



Mi Universidad

Cuadro Sinóptico

Nombre del Alumno: Alejandra Pérez Álvarez

Nombre del tema: Unidad I

Parcial I

Nombre de la Materia: Práctica clínica de enfermería

Nombre del profesor: Juana Inés Hernández López

Nombre de la Licenciatura: Enfermería

Cuatrimestre 7mo

INVESTIGACIÓN

- **Paracentesis:** La Paracentesis es una técnica invasiva que consiste en realizar una punción en la cavidad abdominal para obtener o drenar líquido peritoneal.

Esta técnica la realizará un médico junto con la colaboración del enfermero, que se encargará de preparar tanto el material como al paciente, ayudará en la realización de la técnica, llevará el registro de esta y se encargará de los cuidados del paciente.

- **Toracocentesis:** Es un procedimiento realizado para drenar el líquido que se encuentra en el espacio entre el revestimiento externo de los pulmones (pleura) y la pared torácica.
- **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. Se realiza una punción lumbar para poder diagnosticar con más facilidad infecciones graves, como la meningitis, otros trastornos del sistema nervioso central, como el síndrome de Guillain-Barré y esclerosis múltiple, o tipos de cáncer en el cerebro o en la médula espinal. En ocasiones, se utiliza una punción lumbar para inyectar medicamentos anestésicos o de quimioterapia en el líquido cefalorraquídeo.
- **Pericardiocentesis y sus riesgos:** Es un procedimiento en el que se emplea una aguja para extraer líquido del saco pericárdico. Este es el tejido que rodea el corazón. Los riesgos pueden incluir: 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).

1.2. Protocolo de ingreso en U.C.I.

QUÉ ES

Es el procedimiento coordinado por la parte asistencial y administrativa orientado a brindar una atención oportuna en el momento del ingreso de un paciente a la fundación Finsema



INGRESO DE PACIENTE A LA UCI

Cuando el paciente ingresa a la uci puede provenir :

- * Remitido de otra institución
- * Servicios dentro del hospital El jefe de enfermería del servicio debe: Estar informado de los diagnósticos del paciente y su condición, así verificara la disponibilidad de camas, de recursos tecnológicos, y asignación del paciente al auxiliar de enfermería y debe organizar la papelería en la respectiva tabla: sábana de enfermería, hoja de mezclas, hoja de piel, hoja de insumos. (lista de chequeo, Kardex, sirs, consentimiento informado, hoja de laboratorios, hoja de tratamientos los maneja el jefe de enfermería).



FISIOTERAPIA

Verificara el funcionamiento del ventilador y tendrá listos los elementos que requiera para el ingreso del paciente.

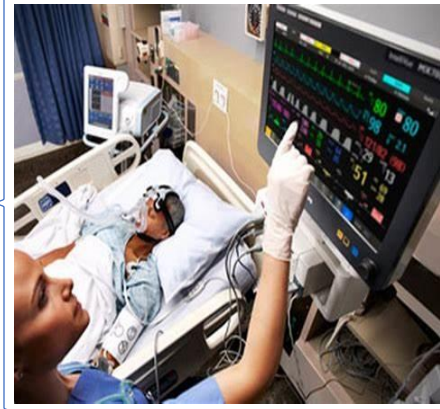
- Realizara el inicio del manejo farmacológico
- Registro en los formatos ya mencionados (nota de ingreso, hoja de tratamientos, lista de chequeo, etc. -
- Realizar el pedido para completar el Kit, devoluciones etc. - Brindara información la familiar solicitando elementos de higiene personal, horarios de visita normas para el ingreso de los familiares. -
- Diligenciar el consentimiento informado de ingreso con el familiar. - Realizar el ingreso del paciente en el libro.



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

QUÉ ES

La monitorización de los parámetros vitales es un factor de mucha importancia en la evaluación estricta del estado clínico del paciente recluido en las unidades de cuidados intensivos, esto se logra a través de equipos médicos como el monitor de paciente, quien permite detectar, procesar y desplegar en forma continua parámetros fisiológicos complejos del paciente.



