

14 INDICADORES

Generales

INDICADOR	Descripción	Tipo de indicador	Estándar	Fuentes	Periodicidad
% puntos de AP con disponibilidad de electrocardiograma (E)*	Nº de puntos de AP con E/ Nº de puntos de AP x 100	Estructura índice	>95%	Encuesta SAS	Anual
Nº de ablaciones por millón de habitantes	Nº de ablaciones/ Población x 10 ⁶	Proceso índice	En construcción	Auditoría en puntos SSPA	Anual
Disponibilidad en la historia clínica del ECG de 12 derivaciones de la taquicardia	Nº de historias con ECG de la taquicardia/ Nº de historias de pacientes con diagnóstico de taquicardia x 100	Proceso índice	>95%	Auditoría en puntos SSPA	Anual

AP, Atención Primaria; EEF: Estudio electrofisiológico; SSPA: Sistema Sanitario Público de Andalucía.

* Ubicado en el centro de AP o disponible a menos de 1 Km en otro punto de AP.

Subproceso Fibrilación Auricular

INDICADOR	Descripción	Tipo de indicador	Estándar	Fuentes	Periodicidad
% de pacientes con FA que reciben fármacos para control de FC en Urgencias	Nº de pacientes con tratamiento para control de FC/ Nº de pacientes con FA x 100	Proceso índice	>95%	Auditoría en puntos SSPA	Anual
% de hospitales con programas de cardioversión de FA	Nº de hospitales con PC de FA/ Nº de hospitales x 100	Estructura índice	> 95%	Encuesta SAS	Anual
Demora de cardioversión eléctrica programada (CEP)	∑ de días de demora desde que se indica CEP/Nº total de CEP por FA	Proceso índice	60 días	Auditoría en puntos SSPA	Anual
% pacientes con FA no reumática en tratamiento ACO en AP y AE	Nº FA en tratamiento con ACO/ Nº FA atendidos x 100	Proceso índice	> 40%	Auditoría en puntos SSPA	Anual
Incidencia de <i>ictus</i> en pacientes con FA	Nº <i>ictus</i> en pacientes con FA por año/ Nº pacientes con FA	Resultado índice	< 5%	Auditoría en puntos SSPA	Anual

Subproceso Síncope

INDICADOR	Descripción	Tipo de indicador	Estándar	Fuentes	Periodicidad
% de hospitales de 2º-3er nivel con disponibilidad de TMB	Nº de hospitales de 2º-3er nivel con TMB/ Nº de hospitales de 2º-3er nivel x 100	Estructura índice	100%	Encuesta SAS	Anual
% de síncope a los que se realiza ECG en la EI	Nº síncope atendidos con ECG realizado/ Nº síncope atendidos x 100	Proceso índice	>95%	Auditoría en puntos SSPA	Anual
% de síncope a los que se realiza masaje carotídeo en el SCCU-H	Nº síncope atendidos con realización de masaje carotídeo/ Nº síncope atendidos x 100	Proceso índice	10%	Auditoría en puntos SSPA	Anual
% reconsultas en las 72 horas tras la asistencia a un síncope con diagnóstico final de SFPG	Nº reconsultas con diagnóstico SFPG/ Nº de síncope atendidos x 100	Proceso índice	< 5%	Auditoría SCCU-H	Anual

Subproceso Tratamiento Agudo de las Taquicardias y Arritmias Ventriculares

INDICADOR	Descripción	Tipo de indicador	Estándar	Fuentes	Periodicidad
Tasa de CE en el tratamiento agudo de las taquicardias en los SCCU-H	Nº de taquicardias con CE/ Nº de taquicardias atendidas x 100	Proceso índice	>3%	Auditoría en puntos SSPA	Anual
% complicaciones mayores de la ablación con catéter en AAVV	Nº de pacientes con complicaciones/ Nº total de pacientes atendidos x 100	Resultado índice	<5%	Auditoría en puntos SSPA	Anual
Adecuación de indicación de DAI	Nº de indicaciones de DAI clase I y IIa/ Nº total de indicaciones de DAI x 100	Proceso índice	>95%	Auditoría en puntos SSPA	Semestral
% complicaciones mayores en la implantación de DAI	Nº de pacientes con complicaciones/ Nº total de implantes de DAI x 100	Resultado índice	< 5%	Auditoría en puntos SSPA	Anual
Tasa de coronariografía y EEF en pacientes con DAI	Nº de pacientes con DAI y coronariografía+EEF/ Nº pacientes con DAI x 100	Proceso índice	> 80%	Auditoría en puntos SSPA	Anual

