



**ALUMNA:**

Valeria García Victoria

**GRUPO:**

7 B

**CARRERA:**

Lic. Enfermería

**PROFESORA:**

Juana Inés Hernández Lopez

Villahermosa, Tab, a 26 de septiembre de 2022

# CONCEPTOS

## PARACENTESIS

Procedimiento en el que se coloca una aguja fina o un tubo en el abdomen para extraer líquido de la cavidad peritoneal (el espacio del interior del abdomen que contiene los intestinos, el estómago y el hígado). Una paracentesis es un procedimiento en el que se extrae con una aguja el exceso de líquido de la cavidad abdominal. No es normal tener líquido en esta cavidad y cualquier cantidad de líquido puede causar dificultad para respirar, dolor e incomodidad. La acumulación de líquido adicional en el abdomen se denomina ascitis.

## TORACOCENTESIS

La toracocentesis utiliza la guía por imágenes y una aguja para ayudar a diagnosticar y tratar las efusiones pleurales. Es una condición en la que el espacio entre los pulmones y la pared interior del pecho contiene un exceso de líquido. La toracocentesis ayuda a determinar la causa del exceso de líquidos. También ayuda a mejorar cualquier falta de aliento o dolor mediante la remoción de líquido y la liberación de la presión de los pulmones.

## PUNCIÓN LUMBAR

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

## PERICARDIOCENTESIS

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 muchas ocasiones se necesita obtener una muestra de este líquido (líquido pericárdico) para conocer la enfermedad responsable de su producción. Para ello se realiza una técnica llamada pericardiocentesis. Además, si la cantidad de líquido en el pericardio es muy grande, este líquido puede producir un taponamiento cardíaco, es decir, una alteración grave en el funcionamiento de corazón al ser éste comprimido por el líquido que se acumula en el pericardio. El taponamiento cardíaco puede comprometer la vida del paciente por lo que es necesario extraer parte o todo el líquido pericárdico de forma urgente para mejorar los síntomas y evitar la muerte.

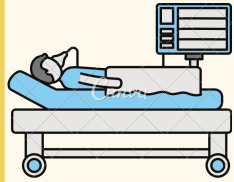
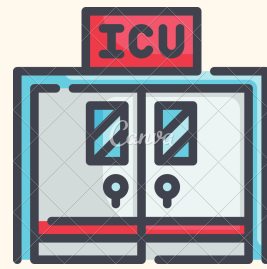
## Riesgos

- ·Sangrado.
- ·Atelectasia pulmonar.
- ·Ataque cardíaco.
- ·Infección (pericarditis)
- ·Latidos irregulares del corazón (arritmias)
- ·Punción del músculo cardíaco, una arteria coronaria, el pulmón, el hígado o el estómago.
- ·Neumopericardio (aire en el saco pericárdico)

# PROTOCOLO DE INGRESO EN U.C.I.

## ¿QUE ES?

Es un conjunto de pasos que ayudan a Procurar dejar al enfermo lo más confortable posible. Comenzar con el tratamiento prescrito por el facultativo: fluidoterapia, antibioterapia, oxigenoterapia, nutrición ,etc.... Dar el ingreso en admisión. Recoger etiquetas identificativas.



## Actividades previas

- **Comprobar la correcta dotación del box:**
  - monitor de ECG
  - pulsioxímetro
  - respirador, cama
  - caudalímetro de oxígeno
  - aspirador
  - esfingomanómetro
  - fonendoscopio
  - bombas de perfusión.
  - Ambú + mascarilla +Reservorio

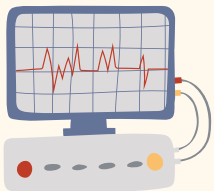
- **Comprobar material fungible:** jeringas, sistemas, agujas, guantes, gasas, compresor, y reponer. contenedores,...



## ACTIVIDADES A REALIZAR

## Actividades en el ingreso

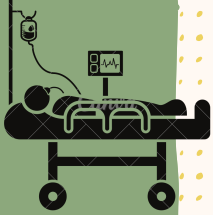
- Tranquilizar e informar al enfermo, si está consciente.
- Colaborar en el paso del enfermo de la camilla a la cama de nuestra unidad.
- Procurar la seguridad del enfermo en el cambio de cama.
- Vigilar durante el cambio de cama vías periféricas, sondas, drenajes, férulas...
- Monitorización básica del enfermo: ECG, Pulsioxímetro.
- Toma de constantes de signos vitales y apertura de gráfica
- Actividades derivadas de órdenes médicas:
  - Extracción de muestras para analítica de ingreso, cultivos...etc. EC, Radiografía de tórax, Sonda vesical, nasogástrica.
- Colaboración con el facultativo en :
  - canalización de vía central, vía arterial, intubación, drenaje torácico, etc.



## Actividades Posteriores

- Informar al enfermo sobre el funcionamiento de la unidad.
- Disminuir la ansiedad del enfermo.
- Informar a la familia del funcionamiento del servicio.
- Entregar a los familiares pases, hoja informativa y objetos personales.
- Pedir a la familia teléfonos de contacto.
- Recoger el material que ya no es necesario dentro del box: aparato de ECG, carro de intubación, carro de paradas, ...etc.
- Procurar dejar al enfermo lo más confortable posible.
- Comenzar con el tratamiento prescrito por el facultativo: fluidoterapia, antibioterapia, oxigenoterapia, nutrición ,etc....

