- Inyectar una sustancia de contraste o sustancias radioactivas.

Al obtener información mediante la punción puede ayudar a diagnosticar:

- ❖ Infecciones bacterianas, micóticas y virales graves
- ❖ Sangrado alrededor del cerebro
- ❖ Determinados tipos de cáncer que afectan al cerebro o a la médula espinal.
- ❖ Determinadas afecciones inflamatorias del sistema nervioso.
- ❖ Afecciones neurológicas auto inmunitarias
- ❖ Enfermedad de Alzheimer y otras formas de demencias.

Existen riesgos como:

- Dolor de cabeza posterior a la punción lumbar.
- Molestias o dolor de espalda
- Sangrado
- Hernia cerebral.

## **PERICARDIOCENTESIS Y SUS RIESGOS.**

El pericardio es una membrana que recubre al corazón, en algunas enfermedades se puede acumular líquido dentro del pericardio, lo que se denomina derrame pericárdico en algunas ocasiones se necesita obtener una muestra de este líquido para conocer la enfermedad responsable de su producción, si la cantidad de líquido en el pericardio es muy grande este líquido puede producir un taponamiento cardiaco es decir una alteración grave en el funcionamiento del corazón al ser comprimido por el líquido que se acumula en el pericardio.

La pericardiocentesis consiste en la punción del pericardio con una aguja para extraer el líquido retenido en su interior, este procedimiento se realiza en personas con un derrame pericárdico cuya causa se desconoce para estudiar la composición del líquido y en personas con un derrame pericárdico grande que llega a comprometer la vida del paciente.

*Existen varias complicaciones:*

- ❖ Aparición de un neumotórax (colapso del pulmón por pincharlo).*
- ❖ Punción de otros órganos como lo es el corazón, una arteria coronaria, el hígado o el estómago.*
- ❖ Sangrado importante en el interior del pericardio.*
- ❖ Arritmias cardíacas.*
- ❖ Infección del pericardio (pericarditis bacteriana).*
- ❖ Neumopericardio (aire en el saco pericárdico).*

*Tras la pericardiosentesis se requiere un control médico durante varias horas para comprobar que no haya más complicaciones.*

*Este líquido es claro y seroso y lubricante formado por células del pericardio vis-ceral las cuales intervienen no solo en su formación sino también en el intercambio de líquidos y electrolitos con el sistema vascular.*

## Protocolo de ingreso en U.C.I

Todo paciente internado en la uci cuenta con un médico de base responsable que fue quien solicitó el ingreso el cual debe mantenerse de su evolución.

Los ingresos en esta unidad requieren una gran preparación y a su vez una gran rapidez, tener todo el material necesario preparado.

Se necesita el kit de ingreso, box preparado, carro de paradas, equipo de sondaje vesical, equipo de canalización arterial, equipo de sondaje nasogástrico, analítica completa sin etiquetar, etc.

Procurar la seguridad del paciente en el cambio de cama, monitorización básica de los signos vitales.

Disminuir la ansiedad del enfermo, pedir a la familia teléfono de contacto, recoger el material que ya no es necesario, dar el ingreso en admisión, apertura hoja de cuidados de enfermería.

El cuidado del confort del paciente puede resultar elementos claves para favorecer la recuperación de la salud.

Por lo tanto, el trabajo en equipo en la UCI es una de las partes más importantes. Debemos tranquilizar e informar al paciente y la familia.

Alcanzar la mayor eficacia en el ingreso del enfermo.

## Monitorización del paciente en U.C.I.

La monitorización hemodinámica es una herramienta de indudable valor para la evaluación de los pacientes críticos.

El monitoreo del paciente crítico en la UCI es un control sistemático de variables fisiológicas que se miden para detectar, reconocer y corregir

La monitorización hemodinámica no invasiva o mínimamente invasiva es una herramienta que se utiliza cada vez más en urgencias.

**Tipos de monitorización:** análisis de sangre, monitorización cardíaca, evaluación no invasiva del gasto cardíaco, monitorización de la presión intracraneana, monitorización con catéter de la arteria pulmonar.

