

Son Pool, que se espera de min na Rea 1?





Persoal Pool na Unidade de Reanimación

ÍNDICE

1. **Introdución.**
2. **Carteira de servizos**
3. **Descrición da unidade.**
4. **Organización do traballo na unidade.**
5. **Aplicacións, formatos de rexistro e documentación.**
6. **Medicación de uso habitual.**
7. **Protocolos e procedementos.**
8. **Aparatos e catéteres de uso habitual na REA 1.**
9. **Autores**

Estado

Borrador Orixinal

Control Modificacións

N.º edición	Descrición da modificación	Data
00	Edición inicial.	08/09/21
01	Actualízanse formato e logos e engádesse a autoría	27/12/23

Persoal Pool na Unidade de Reanimación

1. Introducción

Con esta guía pretendemos facilitar a acollida á unidade de Reanimación 1 (en adiante REA 1) dos membros de nova incorporación, favorecendo a súa integración dentro do equipo multidisciplinar do servizo, e minimizando a ansiedade que pode xerar a responsabilidade do coidado de pacientes destas características.

Neste documento poderás encontrar una presentación xeral do lugar de traballo e das funcións que vas desempeñar, ademais do coñecemento da organización da unidade.

Esperamos que a túa estancia no noso servizo sexa do teu agrado.

2. Carteira de servizos

En liñas xerais a función do persoal que traballa na REA 1 é a **recepción e posterior vixilancia e coidado** de pacientes sometidos a **cirurxía cardíaca ou cardioloxía intervencionista** ata que poidan ser dados de alta a planta. Isto ocorre xeralmente ás 24-48h trala chegada do quirófano se o postoperatorio é favorable, ou tras estancias máis longas, se o paciente se cronifica.

En ocasións ingresan tamén pacientes que requiren unha **estabilización hemodinámica** previa á cirurxía ou que unha vez dados de alta sofren algunha complicación que require o seu reingreso na unidade.

Tamén é a unidade de referencia dos pacientes de **"Código Ictus"**, que son tratados previamente, xa sexan trombectomizados en radioloxía intervencionista ou tratados con fibrinolíticos, para a súa posterior estabilización e valoración, ata que reúnan as condicións para poder ser dados de alta á planta de neuroloxía.

Ocasionalmente e cando o número de camas desocupadas o permite, tamén se reciben pacientes sometidos a **calquera proceso cirúrxico**, segundo necesidades do hospital.

No último ano e coa aparición da pandemia de **COVID-19** a nosa unidade converteuse na segunda de referencia dentro do hospital Álvaro Cunqueiro en tratar a estes pacientes **cando requiren coidados críticos**.

Así mesmo somos a unidade de recepción dos **pacientes postquirúrxicos de calquera especialidade que sexan pre-COVID ou COVID positivo**.

Persoal Pool na Unidade de Reanimación

3. Descrición da unidade

A unidade de Rea 1 encóntrase na 4ª planta del Hospital Álvaro Cunqueiro, no bloque técnico, á altura da vela B.

3.1 Espazos dentro da unidade:

- A unidade consta de **15 boxes acristalados** numerados de forma visible na parte frontal. Os boxes do 101 al 111 dispoñen de presión positiva, mentres que do 112 ao 115 teñen presión negativa; estes catro serían os utilizados para ingresos pre-COVID ou COVID positivo.

Os boxes do 101 ao 104 teñen tomas de auga, o cal posibilita a realización de técnicas de diálise convencional, se fose preciso.

Cada un dos boxes está dotado de:

- **Cama articulada** que posibilita facer decúbitos laterais e sedestación, con colchón antiescaras e dous brazos articulados a cada lado da cama.
- **Brazo seco** onde se sitúan: monitor, respirador e ordenador para o manexo do programa ICCA e sistema de aspiración seco para conectar a drenaxes (habitualmente torácicos).
- **Brazo húmido** onde se sitúan: un sistema de aspiración (para paciente), ambú, sondas de aspiración, torre de bombas de infusión continua, dous caixóns con material de uso máis frecuente como poden ser: filtro antibacteriano, máscara para ambú, tapóns de vías, xiringas de varios tamaños, agullas, material para extracción de analíticas, cánulas de Guedel.
- Un **carro-caixoneira** no que se pode encontrar o material necesario para realizar curas estériles, canalizar vías periféricas, realizar glucemias, recollida de varios tipos de cultivos etc.



