

2021

# MANUAL DE PRACTICA CLINICA DE ENFERMERIA



ROSA ANGELICA RIOS MORALES  
HECTOR CRUZ RIOS

15-10-2021



**Mi Universidad**

# **Manual de práctica clínica de enfermería**

*Nombre del Alumno: 1. Rosa Angelica Rios Morales*

*2. Héctor Cruz Rios*

*Nombre del tema: Manual de práctica clínica de enfermería*

*Parcial: 0*

*Nombre de la Materia: Practicas clínicas de enfermería II*

*Nombre del profesor:*

*Nombre de la Licenciatura: Enfermería*

*Cuatrimestre: 7°*

## INDICE

<b>INTRODUCCION</b> .....	3
<b>OBJETIVO</b> .....	4
<b>MARCAPASOS EPICUTÁNEO/TRANSTORÁCICO</b> .....	5
<b>CONTRAPULSACIÓN AÓRTICA</b> .....	8
<b>CATETERISMO CARDIACO/ ANGIOPLASTIA (ACTP)</b> .....	10
<b>CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA Y DESFIBRILACIÓN EXTERNA</b> .....	13
<b>PARACENTESIS</b> .....	17
<b>TORACOCENTESIS</b> .....	21
<b>PUNCION LUMBAR</b> .....	24
<b>PERICARDIOCENTESIS</b> .....	27
<b>COLOCACION DE LA PICC</b> .....	31
<b>TOMA DE PVC</b> .....	34
<b>ASPIRACIÓN DE SECRECIONES</b> .....	37
<b>CONTROLES ANALÍTICOS EN U.C.I</b> .....	40
<b>MEDICACIÓN EN U.C.I</b> .....	42
<b>HOJA DE ENFERMERIA</b> .....	45
<b>CONCLUSIÓN</b> .....	48
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	49

## INTRODUCCION

Entre las actividades más comunes de la práctica asistencial de enfermería se encuentra la realización de técnicas y procedimientos con finalidades diagnósticas, terapéuticas o preventivas.

Los procedimientos de Enfermería persiguen el objetivo de protocolizar todas las acciones que realiza la Enfermera entendiendo, no obstante que la descripción de un procedimiento, no puede ser en ningún caso algo rígido e inamovible, cuando de profesionales se trata, sino una guía para la praxis enfermera, sujeta a cuantos cambios sean necesarios a tenor de los nuevos avances científicos. Las claves que justifican la importancia de disponer de un Manual de Procedimientos de Enfermería son: Sirven para unificar criterios, mejoran el aprovechamiento de los recursos, ayudan a la investigación, orientan al personal de nueva incorporación y son base para el control de calidad.

Dicho lo anterior en este manual hablaremos de técnicas especializadas de la UCI, procedimientos relacionas con diferentes punciones, controles analíticos de la UCI, medicación en la UCI, hojas de enfermería, colocación de PICC, toma de PVC y aspiración de secreciones.

## OBJETIVO

- ❖ Aprender nuevas técnicas y nuevos temas en enfermería.
- ❖ Facilitar el estudio y aprendizaje

## MARCAPASOS EPICUTÁNEO/TRANSTORÁCICO

### Concepto

El MCtc 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

El objetivo del marcapasos temporal es mantener la FC hasta que la disritmia crítica haya pasado.

### Material y equipo

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

### Técnica

1. 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 el apéndice xifoides y el pezón izquierdo. Evite colocar el parche sobre el pezón.

2. 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 coloquemos 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

1. 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.
2. Bradicardia sinusal sintomática.
3. Bloqueo AV de 2o grado Mobitz tipo II.
4. Bloqueo AV de 3er grado.
5. Nuevo bloqueo sea de rama izquierda, derecha o alternante o bifasicular.
6. Bradicardia con ritmos de escape ventricular sintomático.

### Contraindicaciones

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

## **Cuidados de enfermería**

- Informar al paciente de que es una técnica dolorosa y/o molesta porque va a notar las descargas. Es provisional hasta la implantación del transvenoso.
- Piel limpia, seca y rasurada si es preciso.
- Usar monitor/desfibrilador que tenga función de marcapasos,
- monitorización continua y obtención de tira de ritmo.
- La posición de los electrodos es ántero-posterior o ántero–apical.
- Seleccionar la función de marcapasos: Frecuencia, intensidad y modo: Fijo o a demanda.
- Comprobar el ritmo eficaz del marcapasos.

## CONTRAPULSACIÓN AÓRTICA

### Concepto

Son las intervenciones especializadas del profesional de enfermería dirigidas al paciente que recibe asistencia del balón de contrapulsación 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 contrapulsación intraaórtico.

### Material y equipo

- Kit de cateterización.
- Fluoroscopio y Carro de parada.
- Equipo de monitorización de arteria.
- Kit de balón de contrapulsación, consta de un introductor de 8 Fr. y un balón de 40 cc de volumen.

### Técnica

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



### **Indicaciones**

- Shock cardiogénico de cualquier índole.
- Uso preoperatorio en cirugía cardíaca.
- Defectos mecánicos reversibles

### **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

#### 1. Material Estándar

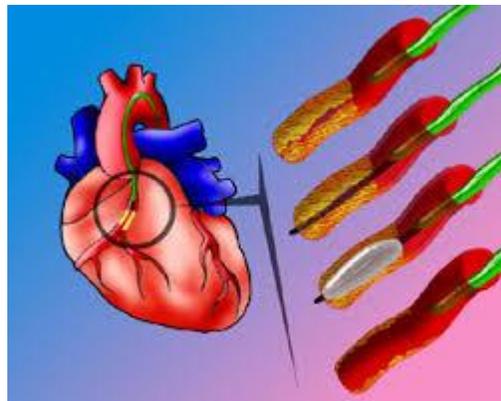
- Equipo de ropa estéril (batas, paños, sábana fenestrada) fundas de pantallas.
- Gasas y compresas.
- Bateas estériles.
- Aguja para anestesia: subcutánea o intramuscular, según vía de abordaje.
- Bisturí.
- Jeringas estándar 10 ml
- Conexiones para dispositivo mecánico de inyección de contraste.
- 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)

