

2
0
2
1



MANUAL DE PRACTICA CLINIA EN ENFERMERIA

JOSE JULIAN JIMENEZSALAVDOR
CARLOS FRANCISCO JIMENEZ OSORIO



Mi Universidad

Manual de práctica clínica en enfermería

Nombre del Alumno: José Julián Jimenez salvador

Carlos francisco Jimenez Osorio

Nombre del tema: Manual de práctica clínica en enfermería

Nombre de la Materia: Practica clínica en enfermería II

Nombre del profesor: Guadalupe Cristell rivera arias

Nombre de la Licenciatura: Enfermería

Cuatrimestre: 7 séptimo

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	3
OBJETIVOS.....	4
MARCAPASOS EPICUTÁNEO/TRANSTORÁCICO.....	5
CONTRAPULSACIÓN AÓRTICA.....	7
CATETERISMO CARDIACO/ ANGIOPLASTIA (ACTP).....	9
CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA Y DESFIBRILACIÓN EXTERNA.....	12
PARACENTESIS.....	15
TORACOCENTESIS.....	18
PUNCIÓN LUMBAR.....	20
PERICARDIOCENTESIS.....	22
COLOCACIÓN DE LA PICC.....	25
TOMA DE PVC.....	27
ASPIRACIÓN DE SECRECIONES.....	29
CONTROLES ANALÍTICOS EN U.C.I.....	31
MEDICACIÓN EN U.C.I.....	33
HOJA DE ENFERMERÍA.....	34
CONCLUSIÓN.....	37
BIBLIOGRAFÍA.....	38

INTRODUCCION

A continuación, presentamos este manual que se trabajó con la finalidad de enriquecer los conocimientos para beneficio propio, donde es abordado de buen contenido que en algún momento nos servirá para nuestra formación en el campo de áreas de la salud y por eso es que uno de los primeros temas de igual manera de gran importancia es donde habla del marcapasos epicutáneo y habla de que es un dispositivo electrónico envía impulsos al corazón para que mantenga el ritmo normal. Su implantación se realiza mediante una pequeña incisión debajo de la clavícula. Un marcapasos artificial es un dispositivo electrónico diseñado para producir impulsos eléctricos con el objeto de estimular el corazón cuando falla la estimulación fisiológica o normal. Estos impulsos, una vez generados, necesitan de un cable conductor (o electro catéter) que se interponga entre ellos para alcanzar su objetivo. De esta forma, un sistema de estimulación cardíaca consta de un generador de impulsos eléctricos (o marcapasos propiamente dicho) y de un cable estos temas son de mucha curiosidad porque a veces solo escuchamos pero cuando conocemos más a fondo que función hace o porque sucede logramos comprender mejor, de igual manera la contra pulsación aortica de igual manera es un dispositivo extravascular en forma de catéter con luz central que permite medir la presión intraaórtica y que tiene un balón de entre 30 y 50 ml, que se coloca en la aorta descendente y que comúnmente se infla con helio de forma sincronizada con el ciclo cardíaco, bien con la onda de pulso en la incisura dicota o, bien con el QRS del electrocardiograma. Esto permite el incremento de la presión diastólica y media en la aorta torácica, con la consiguiente mejoría de la perfusión coronaria son algunas pequeñas instrucciones del que les estoy hablando para tener más o menos una idea de lo que viene y de lo que hablara en este manual, otro tema que también me llamo mucho la atención es la de punción lumbar y este tema habla de punción lumbar o también conocido como punción espinal, es un procedimiento que comúnmente se realiza para obtener muestras de líquido cefalorraquídeo con fines diagnósticos para un análisis bioquímico, microbiológico y citológico, pero que, en ciertas ocasiones, se realiza con fines terapéuticos para instilar fármacos antineoplásicos o para disminuir la presión dentro del sistema nervioso central. En menor grado, también ha sido utilizada para la administración de radionúclidos para la realización de cisternografía con fines diagnósticos oncológicos, espero que al terminar el manual se lleve un poco de conocimiento y también una idea de cómo funciona que pasa con cada una de las enfermedades de igual forma vienen de cómo hacer los cuidados de una manera correcta.

OBJETIVO

- Aprendizaje de cada técnica
- Facilitar la realización de cada técnica
- Elevar la calidad de atención que se le brinda a una persona
- Unificar criterios en la diferente técnica y procedimiento

MARCAPASOS EPICUTÁNEO/TRANSTORÁCICO

Concepto

El MCT o marcapasos transcutáneo, es un aparato que estimula eléctricamente al corazón a través de unos parches colocados externamente en el torso de un paciente generando su despolarización con la consecuente contracción miocárdica».

Objetivo

Aplicar electricidad sobre el corazón para generar su contracción

Material y equipo

- Mando regulador de la intensidad de salida,
- Mando regulador de la frecuencia,
- Interruptor on/off,
- Control de sensibilidad.
- El electro catéter.

Técnica

Hay dos formas de colocarlos.

1. a) La posición antero/posterior es probablemente la más común. El parche/electrodo en posición posterior (de carga positiva) se coloca por debajo del omóplato izquierdo y a un lado de la columna mientras que el parche/electrodo en posición anterior (de carga negativa) se coloca entre los apéndices xifoides y el pezón izquierdo. Evite colocar el parche sobre el pezón.
2. b) La otra posición es la antero-lateral en la que el parche/electrodo negativo se coloca en la línea media axilar izquierda a la altura del quinto espacio intercostal y el parche/electrodo positivo se coloca a la derecha del esternón por debajo de la clavícula. Recordar que debe haber un buen contacto del parche/electrodo con la piel siendo necesario que donde vayamos a pegar el parche/electrodo se encuentre seco, rasurado, no lo coloque sobre parches de medicamentos como NTG, analgésicos, etc., sobre gasas, drenajes, incisiones frescas que de alguna manera interferirán con la transmisión de la energía eléctrica, por incremento de la impedancia.

Indicaciones

- Bradicardia hemodinámica y clínicamente inestable, es decir un paciente con un ritmo cardíaco lento con uno o varios de los siguientes: hipotensión arterial, deterioro mental agudo, dolor precordial, síncope, insuficiencia cardíaca aguda.
- Bradicardia sinusal sintomática.
- Bloqueo AV de 2o grado Mobitz tipo II.

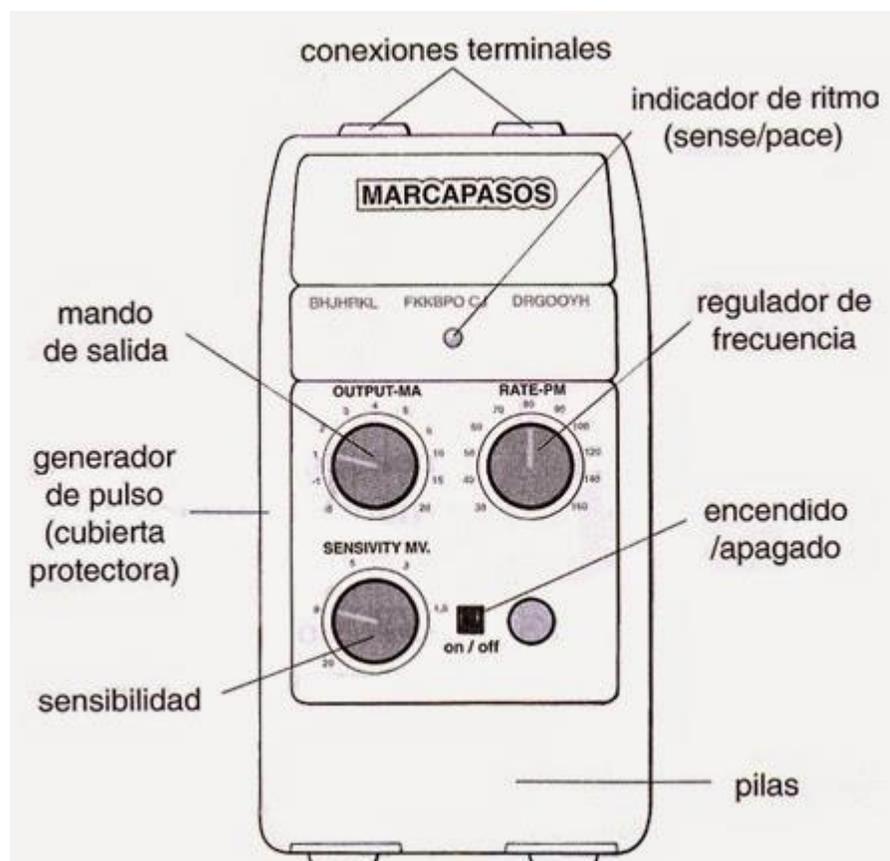
1. Bloqueo AV de 3er grado.
2. Nuevo bloqueo sea de rama izquierda, derecha o alternante o bifascicular.
3. Bradicardia con ritmos de escape ventricular sintomático.