Persoal Pool na Unidade de Reanimación

- **Mostrador de control** con 4 monitores centrais, 4 ordenadores (un deles conectado á impresora de etiquetas e códigos de analítica), gasómetro e medidor de ACT (tempo de coagulación activada).
- **Sala de Xuntas** de anestesia.
- **Cuarto limpo** (dotado do dispositivo de dispensación de fármacos Pyxis, dúas neveiras, mesado con vertedoiro e andeis con soros e demais funxibles necesarios para a preparación da medicación).
- **Cuarto sucio** (provisto de destrutor de cñas, mesado con vertedoiro, andeis con produtos de aseo e limpeza, desaugadoiro para baleirado de restos líquidos).
- Aseo para persoal.
- **Sala de descanso** do persoal.
- **Armarios e carros:**
 - 2 armarios na entrada e 5 carros distribuídos pola unidade para gardar o stock de lencería.
 - Dispoñemos dun sexto carro, ao lado do box 115, no que se encontran todos os EPIS necesarios para a atención de pacientes COVID.

É imprescindible coñecer a localización dos carros de RCP e de reapertura situados no plano.

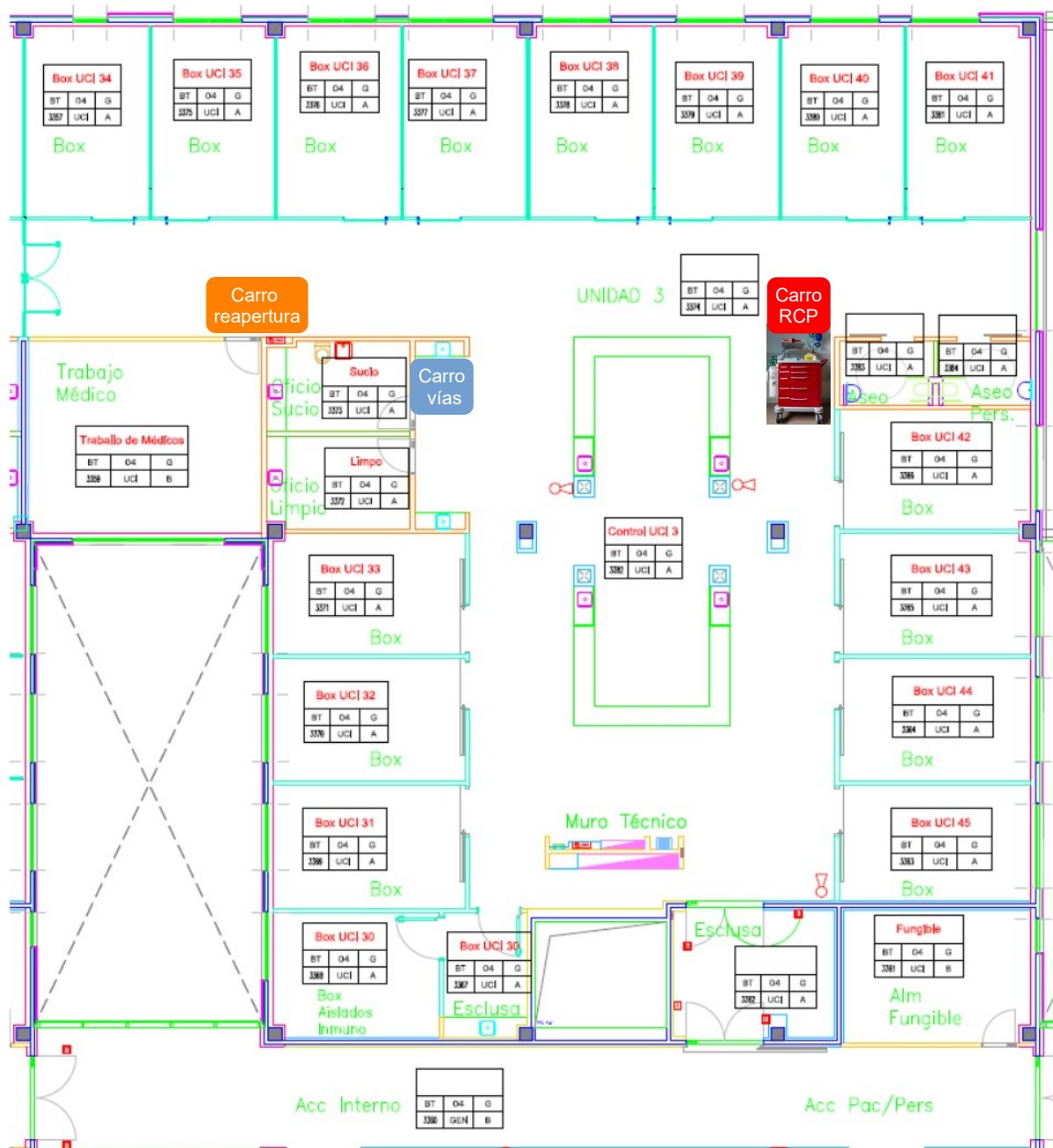
3.2 Espazos fóra da unidade:

- Despacho da supervisora
- Sala de espera de familiares
- Cuarto de limpeza con desaugadoiro e vertedoiro.
- Almacén de funxibles, soroterapia e aparataxe móbil (monitor de óxido nítrico, vigilance, picco...).



Persoal Pool na Unidade de Reanimación

3.3 Plano da unidade:



Persoal Pool na Unidade de Reanimación

4. Organización do traballo na unidade

- A unidade está xestionada por unha supervisora que se encontra de forma presencial de luns a venres en horario de 08:00 a 15:00h, fóra dese horario faranse cargo das incidencias que poidan xurdir os supervisores xerais que se encontren de garda.
- A unidade está dotada con 33 enfermeiras que desempeñan o seu traballo en quenda rotatoria complexa. As presenzas en cada quenda varían entre 5 e 7 enfermeiras dependendo do día da semana e a carga asistencial.
- É de suma importancia favorecer a interrelación enfermeira-paciente, fomentando unha relación de confianza entre ambos que permita ao paciente sentirse cómodo e seguro na medida en que as circunstancias o permitan.
- Todo o persoal da unidade está suxeito ao segredo profesional e á lei de protección de datos.
- O traballo na unidade organízase por asignación e distribución de pacientes ao persoal, co obxectivo de proporcionar atención integral.

4.1 Actividades con horario establecido:

Dietas

Comidas	Horario solicitude	Horario comidas
Almorzo	Antes das 07:00	09:00
Comida	Antes das 11:00	13:00
Merenda	Antes das 15:00	17:00
Cea	Antes das 17:00	20:15

*A solicitude de dietas realízase a través da aplicación CITRIX.

Medicación

Frecuencia	Horario
Cada 24 horas	12:00
Cada 12 horas	12:00 - 24:00
Cada 8 horas	08:00 – 16:00 – 24:00
Cada 6 horas	06:00 – 12:00 – 18:00 – 24:00
Cada 4 horas	04:00 -08:00 – 12:00 – 16:00 – 20:00 – 24:00

Persoal Pool na Unidade de Reanimación

*A medicación oral axustarase na medida do posible ao horario das comidas.