#### 2. 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.

## Técnica

- Monitorización del paciente
- Desinfección de la zona de punción y se prepara el campo estéril
- Preparación, purgado y calibración del 0 de los transductores de presión, previa colocación de éstos a la altura medio auricular.
- Anestesia de la zona de acceso.
- Punción con técnica de Seldinger de la arteria seleccionada para cateterismo izquierdo y de la vena para cateterismo derecho.
- Introducción de la guía del introductor en la aguja de punción, se retira ésta, se enhebra el introductor y se procede a su purgado.
- Inserción de catéteres, previo lavado con suero fisiológico, se avanzan mediante guía hasta la cavidad cardiaca deseada, donde se purgan y conectan a los sistemas de presión.
- 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.
- Angiografía de las cavidades a estudiar que se realiza con inyección de contraste.
- En algunos casos además se realizan otros procedimientos diagnósticos complementarios como es la obtención de una biopsia cardiaca, la realización de una guía de presión, ecografía intracoronaria e intracardiaca, coherencia óptica y otros.
- 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 (angina) que los medicamentos no controlan

## Contraindicaciones

- Reacción alérgica al medicamento empleado en el *stent* liberador de fármaco, al material del *stent* (poco frecuente) o al medio de contraste radiográfico
- Sangrado o coagulación en un área donde se introdujo el catéter
- Coágulo de sangre
- Coagulación del interior del *stent* (reestenosis de la endoprótesis). 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.

## 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.

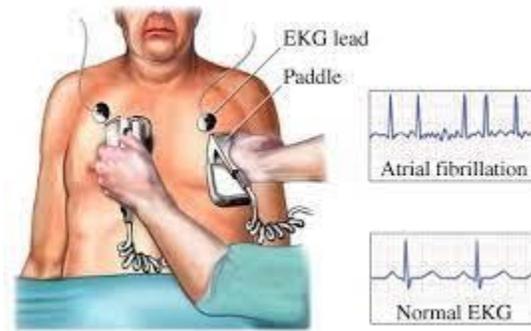
### Material y equipo

- 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 FiO<sub>2</sub> 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, flumacénilo, suero fisiológico 0.9% de 500 CC.
- Linitul, crema hidratante. Crema para quemaduras.

## Técnica

- El paciente permanecerá acostado en decúbito supino, se le retirará la almohada.}
- Monitorización continua del electrocardiograma, tensión arterial y saturación de oxígeno.
- Colocar vía periférica con suero fisiológico al 0.9% con llave de tres pasos.
- 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%.
- 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.
- 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.
- Aplicar los electrodos adhesivos o las palas del desfibrilador con pasta conductora.
- Ubicación:
  - a. región infraclavicular derecha paraesternal.
  - b. quinto espacio intercostal, línea axilar media (ápex del corazón).
- 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.
- Antes de la descarga comprobar el nivel de conciencia del paciente. Si es posible realizar el choque durante la espiración.

- 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.
- 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

- Taquicardia supraventricular.
- Flúter auricular.
- Fibrilación auricular.
- Taquicardia ventricular con pulso.

### 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 horas 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

- Campo estéril.
- Bata estéril.
- Guantes estériles y no estériles.
- Gasas estériles.
- Antiséptico.
- Jeringas para extracción de muestras.
- Catéteres de punción abdominal.
- Tubos estériles.
- Frascos de aspiración para Paracentesis evacuadora.
- Sistema de extracción de vacío para Paracentesis evacuadora.
- Tubos de analítica.
- Anestesia local.
- Aguja IM, IV y S/c.
- Apósito.

## Técnica

Empezaremos con la preparación del paciente, para ello, informar al paciente y su familia del procedimiento a realizar es lo primero que haremos. Resolvemos sus dudas y les facilitaremos el consentimiento informado para que lo firmen cuando crean oportuno.

Le pediremos que orine para vaciar la vejiga. Si es una Paracentesis terapéutica, tomaremos sus constantes vitales, mediremos el perímetro abdominal y comprobaremos que tenga una vía.

A continuación, colocaremos al paciente de la manera adecuada, que será en decúbito supino o ligeramente inclinado hacia su lado izquierdo, esto dependerá de la tolerancia que muestre a la postura.

Comenzaremos preparando el campo estéril y depositando dentro de él todo el material necesario para la realización de la prueba. Descubriremos el abdomen del paciente y administraremos el antiséptico impregnado en una gasa de manera circular desde el punto de punción hacia la periferia, esperamos que seque y colocaremos un paño estéril fenestrado.

Durante la punción pediremos al paciente que permanezca quieto y que respire tranquilo, a partir de aquí, colaboraremos con el médico administrándole todo el material que vaya necesitando. Tanto si la Paracentesis es evacuadora o diagnóstica, prepararemos los tubos estériles en el caso que haya que obtener una muestra y recogeremos 10 cc de líquido ascítico para cada tubo. Si la Paracentesis es evacuadora, controlaremos el ritmo de la salida del líquido (debe ser lento y continuo) y conectaremos el sistema de extracción y los frascos para la evacuación del líquido, fijaremos el sistema al abdomen hasta que termine el drenado. Al retirar el catéter pondremos un apósito en el lugar de punción. Recogeremos el material y nos lavaremos las manos.

Cuando la Paracentesis sea terapéutica, tras acabar de realizarla, mediremos el perímetro abdominal del paciente, tomaremos sus constantes vitales, mediremos la cantidad de líquido obtenido y le pediremos que permanezca en cama al menos una hora recostada del lado derecho.

Registraremos todo el proceso en las incidencias de Enfermería, valorando el estado del paciente. Identificaremos las muestras y las enviaremos al laboratorio de Microbiología.



