CAPITULO XI

CUIDADOS INMEDIATOS DE ENFERMERÍA DESPUÉS DE LOS PROCEDIMIENTOS CARDIOVASCULARES PERCUTÁNEOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS

TEMA 38

PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

AUTORES:
Fernando Martín Tomé, Juan Luis Monroy Montaña, Begoña Santamaría Fernández, Cristina de los Nietos Miguel.
Hospital Fundación de Alcorcón. Madrid

38.1 Introducción

Después del procedimiento cardiovascular percutáneo el paciente pasa por dos fases fácilmente diferenciables. La primera se denomina post-procedimiento inmediato y se caracteriza por la inestabilidad de las funciones vitales. La segunda o post-procedimiento tardío es el periodo en que, de forma progresiva, el paciente se recupera de la intervención y, si es necesario, se adapta a la nueva situación consecuencia del acto terapéutico. En este capítulo abordaremos únicamente el post-procedimiento inmediato. Durante este tiempo la persona vive una situación cambiante y lábil, tanto desde el punto de vista físico como emocional, que la hace susceptible de experimentar complicaciones.

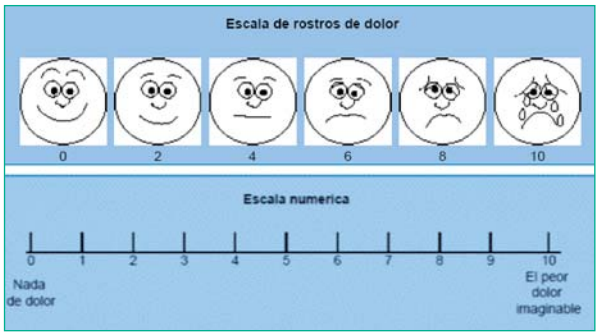
38.2 Objetivo

El objetivo de este capítulo será enumerar las diferentes intervenciones de enfermería después de los procedimientos cardiovasculares percutáneos diagnósticos y terapéuticos, entendiéndose *Intervención de Enfermería* como cualquier tratamiento, basado sobre el juicio y el conocimiento clínico que un/a enfermero/a realiza para alcanzar unos resultados sobre el paciente. Estas intervenciones incluyen aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales. La finalidad de los cuidados de enfermería serán facilitar la adaptación del paciente y de la familia a la situación, contribuir a que la estancia sea lo más breve y agradable posible, proporcionar apoyo emocional en situaciones críticas, cooperar en el diagnóstico y tratamiento del problema de salud y prevenir y detectar precozmente las complicaciones.

38.3 Actuaciones de Enfermería

El paciente sometido a un procedimiento cardiovascular percutáneo diagnóstico debe ser atendido por personal de enfermería familiarizado con los cuidados al paciente cardiológico en general y los específicos derivados de este procedimiento, para poder prevenir, detectar y actuar con rapidez y destreza ante las posibles complicaciones, responder a las preguntas que la prueba y el resultado de la misma generen en el paciente y garantizar la continuidad y calidad de los cuidados.

- Una vez realizado el procedimiento, la enfermera de la unidad de destino, recibirá al paciente verificando que la historia clínica corresponde con dicho paciente y que ésta incorpora los registros médicos y de enfermería del Servicio de Hemodinámica.
- En la primera etapa de valoración, la enfermera realizará una recogida de datos para la elaboración de la historia, atendiendo a la alteración de los patrones funcionales de salud. Se realizará una *Entrevista Clínica* para la cual se deberá crear un ambiente distendido que favorezca una relación enfermero/paciente positiva. Es importante saber dirigir la entrevista hacia los problemas de salud existentes y permitir al paciente participar en la identificación de los mismos y exteriorizar sus emociones.
- Se realizará una observación sistemática del paciente que incluirá una inspección visual en la que se valorará el estado global del paciente:
  - Nivel de conciencia.
  - Ansiedad: La ansiedad es una respuesta fisiológica y emocional que se vive como sensación desagradable y que acontece cuando la persona evalúa una situación, suceso o pensamiento como amenazante para la vida, la seguridad o el equilibrio emocional. Entre las escalas más utilizadas en el ámbito hospitalario como medida de detección de la ansiedad esta la Escala de Ansiedad Hospitalaria de Zimond y Snaith, y la Escala de Hamilton.
  - Dolor: El dolor es una sensación desagradable producida por estímulos mecánicos, térmicos y/o químicos. Esta descripción, que habla de la dimensión física del dolor, necesita ser completada explicando el dolor como sensación, remarcando su componente subjetivo. No todas las personas manifiestan sentir el mismo dolor ante estímulos similares y está demostrado que factores como el estado emocional, la edad, las influencias sociales y creencias espirituales, las experiencias vividas relacionadas con el dolor, el momento en que se produce el estímulo y el estado físico influyen en la percepción individual del dolor. La escala del dolor es un recurso que se usa comúnmente para describir la *intensidad* del dolor. Las escalas del dolor incluyen la escala de clasificación numérica, la escala análoga visual, la escala de categorías y la escala de rostros de dolor.