Subproceso Bradiarritmias

INDICADOR	Descripción	Tipo de indicador	Estándar	Fuentes	Periodicidad
Adecuación de indicación de MP definitivo	% de pacientes con indicación clase I y II/Nº total de marcapasos implantados	Proceso índice	>95%	Auditoría en puntos SSPA	Anual
Existencia de un registro de indicación de MP y modo de estimulación	% de pacientes registrados/Nº de MP implantados	Estructura índice	95%	Auditoría en puntos de SSPA	Anual
Satisfacción de usuario	% de pacientes que reciben información escrita sobre el dispositivo/ Nº total de implantes	Proceso índice	80%	Auditoría en puntos de SSPA	Anual
Complicaciones mayores	% de pacientes con complicaciones /Nº total de MP implantados	Resultado índice	<7%	Auditoría en puntos de SSPA	Anual

Subproceso Arritmias Supraventriculares

INDICADOR	Descripción	Tipo de indicador	Estándar	Fuentes	Periodicidad
Tasa de éxito de la ablación con catéter	Nº de ablaciones con éxito/Nº total de ablaciones x 100	Resultado	> 90%	Auditoría en puntos de SSPA	Anual
Tasa de MP post-ablación	Nº de MP implantados post-ablación/Nº de ablaciones x 100	Resultado	<2%	Auditoría en puntos de SSPA	Anual

Subproceso Muerte Súbita Cardíaca

1. Dotación de capacidad de desfibrilación (monitor desfibrilador/DEA) en todos los puntos de atención a Urgencias (indicador de estructura).
2. Existencia de registro de PCR en hospitales y en servicios de emergencias extrahospitalarios (sistemática de registro tipo Utstein) (indicador de estructura).
3. Aplicación de la primera desfibrilación en los primeros 5 minutos desde el inicio de la PCR, en el 20% de las PCR extrahospitalarias. En caso de PCR no presenciada se tomará la hora de contacto con el Sistema Sanitario (indicador de proceso).
4. Supervivencia > 8% en pacientes con episodio de PCR documentado, entendida como porcentaje de pacientes que son atendidos por ese motivo y reciben el alta hospitalaria (indicador de resultado).
5. Formación y reciclaje específicos en técnicas de SVA a todo el personal sanitario (médicos y enfermeros) de los puntos de atención a Urgencias. Periodicidad bianual (indicador de proceso).
6. Formación y reciclaje específicos en técnicas de SVB y DEA a todo el personal auxiliar sanitario (técnicos en emergencias, conductores de ambulancias, celadores) de los servicios y puntos de atención a Urgencias. Periodicidad bianual (indicador de proceso).

INDICACIÓN DE PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO O TERAPÉUTICO

CLASES DE RECOMENDACIÓN

- Clase I: Existe evidencia y/o acuerdo general en que el procedimiento es útil.
- Clase IIa: El peso de la evidencia está a favor de la utilización o eficacia.
- Clase IIb: La utilidad o eficacia está menos fundamentada por la evidencia/opción.
- Clase III: Existe evidencia y/o acuerdo general en que el procedimiento no es útil ni efectivo.

NE: NIVEL DE EVIDENCIA CIENTÍFICA Y GRADO DE RECOMENDACIÓN

- A: Requiere de al menos un ensayo clínico randomizado de buena calidad y evidencia dirigido a recomendaciones específicas (Niveles de evidencia científica Ia y Ib).
- B: Requiere la disponibilidad de un estudio clínico bien conducido pero no un ensayo clínico randomizado para las recomendaciones (Niveles de evidencia científica IIa, IIb y III).
- C: Requiere evidencia obtenida por los informes de los Comités de Expertos y/o experiencia clínica de las autoridades en la materia. Indicada en ausencia de estudios clínicos de buena calidad (Nivel de evidencia científica IV).