### 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 insignificamente 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

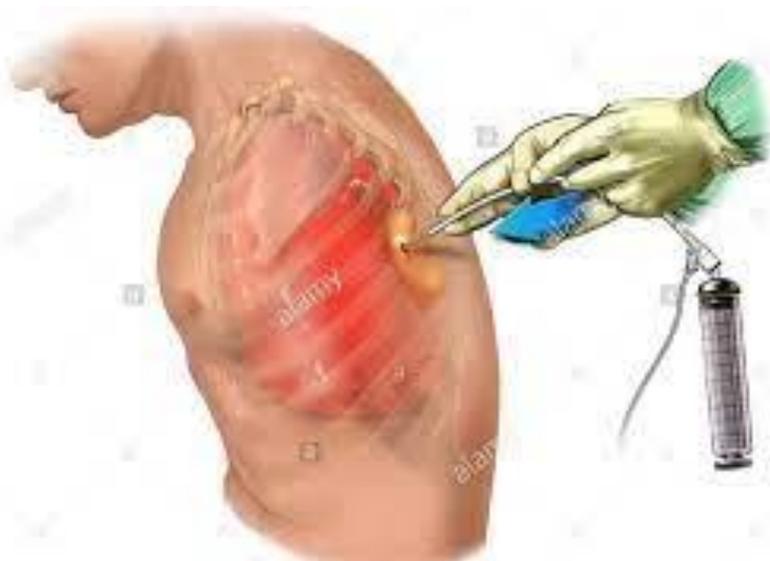
- Evacuar líquido
- Punción diagnóstica

### 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

- El paciente se coloca, sentado al revés, en una silla.
- Desinfección de la piel de la zona a puncionar.
- Infiltrar un anestésico local en todo el espesor de la pared de la zona a puncionar.
- 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 (para evitar dañar el paquete vasculonervioso). 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 en el que se introduce una aguja en la parte inferior de la columna vertebral para extraer líquido cefalorraquídeo o para administrar medicamentos. También se llama punción espinal.

### **Objetivo**

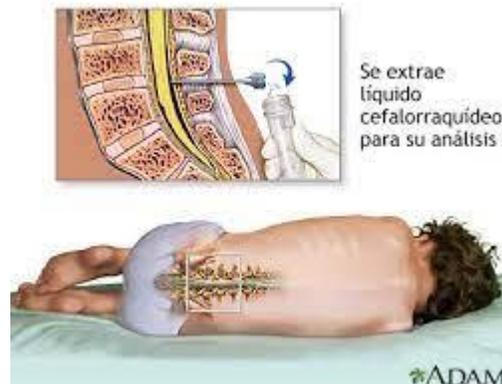
Se realiza una punción lumbar para permitir diagnosticar con más facilidad infecciones graves, como la meningitis, otros trastornos del sistema nervioso central, como el síndrome de Guillain-Barré y esclerosis múltiple, o tipos de cáncer en el cerebro o en la médula espinal.

### **Material y equipo:**

- Material para aplicación de anestesia local: Jeringas 10 cc Agujas (subcutánea e intramuscular). Solución anestésica.
- Antiséptico.
- Trócares de punción lumbar (18-22G).
- Paños estériles.
- Paño fenestrado estéril.
- Gasas estériles.
- Apósito estéril.
- Jeringa de 10 cc

### **Técnica:**

- Se inyecta un anestésico local en la espalda lumbar para adormecer el sitio de punción antes de introducir la aguja.
- Se introduce una aguja delgada y hueca entre las dos vértebras inferiores (región lumbar), a través de la membrana que recubre la médula (duramadre) y dentro del canal espinal.



## Indicaciones

- La detección precoz de una infección meníngea requiere una PL incluso con signos o síntomas clínicos limitados.
- El retraso en la realización de la PL es aceptable si hay insuficiencia respiratoria, inestabilidad hemodinámica, signos neurológicos focales, alteraciones de la reactividad pupilar o sospecha de hipertensión intracraneal.
- En situaciones agudas y síntomas sugestivos de meningitis es crucial seleccionar aquellos pocos casos en los que no está indicada de forma inmediata una PL diagnóstica. El fallo para localizar un estímulo doloroso en la cabeza, las crisis tónicas o el deterioro rápido del grado de conciencia pueden ser índices de hipertensión intracraneal y de herniación inminente. En estas situaciones no se debe realizar la PL sin realizar antes una tomografía computarizada (TC) cerebral<sup>5</sup> (tabla 2).
- En situaciones subagudas (historia de 2-4 semanas), con clínica de cefaleas, vómitos, pérdida de peso o fiebre los diagnósticos diferenciales incluyen meningitis bacteriana, tuberculosa, absceso cerebral y tumor de fosa posterior. Los signos de peligro de herniación cerebral en estas circunstancias son: macrocefalia, sonido a “olla cascada” en la percusión craneal, edema papilar, tortícolis o rigidez de cuello con ansiedad o irritabilidad a la movilización. En estos casos se realizará previamente TC o RM, que permitirán realizar el diagnóstico. La ausencia de signos de edema cerebral autorizará la realización de la PL (tabla 2).
- La repetición de la PL en casos de meningitis sólo es precisa si no hay mejoría clínica en 72 h con el tratamiento adecuado con antibióticos.

## Contraindicaciones

- Nunca se debe realizar si hay sospecha clínica de hipertensión intracraneal (la ausencia de edema de papila no excluye la hipertensión intracraneal)<sup>1,4,5,9</sup>. Si hay una lesión ocupante de espacio, especialmente en la fosa posterior, la extracción de LCR crea un gradiente de presión que puede originar una herniación (tensorial o amigdalor) <sup>4,5</sup>. Obviamente, la realización de una TC craneal urgente será la exploración de elección ante signos clínicos sugestivos de hipertensión intracraneal. En los casos en los que existan síntomas leves de hipertensión intracraneal, con clara sospecha de infección meningea y haya imposibilidad de realizar TC de forma urgente, puede realizarse una PL con aguja muy fina, posición en decúbito lateral en Trendelenburg y extracción de mínima cantidad de LCR (1 ml)<sup>10</sup>. Por último, es muy conveniente realizar examen del fondo de ojo siempre que sea posible previo a la PL. Si existen signos de edema papilar se deberá realizar TC craneal, cuyo resultado aconsejará o desaconsejará la realización de la PL.
- La PL está contraindicada en caso de sospecha de neoplasia intrarraquídea o edema medular (bloqueo subaracnoideo espinal). Puede favorecer una ulterior compresión medular y ante ésta no hay tratamientos médicos efectivos. Es preferible realizar RM previa o contar con apoyo neuroquirúrgico por si se precisa una descompresión medular de urgencia.
- Coagulopatía grave, clínica o analítica. Como norma general, si el recuento plaquetario es inferior a 40.000 o el tiempo de protrombina inferior al 50% del control
- Infección local en el área de punción.

## Cuidados de enfermería

- El paciente deberá permanecer en decúbito prono durante al menos dos horas, sobre un plano horizontal estricto, y de 8 a 10 horas en decúbito supino.
- La tolerancia oral se iniciará tras la punción, aumentando la ingesta de líquidos para minimizar la aparición de cefalea.
- Vigilar zona de punción por si aparece sangrado
- Vigilar constantes vitales cada 8 horas, durante las primeras 24h.