Contraindicaciones

- neumotórax,
- taponamiento cardiaco,
- embolizaciones,
- laceraciones coronarias,
- perforación ventricular por lo que su uso se ha restringido a situaciones de asistolia durante el paro cardiaco y bradicardias profundas que no responden al tratamiento farmacológico o a la estimulación transcutánea en la emergencia.

Cuidados de enfermería

- Prevenir la infección: Inspección diaria del punto de inserción en busca de enrojecimiento, edema, dolor o hemorragia anormal.
- Evitar la descolocación del electrodo vigilando la inmovilización del miembro afecto.



CONTRAPULSACIÓN AÓRTICA

Concepto

Son las intervenciones especializadas del profesional de enfermería dirigidas al paciente que recibe asistencia del balón de contra pulsación intraaórtico (BCIA), a fin de optimizar la perfusión coronaria y el trabajo ventricular izquierdo, así como limitar las posibles complicaciones que se puedan generar durante la asistencia mecánica.

Objetivo

Establecer una guía que oriente la práctica del profesional de enfermería para el cuidado seguro y de calidad del paciente que recibe asistencia con balón de contra pulsación intraaórtico.

Material y equipo

- Consola de BCIA con cables de electrocardiografía y de presión invasiva, tanque de helio.
- Transductor de presiones compatible con el adaptador del cable de presión invasiva.
- Bolsa de presión.
- Monitor de cabecera con cables de electrocardiograma, de presión invasiva y/o de no invasiva y de saturación de pulso.
- Frasco de solución fisiológica de 250 ml con 2,000 UI de heparina.
- Documentos administrativos correspondientes a la institución.
- Carro de urgencias equipado.

Técnica

El implante de un BCIA consiste en la colocación de un dispositivo compuesto por un catéter con un globo alargado en su extremo de material plástico, usualmente látex, en la arteria aorta descendente, a través de la punción de una arteria situada en la, que se infla y desinfla mediante la inyección y succión de gas, habitualmente helio, de manera coordinada con los latidos cardíacos.

Indicaciones

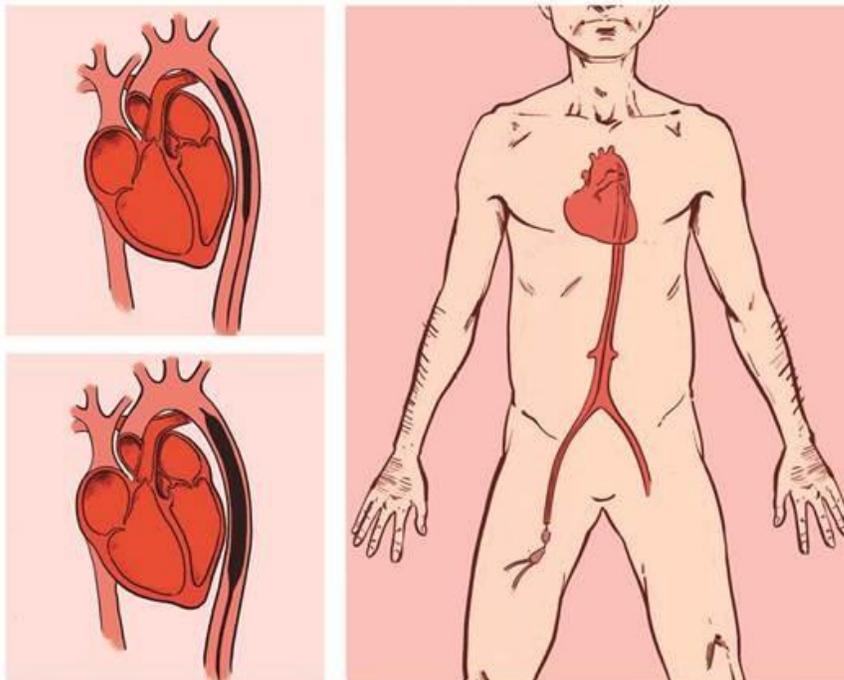
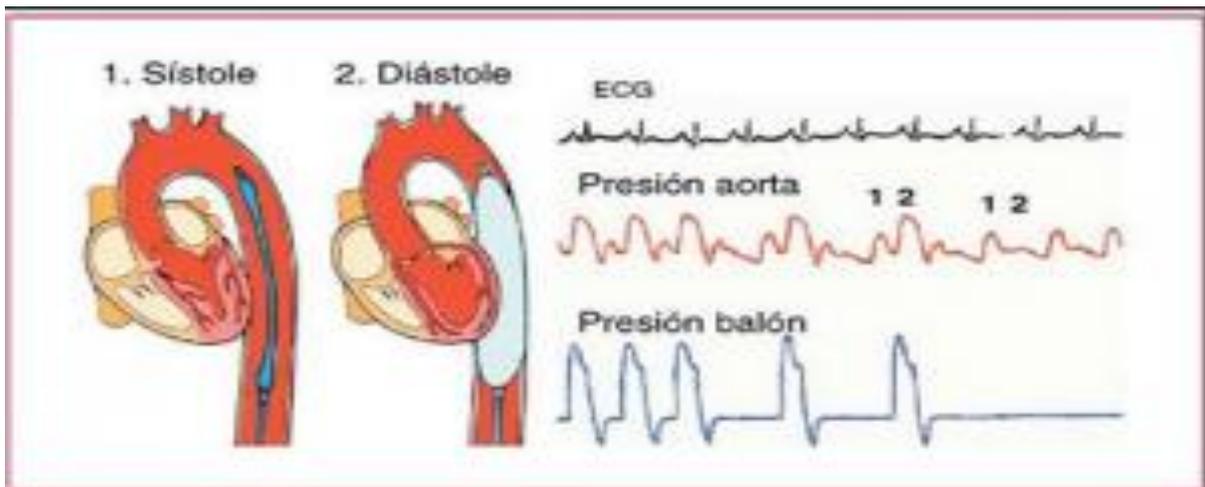
- Verifique la posición adecuada del BCIA a través de la visualización en la placa de rayos X (Figura 1).
- Notifique al médico de cualquier cambio identificado en la placa de rayos X y/o alguna alteración significativa en la hemodinamia del paciente.

Contraindicaciones

- Trombo embolismo, pérdida de pulsos periféricos, síndrome compartimentar, isquemia de extremidades inferiores, complicaciones infecciosas locales, bacterianas y sepsis, rotura del balón y embolismo gaseoso, disfunción plaquetaria, trombocitopenia y hemolisis, isquemia visceral abdominal y paraplejia.
- Reducción en la eficacia de la asistencia ante una sincronización inadecuada.

Cuidados de enfermería

- Valore cada turno el estado de consciencia mediante la escala de Glasgow.
- Identifique datos de ansiedad, si es el caso, refiera con el especialista.



CATETERISMO CARDIACO/ ANGIOPLASTIA (ACTP)

Concepto

La Angioplastia Coronaria Transluminal Percutánea o ACTP, es un procedimiento mínimamente invasivo para desbloquear las arterias coronarias y permitir la libre circulación de la sangre hacia el músculo cardiaco

Objetivo

Permitir la visión radioscópica de las arterias coronarias merced a la canalización de la arteria aorta hasta su raíz y de la administración de un contraste radiopaco, y es una técnica insustituible en la detección de problemas obstructivos en arterias coronarias.

Material y equipo

- Equipo de ropa estéril, fundas de pantallas.
- Gasas y compresas.
- Bateas estériles.
- Aguja para anestesia: subcutánea o intramuscular, según vía de abordaje.
- Bisturí.
- Jeringas estándar 10 ml
- Conexiones para dispositivo mecánico de inyección de contraste.
- Si el sistema de inyección es manual: - Manifold - Transductores de presión y alargadera para toma de presiones. - Sistemas de suero sin toma de aire para suero presurizado y con toma de aire para contraste. - Jeringa luer-lock para inyección manual de contraste. - Cánula de alta presión para inyectora de contraste (para ventriculografía y aortografía)

Material Específico

- Aguja de punción percutánea: 18G para punción femoral y 20G para radial.
- Introdutor: para la inserción y cambio de catéteres sin traumatismo ni sangrado de los vasos. Constan de:
 - Una vaina o pieza externa, con diferentes diámetros y longitud. Tienen una válvula hemostática y brazo lateral para entrada de líquidos y toma de presión.
 - Un dilatador o pieza interna de longitud algo mayor que la vaina, de material plástico duro, para atravesar tejidos fibrosos.
 - Una guía con parte flexible en “J”, con una longitud de varios centímetros superior al dilatador

Técnica

1. Monitorización del paciente
2. Desinfección de la zona de punción y se prepara el campo estéril
3. Preparación, purgado y calibración del 0 de los transductores de presión, previa colocación de éstos a la altura medio auricular.
4. Anestesia de la zona de acceso.

