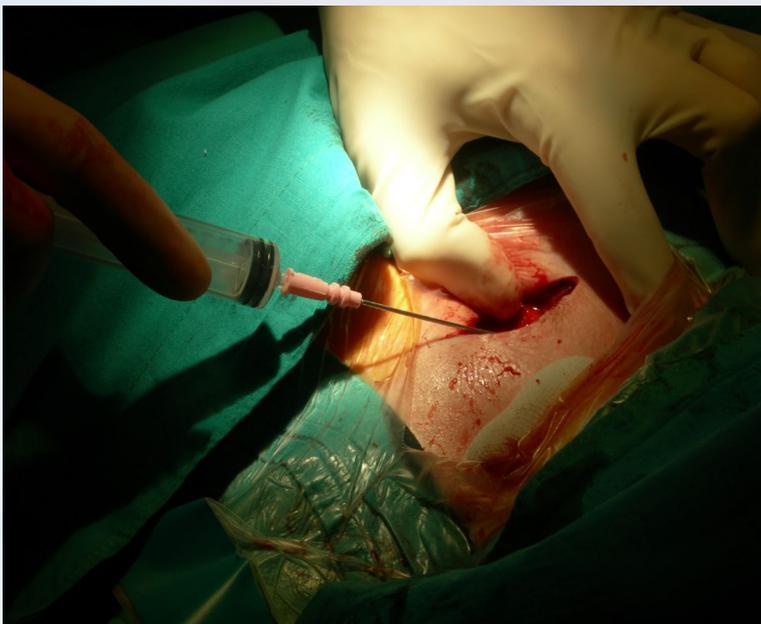
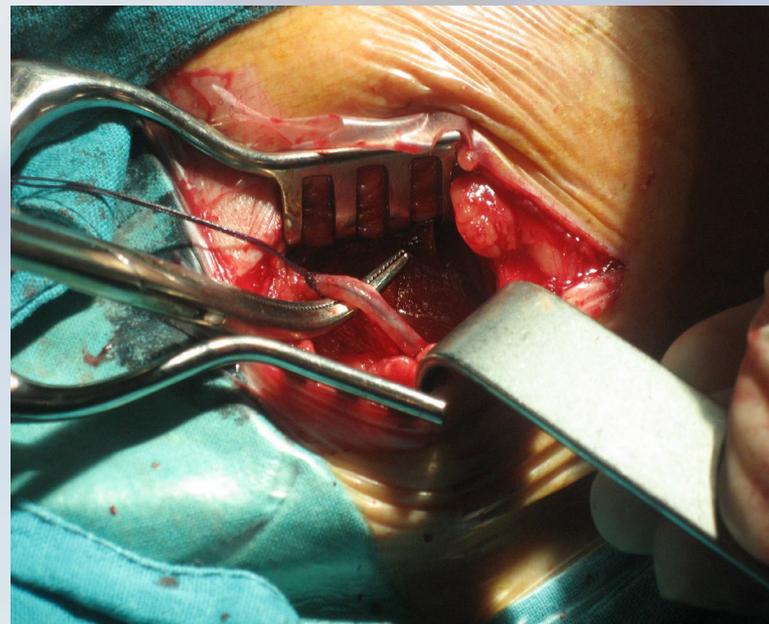


ABORDAJE DE LA VÍA

A) SUBCLAVIA



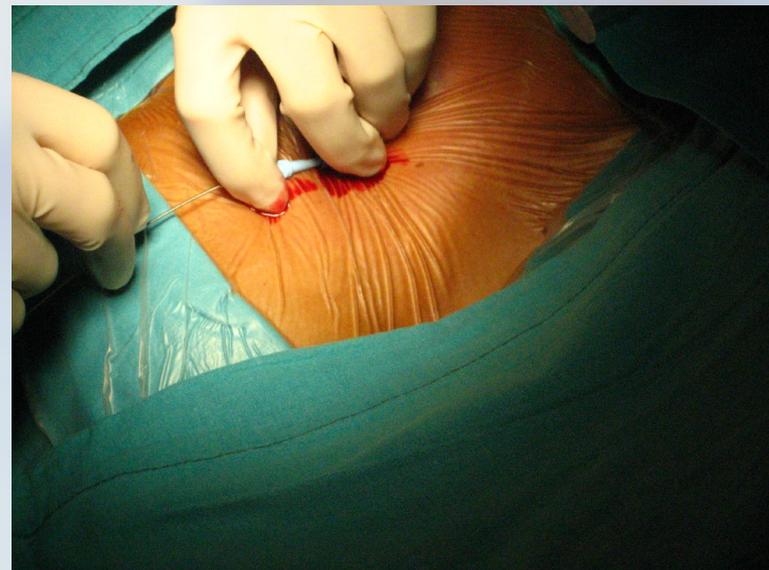
B) CEFÁLICA





6.- Introducción de la guía:

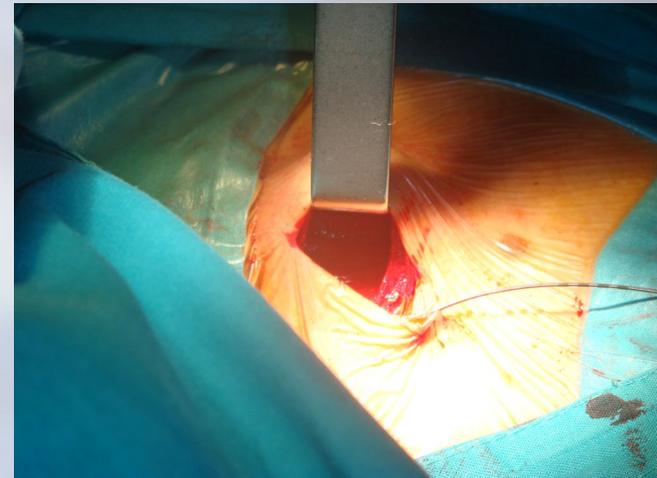
- Vigilar la esterilidad y seguimiento con control radiológico de la guía.
- Controlar el ECG.
- Durante todo el procedimiento manejaremos aparataje de radiología intervencionista y aparataje específico para el implante de dispositivos cardiacos.
- **NIC:** manejo de la tecnología (7880)





7.- Disección de la bolsa cutánea:

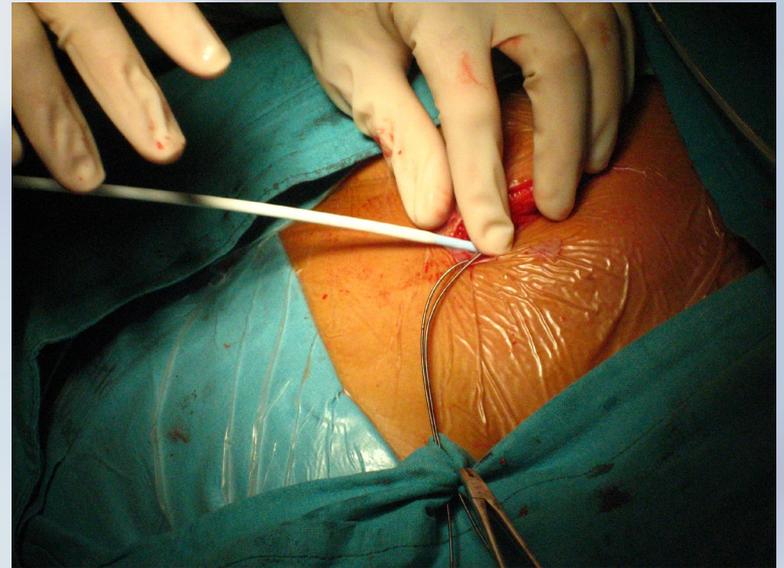
- **Diagnóstico de enfermería:** dolor agudo (00132).
- **NOC:** nivel de dolor (2102).
- **NIC:** manejo del dolor (1400), administración de analgésicos (2210), administración de anestesia (2840), manejo de la sedación (2260).