- Coloración de piel y mucosas: La piel ha de mantenerse rosada y tibia. Las observaciones de piel fría y húmeda o caliente y seca pueden ser signos de shock.
- Existencia de apósitos compresivos o no compresivos.
- Existencia de vías venosas periféricas y sondaje vesical: Emplazamiento, fijación, permeabilidad y signos de inflamación e infección. Verificación de sueroterapia o perfusiones de medicación endovenosa, etc. Se mantendrá sueroterapia y se probará tolerancia líquida una hora después del procedimiento. Se reanudará su dieta habitual suspendiendo la sueroterapia si la tolerancia es positiva a las dos horas. En el caso de los pacientes diabéticos se realizará glucemia capilar pre-pandrial y se continuará con su pauta habitual de insulina.
- Eliminación: La primera micción del paciente ha de producirse de forma espontánea. Si esto no sucediese se deberá explorar el abdomen en busca de signos de retención urinaria. Se prestará mayor atención a los pacientes con disfunción renal. Si el paciente es portador de sonda vesical, la eliminación urinaria debe ser como mínimo de 30 ml/h y se prestará especial atención al color y aspecto de la orina ya que el sondaje vesical es un factor de riesgo de infección urinaria.

• Se realizará un control inicial de la situación hemodinámica del paciente mediante la toma de constantes vitales (frecuencia cardiaca, tensión arterial y temperatura). Los valores de frecuencia cardiaca y tensión arterial deben interpretarse teniendo como referencia los anteriores al procedimiento y los registrados durante el mismo. Deberemos prestar atención a temperaturas corporales superiores a 37,8 ºC o inferiores a 36,1ºC.
• Control del patrón respiratorio: Frecuencia respiratoria, profundidad de la inspiración, movimientos torácicos, ruidos respiratorios y uso de los músculos accesorios.
• Se realizará un electrocardiograma de 12 derivaciones.
• Se valorará los signos y síntomas de una posible reacción alérgica al medio de contraste empleado, a la medicación administrada o al material utilizado durante el procedimiento. Las petequias en los pies que evolucionan hacia las rodillas son un signo de shock séptico. La urticaria, prurito y/o angiedema pueden ser manifestaciones de alergia.
• La vigilancia de los accesos vasculares se comenta en el capítulo XII. Hemostasia vascular y cuidados de enfermería.

OBJETIVO (CAUSA JUSTIFICADA)	ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA PARA LOGRAR EL OBJETIVO
Valorar el estado del paciente a su llegada a la unidad tras la realización del procedimiento.	• Recepción del Paciente y comprobación de la Historia Clínica. • Valoración del nivel de ansiedad. • Valoración del nivel de conciencia. • Valoración del nivel de dolor. • Observación sistémica del paciente: - Inspección de piel y mucosas - Existencia de apósitos. - Existencia de vía venosa periférica. - Existencia de sondaje vesical.

OBJETIVO (CAUSA JUSTIFICADA)	ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA PARA LOGRAR EL OBJETIVO
Valorar el riesgo de complicaciones potenciales relacionadas con un déficit de conocimiento del diagnóstico o de los cuidados post-procedimiento.	• Realización de Entrevista Clínica Enfermería.
Valorar el riesgo de desequilibrio hidroelectrolítico y restaurar ingesta.	• Mantenimiento de sueroterapia. • Tolerancia líquida y reanudación de dieta habitual. • Suspensión de sueroterapia.
Vigilar sistema nutricional-metabólico (en pacientes diabéticos para prevenir hipo/hiperglucemia).	• Realización de glucemia capilar pre-pandrial. • Administración de medicación vía subcutánea (insulina).
Vigilar alteraciones en el Sistema Nefro-urinario.	• Vigilancia de diuresis espontánea. • Exploración abdominal para detectar retención urinaria. • En pacientes con sondaje vesical diuresis mayor de 30ml/h. • Vigilancia de signos y síntomas de infección urinaria.
Vigilar aparición de alteraciones en el Sistema Cardiovascular	• Toma de constantes vitales (frecuencia cardiaca, tensión arterial y temperatura). • Realización de electrocardiograma.
Vigilar la aparición de alteraciones en el Sistema Respiratorio	• Frecuencia respiratoria. • Profundidad de la inspiración. • Movimientos torácicos. • Ruidos respiratorios y uso de los músculos accesorios. • Extracción de analítica: hemograma, bioquímica y coagulación
Vigilar la aparición de alteraciones en el Sistema Inmunitario.	• Valoración de signos y síntomas de reacción alérgica. • Vigilancia de signos y síntomas de infección derivada del procedimiento invasivo.
Evitar aparición de complicaciones en el Acceso Arterial Radial.	• Retirada de introductor arterial y colocación de apósito compresivo. • Vigilancia de signos y síntomas de sangrado e isquemia arterial cada 15 minutos durante la primera hora. • Restricción prescrita de movimiento (articulación de la muñeca) • Reposo relativo cama-sillón-baño hasta retirada de apósito compresivo. • Retirada de vendaje compresivo a la hora (4-5F) y a las 2 horas (6F)
Evitar aparición de complicaciones en el Acceso Arterial Femoral.	• Mantenimiento de apósito no compresivo con espuma de gelatina durante 8 horas. • Verificar la existencia de pulsos arteriales distales. • Vigilar signos y síntomas de sangrado y/o isquemia arterial: - Cada 15 minutos durante la primera hora si se retiró introductor arterial. - Cada 60 minutos si se mantiene introductor arterial. • Toma de constantes vitales: - Cada 15 minutos durante la primera hora - Cada 60 minutos si se mantiene introductor arterial • Restricción prescrita del movimiento: • Reposo absoluto en cama 30º en posición decúbito supino: - 6 horas si hemostasia con compresión manual y apósito compresivo. - 2 horas si hemostasia con dispositivo de cierre específico. - Continuo si se mantiene introductor arterial. • Programa de movilización progresiva.