5. Punción con técnica de Seldinger de la arteria seleccionada para cateterismo izquierdo y de la vena para cateterismo derecho.
6. Introducción de la guía del introductor en la aguja de punción, se retira ésta, se enhebra el introductor y se procede a su purgado.
7. Inserción de catéteres, previo lavado con suero fisiológico, se avanzan mediante guía hasta la cavidad cardíaca deseada, donde se purgan y conectan a los sistemas de presión.
8. Toma de presiones intracavitarias. En el cateterismo derecho se obtienen presiones de: aurícula derecha, ventrículo derecho, arteria pulmonar y capilar pulmonar. En el caso de cateterismo izquierdo se obtienen de ventrículo izquierdo y aorta.
9. Angiografía de las cavidades a estudiar que se realiza con inyección de contraste.
10. En algunos casos además se realizan otros procedimientos diagnósticos complementarios como es la obtención de una biopsia cardíaca, la realización de una guía de presión, ecografía intracoronaria e intracardiaca, coherencia óptica y otros, que se describen en otros capítulos de éste manual.
11. Concluido el procedimiento se retiran los catéteres e introductores previa aspiración y se realiza la hemostasia establecida de la zona de punción, mediante compresión manual, mecánica o con dispositivos de cierre percutáneo.

Indicaciones

- Bloqueo en una arteria coronaria durante o después de un ataque cardíaco
- Bloqueo o estrechamiento de una o más arterias coronarias que puede llevar a una función cardíaca deficiente (insuficiencia cardíaca)
- Estrechamientos que reducen la circulación y causan dolor torácico persistente que los medicamentos no controlan

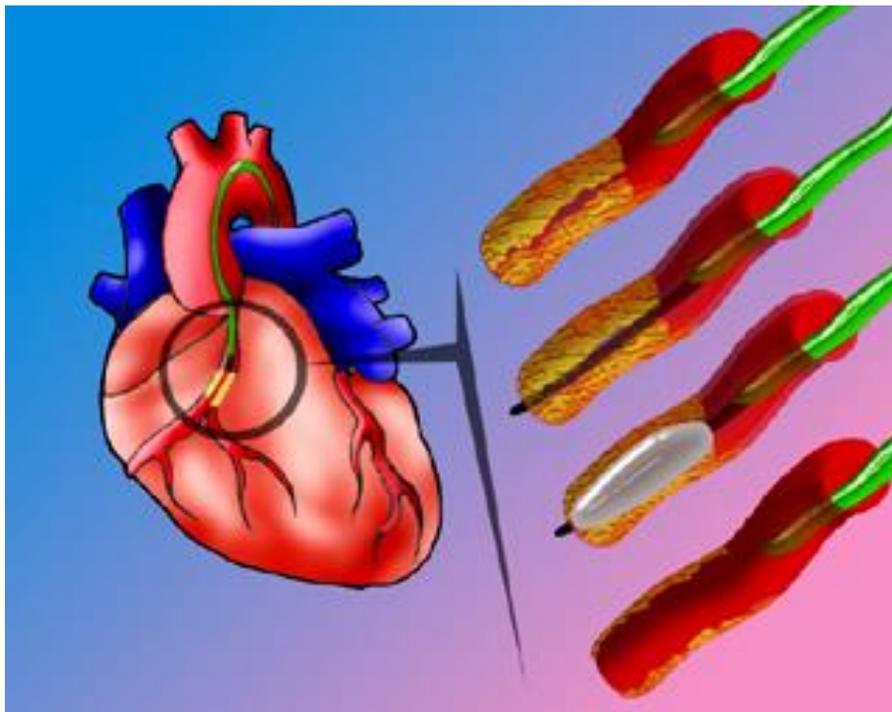
Contraindicaciones

- Reacción alérgica al medicamento empleado en el *stent* liberador de fármaco, al material del *stent* o al medio de contraste radiográfico
- Sangrado o coagulación en un área donde se introdujo el catéter
- Coágulo de sangre.
- Coagulación del interior. Esto puede ser potencialmente mortal.
- Daño a una válvula o vaso sanguíneo del corazón
- Ataque cardíaco

Cuidados de enfermería

- Facilitar la adaptación del paciente y la familia en situación.
- Contribuir a que la estancia sea lo más breve agradable posible
- Proporcionar apoyo emocional en situaciones críticas
- Cooperar en el diagnóstico y tratamiento del problema de salud.
- Prevenir y detectar precozmente las complicaciones.

ANGIOPLASTIA CON STENT



CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA Y DESFIBRILACIÓN EXTERNA

Concepto

La cardioversión consiste en administrar una corriente eléctrica a través de dos electrodos adhesivos o unas palas de un desfibrilador colocadas en la superficie de la pared torácica del paciente y con el objetivo de cardiovertir al ritmo sinusal.

Objetivo

El objetivo es revertir una arritmia cardiaca despolarizando por completo el corazón para que de esta forma el nódulo sinusal pueda asumir de nuevo su papel de marcapasos fisiológicos.

Material y equipo

- Monitor con pulsioxímetro, esfigmomanómetro y registro electrocardiográfico.
- Desfibrilador con modalidad para cardioversión.
- Material necesario para canalizar vía venosa periférica.
- Electrodo adhesivos y gel conductor.
- Cánulas nasales, mascarilla facial de oxígeno y oxigenoterapia.
- Sistema de aspiración completo preparado.
- Bolsa de reanimación autoinflable manual con reservorio conectada a un caudalímetro de oxígeno con capacidad para administrar una FiO₂ del 100%, tubo de Guedel y mascarilla facial de oxígeno.
- Carro de parada cardio-respiratoria avanzado próximo (material de intubación).
- Guantes no estériles.
- Preparar medicación necesaria: Propofol al 1% 1-2 ampollas de 20 ml o midazolam, atropina, adrenalina, flumaceniolo, suero fisiológico 0.9% de 500 CC.
- Linitul, crema hidratante. Crema para quemaduras.

Técnica

1. El paciente permanecerá acostado en decúbito supino, se le retirará la almohada.}
2. Monitorización continua del electrocardiograma, tensión arterial y saturación de oxígeno.
3. Colocar vía periférica con suero fisiológico al 0.9% con llave de tres pasos.
4. Colocar mascarilla de oxígeno al 50% unos minutos antes de sedar al paciente para aumentar oxigenación. Interrumpir el oxígeno durante el choque. Vigilar la saturación de oxígeno durante el procedimiento, no debería bajar del 90%.
5. Iniciar sedación del paciente mediante un fármaco de acción rápida como propofol (habitualmente 1 o 1,5 mg/Kg) o midazolam, debido a que el choque eléctrico resulta doloroso. Usar el suero fisiológico para limpiar vía y con un ritmo rápido para evitar hipotensión.

6. Preparación del desfibrilador:
 - Antes de iniciar el procedimiento asegurarnos del correcto funcionamiento del aparato.
 - Monitorizar electrocardiográficamente mediante el desfibrilador al paciente.
 - Seleccionar la derivación del monitor que ofrezca una onda R de amplitud suficiente para activar la modalidad de sincronización del desfibrilador (por defecto los desfibriladores vienen con la derivación de palas, se recomienda pasar a derivación II).
 - Asegurarnos de que el desfibrilador esté en modo sincronizado.
7. Aplicar los electrodos adhesivos o las palas del desfibrilador con pasta conductora. Ubicación:
 - región infraclavicular derecha paraesternal.
 - quinto espacio intercostal, línea axilar media (ápex del corazón).
8. Seleccionar el voltaje (habitualmente entre 100 y 120 J para flutter y taquicardia auricular, y 120-150 J para fibrilación auricular). Esperar a que cargue, comprobar que el paciente no está en contacto con nada metálico y que todo el personal presente está fuera de contacto del paciente, la cama y el equipo.
9. Antes de la descarga comprobar el nivel de conciencia del paciente. Si es posible realizar el choque durante la espiración.
10. Apretar el botón de carga y presionar fuertemente las palas sobre el tórax, avisar que se va a descargar y a continuación oprimir simultáneamente los botones de las dos palas hasta que se produzca la descarga. No separar las palas del tórax.
11. Visualizar el monitor del electrocardiograma y comprobar si ha entrado en ritmo sinusal, sin separar las palas del pecho. Si continúa con la arritmia administrar un nuevo choque hasta un máximo de tres descargas separadas por un tiempo de 2-3 minutos y observar el ritmo.

Indicaciones

Con la cardioversión eléctrica pretendemos revertir a ritmo sinusal una arritmia cardíaca no auto limitada, y está indicada en las siguientes condiciones:

- fallo del tratamiento farmacológico
- de forma urgente cuando la arritmia se acompaña de compromiso hemodinámico.

Las arritmias que podemos cardiovertir son:

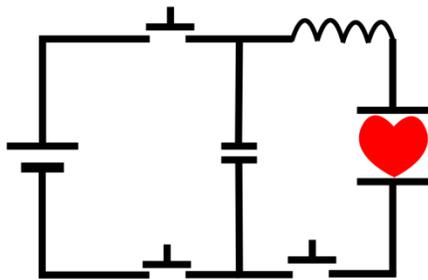
- Fibrilación auricular.
- Fibrilación auricular.
- Taquicardia ventricular.
- Taquicardia auricular.