FUNCION DEL MONITOR PARA LA UCI

Estos equipos son dispositivos esenciales en toda unidad de cuidados intensivos para detectar, visualizar y almacenar todas las constantes vitales del paciente. En el caso de que alguna de ellas esté por debajo o encima de lo normal para la edad del paciente, o se genere cualquier otra actividad adversa, se activa una alarma para avisar a los médicos. Estas alarmas son visuales y sonoras, aunque pueden llegar a silenciarse de manera fácil si se está tratando de solventar el problema que las ha generado.



CRITERIOS OPTIMOS DE LOS MONITORES

- Fáciles de configurar: deben ser fáciles de conectar al paciente, deben contar con acceso rápido a las funciones básicas del equipo.
- Fáciles de operar: deben poseer acceso rápido al cambio de parámetros durante la realización del monitoreo, así como mostrar tendencias mostrar arritmias y registrar en papel si se desea.
- Fáciles de aprender sus funciones básicas y de operación.
- Deben contar con un diseño sencillo que permita la correcta visualización en pantalla de los parámetros, así como las curvas y los datos numéricos.
- El tamaño del monitor debe ser acorde al área donde se vaya a emplear.



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

EVOLUCIÓN SOBRE EL PACIENTE

-Cada paciente ingresado en la unidad tendrá asignado un médico responsable de su atención.

-Diariamente se pondrá en contacto con la familia, normalmente tras la visita del mediodía para ofrecerle información de la evolución de su familiar.

-Es conveniente que sean siempre los mismos familiares los que reciban la información. Queremos que comprendan la naturaleza de la enfermedad y la evolución esperada.



VISITAS

Al ingresar en la U.C.I los familiares recibirán información acerca del motivo de ingreso y podrán visitar a su familiar en cuanto la situación del paciente lo permita.

Durante esta visita se le entregará cualquier efecto personal.

Para poder entrar, por favor, aguarde en la sala de espera hasta que se les avise.



VISITAS DIARIAS

Debido al espacio físico, el material utilizado, los cuidados constantes, los familiares no pueden permanecer de forma continuada con el paciente. Para mejor funcionamiento y organización de las visitas, es importante que siga las instrucciones de los celadores. Se ruega que entren a la sala con orden y guardando silencio para evitar molestias a los pacientes. En caso de que la visita tuviera que retrasarse por algún motivo, le será comunicado para su mayor tranquilidad.



1.5. Cumplimentación de los registros de enfermería

QUÉ ES

Los registros de enfermería son el soporte documental de la atención de enfermería, en el cual queda plasmada la información, acerca de las diversas actividades realizadas en relación con el paciente, facilitan el intercambio de información sobre los cuidados, promueven la comunicación entre enfermería y otros miembros del equipo de salud, al mismo tiempo que aportan elementos para evaluar el proceso de atención.



INFORMACIÓN REGISTRADA

Los registros de enfermería representan la evidencia documental que refleja la actuación del personal en relación con el cuidado integral del paciente, así como su evolución conforme a la atención brindada; son esenciales para evaluar las intervenciones del personal, de manera particular en casos médico- legales, en los cuáles esta documentación tiene alto valor probatorio, pues en la mayoría de las ocasiones, determina las decisiones de quien tiene a su cargo la resolución del conflicto.



AUSENCIA DEL REGISTRO

La ausencia del registro de la atención al paciente puede entenderse como un incumplimiento legal, ético y profesional, que pone en duda, si el personal de enfermería está asumiendo o no la responsabilidad de sus intervenciones, como también de todas las decisiones que a nivel individual debe tomar en el ejercicio de su profesión



CUIDADOS DIARIOS

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

Entre los cuidados generales del paciente crítico a realizar en todos los turnos encontramos:

-Participar del relevo de Enfermería para conocer la evolución de nuestro paciente durante las últimas 24 horas, con especial interés en la realidad inmediata (el último turno).

-Aplicar los cuidados planificados para nuestro paciente.

-Aplicar el tratamiento médico prescrito y colaborar con el médico en procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

-Cumplimentar 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.

-Controlar 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...).

-Asegurar una correcta higiene del paciente, especialmente ante y después de las comidas (manos, boca...) y siempre que la circunstancia lo requiera (diarrea, vómitos, diaforesis...).

-Asegurar el correcto cumplimiento de las medidas de aislamiento por parte del personal, del paciente y de los familiares.