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON ARRITMIAS

Personal de DCCU-AP y 061

Actividades	Características de calidad
Abordaje y evaluación inicial	<p>A) Abordaje general:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Recepción del paciente: Colocación del mismo en una camilla en posición de RCP, debido a la posibilidad de repetición del suceso, monitorización estable del paciente conectado a un monitor desfibrilador, oxigenoterapia-ventilación. 2. Inicio del circuito de atención rápida protocolizado para casos de emergencia, aviso al 061, ambulancia medicalizada con personal facultativo y de enfermería. 3. Cuidados básicos: valorar y atender las necesidades alteradas inmediatas: oxigenación, circulación, nivel de conciencia, presencia de dolor, eliminación. 4. Procedimientos de Enfermería: administración de oxígeno en mascarilla de alto flujo (100%), efecto Venturi (50%) o vía orotraqueal (IOT), según las necesidades de aseguramiento. En caso de estar siendo ventilado con balón resucitador y reservorio, éste debe estar conectado a una fuente de oxígeno. <p>Canalización de vías venosas: de ser posible dos mejor que una de gran calibre y cortas (14 o 16G), extracción de analítica completa (hemograma, bioquímica y coagulación) y glucemia capilar.</p> <p>Controles: toma y valoración de constantes vitales (FC,TA,FR). Pulsioximetría de ser posible y realización de ECG de 12 derivaciones.</p> <p>Administración de medicación: por prescripción facultativa, antiarrítmicos, drogas vasoactivas, etc.</p> <p>Vigilar nivel de conciencia: Glasgow, presiones y conexiones si el paciente está sometido a IOT.</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Valoración de sondaje vesical S/P para control de líquidos, SNG.

6. Cuidados de comunicación: Identificación del personal. Apoyo emocional, información sobre los cuidados que se van a administrar, tranquilizar al paciente y a la familia.
7. Registro de datos del paciente: antecedentes, cuadro clínico y registro de tiempos.
8. Registro de acciones y actividades, según protocolo de cada centro.

B) Condiciones previas al traslado:

1. Transferencia: médico a médico, enfermera a enfermera, historia clínica y registros de enfermera.
2. Permeabilidad de la vía aérea y aislamiento de ser posible.
3. Estabilidad hemodinámica y eléctrica del paciente.
4. Información a paciente y familiares.
5. Ambulancia medicalizada o contener, al menos (*): monitor-desfibrilador, material de IOT, drogas, aspirador, balón resucitador, tensiómetro y sueroterapia.

C) Condiciones de traslado:

1. Avisar al hospital de referencia, crona de llegada.
2. Colocación y fijación del paciente, evitando el riesgo de lesión en el transporte de personas.
3. Aseguramiento de vías venosas y comprobación del correcto funcionamiento del material de que se dispone (*).
4. Información al paciente sobre sirenas, lugar al que nos dirigimos, apoyo emocional.

(*). Ver Anexo 3: Transporte sanitario.

Abordaje del paciente en el área de críticos de Urgencias: Abordaje y evaluación inicial

A) Abordaje general:

1. Cuidados básicos: Valorar y atender las necesidades básicas alteradas: respiración, circulación, eliminación, termorregulación, bienestar e higiene.

2. Realización simultánea de la transferencia del paciente enfermera a enfermera incidiendo en el estado del paciente, observaciones, actividades realizadas, estado actual, entrega de historia de enfermería (de ser posible ésta última debería contener los posibles diagnósticos reales y potenciales, las intervenciones realizadas y los criterios de resultado que se pretenden obtener, según la historia de enfermería protocolizada en cada centro).

Se retirará el material electromédico del equipo de traslado y será sustituido por el propio centro.

3. Procedimientos de Enfermería:

- Monitorización y vigilancia del paciente, realización de ECG o seriados según prescripción facultativa (de no producirse el traslado a UCI).
- Toma de constantes vitales, pulsioximetría.
- Detectar posibles síntomas de hipoperfusión, insuficiencia, sobrecarga circulatoria, dificultad respiratoria. Valorar la realización de gasometría arterial.
- Mantenimiento de dispositivos de administración de oxígeno.
- Administración de medicación por prescripción facultativa.
- Valoración de sondaje vesical para balance hídrico y/o sondaje nasogástrico según estado del paciente (IOT).
- Cuidados de la/s vía/s periférica/s y posibilidad de canalización de una vía central si procede.
- Cursar la analítica previamente extraída.
- Mantener al paciente en reposo absoluto.

4. Cuidados de comunicación:

- Identificación del personal.
- El paciente, de ser posible, será informado de su estado.
- Apoyo emocional e información de los cuidados que se le van a administrar.
- El equipo de traslado notificará en el Sº de Admisión de Urgencias los datos del paciente.
- Información preliminar a los familiares y entrega de objetos personales.

5. Registro de datos del paciente en la historia de enfermería, en la cual se reflejarán las actividades realizadas y los diagnósticos enfermeros según el protocolo de cada centro.