# Monitorización del paciente en U.C.I.

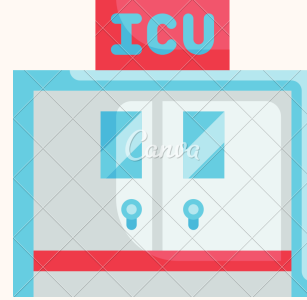


## DEFINICION

Las constantes vitales son aquellos parámetros que nos indican el estado hemodinámico del paciente, y la monitorización básica no invasiva es la medida de estas constantes sin invasión de los tejidos. Aquello es lo que se monitoriza constantemente en UCI,

## MONITORIZACIÓN CARDÍACA Y RESPIRATORIA

Conector con tres 3 cables (convencional) o hasta 5 cables (ECG completo) nos muestra la actividad cardíaca y respiratoria. Los cables se conectarán a unos electrodos que estarán colocados en el tórax del paciente, estos electrodos deberían tener unas particularidades como una buena adhesión a la piel y que produzcan el mínimo de interferencias con otros aparatos.



## MONITORIZACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL

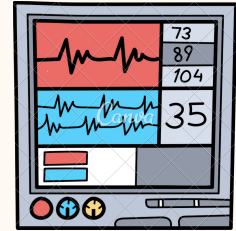
Para una correcta medición se empezará eligiendo el tamaño de manguito adecuado: existen diferentes medidas según la longitud y ancho del brazo. La colocación del manguito se hará de forma que abarque toda la circunferencia del miembro (brazo o pierna) sin apretar, Comprobar que el manguito esté totalmente desinflado. Se pondrá la flecha indicadora del manguito en el paso de una arteria principal. Se conectará al cable y al monitor fijando las alarmas de alta y baja presión y la frecuencia de medición según lo requiera el estado del paciente. En todos los monitores se puede realizar mediciones manuales fuera del intervalo programado.

## MONITORIZACIÓN DE LA TEMPERATURA PERIFÉRICA

Se ha comprobado que una buena localización para temperatura central es el hueco axilar, inguinal y rectal por estar menos expuesto a variables externas, fijado con apósito coloide fino. Una vez colocados los sensores (ya sea central o periférico) se establecerá la temperatura media que pretendemos que mantenga el paciente. Todo el manejo se realizará a través de la pantalla principal del monitor, Siempre que los valores medidos sobrepasen los límites predefinidos en el monitor, nos avisará mediante una alarma acústica y visual.

## MONITORIZACIÓN DE LA PULSIOXIMETRÍA

Elegir una zona que esté bien vascularizada, con la piel limpia e íntegra, libre de grasa y sin prominencias óseas. Limpiaremos la piel y colocaremos el sensor, de forma adecuada enfrentando los dos diodos (emisor opuesto al fotodiodo receptor), se fijará, si es necesario, con cinta adhesiva. Se individualizarán las alarmas superior e inferior de saturación y de frecuencia cardíaca. Se evaluará el buen funcionamiento del monitor comprobando la onda y la FC que se debe corresponder con la obtenida mediante el registro electrocardiográfico. Esperar como mínimo 1 minuto para la obtención de una onda y valor óptimos y fiables. Los límites de fiabilidad se encuentran para SatO2 entre 80 y 98%.



## DEFINICIÓN

El ingreso de un paciente en una unidad de cuidados intensivos provoca una situación que genera una alteración sustancial de sus dinámicas habituales y las del resto de su familia. Algunas unidades han creado procedimientos, protocolos y guías para favorecer la acogida de los familiares en las primeras fases del proceso



## RECOMENDACIONES AL INGRESO



- Se procurará mantener un primer encuentro de acogida por parte de la enfermera responsable del paciente, lo antes posible. Preferentemente en el primer momento disponible, una vez que el paciente se encuentre ingresado y acomodado en el box.
- Se aportará al familiar en ese momento una guía escrita en la que se recojan los aspectos principales expresados en estas recomendaciones.
- Se procurará complementar ese encuentro inicial con la información médica para propiciar un conocimiento de la situación por parte del familiar lo más completa posible.
- Se trasladará a los familiares el mensaje claro de que son considerados por el equipo como parte importante del proceso y como elemento favorecedor de la recuperación del paciente.
- Se identificará y registrará a aquel o aquellos familiares o allegados que actuarán como interlocutores principales con el equipo asistencial y/o que, en su caso, actuarán como cuidador principal.

## RECOMENDACIONES DURANTE EL INGRESO

- Se identificará a los profesionales que forman parte del equipo multidisciplinar que atenderá al paciente, presentándose y si se puede dejándolo por escrito en una pizarra, aclarando la labor principal de cada uno de ellos e informándoles de la forma en la que pueden contactar con ellos.
- Se adoptará una actitud empática permitiéndoles expresar sus sentimientos y animándolos a explicar sus dudas, necesidades, temores o creencias sobre la situación.

