

PREPARACION DEL PACIENTE PARA PROCEDIMIENTOS INTERVENCIONISTAS

LIC. MONICA CABALLERO MALAVER

ESP. CUIDADOS CARDIOVASCULARES – ESP. CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS

MASTER EN ENFERMERIA EN HEMODINAMIA E INTERVENCIONISMO

MAESTRIA EN DOCENCIA UNIVERSITARIA

ESPECIALISTA CLINICO



3 y 4 de octubre 2024

- Nombre del paciente y diagnóstico
- Realizar la consulta de enfermería o visita previa (Anamnesis– Valoración física).
- Conocer los antecedentes patológicos
- Tratamiento farmacológico habitual
- Alergias o reacciones medicamentosas
- Exámenes auxiliares realizados (antigüedad)
- Procedimientos previos (intervencionismo)
- Preparación física
- Educación (paciente y familia)



3 y 4 de octubre 2024

• Tratamiento farmacológico habitual

– Anticoagulantes

- Warfarina, Dabigatrán, Rivaroxabán, Aspirina.
 - No suspender NOAC (No Vit. K No Anticoagulante)

– Protocolo para paciente renal

- Tratamiento de diálisis

– Protocolo para paciente diabético

- Suspensión de Metformina
 - 24 horas previas al examen



3

• Alergias o reacciones medicamentosas

– Medicamentos o sustancias de contraste por pruebas previas.

- RAM Contraste Yodados (6 veces +)
- Antecedente alérgico (incluyendo comidas) (2,5 veces)

	IÓNICOS	NO IÓNICOS
Osmolalidad	800 - 2000 mosm/kg	400 - 1000 mosm/kg
Carga eléctrica	negativa	neutra
Quimiotoxicidad	alta	baja
Tolerancia	peor	mejor
Efectos secundarios	más frecuentes	menos frecuentes

HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN
LISTA DE VERIFICACIÓN EN SALA DE HEMODINAMICA

Nombre Edad: DNI: Procedimiento: Fecha: / /

ANTES DEL PROCEDIMIENTO	ANTES DEL ABORDAJE	ANTES DE SALIDA DE HEMODINAMICA
1.-Equipo multidisciplinario completo <input type="checkbox"/>	5.- Todos los miembros del equipo multidisciplinario se presentaron con su nombre y función <input type="checkbox"/>	8.- Se confirma con el equipo: <input type="checkbox"/>
2.- Se ha verificado en el paciente: <input type="checkbox"/>	6.- Los miembros del equipo confirman: <input type="checkbox"/>	• Nombre del procedimiento realizado y registrado <input type="checkbox"/>
• Identidad y brazalete <input type="checkbox"/>	• Identidad del paciente <input type="checkbox"/>	• Zona de punción con hemostasia y apósito compresivo <input type="checkbox"/>
• Firma de consentimiento informado <input type="checkbox"/>	• Zona de abordaje <input type="checkbox"/>	• Rotulo y envío de muestras <input type="checkbox"/>
• Tipo de procedimiento <input type="checkbox"/>	• Procedimiento <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO APLICA <input type="checkbox"/>
• Alergia a medicamento: <input type="checkbox"/>	7.- Precaución de eventos críticos: <input type="checkbox"/>	9.-El cardiólogo intervencionista y la Lic. Enfermera reportan y entregan al paciente <input type="checkbox"/>
SI <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	• El equipo médico especializado evalúa las eventualidades durante el procedimiento. <input type="checkbox"/>	10.- Hoja de monitoreo de enfermería completa en historia clínica <input type="checkbox"/>
NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO APLICA <input type="checkbox"/>	11.- Reporte operatorio completo con firma y sello del cardiólogo intervencionista <input type="checkbox"/>
• Se suspendió medicamento <input type="checkbox"/>	• El equipo de anestesia según el procedimiento evalúa si hay presencia de algún problema <input type="checkbox"/>	12.- Registro de cantidad de medicamentos utilizados, vía, cantidad <input type="checkbox"/>
SI <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO APLICA <input type="checkbox"/>	
NO <input type="checkbox"/>	• El equipo enfermero confirma indicadores de esterilización <input type="checkbox"/>	
• Se administro antibiótico profiláctico <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
SI <input type="checkbox"/> ¿Cuál?		
NO <input type="checkbox"/>		
• Se retiró prótesis dental <input type="checkbox"/>		
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO APLICA <input type="checkbox"/>		
• 2 vias periféricas con abocat N° 20 en miembros superiores <input type="checkbox"/>		
3.- Verificación del material y equipos <input type="checkbox"/>		
4.- Monitoreo no invasivo: <input type="checkbox"/>		
• Colocación de electrodos de monitor multiparámetros, desfibrilador y pulsioxímetro. <input type="checkbox"/>		

Firma y sello _____

4

3 y 4 de octubre 2024

Preparación física del paciente

- Recorte del vello
- Baño del paciente
- Retiro de prótesis (dental, auditiva, lentes de contacto)
- Retiro de joyas
- Retiro de esmalte de uñas (¿?)
- Colocación de accesos venosos



5



3 y 4 de octubre 2024

Educación (paciente y familia)



Meta 1.

Identificar correctamente a los pacientes



Nombre completo
Fecha de nacimiento

Meta 2.

Mejorar la comunicación efectiva.



En indicaciones telefónicas y verbales:
Escuchar - Escribir - Leer - Confirmar

Meta 3.

Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.



Doble verificación entres pares.
Resguardo seguro.
Etiqueta para identificarlos.

Meta 4.

Procedimientos correctos.



Protocolo Tiempo Fuera: Paciente,
Procedimiento y Sitio correctos.
Lista de verificación en cirugía.

Meta 5.

Reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención sanitaria.



Campaña permanente de Lavado de Manos.

Meta 6.

Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas.



Evaluar y reevaluar el nivel de riesgo.
Aplicar protocolo de prevención de caídas.

Gracias!