Contraindicaciones

- Fase aguda del ictus (aparición de fenómenos embólicos).
- Taquiarritmias de origen sinusal.
- Tratamientos prolongados con digitálicos y/o quinidina.
- Hipopotasemia.
- Fibrilación auricular de más de 2 años de evolución.
- Fibrilación auricular lenta.
- Aurícula izquierda muy dilatada.

Cuidados de enfermería

- Vigilar el nivel de consciencia del paciente.
- Control de constantes.
- Realizar ECG que verifique la ausencia de arritmia.
- Mantener oxigenoterapia hasta que el nivel de consciencia lo aumente.
- Valoración de la piel por posibles quemaduras
- Dejar en ayunas dos hora más.
- Registrar el procedimiento.



PARACENTESIS

Concepto

Procedimiento para la extracción de líquido del espacio abdominal. Puede ser un procedimiento diagnóstico o terapéutico. Nos permite evacuar líquido de la cavidad peritoneal.

Objetivos

- Colaborar con el médico para la extracción de líquido de la cavidad abdominal, mediante una punción a través de la pared de dicha cavidad, con fines diagnóstico o terapéutico.
- Prevenir complicaciones derivadas de la punción abdominal.

Material y equipo

- Guantes, mascarilla, bata, paños estériles.
- Solución antiséptica de povidona yodada.
- Anestésico tópico, jeringas y aguja subcutánea o frío local (cloruro de etilo).
- Jeringa de 20 ml o mayor.
- Angiocatéter de calibre 16 o 14.
- Conexión y bolsa para drenaje.
- Tubos para recolección de muestra.
- Albúmina o expansores de volumen sintéticos.

Técnica

1. Indicar al paciente que vacíe la vejiga.
2. Colocar al paciente en posición supina semiinclinado y ladeado hacia el lado izquierdo, con la cabecera ligeramente elevada con una almohada debajo del costado derecho, para que el LA baje hacia al cuadrante inferolateral izquierdo.
3. Identificar el punto de punción, normalmente en la línea imaginaria que une ombligo y espina ilíaca anterosuperior izquierda, a nivel de la zona de unión del tercio externo con los dos tercios internos. Siempre evitando zonas de cicatrices previas por el mayor riesgo de perforar un asa adherida a la pared. Si existe cicatriz, pinchar al menos a 2 cm de distancia.
4. Esterilizar la zona de punción con povidona yodada y colocar un paño estéril. Aplicar la povidona en espiral, es decir, desde la zona del punto de punción hacia fuera.
5. Crear un habón con anestésico tópico en el punto de punción o aplicar frío con cloruro de etilo.
6. Previo a la punción, realizar una ligera tracción de la piel. Para la punción en las paracentesis diagnósticas podemos utilizar una aguja IM de calibre 12-14, pero para las paracentesis evacuadoras es aconsejable utilizar un angiocatéter para drenar el LA: Paracentesis diagnósticas y Paracentesis evacuadoras.

7. En la paracentesis diagnóstica, extraer 20-50 ml en función de las muestras que requiramos, retirar la aguja y colocar un apósito compresivo. Si precisamos valoración urgente, un solo tubo es suficiente para recuento celular con fórmula, glucosa y proteínas. Para un estudio normal, se suele necesitar un tubo para cultivo (un frasco para bacterias aerobias y otro para anaerobias), otro tubo para bioquímica y otro para citología. Si queremos hacer un estudio de posible tuberculosis, habrá que sacar otro tubo solo para esto.
8. En la paracentesis terapéutica, retirar la aguja y dejar colocado el catéter, fijar con gasas y esparadrapo y colocar el conector unido a una bolsa de drenaje. Retirar tras drenar entre 4 y 5 litros, luego retirar el catéter y cubrir con un apósito.
9. En los pacientes con cirrosis con paracentesis terapéutica, es necesario realizar una expansión de volumen para minimizar la alteración hemodinámica si se realizan extracciones mayores de 5 litros. La expansión se lleva a cabo con la administración de albúmina 8 g/l. En caso de extracciones menores de 5 litros se pueden emplear expansores sintéticos.

Indicaciones

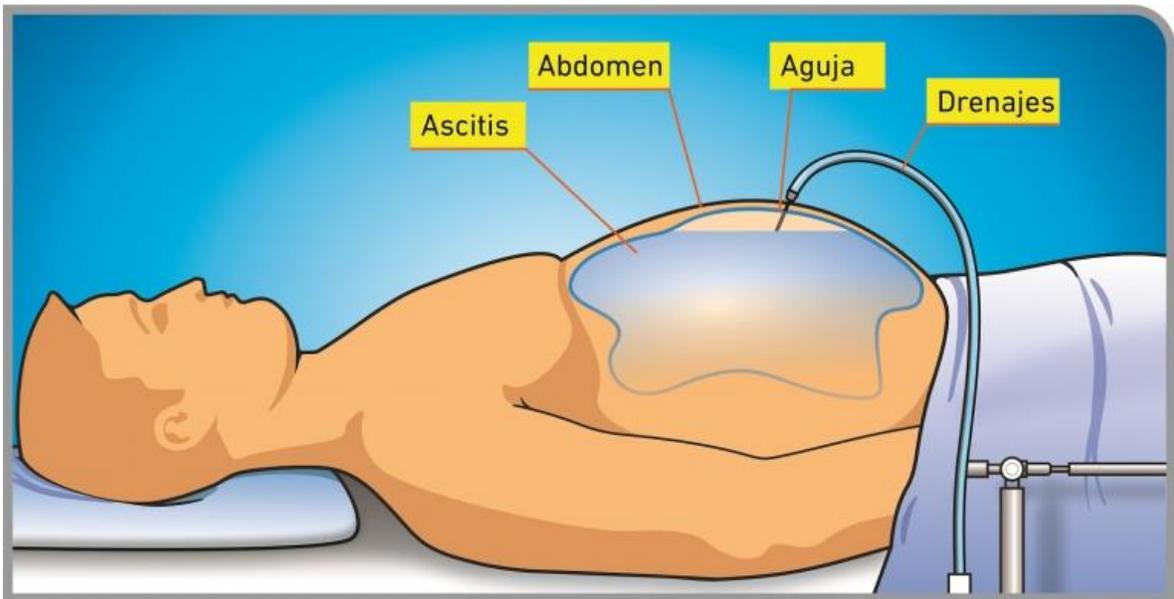
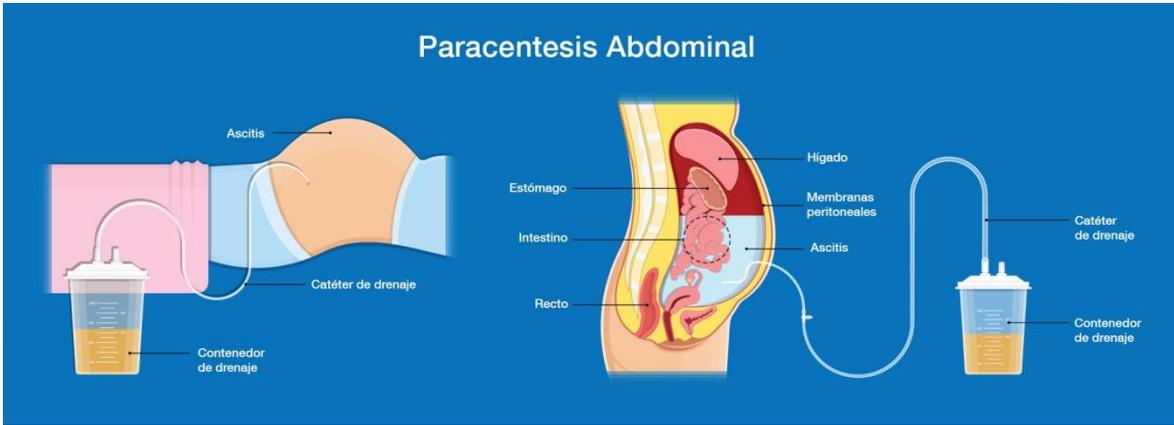
- Toda ascitis de reciente comienzo que requiera ingreso hospitalario.
- Ascitis a tensión que origine insuficiencia respiratoria, sea refractaria a tratamiento médico o acompañante de lesión expansiva en el hígado.
- Ascitis que cursa con deterioro clínico.
- Ascitis que asocia signos de infección en pruebas de laboratorio.
- Sospecha de hemoperitoneo.

Contraindicaciones

- Trastorno grave, no corregido, de la coagulación sanguínea, trombocitopenia grave asociado a fibrinólisis primaria o a una coagulación intravascular diseminada clínicamente manifiesta.
- Obstrucción intestinal.
- Infección de la pared abdominal.

Cuidados de enfermería

- Valorar estados generales.
- Calidad y cantidad de líquidos extraídos.
- Etiquetar muestras y enviarlas al laboratorio.
- CVS cada quince la primera hora, cada treinta siguiente dos horas y cada una hora por dos horas. Medir tiempo post procedimiento y cada 4 horas.
- Examinar el apósito.
- Medir perímetro abdominal-peso.
- Reposo 24 horas para no activar sistema R-A-A.
- BH estricto, CSV.
- Valorar si existe hipovolemia, pérdida de ELP, cambios en el estado mental.