**Indicaciones de monitorización:** frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, presión arterial, diastólica y media. Latidos por minutos

**Cuidados de enfermería;** reducir al mínimo la manipulación de conexiones, cambiar sistema de presión arterial, lavarse las manos antes de cualquier manipulación y utilizar guantes.

Nos permite no solo detectar y determinar el origen de la inestabilidad hemodinámica si no también guiar la elección del tratamiento más adecuado.

El objetivo de la monitorización es recoger y evaluar los parámetros fisiológicos la enfermera deberá interpretar, detectar y evaluar los problemas y actuar de forma eficaz.

**Protocolo de atención a familiares en U.C.I.**

*Nos presentamos por nuestro nombre a acompañando al familiar a la habitación explicando las normas básicas de la unidad.*

*El apoyo emocional forma parte de la competencia profesional y contribuye al cuidado holístico del paciente y familia, es un cuidado que queda reflejado en el sentimiento de las enfermeras.*

*Se le informa al familiar los horarios de visita que incluye el horario de la noche, no se recomienda la visitas a los niños, las informaciones de enfermería se darán durante la vista.*

*La información médica se dará diario en las visitas de las mañanas, motivar y no verbal la comunicación verbal entre paciente y familiar.*

*Ofrecer los recursos disponibles como sacerdotes, asistencia social, cafetería, teléfono, servicio de atención al paciente y entregar la ropa y objetos personales del paciente.*

*Sensibilidad y empatía las claves para tratar con familiares, debemos ponernos en el lugar de los familiares y mostrarnos comprensivos ante su preocupación.*

**Cumplimiento de los registros de enfermería**

Se dice que la enfermería es una disciplina que importante para el equipo de salud ya que ayuda a la recuperación de la salud del individuo, familia o comunidad el cual ha demostrado su desempeño.

Los registros d enfermería conforman la evidencia escrita de los cuidados otorgados al paciente ya que es un medio de comunicación y coordinación que facilita el trabajo entre los miembros del equipo de salud.

Se debe de registrar el problema y actividades de enfermería y las respuestas del usuario, debe comunicar la información siguiendo el formato y orden lógica.

La grafica horaria es en el cual se registran los signos vitales del paciente, para luego en el margen se identifican nombre y apellidos, historia, cama, fecha de nacimiento, y el día del ingreso.

Estos registros de enfermería sirven para monitorizar y registrar los procedimientos realizados en los pacientes.

Mediante registros sobre: evidencias sobre: tratamientos administrados, balance hídrico, kardex, actividades propias del turno.

Estos registros son útiles para el equipo de salud el cual es algo que debemos hacer bien ya que los médicos se guían de los registros.

La importancia del registro clínico es que proporciona la mayor evidencia del cuidado y hace visible el compromiso con el paciente para su atención.



**Cuidados diarios del paciente de U.C.I.**

*En la UCI se llevan a cabo intervenciones para mejorar situaciones fisiológicas delicadas que comprometen la vida del paciente.*

*Como cualquier paciente hospitalizado, el paciente crítico necesita los cuidados diarios que logren satisfacer sus necesidades, estos cuidados son asignados en turnos específicos (mañana, tarde y noche).*

*Participar del relevo de enfermería para conocer la evolución de nuestro paciente durante las últimas 24 horas, aplicar cuidados planificados para el paciente.*

*Aplicar tratamiento médico prescrito y colaborar con el médico, registros de enfermería de la unidad: grafica, plan de cuidados, hoja de evolución, etc.*

*Dar una respuesta adecuada a las demandas del paciente y de la familia asegurando que disponen de los recursos, movilizar al paciente.*

*Asegurar una correcta higiene del paciente especialmente antes y después de las comidas, mantener un correcto cumplimiento de las medidas de aislamiento por el personal, paciente y familiares.*

*Plan de cuidados: respirar normalmente, comer y beber adecuadamente, eliminación, dormir, y descansar, vestimenta adecuada, mantener la temperatura corporal.*

*Se dice que la comodidad del paciente es un factor determinante en la recuperación ya que eleva el nivel de satisfacción general para*