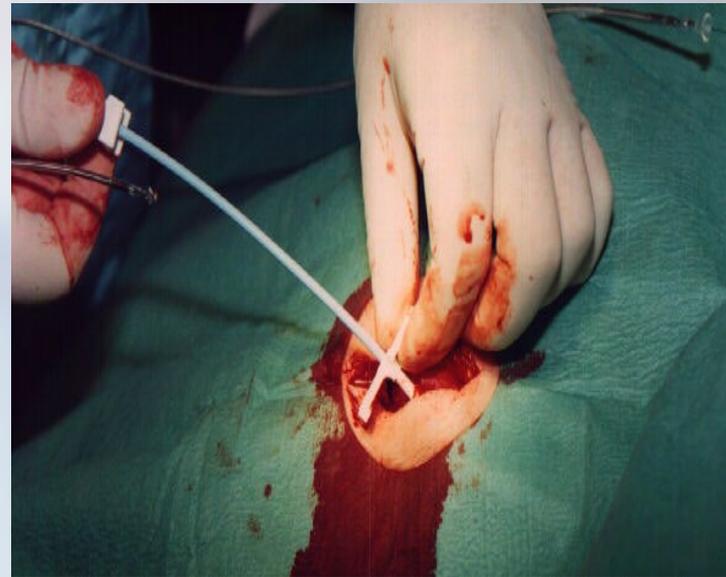
8.- Avance del introductor con el dilatador por la guía:

- Control radiológico del avance del introductor.
- Vigilancia del dolor.
- **NIC:** manejo del dolor (1400), administración de analgésicos (2210), administración de anestesia (2840), manejo de la sedación (2260).



9.- Extracción del dilatador y de la guía.

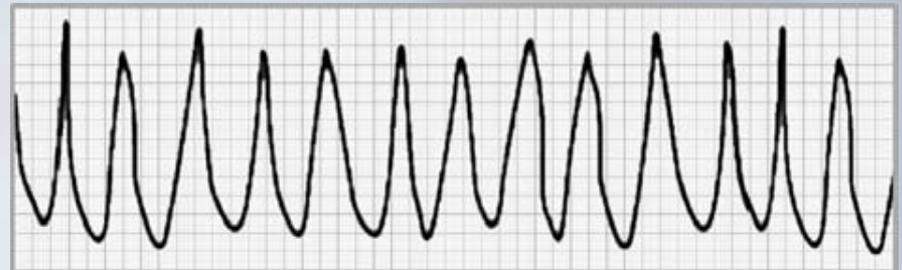
- Una vez que el introductor está en la posición adecuada extraemos el dilatador junto con la guía para dejar paso al cable.
- Precaución para evitar embolia gaseosa.



10.- Introducción de los electrodos:



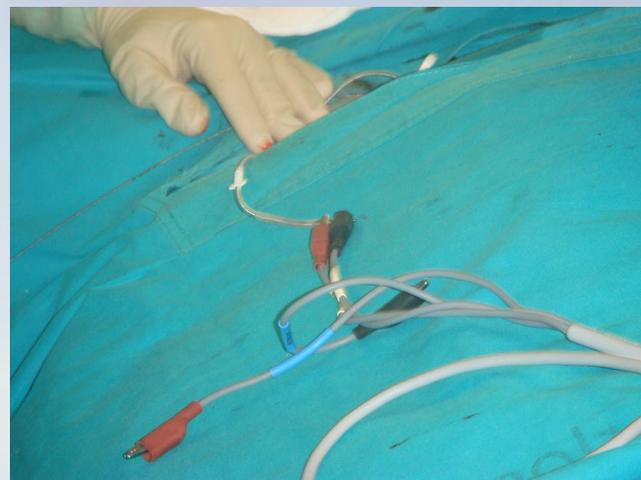
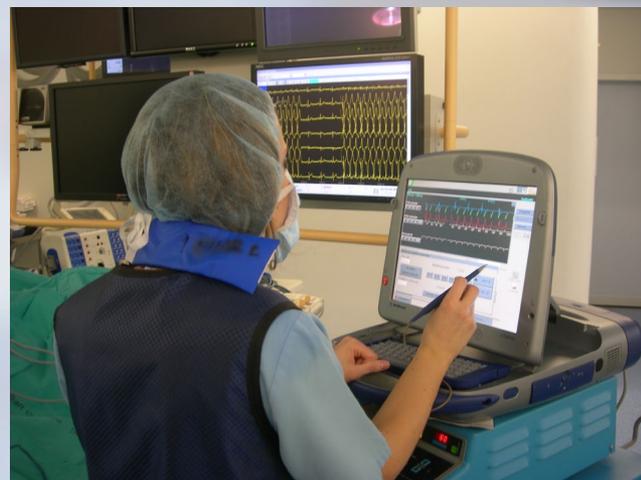
- Seguimiento del paso del cable por las estructuras venosas y cardiacas con control radiológico, controlar electrocardiograma por posibles extrasístoles al acceder al ventrículo.
- **NIC:** Manejo de la disritmia (4090).