TORACOCENTESIS

Concepto

La toracocentesis es una técnica insignificadamente molesta utilizada para analizar y tratar las radiaciones pleurales, una afección en la que hay un líquido innecesario en el espacio pleural, también llamado agujero pleural. Este espacio existe entre el exterior de los pulmones y dentro del divisor de cofres. Para evadir epoc y atelectasia.

Objetivos

- Facilitar la remoción de líquido, sangre o aire del espacio pleural o el mediastino.
- Evitar la entrada de aire atmosférico en el espacio pleural mediante el uso de una trampa de agua.
- Restaurar la presión negativa del espacio pleural.

Material y equipo

- 1 aguja o trocar calibre 16-18 F
- 1 llave de 3 pasos.
- Jeringuilla de 20 a 50 CC.
- Solución anestésica.

Técnica

1. El paciente se coloca, sentado al revés, en una silla.
2. Desinfección de la piel de la zona a puncionar.
3. Infiltrar un anestésico local en todo el espesor de la pared de la zona a puncionar.
4. Puncionar en la Línea axilar media (o en la línea axilar posterior) a la altura del 7mo8vo Espacio intercostal. Incidir siempre por el borde superior de la costilla inferior del espacio elegido.
5. Usar una aguja gruesa de bisel corto. Avanzar hasta vencer la resistencia de los planos y, desde ese momento, hacerla progresar 2cm. Adicionales. Como medida de precaución, colocar en la aguja de punción una pinza a nivel de la longitud a pasar. Con esto evitamos traspasar y, además, fijamos la aguja a la piel. Evitar lesionar el pulmón subyacente.

Indicaciones

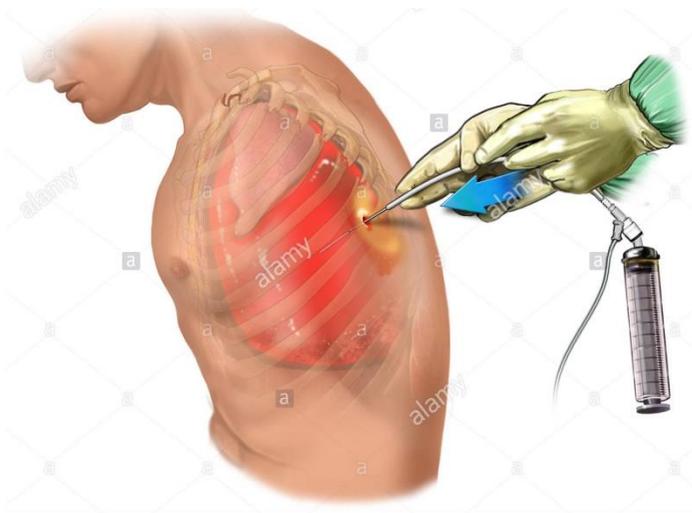
- Diagnóstico etiológico del derrame pleural.
- Extracción terapéutica de líquido pleural o aire (como medida inicial en un neumotórax a tensión).

Contraindicaciones

- Diátesis hemorrágica.
- Anticoagulación.
- Pequeña cantidad de líquido en el tórax.
- Pacientes ventilados mecánicamente.
- Cuando el riesgo excede el beneficio que será obtenido con este proceder.

Cuidados de enfermería

- Conocer patrón respiratorio del paciente.
- La edad del paciente.
- El estado de salud del paciente.
- Toma de medicación anticoagulante.
- Realización de radiografía de tórax previa, nos indica el tipo de técnica.
- Dado el consentimiento del paciente.
- Conocer alergias a fármacos, antiséptico o látex.
- Antes de comenzar es aconsejable comprobar que el sistema de vacío funciona con normalidad y que los recéptales están montados adecuadamente.
- Informar al paciente de la técnica a realizar, indicación, riesgo, complicaciones.
- Colocar al paciente en la posición adecuada: en sedestación, inclinado hacia delante, con los brazos apoyados sobre una mesa auxiliar, protegida con almohadas.



PUNCION LUMBAR

Concepto

Procedimiento que comúnmente se realiza para obtener muestras de líquido cefalorraquídeo con fines diagnósticos para un análisis bioquímico, microbiológico y citológico, pero que, en ciertas ocasiones, se realiza con fines terapéuticos para instilar fármacos antineoplásicos o para disminuir la presión dentro del sistema nervioso central. En menor grado, también ha sido utilizada para la administración de radionucléidos para la realización de cisternografía con fines diagnósticos oncológicos.

Objetivo

Evaluar la presión intracraneal y la composición del líquido cefalorraquídeo (véase tabla Alteraciones del líquido cefalorraquídeo en distintos trastornos) Reducción terapéutica de la presión intracraneal.

Material y Equipo

- Bata estéril.
- guantes estériles. Gasas estériles.
- Trócares para punción lumbar.
- Aguja IM, IV o SC.
- Antiséptico.
- Jeringas de 5 y de 10 ml.
- Tubos para recoger muestras transparente.
- Tubos para recoger muestras con gel de cultivo.

Técnica

1. La punción lumbar debe realizarse después de una exploración neurológica completa. Puede producirse una morbilidad y mortalidad significativa si el procedimiento se realiza en el paciente incorrecto.
2. Colocar al paciente en decúbito lateral o sentado.
3. Flexionar al paciente para aumentar los espacios intervertebrales. Decúbito lateral: rodillas flexionadas y pelvis hacia los hombros, manteniendo el plano de la espalda paralelo al suelo.
4. Sentado: hacer que el paciente se incline hacia delante, colocando los brazos sobre una mesa de Mayo o una silla.
5. En los adultos la médula espinal termina en el espacio intervertebral L1- L2, y la punción lumbar debe llevarse a cabo por debajo de este nivel para evitar una lesión medular. Para encontrar un espacio intervertebral seguro en el que llevar a cabo el procedimiento, localizar primero las crestas ilíacas. A este nivel, palpar las apófisis espinosas y localizar el espacio intervertebral a este nivel (generalmente, el espacio L3-L4).
6. Preparar un campo estéril.

7. Inyectar la lidocaína con la aguja de calibre 25 para provocar un habón en la superficie de la piel a nivel del espacio intervertebral.
8. Utilizar la aguja de calibre 22 más larga para inyectar la lidocaína en los tejidos más profundos para anestesiarse el espacio intervertebral.
9. Conectar el manómetro.
10. Con la aguja de punción lumbar, puncionar la piel en el espacio elegido, dirigiéndola hacia la línea media y el ombligo.

Indicaciones

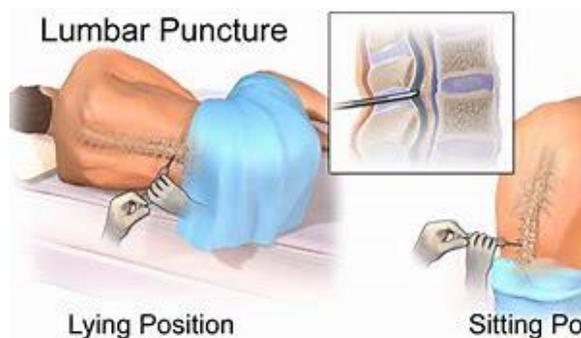
- La sospecha de infección del SNC.
- Como meningitis.
- Sospecha de hemorragia subaracnoidea.
- Diagnóstico y tratamiento de un seudotumor cerebral.

Contraindicaciones

- INR mayor 1.5.
- Si el paciente recibe heparina de bajo peso molecular esperar 12-24 horas.
- Plaquetas en número menor.
- Elementos focales neurológicos con o sin edema de papila.
- Infección local en el sitio de la PL.

Cuidados de enfermería

- El paciente, tras la técnica permanecerá en decúbito supino sin almohada al menos durante dos horas.
- Medir presión arterial y frecuencia cardíaca cada 30 minutos, durante dos horas, para detectar hipotensión que pueda producirse por bloqueo simpático (sobre todo en la anestesia epidural).
- Vigilar el punto de punción, observando la presencia de hemorragia.
- Iniciar tolerancia oral tras la técnica, preferentemente líquidos.
- Valorar signos vitales y neurológicos cada 8 horas, anotándolos en su hoja de evolución.
- Habitualmente se aconseja reposo en cama durante 24 horas e ingesta hídrica abundante. Todo ello es para evitar una cefalea pos punción lumbar, que suele aparecer en ocasiones cuando el paciente empieza con su vida normal.



PERICARDIOCENTESIS

Concepto

La pericardiocentesis se define como un tipo de técnica médica que involucra al pericardio del paciente. De esta manera, se utiliza instrumental especializado (por norma general se emplea una aguja muy fina). Así, el equipo médico es capaz de extraer líquido del saco pericárdico del sujeto en una breve intervención. Por otra parte, el pericardio es una estructura interna con forma de saco o cavidad que alberga al corazón de manera usual. Asimismo, se encuentra compuesto por dos capas que presentan características diversas.