## PERICARDIOCENTESIS

### Concepto

La pericardiocentesis es un procedimiento que utiliza una aguja para extraer líquido del saco pericárdico. Este es el tejido que rodea el corazón.

### Objetivo

- Averiguar la causa de la acumulación de líquido alrededor del corazón y para aliviar la presión en el corazón.
- Tratar el derrame pericárdico al eliminar la sangre o el exceso de líquido pericárdico que rodea el corazón.

### Material y equipo

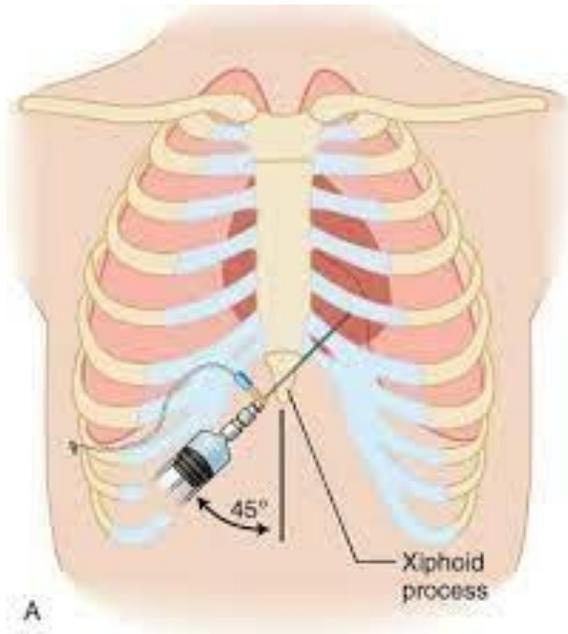
- Solución antiséptica (povidona yodada o clorhexidina)
- Guantes estériles. Gasas estériles. Paños estériles.
- Anestésico local.
- Aguja intramuscular (IM), subcutánea (SC).
- Jeringas de 5,10, 50 ml.
- Llaves de 3 vías.
- Aguja de pericardiocentesis del nº 18 o 16 G, de 15mm.
- Catéter de drenaje pericárdico de 6 Fr, pigtail o recto.
- Guía metálica de 0,38" x 80 de punta J.
- Dilatador 6Fr.
- Bisturí. Seda para fijar el catéter.
- Tubos para recogida de muestras para laboratorio.
- Equipo y frascos de vacío.
- Bolsa para drenaje.
- Tubo de conexión para la válvula.
- Pinza de cangrejo estéril.
- Electrocardiógrafo, electrodos. Eco cardiógrafo.
- Carro de reanimación, desfibrilador.
- Mascarilla protectora y gafas protectoras.
- Etiquetas identificativas paciente y etiquetas de laboratorio.

- Contenedor para material punzante.

## Técnica

- Colocación del paciente en decúbito supino a 30-45°.
- Monitorización del paciente: electrocardiográficamente (ECG), frecuencia cardíaca (FC), tensión arterial (TA), saturación de oxígeno (Sat O<sub>2</sub>), presión venosa central (PVC).
- Administración de sedo analgesia.
- Desinfección de la zona de punción: aplicar antiséptico desde la zona de punción hacia el exterior, en área xifoidea y subxifoidea.
- Realización de campo estéril mediante paños estériles.
- Infiltración de anestésico local de región subxifoidea en planos superficiales y profundos
- Inserción de una aguja de 16-18 G entre apófisis xifoides y reborde costal izquierdo (0.5 cm de borde izquierdo de xifoides y 0,5 cm del borde costal izquierdo) con ángulo de 45° en dirección a hombro izquierdo. La aspiración de líquido o sangre no coagulada sugiere que se está en pericardio.
- Una vez en pericardio, introducción de la guía con posterior retirada de la aguja. Dilatación (Ver Imagen 2) e introducción del catéter a través de la guía. (Técnica de Seldinger). Retirada de la guía (Ver Imagen 3) y conexión a bolsa colectora estéril (debe colocarse a 30 cm por debajo del nivel del corazón) o aspiración directa con jeringa de 50 ml a través de la llave de 3 vías para análisis bioquímico, citológico y microbiológico (Ver Imagen 4).
- Si es necesaria la permanencia de un sistema de drenaje, se comprobará que el líquido sale sin dificultad y se procederá a la fijación el catéter (Ver Imagen 5).
- Al descomprimir la cavidad pericárdica el músculo cardíaco se aproximará a la aguja, aumentando el riesgo de lesión miocárdica, por lo que el ECG se vigilará permanentemente.
- Si la aguja entra en contacto con el miocardio se produce una elevación del segmento ST, extrasistolia o bien deflexión negativa del complejo QRS, debiéndose retirar la aguja unos milímetros.
- Se recomienda la realización de un ecocardiograma al final del procedimiento para valorar la eficacia de la pericardiocentesis.

- El catéter se retirará cuando el débito diario sea inferior a 50-75 ml en 24h.



### Indicaciones

- Extracción de muestras para identificar y confirmar el diagnóstico etiológico del derrame (pericarditis purulenta, urémica, tuberculosa, neoplásica, inflamatoria).
- Taponamiento cardíaco.

### Contraindicaciones

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

### Cuidados de enfermería

Previos al procedimiento y preparación del paciente

- Informar al paciente de la técnica a realizar, indicación, riesgo y complicaciones; esto nos permite disminuir su ansiedad y facilitar su colaboración.
- El paciente permanecerá en ayunas al menos cuatro horas antes de la realización de la técnica.

- Conocer el estado hemodinámico del paciente FC, TA, Sat O<sub>2</sub>, PVC, T<sup>a</sup>
- Comprobar alergias del paciente a fármacos, antisépticos, látex...
- Conocer la toma de medicación anticoagulante y/o antiagregante, su modificación y/o retirada una vez valorado riesgo/beneficio.
- Comprobar que el paciente ha dado el consentimiento escrito para el procedimiento.
- Comprobar que el paciente tiene canalizada una vía de 18 G o 16 G.
- Indicarle que ha de permanecer sin moverse y respirar lentamente durante la técnica, para evitar lesionar órganos vitales.
- Preparar y tener a mano medicación de emergencia, carro de paradas y desfibrilador revisados para su correcto funcionamiento.