11.- Medición de parámetros:

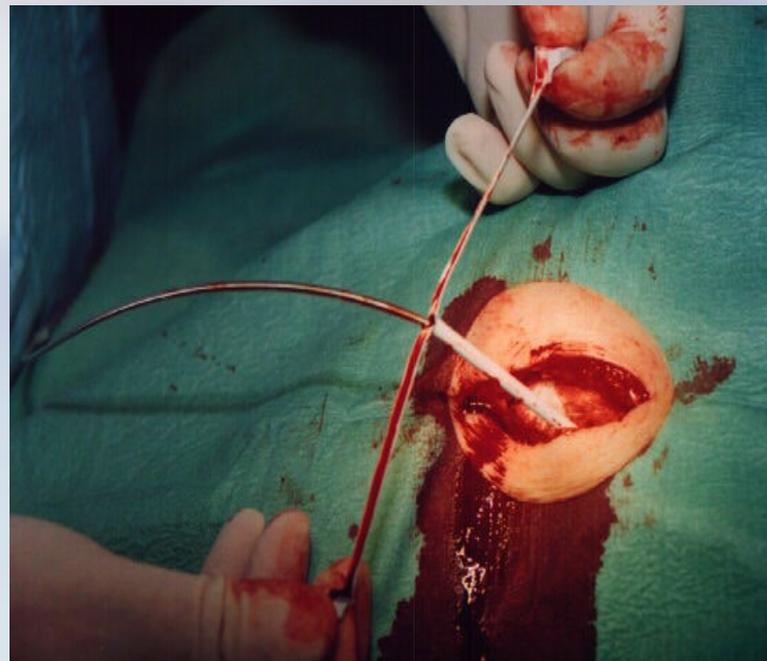
- Realizaremos las mediciones necesarias dependiendo del tipo de DAI (monocameral, bicameral, resincronizador). Debemos tener los cables conectados al interrogador e ir realizando las medidas necesarias para su correcto funcionamiento.
- **NIC:** manejo de la tecnología (7880).





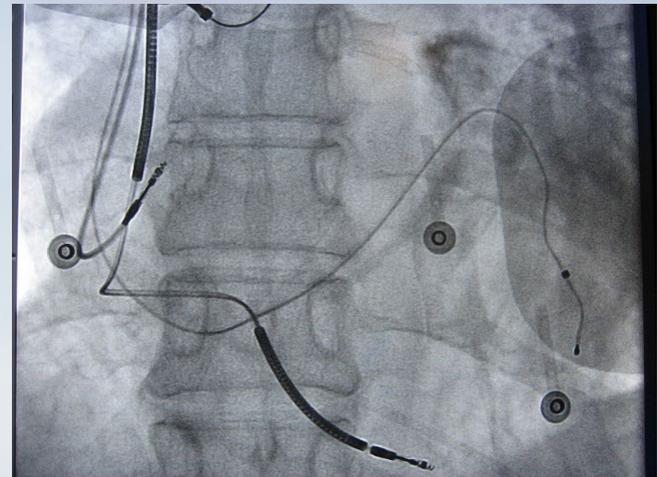
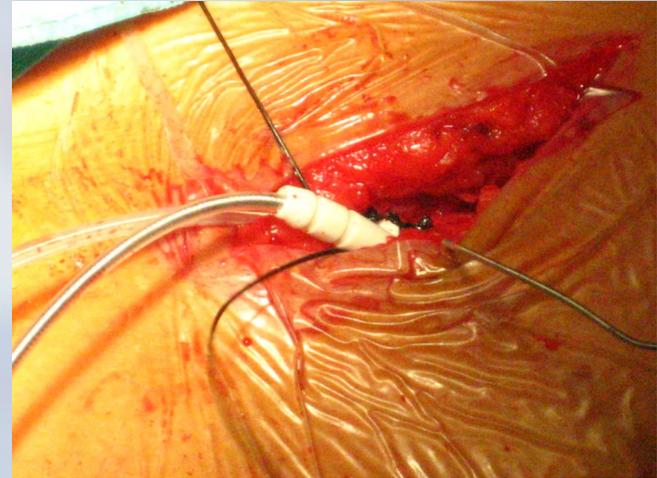
12.- Extracción del introductor:

- Puedes ser auto-pelable o necesitar cuchilla para su retirada. Tener a mano el material necesario.
- Precaución de no movilizar el cable implantado.