Objetivo

Técnica de elección utilizada para el drenaje del líquido, que se realizará de forma urgente o programada, según la situación hemodinámica del paciente. En el caso de derrames crónicos la indicación de pericardiocentesis diagnóstica no está claramente establecida.

Material y equipo

- Preparación de la piel.
- Gasas estériles.
- Solución de alcohol-acetona.
- Solución de povidona yodada.
- Campo estéril.
- Mascarilla, bata y guantes.
- Paños de campo.
- Pinzas para paños.
- Anestesia local.
- Jeringa de 10 CC.
- Aguja: calibre 25 x 1,5 cm, calibre 21 x 4 cm.
- Lidocaína al 1 por 100, 10 CC.
- Pericardiocentesis.
- Jeringas de 10 cc y de 50 CC.
- Válvula con llave de tres pasos.
- Tubo de conexión para la válvula.
- Catéter-aguja (instrumental para cateterismo de la yugular y subclavia con aguja 14 de pabellón metálico).
- Aguja de punción lumbar, calibre 18 x 9 cm Pinza de cangrejo estéril.
- Electrocardiógrafo, aislado eléctricamente.
- Cubeta colectora estéril.
- Material adecuado para la realización de urja reanimación cardiopulmonar.

Técnica

1. Conectar al paciente las derivaciones para los miembros del electrocardiógrafo.
2. Utilizar mascarilla, bata y guantes.
3. Preparación del campo. Sobre el abdomen y parte inferior del tórax. Lavado y desinfección.
4. Inyectar anestesia local.
5. Usar lidocaína al 1 por 100.
6. Inyectar en el ángulo costo-xifoides izquierdo 1-2 cm por debajo del reborde costal.
7. Infiltrar profundamente en dirección al arco costal.
8. Después de que la aguja haya avanzado, aspirar cuidadosamente (puede existir líquido pericárdico).

Indicaciones

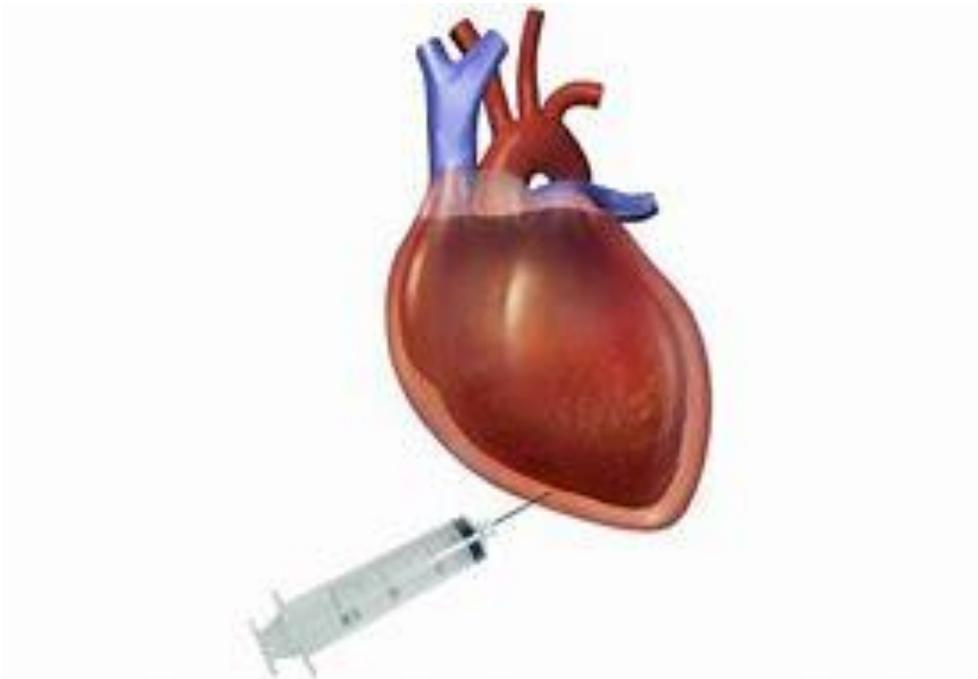
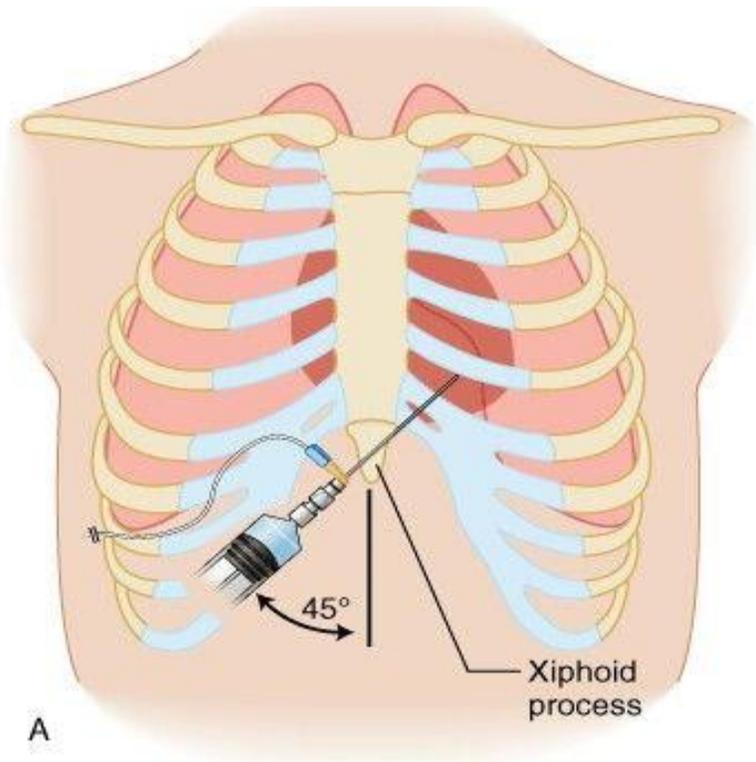
- Alivio de emergencia en caso de taponamiento cardiaco.
- Drenaje de derrames pericárdicos.
- Diagnóstico etiológico de un derrame pericárdico.
- Alteraciones importantes de la hemostasia. Deberían ser corregidas previamente, excepto en casos de emergencia.

Contraindicaciones

- Alteraciones anatómicas de la pared torácica o de su contenido.
- Infecciones locales en el trayecto de la punción.
- Trastorno de la coagulación.

Cuidados de enfermería

- Ayudar a recoger muestras en los tubos correspondientes y cumplimentar los volantes.
- Desinfección del punto de punción con Povidona yodada y colocar apósito o bolsa de drenaje.
- Nuevo control ecocardiográfico.
- Vigilar signos y síntomas de lesión cardiaca o taponamiento: Hemorragia, arritmias, descenso de TA, aumento de PVC o alteraciones respiratorias.
- Reposo en cama y probar tolerancia a líquidos a las 4-6h, valorándolo en cada paciente.
- Registrar cuidados realizados e incidencias y anotar cantidad drenada y características del líquido.
- Retirada posterior del drenaje: Se retira de la misma manera que cualquier otro drenaje. En algunos centros hospitalarios, lo retira el médico.



COLOCACION DE PICC

Concepto

Es un Catéter Central de Inserción Periférica cuya punta se queda en el tercio inferior de la vena cava superior, disponiendo así de una vía central de larga duración (de 6 meses a 1 años). Pueden tener entre 1-3 luces.

Objetivo

El objetivo principal de su PICC es preservar su capital venoso. Con él le evitaremos durante su tratamiento punciones venosas de manera segura, y por tanto, reduciremos su dolor y malestar. Este PICC sirve para: Administrar medicación o suero terapia

Material y equipo

- •Paño fenestrado estéril.
- •Bata y guantes estériles.
- •Mascarilla y gorro.
- •Clorhexidina alcohólica al 2%.
- •Gasas y compresas estériles.
- •Jeringas de 10cc y 1cc.
- •Mepivacaina al 2%.
- •SF.
- •PICC + Micropunción Seldinger.
- •Ecógrafo kit esteril.
- Apósitos transparentes y malla de sujeción.

Técnica

1. Usted se acuesta boca arriba.
2. Se ata un torniquete (correa) alrededor del brazo cerca del hombro.
3. Se emplean imágenes de ultrasonido para escoger la vena y guiar la aguja hasta dicha vena. Con el ultrasonido, se busca dentro del cuerpo con un dispositivo que se mueve sobre la piel. No se siente dolor.
4. Se limpia la zona donde se introducirá la aguja.
5. Le aplican una inyección con unos medicamentos para insensibilizar la piel. Esto puede picar por un momento.
6. Se introduce una aguja, luego un alambre guía y un catéter. El alambre guía y el catéter se desplazan a través de la vena hasta el lugar adecuado.
7. Durante este proceso, el sitio de punción con la aguja se agranda un poco más con un bisturí. Después de esto, se cierra con uno o dos puntos de sutura. Esto no le dolerá.
8. El catéter que se introdujo va conectado u otro catéter que permanece por fuera del cuerpo. Usted recibirá medicamentos y otros líquidos a través de este catéter.