Traslado del paciente a UCI-UCC	<ul style="list-style-type: none"> • Traslado del paciente a la Unidad de Cuidados Intensivos. <ul style="list-style-type: none"> - El traslado deberá ser realizado por: Facultativo, Enfermera y Celador. El paciente deberá de ir monitorizado, pulsioximetría S/P, respirador S/P y deberá disponerse de maletín de traslados de Urgencias (laringo, palas, drogas vasoactivas, tubos endotraqueales, balón resucitador con reservorio y oxígeno). - Durante el traslado a la unidad, la valoración y vigilancia será constante. - Es recomendable que el personal esté formado y entrenado adecuadamente para estas funciones.
---------------------------------	--

Personal de UCI-UCC

Actividades	Características de calidad
Durante las primeras 24 horas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recepción y ubicación del paciente. <ul style="list-style-type: none"> - Se aplicará el protocolo de recepción de cada unidad evitando esfuerzos por parte del paciente. - Realización de transferencia por parte del personal del traslado al personal de UCI, entrega y custodia de historia. - Cambio de equipos de electromedicina (monitor, respirador, etc.). 2. Cuidados básicos: Valorar y atender las necesidades alteradas de respiración, circulación, eliminación, termorregulación, reposo, sueño, bienestar e higiene. 3. Procedimientos de Enfermería: <ul style="list-style-type: none"> - Información al paciente sobre los cuidados que se le van a administrar. - Monitorización del paciente conectado a una unidad de telemetría, vigilancia. - Toma y registro de constantes vitales, pulsioximetría, diuresis. - Apertura de gráfica / historia de UCI. - Monitorización de presiones invasiva S/P. - Administración de oxígeno, vigilando que la saturación esté por encima del 90%.

	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión y cuidados de las vías periféricas y/o centrales y extracción de nueva analítica si procede (analítica según perfil UCI de cada unidad, hemograma, bioquímica, coagulación, marcadores cardíacos, lípidos, etc.). - ECG de ingreso en la unidad. - Petición y realización de pruebas complementarias bien por protocolo de unidad o por prescripción puntual (gases, Rx., ECG por turno o por cambios en el estado del paciente). <p>4. Cuidados de comunicación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificación del personal. - Explicarle al paciente el funcionamiento de la unidad, medios de aviso al personal, horas de visita. - Información sobre los cuidados que se le van a administrar. - Apoyo emocional. - Información a familiares sobre horas de visitas, horas de información sobre la evolución de su familiar y petición de teléfono de contacto. <p>5. Apertura de historia de enfermería según protocolo de cada centro con diagnósticos enfermeros, actividades de enfermería y criterios de resultado.</p> <p>6. Realización de Plan de Cuidados.</p> <p>7. Acción de relevo, oral y escrito, cambios y observaciones.</p>
Cuidados post-24 horas	<p>1. Valorar y atender las necesidades básicas alteradas: respiración, circulación, termorregulación, reposo, sueño, bienestar, higiene.</p> <p>2. Dependiendo del nivel de conciencia del paciente, su estado hemodinámico y la filiación o no de su proceso, si no existe contraindicación se puede:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Iniciar una ligera actividad física de las extremidades, o necesitar soporte total para el movimiento. - Ayuda parcial o total para la alimentación. - Ayuda parcial o total para la higiene. - Aprendizaje respiratorio a dependencia respiratoria total. <p>3. Para todas estas actividades, aparte de la vigilancia, se realizará una toma de constantes pre y post, así como una búsqueda y observación de debilidad, cansancio.</p>

4. Procedimientos de Enfermería:

- Baño e higiene diaria.
- Vigilancia y control del paciente, unidad de telemetría.
- Toma de constantes según pauta prescrita, escala de Glasgow.
- Protocolo matutino de UCI según Hospital (hemograma, bioquímica, gases, Rx).
- ECG al menos 1 cada 24 horas y, cuando se observen, cambios, registrar las variaciones del ritmo.
- Monitorización de presiones invasivas de existir. Gasto cardíaco.
- Cuidados del paciente sometido a IOT: aspiración de secreciones, control de presiones del respirador, cuidado de las comisuras bucales.
- Fisioterapia respiratoria. Control de la pulsioximetría. Oxigenoterapia.
- Pseudo-analgésia S/P, según pauta. Adaptación del paciente al respirador.
- Balance hídrico (sonda vesical y sonda nasogástrica, sudoración).
- Administración de medicación.
- Revisión y cuidado de las vías y accesos venosos centrales y periféricos.
- Búsqueda de signos y síntomas de infección, hematoma, sangrado.
- Vigilancia constante del paciente en búsqueda de factores de riesgo coronario.
- Medidas para evitar la alteración de piel y mucosas por la inmovilización.
- Cuidados al paciente sometido a estudios electrofisiológicos.
- Registro de datos en la historia de enfermería, evolución del Plan de Cuidados, valoración, aparición / desaparición de problemas.