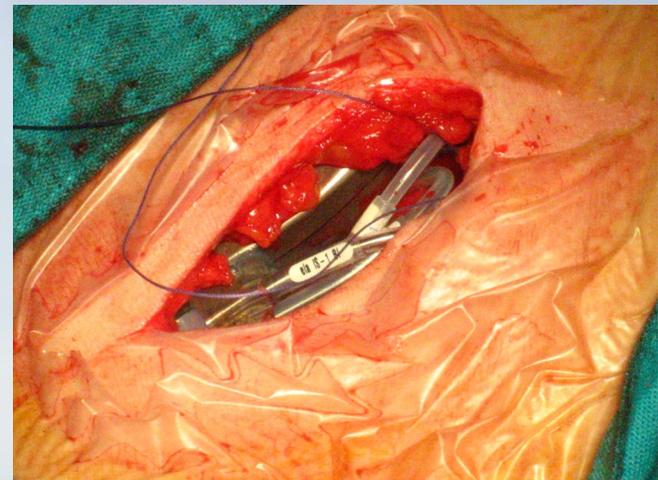
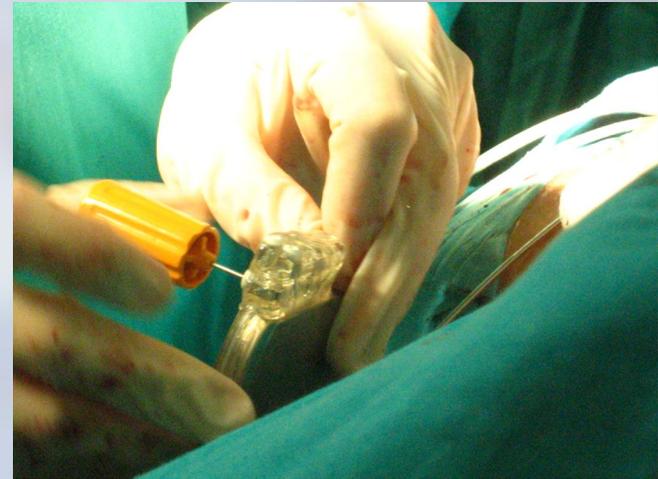
13.- Fijación del electrodo:

- Debemos tener preparadas en el campo quirúrgico las suturas, puesto que es muy importante que los cables queden bien fijados y no se muevan de su posición óptima. Comprobaremos por escopia que mantienen su posición correcta.



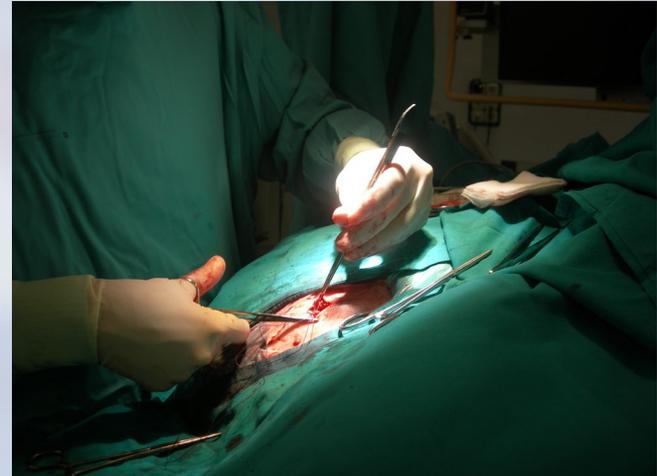
14.- Conexión de cables al generador e implante en la bolsa:

- Comprobar la correcta posición de cada cable en su conexión al generador. Revisar la hemostasia de la bolsa para evitar la formación de hematoma en la zona.
- **NOC:** control de síntomas (1608).
- **NIC:** prevención de la hemorragia (4010).