Indicaciones

- Tratamiento de larga duración.
- Fármaco vasoactivo, irritante o flebotóxico.
- NPT.
- Monitorización PVC.

Contraindicaciones

- Trombosis sistema venoso profundo. Trombosis reciente.
- Alteración anatómica.
- Infección piel.
- Quemaduras severas.
- Vaciamiento ganglionar reciente.

Cuidados de enfermería

- Mantener libre de patógenos (cura estéril).
- Mantener el catéter fijo.
- Mantener el catéter permeable y detectar si está obstruido.
- Curas c/7d (uso precoz película protectora).



TOMA DE PVC

Concepto

Toma de Presión Venosa Central (PVC) consiste en la **medición** de la presión que existe en la aurícula derecha para valorar la volemia y el tono vascular del paciente, se mide en cm de agua. Esta medición sólo será posible realizarla si el paciente tiene canalizada una vía central.

Objetivo

La presión venosa central es de gran utilidad para evaluar dos parámetros muy relevantes en el manejo del paciente críticamente enfermo:

- Nivel de volemia.
- Función del ventrículo derecho.

El valor de PVC correlaciona directamente con el volumen de sangre circulante. Así pues, cuanto más baja es la PVC, menor cantidad de líquido disponible en el espacio intravascular.

Material y equipo

- Tubo de extensión macho-macho.
- Llave de 3 vías.
- Solución fisiológica (frasco de 250 cc).
- Equipo de infusión.
- Regla de PVC.
- Guantes estériles.
- Una vez que se tiene organizado y a la mano todo el material, se puede proceder a medir la PVC, bien sea empleando la técnica manual o la automatizada.

Técnica

1. Se le informa al paciente el procedimiento que se llevara a cabo.
2. Se ubica al paciente decúbito supino, percatándonos que la cama este horizontal.
3. Debemos lavarnos las manos y preparar los equipos de la siguiente manera: Ponemos una llave de tres vías entre el sistema de líquidos, el nanómetro y el paciente.
4. Se cierra la llave para el paciente, y se deja que la solución llene el nanómetro.
5. Luego se abre la llave de tres vías para el paciente, y se cierra para la solución, el nanómetro ira perdiendo volumen, hasta donde llega este volumen es el valor de la PVC, que debe ser tomada en la espiración, porque en la inspiración aumenta la presión torácica.

Indicaciones

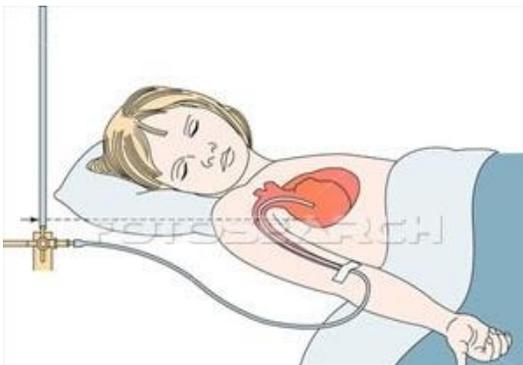
- Insuficiencia circulatoria aguda.
- Transfusión sanguínea masiva prevista para terapia de reemplazo de fluidos.
- Reemplazo cuidadoso de fluidos en paciente con estados cardiovascular comprometido.
- Sospecha de taponamiento.

Contraindicaciones

- Cuando otras intervenciones diagnóstica y terapéuticas tienen prioridad.
- Enfermedad cardiopulmonar.

Cuidados de enfermería

- Higiene de manos: lavado higiénico de manos con agua y jabón y posteriormente solución hidroalcohólica o lavado antiséptico de manos.
- Manipular lo mínimo indispensable el catéter
- Ponerse guantes estériles para cada manipulación.
- Posición adecuada y cómoda del paciente y del personal.



ASPIRACION DE SECRECIONES

Concepto

Es realizado para eliminar las mucosidades que impiden la entrada de aire de la boca a los pulmones. Se realizará cuando haya secreciones (mucosidades) visibles y cuando se detecten sonidos respiratorios que nos indiquen la existencia de secreciones, para mantener limpias las vías aéreas, la aspiración de secreciones es un procedimiento efectivo cuando el paciente no puede expectorar las secreciones, ya sea a nivel nasotraqueal y orotraqueal, o bien la aspiración traqueal en pacientes con vía aérea artificial

Objetivo

- Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.
- Favorecer la ventilación respiratoria.
- Prevenir las infecciones y atelectacias ocasionadas por el acumulo de secreciones.

Material y equipo

- Aparato de aspiración.
- Guantes desechables estériles.
- Solución para irrigación.
- Jeringa de 10 ml (para aplicación de solución para irrigación y fluidificar las secreciones)
- Sondas para aspiración de secreciones.
- Solución antiséptica.
- Riñón estéril.
- Jalea lubricante.
- Gafas de protección y cubre bocas.
- Ambú.

Técnica

- Realizar higiene de manos según PD-GEN-105.
- Ponerse mascarilla, gafas de protección ocular y bata.
- Comprobar la presión negativa de la unidad ocluyendo el extremo de los tubos de succión antes de conectar la sonda de aspiración. Se recomienda una presión negativa de 120-150 mm de Hg en adultos, 80-120 mm de Hg en adolescentes, 80-100 mm de Hg en niños y 60-80 mm de Hg en neonatos.
- Oxigenar al paciente al menos 30 segundos, a menos que exista contraindicación, si presenta disminución de oxígeno y/o alteraciones del ritmo cardiaco durante la aspiración y si recibe oxígeno suplementario de forma continua (2).
- Colocarse los guantes estériles.

Indicaciones

- No forzar nunca la sonda si se encuentra una obstrucción. En caso de que el paciente se encuentre monitorizado, vigilar: presión arterial, frecuencia cardiaca, arritmias, bradicardias y saturación de oxígeno.
- Animar al paciente a que respire profundamente y tosa entre cada aspiración.
- En caso de recogida de muestra para cultivo se utilizará el recipiente adecuado y se enviará la muestra al laboratorio de Microbiología debidamente etiquetada.

Contraindicaciones

- Hipoxemia refractaria.
- Hipertensión arterial sistémica severa.
- Arritmia cardiaca por hipoxia.
- Hipertensión intracraneal.
- Eficiencia clínica.

Cuidado de enfermería

- La técnica de aspiración de secreciones ha de ser estéril en todo momento, ya que se realiza una invasión de las vías respiratorias, que se encuentra en condiciones de esterilidad.
- Evitar realizar aspiración de secreciones tras las comidas.
- Utilizar una sonda nueva cada vez que se realice la maniobra de aspiración para mantener la esterilidad.
- Observar signo de dificultad respiratoria o cardiaca.
- Dejar equipo de repuesto tras cada aspiración.



CONTROLES ANALITICOS EN U.C.I.

Concepto

Durante la terapia el paciente requiere de controles analíticos, manejo del catéter venoso antes y después de finalizar la terapia, control del equipo-sistema, además de las constantes y estado del paciente, debido a las complicaciones asociadas a esta técnica, ya sea relacionadas con la inserción del catéter, inestabilidad hemodinámica al iniciar y durante la terapia, intolerancia al tratamiento, trastornos iónicos, de coagulación, a nivel respiratorio, etc., que puedan surgir.

Objetivo

- Unidad de vigilancia intensiva.
- Unidad de cuidados críticos. Centro de tratamiento intensivo.
- Unidad de medicina intensiva o unidad de terapia intensiva es una instalación especial dentro del área hospitalaria que proporciona medicina intensiva.
- Los pacientes candidatos a entrar en cuidados intensivos son aquellos que tienen alguna condición grave de salud que pone en riesgo su vida y que por tal requieren de una monitorización constante de sus signos vitales y otros parámetros, como el control de líquidos.

Material y equipo

- Cama y colchón.
- Ventilador mecánico.
- Bombas de infusión.
- Oxigenoterapia.
- Sistema de aspiración.
- Monitor.
- Powerbar.
- Desfibrilador.
- Carro individualizado con medicamentos.
- Cesto de residuos.

Técnica

1. Diversos profesionales integran las unidades de cuidados intensivos.
2. El médico perteneciente a la unidad de cuidados intensivos, comprendido como intensivista, consta de una especialidad en lo que atención crítica se refiere así como los conocimientos y habilidades necesarios para el desarrollo de las actividades necesarias.

3. La regulación de especialidades médicas y la consiguiente homologación en la Unión Europea varía con el paso del tiempo con lo cual los criterios se adecuan a las necesidades y requerimientos de cada momento.
4. Por otra parte, los profesionales en enfermería pertenecientes a las unidades de cuidados intensivos son enfermeros altamente especializados, con frecuencia poseedores de una especialidad formal en enfermería intensiva a un nivel de especialización o maestría, dependiendo del ambiente formativo del país. Los enfermeros que trabajan en estas áreas poseen un ratio de 1:1 o de 2:1, es decir, un paciente por enfermero o máximo dos.