5. Cuidados de comunicación:

- Identificación del personal de la unidad.
- Apoyo emocional y psicológico.
- Información de los cuidados que se le van a administrar.
- Inicio de actividades de educación sanitaria: información verbal y escrita sobre su enfermedad (de estar ya filiada).
- Informar sobre los factores de riesgo coronario y hábitos tóxicos (tabaquismo, alcohol, drogas).

6. Registros de Enfermería: seguir desarrollando la historia de enfermería, con diagnósticos de ser posible de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Asociación), intervenciones (NIC) y criterios de resultado (NOC), según el protocolo de historia de cada centro. Plan de Cuidados.
7. Filiación del proceso: De proceder la resolución de alta de esta unidad, se comunicará a paciente y familiares previamente al traslado y lugar de ubicación del mismo así como una hora aproximada según la disponibilidad hospitalaria y cúmulo de tareas.

Personal de Unidad del Hospital

Actividades	Características de calidad
Medidas generales	<ol style="list-style-type: none"> 1. Traslado del paciente desde la UCI-UCC realizado por Celador y Enfermera, entrega y custodia de historia clínica - alta de UCI. Es aconsejable la entrega de alta de Enfermería con historia, con etiquetas diagnósticas resueltas y etiquetas diagnósticas reales y potenciales actuales, con el fin de realizar una continuidad de cuidados en la planta. Relevo oral resumido de la situación e historia del paciente. Transferencia del paciente y custodia de historias. 2. Recepción del paciente y acogida según protocolo de la unidad. Apertura de historia de enfermería, gráfica de tratamientos por pauta prescrita. 3. Cuidados básicos: <ul style="list-style-type: none"> - Valorar y atender las necesidades alteradas: oxigenación, eliminación, termorregulación, circulación, reposo-sueño y bienestar e higiene. - Iniciar/continuar la actividad física si no existe contra-indicación. - Movilización cama-sillón, paseos progresivos. - Fisioterapia respiratoria S/P. - Favorecer que el paciente sea autónomo para sus necesidades básicas: higiene, alimentación, eliminación, de forma progresiva. 4. Procedimientos de Enfermería: <ul style="list-style-type: none"> - Toma general de constantes al ingreso.

- Conexión a una central de telemetría previa monitorización (personal entrenado).
- Vigilancia y observación de cambios, alteraciones, síntomas de hipoperfusión, insuficiencia cardíaca-respiratoria (avisar a Facultativo/ECG).
- Vigilar la aparición de síncope, palpitaciones y alteraciones del ritmo (avisar).
- Es aconsejable de ser posible documentar las arritmias (Unidad de Telemetría).
- Nivel de conciencia, evaluación neurológica rápida por turno.
- Cuidados y mantenimiento/permeabilidad de la/s vía/s venosas.
- Administración de medicación prescrita.
- Extracción de analíticas según prescripción.
- Realización de ECG por turno y si se dan cambios en el estado del paciente.
- Complimentación y preparación para pruebas de estudio electrofisiológico (marcapasos, cateterismo, *tilt*-test, ablación, etc.) según procedimiento de la unidad.
- Cuidados o retirada de los sondajes del paciente (balance hídrico).

5. Cuidados de comunicación:

- Apoyo emocional y psicológico.
- Información de los cuidados que se van a administrar.
- Educación sanitaria verbal y escrita evitando tecnicismos, sobre: enfermedad, factores de riesgo, hábitos tóxicos y actividades saludables.
- Explicar cómo debe tomar el tratamiento.
- Derivación a unidades de rehabilitación S/P.
- Ofrecimiento de la posibilidad de formación en medidas de RCP básicas para él y los suyos, y centros docentes.

6. Continuidad de la historia de enfermería, registro de intervenciones, etiquetas diagnósticas (NANDA), Plan de Cuidados, criterios de resultado, según protocolo de cada unidad.

7. De resolverse la situación con la filiación diagnóstica del paciente, al alta le será entregada: el alta médica, el alta de Enfermería, la inclusión o no en el Programa Corazón, los medios de contactar con los servicios de urgencias y emergencias de la comunidad autónoma. Se favorece así una continuidad total de cuidados del paciente, bien directamente a AP o AE (en este último caso, se procurará dar cita para revisión).

Personal de Atención Primaria

Actividades	Características de calidad
Medidas generales	<ol style="list-style-type: none">1. Recepción del paciente con informe de alta de Enfermería para la elaboración de un Plan de Cuidados que asegure la continuidad asistencial del paciente.2. Inclusión del paciente en los programas necesarios según detección de factores de riesgo coronario.3. En las frecuentes visitas del paciente a APS se realizará: toma de constantes, ECG según pautas y detección de aparición o desaparición de factores de riesgo. En caso de aparecer cambios significativos, se avisará y se derivará a su Médico para la modificación del tratamiento o la petición de pruebas complementarias (derivación a AE).