15.- Cierre de la herida y vendaje compresivo:

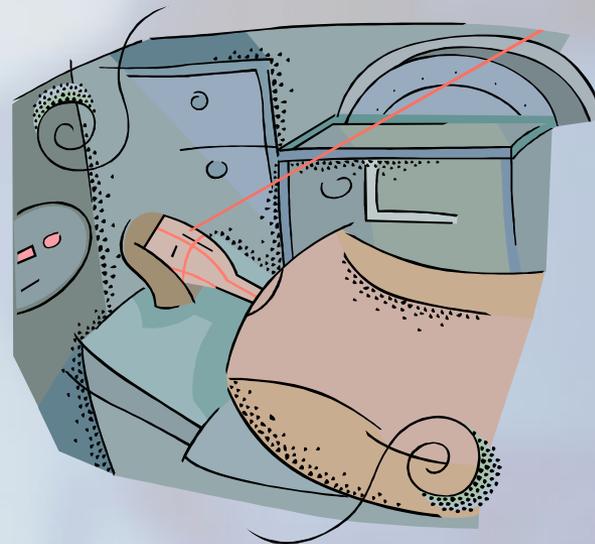
- Una vez cerrada la herida y bajo técnica estéril realizar cura de la zona y poner vendaje compresivo para evitar movilización del brazo y sangrado de la zona intervenida.
- **NIC:** control de infecciones (6540), cuidados del sitio de incisión (3440).





16.- Traslado del paciente a su cama y registro final en la hoja de Enfermería:

- Precauciones en el traslado desde la camilla del quirófano a la cama del paciente.
- Monitorización hasta su traslado a planta.
- Registro de constantes postoperatorias.
- Anotación de cuidados postoperatorios.





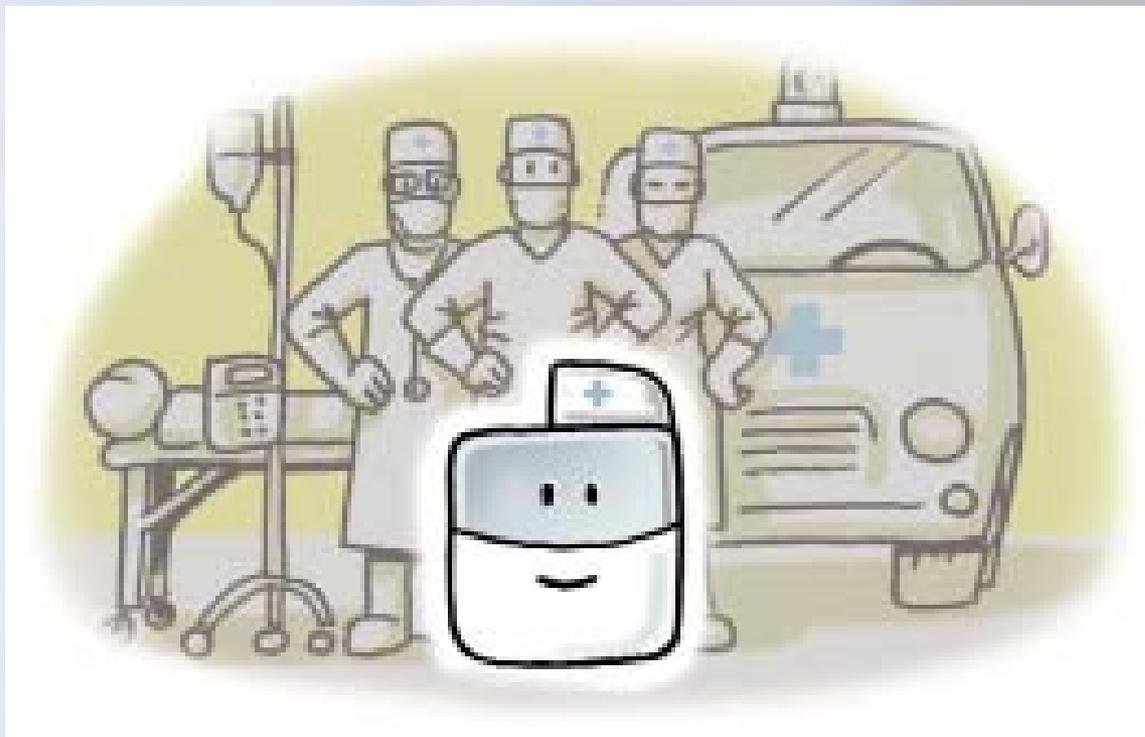
17.- Información al paciente y a familiares:

- Comprobaremos que tanto el paciente (si su estado cognitivo es bueno) es informado de cómo ha ido el procedimiento y en su caso también los familiares.





GRACIAS POR SU ATENCIÓN



IX REUNIÓN ELECTROFISIOLOGÍA Y ARRITMIAS
VALENCIA 2010