MEDICACIÓN EN U.C.I

Concepto

Sus funciones implican avisar al médico tratante sobre alguna interacción medicamentosa que pueda generar daño al paciente o que no sea tan efectivo al interactuar con otros medicamentos que se hayan recetado anteriormente. También indican si el paciente está recibiendo un alta/baja dosis de antibióticos que puedan dañar tratamientos posteriores.

Objetivo

Detener o prevenir enfermedades; para aliviar síntomas; o para ayudar a diagnosticar algunas enfermedades.

Los 15 correctos de la medicación

1. Higiene de las manos antes de cualquier procedimiento (sobre todo antes de la preparación y administración de fármacos).
2. Estar enterado de antecedentes alérgicos del paciente.
3. Tomar los signos vitales antes de la administración del fármaco.
4. Medicamento correcto.
5. Dosis correcta.
6. Vía de administración correcta.
7. Hora correcta.
8. Paciente correcto.
9. Técnica de administración correcta.
10. Velocidad de infusión correcta.
11. Verificar la fecha de caducidad.
12. Preparare y administre usted mismo el medicamento.
13. Realice el registro de los medicamentos usted mismo después de administrarlos.
14. No administrar medicamentos bajo órdenes verbales.
15. Educar al paciente y su familia sobre el fármaco que se administra.

HOJA DE ENFERMERIA

Concepto

- La hoja de enfermería, es un conjunto de datos clínicos del paciente, escritos por el personal de enfermería de las instituciones de salud.
- Es llenado a mano, es decir, a puño y letra por la enfermera siempre que tenga a cargo el cuidado de un paciente, la letra debe ser clara y legible.
- La hoja de enfermería es un documento legal.
- Debe contener datos específicos del paciente, el llenado de la hoja de enfermería debe ser preferentemente en color negro, sin embargo, a este respecto, depende mucho de la institución donde se esté laborando.
- En la hoja de enfermería se describen los actos y hechos relevantes a la atención que se está prestando a un paciente.
- Su contenido es preciso y los datos pueden ser transferidos a otros registros en caso de que sea necesario.
- La **hoja de enfermera** es confidencial y solo puede ser leída por los profesionales de la salud.

Objetivo

La finalidad u objetivos que se tienen en las instituciones para que el personal de enfermería haga el llenado de esta hoja son:

- Redactar y dejar precedente sobre todos los datos de importancia sobre el paciente encamado, en una forma real, concisa, legible, completa y oportuna.
- Brindar continuidad en el cuidado proporcionado por el personal de enfermería a través de estos registros.

Especificaciones de cada rubro de la hoja

Para la elaboración del registro de la hoja de enfermería, se suelen utilizar diferentes colores de tinta, esto para diferenciar los turnos de la institución, de tal manera que se verá de la siguiente manera

TURNO	COLOR
MATUTINO	AZUL
VESPERTINO	VERDE
NOCTURNO	ROJO
JORNADA ACUMULADA	NEGRO

Rellenado correcto de la hoja de enfermería

Se considera confidencial toda la información personal que me sea revelada y todos los asuntos familiares de los que tenga conocimiento en el ejercicio de mi profesión”.

“Seré una fiel asistente de los médicos y dedicaré mi vida al bienestar de las personas confiadas a mi cuidado”

El contenido no debe tener ningún tipo de prejuicio o juicio de valor personal, sino más bien, deben ser 100% objetivos, el lenguaje debe ser siempre positivo.

Un claro ejemplo puede ser...

- El paciente refiere consumir dos vasos de vino al día
- El paciente es alcohólico

Preciso y exacto

- Todos los hechos se deben anotar con absoluta precisión, deben ser completos, sobre todo, fidedignos, un claro ejemplo sería...
- A las 14:00 horas, el paciente presenta apósito con residuos de contenido hemático en color brillante.
- Se ve apósito manchado de sangre.

Legible y claro

Se debe escribir con claridad y buena ortografía, evitar el uso de abreviaturas a excepción de las que son de uso común, evitar aquellas abreviaturas que puedan confundirse.

Hoja de enfermería pasó a paso.

• Hoja de ingreso

- Se anotan los datos biográficos básicos y algunos sociales del paciente.
- Contiene información precisa que la enfermera puede transcribir a otros registros cuando sea necesario.
- Esta hoja es confidencial y solo puede mostrarse a los profesionales de la salud.

• Expediente del paciente

- El expediente suele incluir:
 - Hoja de ingreso.
 - Hoja frontal.
 - Hoja de órdenes médicas.
 - Hoja de historia clínica.

- Notas de las enfermeras.
- Otros informes.

• Hoja de historia clínica

- Es un registro de antecedentes personales y médicos del PTE.
- Esta hoja es llenada por el médico.
- Proporciona información sobre el estado médico del enfermo, afecciones anteriores, antecedentes familiares y terapéuticas médica actual.

• Hoja de órdenes medicas

- Es el registro escrito de las instrucciones del médico para el tratamiento del PTE.
- Son revisadas con regularidad por el personal de enfermería para buscar nuevas instrucciones
- Incluye el nombre del médico, hora en que lo indicó y firma.

• Hoja de registro de enfermería

- Es el registro de las observaciones, cuidados, procedimientos y medicamentos administrados al paciente.
- Objetivos.
- Consignar en la historia clínica todos los datos respecto al paciente en forma real, completa, concisa, legible y oportuna.
- Dar continuidad del cuidado proporcionado por el profesional de enfermería mediante los registros que realiza.
- Notas de enfermería.

CONCLUSION

Al haber terminado de leer este manual logramos comprender un poco más del tema y está realizado con la finalidad de que aquella persona del área de salud se interese por el aprendizaje y que tenga siempre esa inquietud de no quedarse solo con poco de conocimiento porque uno nunca deja de aprender y más si se trata del área de salud, solo fue una pequeña introducción con buen contenido resumido pero en lo más explícito posible por ejemplo en el tema de marcapasos epicutáneo transtorácico dice que es una técnica de emergencia que permite estimular la contracción ventricular en presencia de bloqueo AV o bradicardia sincopal, mediante la colocación de dos electrodos adhesivos desechables que transmiten a través de la piel un impulso eléctrico. Se debe conseguir generar contracción ventricular, podemos entender cómo es que podemos saber si funciona correctamente produce impulsos eléctricos de suficiente intensidad para desencadenar una activación y contracción cardíacas ordenadas. La cantidad mínima de corriente que es capaz de “capturar” continuamente al corazón se denomina umbral de estimulación nos da una introducción para entender mejor acerca de este tema, otro de los temas también que nos enseña mucho es contrapulsación aórtica El uso de balón de contra pulsación aórtico está habitualmente presente en el ámbito de los servicios de hospitales con cirugía cardíaca. En los enfermos cardíacos complicados con indicación de procedimiento invasivo percutáneo o quirúrgico, se ha demostrado que el uso temprano y preoperatorio de este tipo de soporte mejora los resultados tras la resolución de la situación creada con la cirugía cardíaca pertinente en cada caso, Si la selección, los cuidados y el seguimiento de los pacientes son adecuados, la contra pulsación aórtica puede proporcionar la estabilidad hemodinámica y la mejoría transitoria a muchos pacientes que precisan un tratamiento quirúrgico o invasor, todos los temas encontrados en este manual está hecho para brindar calidad a los pacientes por eso es importante siempre buscar más información hasta quitarnos la inquietud.

BIBLIOGRAFIA

Marco Tulio Mérida (2001) Patología General y Bucal. Edit Universidad de Carabobo. •
http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/histologia/sistema_inmunitario.pdf

Palleja Gutiérrez, E., López Carranza, M. and Jiménez Vilches, P., 2017. Catéteres Venosos De Inserción Periférica (PICC): Un Avance En Las Terapias Intravenosas

Colliere-MF. Promover la vida. México: Interamericana McGraw-Hill, 2003. p.7. 2. MarrinerTomey A, Alligood-MR. Modelos y teorías en enfermería. 5ª ed. Madrid: Harcourt, 2002.

García Flores-M. Beneficios derivados de la evaluación de calidad de enfermería. IV Reunión Nacional de Enfermería. 1º semana internacional de calidad en la salud.
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/com>

1. Ruano, M. Manual de Soporte Vital Avanzado. 2ª edición. Editorial Masson, 2000. 2. Garrote, JA. Martín Huerta, E. Et al. Guías de práctica clínica de la sociedad española de cardiología en arritmias cardíacas. Revista española de cardiología 2001; 54: 307-367. <http://www.enfermeriadeurgencias.com>

Aguilar Rodríguez F. Manual de diagnóstico y terapéutica Médica. Hospital Universitario 12 de Octubre. 7.ª edición. Evans RW. Medicina de urgencias. Judith E. Tintinalli, 6.ª edición. Tomo I. Ed. Mc Graw Hill. <https://amf-semfyc.com>

Autor principal (primer firmante): Paloma Rández González Incluido en la revista Ocronos. Vol. IV. Nº 2–Febrero 2021. Pág. Inicial: Vol. IV; nº2: 104 26 de Enero, 2021 <https://revistamedica.com/indicaciones-contraindicaciones-picc/>