#### Cuidados de Enfermería durante el procedimiento

- Comunicación constante con el paciente, para que verbalice cualquier síntoma.
- Ayudar en la colocación del paciente en la posición adecuada: decúbito supino o Semi-Fowler.
- Controlar al paciente

## COLOCACION DE LA PICC

### Concepto

Un PICC es un catéter central de inserción periférica que se sitúa en vena cava superior, en condiciones máximas de esterilidad y garantizando la permeabilidad de una vía de acceso siempre que se prevea que el paciente va a seguir un tratamiento prolongado o se va a someter a la administración de sustancias agresivas.

### Objetivo

- Ofrecen la posibilidad de realizar extracciones sanguíneas con seguridad
- Se puede utilizar para cualquier terapia intravenosa
- Administración de nutrición parenteral total

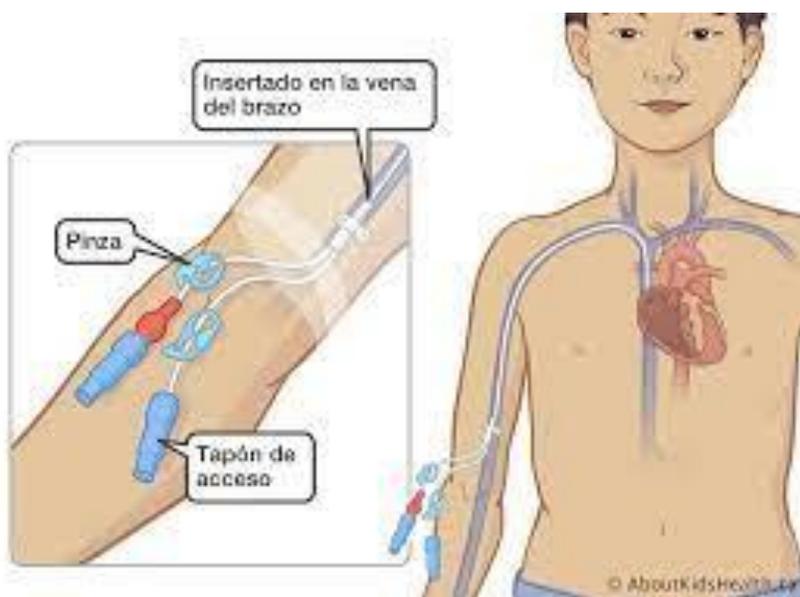
### Material y equipo

- Mesa auxiliar.
- Cepillo con antiséptico.
- Empapador.
- Compresor.
- Antiséptico al uso: povidona iodada o clorhexidina 2%.
- Gasas estériles.
- Paños estériles.
- Bata y guantes estériles.
- Gorro y mascarilla.
- 2 jeringas de 10 ml.
- Abocath nº 18.
- Catéter de doble/triple luz de 60 cm.
- 1 suero, sistemas y llaves de 3 vías.
- Apósito estéril transparente.

## Técnica

El procedimiento de inserción del PICC puede realizarse en la sala de radiología (radiografía) o en su cama de hospital.

- Acostar al paciente boca arriba
- Se ata un torniquete alrededor del brazo cerca del hombro.
- 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.
- Se limpia la zona donde se introducirá la aguja.
- Le aplican una inyección con un medicamento para insensibilizar la piel. Esto puede picar por un momento.
- 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.
- 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.
- El catéter que se introdujo va conectado u otro catéter que permanece por fuera del cuerpo.



## Indicaciones

- Tratamiento de larga duración
- Fármacos vasoactivos, irritantes o flebotóxicos
- NTP
- Monitorización PVC

## Contraindicaciones

- Trombosis sistema venoso profundo.
- Trombosis reciente
- Alteraciones anatómicas
- Infección piel
- Quemaduras severas
- Vaciamiento ganglionar reciente

## Cuidados de enfermería

La enfermera responsable del paciente registrará fecha y turno de colocación, lugar de inserción, longitud y calibre del PICC en la hoja de observaciones y técnicas de enfermería, así como cualquier incidencia ocurrida durante la inserción. También registrará, si tras el control radiológico, el catéter está bien situado o ha sido necesario retirarlo y cuantos centímetros.

## **TOMA DE PVC**

### **Concepto**

La presión venosa central (PVC) es la fuerza que ejerce la sangre a nivel de la aurícula derecha, representando la presión de llenado o precarga del ventrículo derecho o presión diastólica final del ventrículo derecho. La medida se realiza a través de un catéter insertado en una vena (subclavia o yugular) que llega hasta la aurícula derecha o la cava. Los valores normales son de 0 a 5 cm de H<sub>2</sub>O en aurícula derecha y de 6 a 12 cm de H<sub>2</sub>O en vena cava.

### **Objetivo**

Proporcionar los conocimientos necesarios para determinar la presión sanguínea a nivel de la aurícula derecha o de la vena cava para valorar el volumen sanguíneo circulante y evaluar la presión y la función auricular y ventricular derechas.

### **Material y equipo**

- Manómetro de PVC.
- Llave de tres vías.
- Solución intravenosa.
- Sistema de administración IV.
- Tripié o pentapié.

### **Técnica**

- Colocar al paciente en decúbito supino, con la cama dispuesta horizontalmente, en caso de algún estado respiratorio, bajar la cabecera de la cama tanto como pueda tolerar y medir la PVC. Anotando el ángulo de la cama en el expediente, para que la medición siempre se realice en la misma posición.
- Localizar el punto flebostático (colocar el punto cero del manómetro a la altura de la aurícula derecha del paciente, la cual se localiza en la línea axilar media en el cuarto espacio intercostal).
- Llenar las tuberías del equipo con solución, expulsando todas las burbujas del sistema.
- Girar la llave de vías siguiendo las manecillas del reloj, de tal manera que la solución llegue al manómetro a una altura de 20 cm de H<sub>2</sub>O, o a dos tercios de su capacidad.
- Girar nuevamente la llave para que la solución contenida en el manómetro, fluya hacia el paciente.