Probos complementarias e fisioterapia

- As **radiografías** con prioridade ordinaria realizaranse a primeira hora da mañá tralo aseo e a mobilización dos pacientes cama-cadeira de brazos. O resto farase a demanda.
- **Fisioterapia:** procurarase que os pacientes se encontren sentados na cadeira de brazos cando veña o fisioterapeuta, se as circunstancias o permiten, xa que non existe un horario fixo.
- Outras probas (TAC, endoscopias...) realizaranse a demanda.

Visitas e información médica

O horario de visita será ás 13:00 en quenda de mañá e ás 19:00 na quenda de tarde. A duración será de unha hora aproximadamente, sempre supeditado á actividade asistencial da unidade. Poderán permanecer dúas persoas dentro do box mentres dure a visita, tendo a opción de intercambiarse.

Así mesmo permítese a entrada da familia tralo ingreso do paciente na unidade, unha vez que estea acomodado e estabilizado, esta visita será máis breve que a ordinaria.

A información médica darase pola mañá, de forma habitual, salvo cambios de relevancia na evolución do paciente, nese caso poderíase actualizar durante a visita da tarde.

Trala aparición da pandemia do COVID-19 esta normativa esta supeditada á norma establecida desde a Consellería de Santidade dependendo da situación epidemiolóxica activa en cada momento, chegando mesmo a suspenderse as visitas dentro da unidade se así se establece desde a Xerencia do hospital.

4.2 Descrición do traballo diario de enfermaría:

Tarefas comúns nas tres quendas

Ao inicio de cada quenda faise o **reparto dos pacientes** en función da carga de traballo, experiencia profesional e proximidade dos boxes, na medida do posible.

Cada enfermeira recibe o **cambio de quenda** dos pacientes asignados, por parte da compañeira da quenda anterior de forma oral, a pé de cama e tendo en conta o seguinte:

- Presentación do paciente
- Diagnóstico, cirurxía realizada e días de post-operatorio
- Antecedentes e alerxias
- Resume da evolución clínica trala cirurxía
- Estado actual do paciente

Unha vez recibido o cambio de quenda o seguinte que deberemos facer para evitar posibles situacións non desexadas é **revisar os límites das alarmas, bolsa de presión do transdutor, parámetros do respirador, permeabilidade e conexión de vías, sondas e drenaxes**, así como as **pautas médicas**.

Persoal Pool na Unidade de Reanimación

As constantes vitais rexístranse automaticamente na aplicación ICCA. Monitorízanse polo xeral de forma horaria, pero pódense espazar máis en pacientes crónicos ou de alta e polo contrario nos postoperatorios inmediatos rexistraranse con maior frecuencia.

Prestaremos especial atención a:

- Frecuencia cardíaca
- Tensión arterial invasiva
- Pulsioximetría

Ademais das anteriores, tamén se monitoriza o **electrocardiograma** (ECG) e é aconsellable observalo con frecuencia para detectar posibles cambios.

No ICCA tamén debemos rexistrar o débito das **drenaxes torácicas e a diuresis**.

A **temperatura** (Tª) anotarase polo menos **2 veces por quenda** se o paciente non ten sistema de medición continua.

Aos **pacientes intubados**, en cada quenda, comprobaráselles o **pneumotaponamento** e farase a **hixiene oral con clorhexidina**, segundo o protocolo de Neumonía Zero, ademais de aspirar secrecións se fose necesario.

Os pacientes **séntanse** nunha cadeira de brazos, **tanto na quenda de mañá como na de tarde** se a súa situación hemodinámica o permite; convir sempre co anestesista.

Nos pacientes cronificados realizaranse **cambios posturais** cada 3h, durante a noite intentarase respectar o sono (sempre que a integridade cutánea do paciente o permita).

A enfermeira responsable debe colaborar en todas as mobilizacións e controlar vías, drenaxes etc.

Cara ao **final de cada quenda**, farase un **comentario escrito en ICCA** resumindo a evolución e as incidencias se as houberse.

Farase o **reparto de pacientes para a quenda seguinte**.