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL LABORATORIO DE ELECTROFISIOLOGÍA CLÍNICA CARDÍACA (CELEC)

Personal de Laboratorio de Electrofisiología

Actividades	Características de calidad
Contacto paciente-Laboratorio	<p>Con relación al primer contacto del paciente con el Laboratorio de EFCC, y según el proceso de atención de Enfermería, se pueden encontrar una serie de diagnósticos enfermeros más frecuentes, que se tienen como problemas independientes. Se exponen algunos ejemplos a continuación (pueden aparecer más según identificación de problemas técnicos, pacientes y situación):</p> <ol style="list-style-type: none">1. Ansiedad relacionada con amenaza de cambio, cambio en el entorno, cambio en el estado de salud. 9.3.1. etiqueta diagnóstica de la NANDA. <p>Resultados sugeridos (criterios de resultado u objetivos): control de la ansiedad, control de impulsos, superación de problemas.</p> <p>Resultados opcionales: aceptación del estado de salud.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none">- Presentarse al paciente a su ingreso (identificación del personal).- Mostrarle la sala de estudio.- Información sobre la/s pruebas.- Toma de datos de filiación.- Apertura de registros de Enfermería.

	<ul style="list-style-type: none"> - Consentimiento informado (en qué consiste el estudio y los beneficios y riesgos que presenta). - Explicar todos los procedimientos por sencillos que parezcan: monitorización, canalización de vía venosa, mesa de exploración. - Refuerzo para hacer frente a situaciones difíciles, animarle a que dialogue y pregunte lo que desee. - Técnicas de relajación. - Refuerzo de su seguridad. - Vigilancia constante de sus signos vitales. - Presencia constante de personal. - Apoyo psicológico. - Preservar intimidad, proporcionar la mayor comodidad posible. - Si es necesario, se administrará medicación ansiolítica por prescripción. - Anotar en el registro de Enfermería cualquier alteración o incidencia posible.
Acceso venoso	<p>2. Riesgo de infección relacionada con venoclisis 1.2.1.1.</p> <p>Resultados sugeridos: el paciente no mostrará signos de infección locales en el punto de inserción del catéter.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explicar al paciente el proceso. - Lavado de manos y uso de guantes. - Elección de vena en el brazo contrario al utilizado para la colocación del introductor, asepsia de campo. - Técnica de canalización aséptica, colocar sueroterapia por prescripción, fijación y colocación de aposito estéril. - Anotación y registro del procedimiento e incidencias.
Cama y mesa de exploración	<p>3. Riesgo de traumatismo relacionado con el paso del paciente a la cama. 1.3.1.</p> <p>Riesgo de deterioro de la integridad cutánea. 1.3.2.1.2.1.</p> <p>Resultados sugeridos: el paciente no sufrirá ninguna lesión durante su estancia en el Laboratorio de Electrofisiología, ni deterioro de la integridad cutánea.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recibir al paciente valorando su fuerza muscular y su coordinación motora. - Máxima precaución al realizar el traslado del paciente de la cama a la mesa de exploraciones. - Técnicas de inmovilización, colaboración del paciente si puede.

	<ul style="list-style-type: none"> - Colocación alineada del paciente, postura necesaria para exploración (facilitar respiración, proteger zonas susceptibles de isquemia, contracturas y lesiones). - Vigilancia continua, seguridad. - Anotar registros de Enfermería e incidencias.
<p>Necesidades de eliminación</p>	<p>4. Déficit de autocuidados: eliminación urinaria relacionada con inmovilización mesa de exploraciones. 6.5.4.</p> <p>Resultados sugeridos: el paciente identificará la necesidad de utilizar el orinal cuando lo precise, no se producirán complicaciones derivadas de retención de líquidos.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informar al paciente de que la exploración puede durar varias horas durante las cuales no se podrá mover. Si lo necesita, que no se contenga y avise. - Preservar la intimidad. - Orinal a demanda. - Anotar diuresis, si tiene bolsa urinaria. - Controlar la distensión abdominal por si precisa sondaje vesical. - Anotación de incidencias. <p>5. Temor relacionado con procedimientos invasivos, dolor, falta de conocimientos 9.3.2.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Resultados sugeridos: <ul style="list-style-type: none"> • El paciente reconoce sus temores. • Controlará el miedo. • Manifestará control de la situación. • Controlará la posible aparición de reacción vagal. <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valorar el grado de amenaza y temor que percibe el paciente. - Permanecer junto a él. - Ayudar al paciente a identificar dudas y temores mediante una información objetiva y concisa. - Proporcionar información inteligible, escrita si es preciso. - Razonar las explicaciones necesarias, los equipos y las sensaciones previstas. - Corregir conceptos equivocados. <p>Nota aclaratoria: Se han obviado de los problemas interdependientes (riesgo de infección relacionado con el cateterismo cardíaco, hemorragia relacionada con los cateterismos, formación de hematomas relacionados con la introducción de catéter), al no considerarse como diagnósticos enfermeros independientes.</p>