- Observar el descenso de la solución a través del manómetro. El líquido debe fluctuar con cada fase de la respiración. En el nivel en que se detiene el descenso de la solución, es la cifra que se registra la presión venosa central.
- Colocar la llave de tres vías en la posición que permita el paso de la solución intravenosa al paciente, controlando la permeabilidad y la velocidad del flujo.
- Lavarse las manos.
- Registrar la cifra obtenida de la PVC en cm de H<sub>2</sub>O y la hora de la verificación.
- Vigilar constantemente el sitio de inserción y conservar una técnica aséptica.
- Mantener el equipo y conexiones limpios, para prevenir infecciones.
- Realizar la curación del catéter de acuerdo al protocolo



### Indicaciones

- Necesidad de infusión rápida de fluidos, cuando la vía venosa periférica no es suficiente para conseguir una velocidad de infusión mayor de 500 ml/ min se necesita un dilatador de grueso calibre
- Necesidad de infusión de fármacos flebotóxicos: CIK, antibióticos, ...
- Necesidad de infusión de vasoactivos.
- Solutos hiperosmolares > de 700 MOsm, como la Nutrición Parenteral Total
- Obtención frecuente de muestras sanguíneas para análisis de laboratorio.
- Ausencia de red periférica accesible (Shock, trombosis, obesidad).
- Acceso a técnicas radiológicas dirigidas tanto al diagnóstico como a la terapéutica.
- Acceso vascular rápido ante la necesidad de implantación de marcapasos provisional.
- Canulación arterial para monitorización de tensión arterial y obtención frecuente de muestras para análisis de gases sanguíneos.

- Cateterización de arteria pulmonar para monitorización hemodinámica, obtención de muestras sanguíneas para análisis de gases distales y proximales, posibilidad de cálculo de gasto cardíaco y resistencias vasculares.

### **Contraindicaciones**

- Alteraciones de la coagulación: trombopenia, anticoagulación, CID.
- Lesiones cutáneas y/o sépticas en los posibles puntos de punción.
- Estado séptico no controlado.
- Historia previa de acceso vascular con producción de neumotórax, trombosis venosa profunda o infección de la vía.
- Paciente no colaborador.
- En paciente politraumatizados en los que se sospeche o haya conocimiento de lesión de subclavia, innominada o cava superior o fractura de escápula o clavícula.
- Anomalías anatómicas óseas, adenopatías cervicales o mediastínicas, tumores de tejidos blandos, cirugía torácica previa, trayecto venoso anómalo conocido, cirugía reconstructora del cuello.
- Neoplasia pulmonar o neumonía homolateral

### **Cuidados de enfermería**

- Valorar el estado clínico del paciente y relacionar las lecturas frecuentes de la PVC para que sirvan como guía decidir el manejo adecuado, volumen circulante y las alteraciones de la función cardiovascular. (Evaluación del estado hemodinámico del paciente).
- El descenso de la solución debe coincidir con el ritmo la frecuencia respiratoria del paciente. De no suceder así, comprobar la permeabilidad y/o posición del catéter.
- Controlar la ausencia de aire o de coágulos en el catéter de PVC y asegurarse de que las conexiones estén firmemente fijadas.
- Mantener la permeabilidad del catéter, aspirar antes de irrigar de permeabilizar.
- Verificar que el sistema no tenga dobleces.

## ASPIRACIÓN DE SECRECIONES

### Concepto

Es la succión de secreciones a través de un catéter conectado a una toma de succión.

### Objetivo

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

### Material y equipo

- Aparato de aspiración (sistema para aspiración de secreciones de pared).
- 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 (para adulto o pediátrica).
- Solución antiséptica.
- Riñón estéril.
- Jalea lubricante.
- Gafas de protección y cubrebocas.
- Ambú.

### Técnica

- Conectar la sonda al aspirador.
- Encender el aspirador (chequear que aspire).
- Colocar un guante estéril en la mano hábil y un guante limpio en la otra mano. En caso de no contar con guante estéril, realizar técnica de aspiración con guante limpio, manipulando la sonda con una gasa estéril, para evitar el contacto directo del guante con la sonda.
- Desconectar al paciente de la humidificación a la que se encuentre conectado.
- Tomar la sonda con la mano hábil (que tiene el guante estéril colocado) e introducirla suavemente sin aspirar en la cánula de traqueostomía, hasta sentir un tope. Retirar la

sonda, aspirando. El procedimiento no debe durar más de 10 segundos (Se puede realizar un conteo hasta 10 para no excederse en dicho tiempo).

- En caso de constatar secreciones más espesas de lo habitual, algún tapón mucoso o dificultad en progresar la sonda a través de la cánula, con una jeringa inyectar solución fisiológica a través de la cánula (1-3 ml) con una jeringa al momento de la aspiración.
- Esperar unos minutos a que el paciente se recupere.
- Repetir procedimiento.
- Controlar la endocánula (en caso de contar con una cánula de estas características) y en caso de estar tapizada con secreciones, limpiarla con agua, cepillo para tal fin, y secar con gasa antes de recolocar o guardar. Es importante que la endocánula de repuesto se guarde seca en un recipiente o bolsa limpio/a.
- Aspirar puerto de aspiración subglótica en caso de contar con una cánula de estas características. Controlar diariamente que la misma no esté tapada con secreciones. Para ello deberá inyectar aire con una jeringa a través del puerto de aspiración subglótica y verificar que el aire pase sin dificultad. En caso de encontrarse con alguna resistencia al paso del aire, instilar 2 ml de solución fisiológica y luego aspirar por el mismo sitio.
- Si fuera necesario, aspirar la boca. En caso de hacerlo, una vez utilizada la sonda para aspirar la boca, no volver a utilizar esa sonda para aspirar la cánula de traqueostomía. En caso de necesitar volver a aspirar la cánula de traqueostomía, volver al paso 3 (es decir, utilizar otra sonda y guante estéril).
- Reconectar a humidificación.
- Descartar material y repetir el lavado de manos.
- Controlar oximetría al finalizar la técnica de aspiración.



### Indicaciones

La técnica está indicada cuando el paciente no puede por sí mismo expectorar las secreciones.

### Contraindicaciones

- Trastornos hemorrágicos (coagulación intravascular diseminada, trombocitopenia, leucemia).
- Edema o espasmos laríngeos.
- Varices esofágicas.
- Cirugía traqueal.
- Cirugía gástrica con anastomosis alta.
- Infarto al miocardio.