Débense observar en todo momento unhas **normas básicas de comportamento na unidade**; non se debe utilizar o teléfono móbil en horario de traballo, o ton de voz e a intensidade luminosa será acorde ao horario (facendo maior fincapé na quenda de noite), procurando facilitar o sono dos pacientes sempre que a actividade asistencial o permita.

En cada quenda hai, ademais das xerais, unhas funcións específicas:

Quenda de mañá:

- Aseo de todos os pacientes ingresados na unidade (luns e xoves realizarase lavado de cabezas dos pacientes crónicos).
- Realización de curas con técnica estéril, axustándose aos protocolos da unidade.
- Comprobación de datas de vías, catéteres, sondas...
- Revisión e pauta en ICCA da prescripción médica actualizada.
- Colaboración na realización de radiografía (Rx) torácica.



Persoal Pool na Unidade de Reanimación

- Preparación da medicación de urxencia para as cirurxías programadas do día.
- Realización do balance hídrico ás 14h
- Xestión de altas e preparación de cubículos para a recepción das cirurxías.
- Recepción de quirófanos e seguimento do protocolo de ingreso na unidade.

Quenda de tarde:

- Preparación e traslado de pacientes dados de alta á planta.
- Preparación de cubículos para as cirurxías.
- Recepción de quirófanos e seguimento do protocolo de ingreso na unidade.
- Cambiar nutricións parenterais e os seus equipos de forma estéril e protexendo as conexións.
- Realización do balance hídrico ás 21:00.

Quenda de noite:

- Extracción de probas analíticas solicitadas e envío das mesmas a laboratorio ás 07:00
- Extracción de gasometría a todos os pacientes e analizar no gasómetro da unidade.
- Realizar balance hídrico ás 07:00
- Deixar preparada a medicación para administración vía oral das 09:00 e posta a medicación intravenosa das 08:00.

Persoal Pool na Unidade de Reanimación

5. Aplicacións, formatos de rexistro e documentación

A unidade conta coas ferramentas de traballo que se enumeran a continuación en canto a documentación e rexistros se refire:

5.1 Aplicacións informáticas:

Aplicación informática	Para que serve
ICCA	IntelliSpace para coidados críticos e anestesia (ICCA) é unha aplicación que proporciona un software avanzado de apoio ás decisións clínicas, e ferramentas de documentación e análise para todo o proceso de atención sanitaria no paciente crítico
DITOOOL	Aplicación para solicitar as dietas ao servizo de hostalería
IANUS	Historia Clínica Electrónica. Para acceder é preciso activar previamente a tarxeta sanitaria como tarxeta IANUS nos puntos de acreditación electrónica (PAE).
FIDES	A través do Fides accederase á oficina virtual do profesional, onde cada traballador pode consultar o seu expediente, nóminas, permisos, carteleira, cursos ACIS etc.
MODULAB	A través desta aplicación realízanse as codificacións das analíticas.
SILICON	Aplicación que permite acceder á Prescrición, Dispensación e Administración de medicación dos pacientes hospitalizados.
PYXIS	Permite o acceso á consola do armario de almacenaxe de medicación xestionado polo servizo de Farmacia
INNOVASIS	Aplicación que xestiona os fluxos de traballo de admisión: movementos de pacientes (ingresos, altas, traslados...), citas...

5.2 Formatos de rexistro en papel:

- Rexistro de revisión do carro de RCP
- Dobre chequeo de CLK
- Rexistro de material enviado a esterilización
- Rexistro de material cedido temporalmente a outras unidades