TRANSPORTE SANITARIO DEL PACIENTE CON ARRITMIAS

Es el que se realiza para el desplazamiento de personas enfermas accidentadas o por otra razón sanitaria en vehículos especialmente acondicionados al efecto (B.O.E. N° 241 de 1990).

Tipos:

1. Según la urgencia vital del enfermo:

- De emergencia: Este tipo de transporte tiene pridad absoluta, debe realizarse sin demora debido al riesgo vital que supone para el enfermo una demora en su diagnóstico y tratamiento.
- Urgentes: Para enfermos con posible riesgo vital, pero cuya asistencia puede demorarse minutos u horas.
- Demorable: No se precisa una activación inmediata y pueden programarse.

2. Según el medio de transporte:

2.1. Terrestre: Ambulancias. Tipos.

- Según el equipamiento y la medicalización:
 - Ambulancias no asistenciales: aquellas destinadas al transporte de enfermos en camilla y no tendrán que estar específicamente acondicionadas ni dotadas para la asistencia médica en ruta.

Personal: Conductor con formación en transporte sanitario con o sin ayudante, cuando el tipo de servicio así lo requiera.

Vehículo: Tomas de corriente de 12V CC.

Equipamiento sanitario: Sistema de oxigenoterapia de, al menos, 800 litros, con mascarilla para adulto y niño, sistema de ventilación manual con mascarillas para adulto y niño, sistema de aspiración de secreciones con sondas de aspiración para adulto y niño, dispositivo para suspensión de soluciones de perfusión intravenosa, maletín de primeros auxilios y material de Soporte Vital Básico.

- Ambulancias asistenciales: aquellas acondicionadas para permitir una asistencia técnico-sanitaria en ruta:

Sin personal facultativo o no medicalizada: destinada a proporcionar Soporte Vital Básico (SVB)

Personal: conductor con formación en transporte sanitario y, al menos, otra persona con formación adecuada.

Vehículo: dispondrá de una fuente auxiliar de la del vehículo, con salidas de

12CC y de 220V AC que permita el funcionamiento de los servicios vitales para atender al paciente en caso de avería del vehículo. Tomas de corriente de 12CC y de 220V AC, posibilidad de incorporación de un equipo electrógeno. Iluminación interior suficiente en intensidad, orientable y regulable para una correcta atención sanitaria.

Equipamiento sanitario: sistema para soporte, fijación y deslizamiento de la camilla que permita una fácil y segura colocación y extracción de la camilla con paciente. Ésta deberá permitir Trendelemburg positivo y negativo de hasta 30° por sí misma o por medio de un porta-camillas; permitirá abordar al paciente por ambos laterales y dejar espacio libre en la cabecera. Instalación fija de oxígeno, aislada eléctricamente con tomas rápidas en las paredes y convenientemente rotuladas. Dos botellas de oxígeno con capacidad total mínima de 2.000 litros, caudalímetros de que puedan dar un flujo de hasta 15 litros por minuto, humidificadores y manómetros de control de presión. Respirador que permita ciclos de función respiratoria de 10 a 40 ciclos con una FiO_2 del 50 al 100%, manómetro de control de presión y válvula de sobrepresión (sólo para ambulancias que vayan a prestar SVA), ventilador manual tipo balón resucitador con mascarilla de adulto y pediátrica y posibilidad de ventilación con FiO_2 mediante conexión a fuente de oxígeno. Equipo de aspiración eléctrico, juego de tubos endotraqueales de adulto y pediátrico, laringoscopio y palas de adulto y pediátrico, mascarillas de ventilación de adulto y pediátrico. Maletín de resucitación diferenciados para adulto y pediátrico que permita su utilización en el exterior de la ambulancia asistida con el material adecuado. Monitor-desfibrilador de tipo portátil con autonomía, provisto de palas o parches adhesivos que sirvan de electrodos de ECG y para desfibrilar, con los accesorios necesarios, generador externo de marcapasos, con funcionamiento fijo y a demanda con posibilidad de regulación de intensidad de estímulos. Registrador de electrodos de un solo canal con posibilidad de conexión a monitores de 12 derivaciones (sólo para ambulancias que vayan a realizar SVA). Dispositivo para suspensión de soluciones de perfusión intravenosa, material fungible para punción y canalización venosa.