### Cuidados de enfermería

- Vigilar la permeabilidad de la vía aérea.
- Realizar higiene bucal utilizando clorhexidina (0,12% – 0,2%).
- Mantener un aporte hídrico adecuado para conservar las secreciones fluidas siempre que no haya contraindicación.
- Vigilar signos y síntomas de aparición de infección.

## CONTROLES ANALÍTICOS EN U.C.I

### Concepto

En nuestro servicio, la forma preferente para realizar la extracción de sangre, es a través de vía venosa central. También se podrá extraer sangre de vía venosa periférica en casos concretos y se deberá extraer directamente de vena o de arteria, cuando se piden hemocultivos.

### Objetivo

- Controles rutinarios
- Rutina de líquidos biológicos

### Material y equipo

- Dos jeringas de 10 cc
- 20 cc de suero fisiológico.
- Una jeringa adecuada a la cantidad de sangre que se vaya a extraer (5, 10,20 cc) o Vacutainer con un tubo rojo de 10 cc
- Los tubos de analítica precisos.
- Gasas.
- Guantes no estériles.
- Aguja intravenosa (25x8).

### Técnica

Procedimiento con jeringas:

- Cargamos los 20 cc de suero fisiológico en las dos jeringas de 10 cc.
- Usamos una de ellas para lavar la vía de la que vayamos a realizar la extracción mediante una embolada de suero fisiológico.
- Esta misma jeringa la usamos para extraer 10 cc de sangre que desecharemos.
- Usaremos una jeringa limpia para extraer la cantidad de sangre que precisamos.
- Usamos la segunda jeringa de suero fisiológico para lavar la vía.
- Limpiamos la llave de tres pasos y colocaremos tapón estéril.

Procedimiento con Sistema de extracción por vacío (vacutainer):

- Los pasos 1 y 2 son iguales.
- Conectamos el sistema de vacío a la vía y deseamos 10 cc con un tubo rojo.
- Conectamos los tubos necesarios al sistema para extraer la sangre directamente.
- Lavamos la vía y colocamos un tapón estéril.
- Llenamos los tubos necesarios.

## MEDICACIÓN EN U.C.I

### Concepto

Administración de uno o más medicamentos para curar o prevenir una enfermedad, o para aliviar un dolor físico.

### Objetivos

Curar, 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.

### 5 medicamentos usados en la uci, indicaciones y contraindicaciones

#### 1. Aspirina

Salvo contraindicación absoluta se administrarán 300 mg de AAS vía oral al ingreso, cuanto antes mejor, seguidos de 100 mg/ 24 horas.

- Indicaciones
  - I. Este medicamento está indicado en el alivio sintomático de los dolores ocasionales leves o moderados, como dolores de cabeza, dentales, menstruales, musculares (contracturas) o de espalda (lumbalgia). Estados febriles.
- Contraindicaciones
  - I. Alergia documentada
  - II. Antecedentes de HDA
  - III. inducida por AINEs Ulcus péptico

## 2. Tirofiban (agratat)

Es un medicamento antiplaquetario. Pertenece a una clase de antiplaquetarios denominados inhibidores de la glicoproteína IIb / IIIa.

- Indicaciones
  - ✓ Indicado en la prevención del IAM precoz en pacientes con angina inestable o IAM sin onda Q cuyo último episodio de dolor haya sido en las últimas doce horas y que presentan cambios en el ECG y/o aumento de las enzimas cardíacas.
- Contraindicación
  - ✓ El **tirofiban** está contraindicado en los pacientes que hayan experimentado una pericarditis aguda, aneurisma intracraneal, masas intracraneales, malformación arteriovenosa, cualquier tipo de coagulopatía, hemorragias gastrointestinales, hipertensión severa no controlada, trauma o cirugía recientes.

## 3. Adrenalina

Epinefrina, también conocida como adrenalina, es un medicamento y una hormona.

- Indicaciones
  - ✓ Parada cardíaca: asistolia, bradicardia, fibrilación ventricular o taquicardia ventricular (VT) sin pulso.
  - ✓ VT que no responde a los choques iniciales desfibrilatorios (A).
  - ✓ Bradicardia sintomática que no responde a la atropina o la estimulación (A).
  - ✓ Hipotensión/shock que no responden a la resucitación con volumen (A).
  - ✓ Anafilaxia grave (A).
  - ✓ Obstrucción de la vía aérea alta (E: off-label) o espasmos de las vías aéreas en ataques agudos de asma (A).
- Contraindicaciones
  - ✓ No hay contraindicaciones absolutas para el uso de adrenalina en una situación de riesgo vital. La adrenalina parenteral estaría contraindicada en el caso de la hipertensión arterial, el hipertiroidismo, el glaucoma de ángulo estrecho, los pacientes con lesiones orgánicas cerebrales, durante el parto, la insuficiencia cardíaca y la insuficiencia coronaria.

## 4. Dopamina

Este medicamento es un estimulante cardíaco que actúa aumentando la fuerza de contracción del músculo cardíaco, provocando un aumento del gasto cardíaco (volumen de sangre expulsado por el corazón por minuto).

- Indicaciones
  - ✓ El clorhidrato de DOPAMINA está indicado para la corrección de desequilibrios hemodinámicos que se presentan en el síndrome de choque debido a infarto del miocardio, trauma, septicemia endotóxica, cirugía de corazón abierto, insuficiencia renal y descompensación cardíaca crónica, así como en la insuficiencia congestiva.
- Contraindicaciones
  - ✓ El clorhidrato de DOPAMINA no se debe usar en pacientes con feocromocitoma. Tampoco se debe administrar en pacientes con taquiarritmias o fibrilación ventricular sin corregir.

## 5. lidocaína

La lidocaína o xilocaína es un fármaco perteneciente a la familia de los anestésicos locales, concretamente del tipo de las amino amidas, entre los que también se encuentran la dibucaína, la mepivacaína, la etidocaína, la prilocaína y la bupivacaína.

- Indicaciones
  - ✓ Como anestésico local: anestesia caudal, anestesia epidural, lumbar y torácica, infiltración local, bloqueo nervioso periférico, bloqueo nervioso simpático, anestesia de piel dañada.
  - ✓ Como antiarrítmico: arritmias ventriculares, en especial las derivadas del infarto miocárdico agudo, toxicidad digitálica, cirugía cardiaca, cateterización del corazón.
- Contraindicaciones
  - ✓ Como anestésico local: contraindicada en casos de hipersensibilidad a la lidocaína, bloqueo cardiaco, hemorragia grave, hipotensión grave, estado de choque, disfunción hepática o renal, hipertermia maligna, inflamación o infección en la zona de aplicación, septicemia.
  - ✓ Como antiarrítmico: contraindicada en casos ...