Persoal Pool na Unidade de Reanimación

6. Medicación de uso habitual

6.1 Perfusións máis frecuentes:

Perfusión	Para que serve	Dilución
Adrenalina	Efecto vasopresor e inotrópico positivo	2mg en 50ml de SF o SG
Actrapid	Hipoglucemiante	50ui en 50ml de SF.
Amiodarona	Efecto antiarrítmico	600/900mg en 250/500ml de SG
Dobutamina	Efecto simpaticomimético e inotrópico positivo	250mg en 50ml de SG.
Dopamina	Efecto diurético a doses baixas e inotrópico positivo se se eleva a dose	200mg en 50 ml de SF o SG
Furosemida	Efecto diurético	250mg en 50ml. Debe ir por vía única e é fotosensible
Levosimendan	Efecto inotrópico positivo e vasodilatador	12,5mg en 500ml de SG
Midazolam	Efecto ansiolítico, anestésico, hipnótico e anticonvulsivante	150mg en 50 ml de SF.
Morfina	Efecto analxésico e narcótico	50mg en 50ml de SF.
Nitroglicerina	Efecto vasodilatador periférico	50mg en 50ml de SG.
Noradrenalina	Efecto vasopresor	10mg en 50ml de SG.

6.2 Medicación de urxencia na cabeceira en pacientes agudos ou postoperatorios inmediatos:

Medicación	Preparación
Adrenalina	Ampola pechada
Atropina	Ampola pechada
Denilefrina	Dilúense 10 mg nun SF de 100ml e cárgase en xiringa de 10ml (0,1mg/ml)
Urapidil	Sen diluír, en xiringa de 10ml (5mg/ml)
Morfina	10mg diluídos en SF en xiringa de 10ml (1mg/ml)
Propofol	2% vial de 50ml

Persoal Pool na Unidade de Reanimación

7. Protocolos e procedementos

7.1 Proxectos de Seguridade de Pacientes:

No momento actual están implantados na unidade os seguintes proxectos de Seguridade de Pacientes, de alcance nacional:

- Bacteriemia Zero
- Neumonía Zero
- Sepsis Zero

7.2 Protocolo de recepción post-cirurxía:

Tralo aviso de quirófano, 20-30 minutos antes da chegada do paciente á unidade, debemos preparar o cubículo para a recepción:

- Monitor acendido, en espera
- Sistemas de aspiración conectados
- Respirador ciclando; salvo indicación expresa ponse en SIMV cos seguintes parámetros:
 - FiO₂ – 50%
 - FR – 12
 - Vtydal – 500ml
 - Presión máx. – 40
 - PEEP – 5
 - Presión soporte – 15
 - I:E – 1:2

O paciente chega á unidade na padiola de quirófano, acompañado polo menos por celador, enfermeira e anestesista e conectado a monitor e ventilador de traslado. O **persoal mínimo** para a recepción é: **celador, TCAE e 2 enfermeiras.**

A enfermeira que quedará a cargo do paciente colócase na cabeceira; encárgase de monitorizar ECG e TA e administrar medicación, se fose preciso, para manter ao paciente estable.

Despois colocaranse soros, bombas, drenaxes, sondas e demais elementos que porta o paciente e procédese ao traslado á cama da unidade, en colaboración co persoal necesario, en función do peso do paciente, para que a manobra se faga en bloque.

A segunda enfermeira encárgase de rexistrar na aplicación ICCA os seguintes datos, moitos dos cales nolos proporciona a enfermería de quirófano:

- Constantes vitais á chegada
- Diagnóstico e intervención realizada
- Alerxias
- Antecedentes médicos e cirúrxicos

Persoal Pool na Unidade de Reanimación

- Soros e cantidade dos mesmos
- Bombas de perfusión continua e a súa velocidade de infusión
- Vías venosas, arteriais, drenaxes, sondas...
- Parámetros do respirador, marcapasos externo e outros dispositivos
- Colocación de drenaxes torácicas e si as pleuras están abertas ou non, o cal é importante á hora de valorar o sangrado ou de retirar as drenaxes.
- Hora de administración dos antibióticos
- Incidencias intraoperatorias

Unha vez instalado o paciente procédese á monitorización das demais constantes vitais, comprópanse conexións de vías e drenaxes que se puidesen descolocar na mobilización e a permeabilidade dos mesmos.