Esfigmomanómetro, fonendoscopio, linterna de exploración, material de inmovilización integral del paciente, así como la inmovilización de MMSS, MMII, columna y juego de collarines cervicales. Material quirúrgico, material de curas, equipos de sondaje y drenaje, recipiente frigorífico o isotermo con capacidad suficiente.

Medicación: Condiciones adecuadas de conservación de luz y de temperatura, revisión periódica de la caducidad, se evitarán envases que puedan dañar o lesionar a los ocupantes. Sistema de clasificación por colores, rojo circulatorio, azul respiratorio, verde, otros, amarillo pediátrico.

Medicación mínima:

Analgésicos (incluidos los derivados opiáceos que cumplan la normativa

vigente), anestésicos locales, antagonistas del calcio, antagonistas opiáceos (naloxona), antianginosos, anticolinérgicos, antisépticos, benzodiazepinas, beta-bloqueantes-adrenérgicos, broncodilatadores, corticosteroides, diuréticos, glucosa, insulina rápida, sueroterapia, sustitutos del plasma, fármacos vasoactivos (adrenalina) y, mediante consenso, los siguientes antiarrítmicos:

- Antropina
 - ATP/adenosina
 - Amiodarona
 - Atenolol
 - Digoxina
 - Diltiazem
 - Flecainida
 - Isoproterenol
 - Lidocaína
 - Propafenona
 - Procainamida
 - Verapamil
- Con personal facultativo (equipos de emergencia, UVI móvil). Destinadas a proporcionar Soporte Vital Avanzado (SVA).

Personal: Médico con experiencia en valoración, tratamiento y transporte de pacientes críticos, DUE con experiencia en cuidado y transporte de pacientes críticos; técnico de transporte sanitario capacitado para controlar y mantener el vehículo y el equipamiento sanitario básico, trasladar al paciente a los centros sanitarios y realizar cuidados de asistencias extrahospitalarias conocimiento de SVA.

Equipamiento sanitario: dotación idéntica a la anterior según RD 619/1998, de 17 de Abril.

2.2. Aéreo: helicóptero o avión sanitario.

a) Helicóptero

Personal: Piloto y mecánico. Médico con experiencia en valoración, tratamiento y transporte de pacientes críticos. DUE con experiencia en cuidados y transporte de pacientes críticos.

Equipamiento: Instalación fija de oxígeno, respirador, ventilador manual tipo balón resucitador, equipo de aspiración eléctrico, juego de tubos endotraqueales, laringoscopio, mascarillas de ventilación, material fungible de apoyo a la ventilación, maletín de resucitación cardiopulmonar, monitor-desfibrilador, dispositivo para suspensión de soluciones de perfusión intravenosa, material fungible para punción y canalización percutánea intravenosa, esfigmomanómetro, fonendoscopio, linterna de exploración, material de inmovilización, material quirúrgico, material de curas, equipos de

sondaje y drenaje, recipiente frigorífico o isoterma y medicación adecuada. (RD 619/1998, de 17 de Abril).

b) Avión de transporte.

3. Según el objeto del transporte:

- Primario: el que se realiza desde el lugar donde ocurre la emergencia extrahospitalaria hasta el hospital.
- Secundario: el que se realiza desde un centro sanitario a otro.
- Terciario: el que se realiza dentro del propio centro hospitalario.

Para una buena gestión del transporte sanitario deben existir centros de coordinación capaces de planificar o programar sus servicios.

Aparataje y fungible recomendado además del recogido en el RD 619/1998 de 17 de Abril:

- Bomba de perfusión de medicación, eléctrica y a batería.
- *Kit* de punción intraósea.
- Mascarillas de oxígeno con reservorio.
- Guantes estériles y de un solo uso de varias tallas, mascarillas, cascos protectores, linternas de visión nocturna, chalecos reflectantes.
- Electrocardiógrafo portátil a batería y a red eléctrica.
- Analizador clínico portátil, que está demostrando un valor añadido al proceso del paciente pudiendo determinar con alta fiabilidad parámetros como: Hb, hematocrito, Ca*, Na*, K*, Ph, gasometrías, glucemia, etc., en un tiempo muy corto (120 segundos).

4. Selección del vehículo óptimo de transporte según la distancia prevista:

- < 150 Km:
Ambulancia o helicóptero sanitario
- 150-300 Km:
Helicóptero sanitario
- 300-1.000 Km:
Avión sanitario
- > 1.000 Km:
Avión de línea regular adaptado
- Situaciones especiales:
Barco o ferrocarril.