## RECOMENDACIONES AL ALTA:



- Se contactará con la enfermera de planta para facilitar la información relativa al paciente.
- El uso de encuestas de calidad percibida al alta de UCI es considerado un importante valor predictivo de la calidad asistencial. Por ello, se recomienda el uso de encuestas de satisfacción tanto para familiares como para pacientes, para facilitar la identificación de obstáculos que imposibiliten una correcta práctica clínica, con el fin de adaptar la organización, así como la implementación de medidas de mejora en los cuidados.

# Cumplimentación de los registros de enfermería

## ¿Qué son los registros de enfermería?

Los registros y notas de enfermería son documentos escrito de carácter legal que asegura que cuidados y procedimientos fueron realizados durante tu turno a tu sujeto de atención, además, nos proporciona datos importantes para garantizar la continuidad de dicha atención. Es un documento de apoyo a las enfermeras en el logro de una buena sistematización de la Asistencia de Enfermería, para fines de investigación, auditoria y para respaldo legal de los profesionales de enfermería.

## Elementos a cumplir



### QUE SE DEBE ANOTAR / REGISTRAR



- Procedimientos realizados, observaciones hechas, sean ellos los ya estandarizados, de rutina y / o específicos;
- Todos los cuidados prestados: registro de las prescripciones de enfermería y médica cumplidas, además de los cuidados de rutina, medidas de seguridad adoptadas, encaminamientos o transferencias de sector, entre otros.
- Medicamentos administrados
- Orientaciones proporcionadas;
- Interacciones con el paciente, respuesta del paciente frente a los cuidados prescritos por el enfermero y la conducta adoptada en cada situación.

### CARACTERISTICAS GENERALES

- Deben ser legibles, completas, claras, concisas, objetivas y cronológicas;
- Debe ser precedida de fecha y hora, contener firma e identificación del profesional al final de cada registro;
- Se deben registrar inmediatamente después del cuidado prestado, la orientación suministrada o la información obtenida; sobre todo en el caso de la aplicación de medicamentos.
- No deben contener rastros, entre líneas, líneas en blanco o espacios;
- No debes utilizar corrector o cualquier forma para borrar el registro realizado, por tratarse de un documento legal.

### QUÉ NO HACER EN LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA

- No utilizar los verbos en el gerundio, cómo hacer, comiendo, caminando, hablando.
- No iniciar con la palabra «sujeto de atención» (antes paciente), porque suele ser redundante es evidente que las anotaciones son sobre él .
- No anotar en impresos no estandarizados para anotación.
- ¡Hacerlo anula el documento, te deja sin respaldo!



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

## ¿QUE ES LA U.C.I.?

La UCI es un área del hospital donde se atiende pacientes cuyo estado de salud es grave y pueden presentar complicaciones que requieren de una actuación inmediata.



## CUIDADOS DIARIOS

- Participar del relevo de enfermería para conocer la evolución del paciente durante las últimas 24 horas.
- Especial interés en la realidad inmediata (el último turno).
- Aplicar los cuidados planificados para el paciente.
- Usar el tratamiento médico prescrito y colaborar con el médico en procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- Complimentar los registros de enfermería de la unidad: gráfica, plan de cuidados, hoja de evolución, etc.
- Controlar y registrar las constantes vitales.
- Actuar ante situaciones de amenaza vital inmediata.
- Verificar la nutrición del paciente: tolerancia, tipo de dieta, sensación de apetito.
- Dar respuesta adecuada a las demandas del paciente y de la familia y asegurar que disponen de los recursos para hacérselas llegar.
- Movilizar al paciente de forma segura cuando así esté indicado (cambios posturales, levantar al sillón).

## HIGIENE DEL PACIENTE



- La higiene permite eliminar secreciones y excreciones corporales reduciendo el número de microorganismos patógenos transitorios y el riesgo de infección.
- Al realizar la higiene del paciente crítico se debe partir de la capacidad de autocuidado del mismo, estimulando siempre su independencia y supliendo sólo aquellas funciones en las que el paciente es dependiente.
- La higiene completa se realizará al menos una vez al día y tantas veces como sea necesario.
- Antes de iniciar la higiene, la enfermera se informará del estado del paciente y de todas aquellas particularidades del mismo que deban ser tenidas en cuenta durante la técnica.
- En caso de tracción de fracturas, la enfermera habrá de cerciorarse que no se pierde la tracción en ningún momento de la maniobra.
- Durante la higiene del paciente, la enfermera valorará el estado de la piel y mucosas del mismo, prestando especial interés a la aparición de signos de úlceras por presión (UPP) en estadios iniciales.

## CUIDADOS DEL ENTORNO

- Se trata de poner al paciente en las mejores condiciones ambientales posible para así favorecer la curación.
- Entre estos estímulos ambientales tenemos que tener en cuenta la humedad, evitándola.
- Disminuir la cantidad de luz y de ruido, en la medida en que nos sea posible, para así favorecer el descanso. Intentar disminuir la cantidad de estímulos en general.
- Por último, se tendrá en cuenta la renovación de aire, ventilando las estancias.