A maioría dos pacientes traen de quirófano vía central (trilúmen) e introdutor, bránula arterial e vías periféricas de gran calibre; sonda nasogástrica e vesical, drenaxes torácicas e marcapasos externo. Nalgúns casos traen ademais catéter de Swan-Ganz e con menor frecuencia balón de contrapulsación intraaórtico.

É importante corroborar que as drenaxes torácicas se conectan a aspiración e se existise fuga asegurar todas as conexións con bridas para descartar entrada do aire a través do sistema.

Outro aspecto a ter en conta é que a cabeceira do paciente ten que estar elevada 30° como mínimo, sempre que a situación hemodinámica o permita.

Realízase tamén a todos os pacientes analítica completa con gasometría arterial, radiografía de tórax e ECG.

Os pacientes saen de quirófano en hipotermia, así que na unidade pónselles unha manta de calor ata que normalicen a temperatura, mentres isto non suceda adoitan manterse sedados.

As constantes e os débitos das drenaxes rexístranse da seguinte forma, segundo o protocolo de ingreso:

- Cada 15 minutos as primeiras 2 horas
- Cada 30 minutos as seguintes 2 h
- De forma horaria a partir de entón.

No postoperatorio inmediato é moi importante vixiar coa frecuencia necesaria os seguintes aspectos:

- **ECG:** detectar posibles cambios e alteracións
- **TA:** é importante controlar tanto a hipertensión arterial (HTA) como a hipotensión arterial, para evitar os riscos que ambas supoñen
- **Osixenación:** mediante pulsioximetría, valores do respirador ou gasometría arterial se fose necesario
- **Drenaxes torácicas:** se o débito é moi abundante e hemático pode deberse a sangrado activo, se polo contrario o débito é case nulo debemos asegurarnos da permeabilidade dos mesmos para evitar taponamento cardíaco, muxindo os tubos se fose necesario

Persoal Pool na Unidade de Reanimación

- **Diurese:** valorar cantidade e aspecto

Cando o paciente comeza a despertar é importante a valoración neurolóxica e, en función da mesma, xunto co estado hemodinámico do paciente, iniciárase o protocolo de destete ventilatorio. Se finalmente se leva a cabo a extubación probarase tolerancia oral a partir das 4 horas da mesma.

7.3 Protocolo de alta:

Durante a semana encargárase a supervisora de xestionar as altas a planta. Fins de semana e festivos, a enfermeira responsable do paciente será a encargada de xestionar a alta a través do programa de xestión de camas INNOVASIS, previa confirmación da alta por parte do anestesista de garda.

Seguir protocolo de alta a planta (todos os protocolos están en formato electrónico nun dos ordenadores do control da unidade para manexo de todo o persoal).

Persoal Pool na Unidade de Reanimación

8. Aparatos e catéteres de uso habitual na REA 1

8.1 Cateterización de Swan-Ganz:

É un catéter longo e flexible cun balón de látex na parte distal e que na parte proximal vai conectado a un monitor específico que nos proporciona datos de gran interese en caso de inestabilidade hemodinámica do paciente.

Colócase a través dun introdutor aloxado en vea xugular, sempre co balón inflado (1,5 ml de aire) para favorecer o avance por arrastre do fluxo sanguíneo e minimizar danos endoteliais. O catéter atravesará a válvula tricúspide e a pulmonar, quedando a súa parte distal enclavada nun capilar pulmonar; o avance do catéter visualízase no monitor con diferentes curvas. Unha vez inserido o catéter ou feita a medición da presión capilar pulmonar, é moi importante deixar o balón desinchado para evitar un posible infarto pulmonar.

A luz proximal do catéter queda situada en aurícula dereita, co cal permite medir a presión venosa central e administrar medicación.