## HOJA DE ENFERMERIA

### Concepto

Es un conjunto de registros clínicos de cada paciente, el personal de Enfermería es el responsable de éstos.

Este documento debe ser llenado a mano de manera clara y legible. Es un documento legal.

NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

### Objetivo

Los Registros clínicos, valoración e intervenciones de enfermería

### Especificaciones de cada rubro de la hoja

#### Rellenado correcto de la hoja de enfermería

- **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 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.
  - ✓ Incluye:
    - Nombre completo del enfermo, incluyendo el del enfermo.
    - Domicilio.
    - Fecha y hora de ingreso.
    - Fecha de nacimiento.
    - Nombre del médico.
    - Sexo y estado civil.
    - Familiares más cercanos
    - Ocupación y empleo.
    - Diagnostico.
    - Ingreso o visitas anteriores.
- **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 ordenes 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
    - Medidas terapéuticas aplicadas por diversos miembros del equipo de salud.
    - Medidas terapéuticas indicadas por el médico y aplicadas por la enfermera.
    - Medidas planeadas y ejecutadas por la enfermera.
    - Conducta del paciente.
    - Otras observaciones (edo. de salud, respuestas específicas del paciente al tratamiento y los cuidados)
  - ✓ ¿Como realizar el registro?
    - Llenar el encabezado con:
      - ❖ N° de expediente, nombre completo del paciente, servicio y numero de la cama.
      - ❖ Colocar la fecha del día.
      - ❖ Utilizar siempre bolígrafo no usar lápiz
      - ❖ No dejar espacios en blanco y sin la utilización de siglas
      - ❖ Hacer las anotaciones en el momento de realizar la actividad y no al finalizar el turno.
  - ✓ Guías de registro clínico
    - Precisión
      - ❖ La enfermera debe anotar todos los hechos con precisión y veracidad, se anotan inmediatamente después de haber sido administrado o haber llevado a cabo algún tratamiento, nunca antes. Las observaciones deben ser específicas y precisas
      - ❖ Como el expediente es un documento legal, la mayor parte de las instituciones no permiten que se borre cuando se comete un error. Con frecuencia, se tacha y añade la palabra “error “y quien lo escribió anota sus iniciales. Y se añade la palabra correcta
    - Brevedad
      - ❖ Todos los registros son concisos y completos. Hay que evitar escribir en forma imprecisa. Por lo regular puede eliminarse del expediente palabras extra como “paciente” porque es obvio que la enfermera está escribiendo sobre él.
    - Letra clara
      - ❖ La mayor parte de las instituciones se permite que se escriba con letra de molde o manuscrita, a condición de que esta última sea legible. Debe usarse pluma por que el lápiz no proporciona un registro permanente.
      - ❖ Al escribir las entradas en el expediente, se pide que la enfermera firme después de las notas. Su firma incluye la

primera inicial del nombre y el apellido completo. Además de que en algunas instituciones debe anotarse el grado (p.ej. E.T. Enfermera titulada).

- Formato
  - ❖ Suele haber un formato estándar para el registro, que asegura la consistencia y facilita la comunicación. en las instituciones se utilizan distintos tipos de colores para los diferentes turnos: matutino azul vespertino verde nocturno rojo jornada acumulada negro solo para el registro de la frecuencia cardiaca y para la temperatura corporal, siempre van a ir de rojo y azul independientemente del turno que sea.
- Otras recomendaciones
  - ❖ Coherencia en la organización lógica de cada una de las partes del escrito entre sí.
  - ❖ Si no existe cohesión en el texto, en determinados fragmentos, parecerá poco claro, redundante, extenso o corto.
  - ❖ Sinónimos. El uso de sinónimos nos evita repetir una misma palabra en un párrafo. El uso de un pronombre (lo, le) permite darle sentido a una oración mientras nos remitimos a lo leído anteriormente.
  - ❖ Emplear un párrafo para cada cuidado

## CONCLUSIÓN

En este manual se describieron varios temas que abarcan técnicas desconocidas para nosotros, este trabajo nos brindo nuevos conocimientos sobre nuestra licenciatura aprendimos a diferenciar las indicaciones y contraindicaciones de cada uno de ellos, ya que es muy importante saber para no cometer algún error porque nosotros en un futuro trabajaremos con vidas humanas, lo que más nos llamó la atención fue el darnos cuenta que hay varios procedimientos para poder hacer una punción ya conocíamos varios pero con cada trabajo nos vamos alimentando de conocimiento los temas fueron muy interesantes cumpliendo así con nuestros objetivos planteados, como también conocimos para que sirven algunos medicamentos y sus uso correcto.

## BIBLIOGRAFIA

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

Arroyo Ruíz, L. M., & Barea Domínguez, J. M. (2017). CATÉTERES VENOSOS CENTRALES DE INSERCIÓN PERIFÉRICA (PICC). VENTAJAS, INCONVENIENTES Y CONOCIMIENTOS DE ENFERMERÍA. [www.http://CiberrevistaEnfermeriadeurgencias.com](http://CiberrevistaEnfermeriadeurgencias.com)

Cortes Rey, N; Fuertes Fraile, MJ; López Ramos, P; Mayo Bazarra, N; Porteiro Sánchez, M & Rodríguez Castaño, M. (2019). Procedimiento de inserción (Recuperado 15/10/2021). FEMORA. <https://femora.sergas.es/Coidados-das-vias-sondas-e-drenaxes/Coidados-PICC>

Camelo, Silvia Helena Henriques. (2012). Competencias profesionales de los enfermeros para trabajar en Unidades de Cuidados Intensivos: una revisión integradora. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* <https://doi.org/10.1590/S010411692012000100025>

Colliere-MF. Promover la vida. México: Interamericana McGraw-Hill, 2003. p.7. 2. Marriner-Tomey 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/cms\\_cpe/descargas/beneficios.ppt#257,2](http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/descargas/beneficios.ppt#257,2) Hospital General de México, Subdirección de Enfermería. [Consultado 15/10/2021]