OBJETIVO (CAUSA JUSTIFICADA)	ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA PARA LOGRAR EL OBJETIVO
Evitar la aparición de lesiones cutáneas.	• Retirar apósito compresivo: - A las 12horas si compresión manual. - A las 8 horas si dispositivo específico.
Evitar aparición de complicaciones en el Acceso Venoso.	• Vigilar signos y síntomas de sangrado o isquemia: - Cada 15 minutos durante la primera hora. • Control de constantes vitales cada 30 minutos durante la primera hora. • Reposo absoluto en cama 30º en posición de cúbito supino durante 2 horas si acceso femoral. • Posteriormente, programa de movilización progresiva. • Restricción prescrita del movimiento (articulación del codo si acceso antecubital) durante 2 horas.
Evitar la aparición de lesiones cutáneas.	• Retirada de apósito adhesivo asegurando la integridad cutánea: - En 1 hora en acceso antecubital. - En 12 horas en acceso femoral.

Bibliografía

1. Gómez Calero AM. Protocolos de enfermería en hemodinámica. Boletín informativo de la AEEC [Enferm Cardiol] 1997; Año IV (10): 10-16.
2. Ruiz Mora N, Serrano Casado T, Sáiz Cardo MJ. Plan de cuidados para enfermos sometidos a cateterismo cardíaco. Boletín informativo de la AEEC [Enferm Cardiol] 1994; Año I (1): 4-9.
3. Gómez Fernández M, Pereira Leyenda B, Amoedo Fernández B, Guillén Goberna P, Vázquez Álvarez A, Veiga López M, Argibay Pitlyk V, Sanmartín Fernández M. Manejo y seguimiento de las complicaciones postcateterismo cardíaco transradial. Enferm Cardiol 2005; Año XII: (35):20-23.
4. Serrano C, Alarcón D, Delgado I, García S, Gómez A, Achútegui T, Izquierdo A, Capote ML, López C, García P. Estudio multicéntrico, aleatorizado y prospectivo de las complicaciones vasculares tras el cateterismo cardíaco. Comparación de dos métodos de compresión femoral: C-Clap y neumática. Enferm Cardiol 2000; 21:19:24.
5. Ibarrola S, Lertxundi E, Ara P, Echeverz C, Ibáñez ML, Allona A. Movilización precoz tras el cateterismo cardíaco. Boletín informativo de la AEEC [Enferm Cardiol] 1999; Año VI (16): 4-6.
6. Aragón Albillos P, Bernal Bernal E, Fernández Antón I, Gil Alonso R. Corta estancia de los pacientes sometidos a cateteterismo cardiaco diagnóstico programado. Enferm Cardiol 1999;17:25-27.Gómez Fernández M, Pereira Leyenda B, Guillén Goberna P, Martínez Pérez M., Vázquez Álvarez A, Amoedo Fernández B, Argibay Pytlik V, Íñiguez Romo A. Tiempos de hemostasia en el cateterismo cardíaco transradial con introductor 5F. Enferm Cardiol 2006; Año XII (36): 31-34.
7. André ML, Argibay V, Guillén P, Vázquez A, Gómez M. Deambulación precoz con dispositivo angio-seal tras angioplastia coronaria. Comparación frente a compresión mecánica. Enferm Cardiol 2001; 24:16:23.-
8. Gutiérrez Noguera A, Álvarez Moya JM, Del Río Moro O, Villalta Sevilla M, Garoz Martín B. Educación sanitaria a pacientes jóvenes sometidos a un cateterismo cardíaco. Enferm Cardiol 2004; Año XI: (32-33):22-27.
9. Etxebarria T, García C, Lekube I, Peña M. Técnicas asociadas a la angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP) en la fase aguda del infarto agudo de miocardio. Stent y Reopro®. Boletín informativo de la AEEC [Enferm Cardiol] 1999; Año VI (16): 7-10.
10. Mehran R, Aymong E, Nikolsky E, Lasic Z, Fahy M, Mintz G. A Simple Risk Score for Prediction of Contrast-Induced Nephropathy After Percutaneous Coronary Intervention. Development and Initial Validation. Journal of the American College of Cardiology Vol. 44, No. 7, 2004