Os datos de maior interese que nos proporciona esta cateterización son:

- PAP (presión arterial pulmonar)
- PVC (presión venosa central)
- PCP (presión capilar pulmonar)
- Gasto cardíaco: volume de sangue que bombea o corazón nun minuto
- Índice cardíaco: gasto cardíaco por metro cadrado de superficie corporal
- SVO₂ mixta: indicador do equilibrio entre o aporte e o consumo de osíxeno tisular
- RVS: resistencias vasculares sistémicas
- RVP: resistencias vasculares pulmonares
- T^a central

Ademais dos coidados habituais dun catéter central, deberemos ter especial coidado na fixación, xa que as conexións da parte proximal pesan bastante e poderían traccionar o catéter.

Débase calibrar a oximetría en quenda de mañá e tras mobilizacións ou manipulacións do catéter.

Para a súa retirada, a cal se realiza sempre co paciente deitado, é moi importante asegurarse de que o balón está desinchado e ter o ECG monitorizado xa que ao saír, pode estimular células cardíacas, provocando extrasístoles ou mesmo fibrilacións.

8.2 Óxido nítrico:

Gas medicinal cuxo efecto principal é a vasodilatación do sistema arterial pulmonar, sen afectación da circulación sistémica; isto débese a que a súa vida media é moi curta e como se administra por vía inhalada actúa e metabolízase na circulación pulmonar.

A redución das resistencias vasculares pulmonares diminúe o traballo do ventrículo dereito e favorece tamén a perfusión alveolar, mellorando a difusión e a osixenación arterial.

Persoal Pool na Unidade de Reanimación

Todo isto converte ao óxido nítrico no tratamento de elección cando un paciente presenta hipertensión arterial pulmonar.

Pode administrarse a través de gafas nasais, ou subministrarse a través das tubaxes de VMNI ou tubos endotraqueais en pacientes intubados.

8.3 Marcapasos externo:

Todos os pacientes saen de quirófano conectados a un xerador de marcapasos externo transitorio, que permite a estimulación ventricular (monocameral) ou auricular e ventricular (bicameral) en caso de que o paciente non teña ritmo propio ou aínda téndoo, este non sexa suficiente para manter a estabilidade hemodinámica.

A programación do xerador é función do médico responsable, pero é competencia de enfermería o manexo básico en caso de urxencia, asegurar as conexións, cambiar a batería se esta se esgotase e os cuidados do punto de saída do cable a través da pel para evitar infeccións.

8.4 Balón de contrapulsación intraaórtico:

É un dispositivo de apoio circulatorio que mellora a perfusión arterial coronaria e por conseguinte o gasto cardíaco.

Consiste nun catéter que se introduce por arteria femoral, na súa parte distal ten un balón, que se infla con helio, o cal queda aloxado na aorta descendente. Na parte proximal vai conectado a unha consola que se encarga de sincronizar, mediante TA ou ECG, o enchido do balón coa contracción ou relaxación cardíaca.

Durante a sístole o balón mantense desinchado para permitir o paso de sangue cara á circulación sistémica, é durante a diástole cando ao inflarse o balón oclúe máis do 90% da luz da aorta, aumentando así a presión de perfusión das arterias coronarias co que mellora a osixenación do miocardio así como o gasto cardíaco.

Ademais dos cuidados habituais do punto de inserción e fixacións, é moi importante evitar acodamentos do catéter, para iso o paciente deberá permanecer en cama, mantendo unha aliñación corporal mínima especialmente durante as mobilizacións.

Debemos tamén vixiar a miúdo a coloración, temperatura e pulsos distais do membro no que o catéter está inserido para detectar de forma precoz un posible compromiso circulatorio.

Para a súa retirada o primeiro é asegurarse de que o globo está totalmente desinchado; ademais debemos ter en conta que tanto o catéter como a arteria son de gran calibre, así que manteremos a compresión o tempo que sexa necesario ata asegurarnos do cesamento do sangrado, tralo cal poremos un apósito oclusivo e manteremos ao paciente en cama polo menos 12h trala retirada, vixiando frecuentemente a perfusión da extremidade afectada.

9. Autores

- Yolanda Tourón Besada – Enfermeira Unidade Reanimación 1 (EPA 1)