

INTERVENCIONES DE
ENFERMERIA
PARA LA PREVENCIÓN DEL
TROMBOEMBOLISMO
PULMONAR EN PRECIRUGIA
Y POSTCIRUGIA
EN PACIENTES DE RIESGO

MARIA JOSE MORENO RUIZ
MARIA JOSE PEIS REDONDO
SONIA MUÑOZ PEREGRINA

II CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERIA CIUDAD DE GRANADA

"Calidad y seguridad del paciente a través del cuidado continuo personalizado"

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA PARA LA PREVENCION DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN PRECIRUGIA Y POSTCIRUGIA EN PACIENTES DE RIESGO

Autor principal MARIA JOSE MORENO RUIZ

CoAutor 1 MARIA JOSE PEIS REDONDO

CoAutor 2 SONIA MUÑOZ PEREGRINA

Área Temática CALIDAD DE CUIDADOS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

Palabras clave Paciente de riesgo prevención tromboembolismo pulmonar intervención quirúrgica (TEP)

» Resumen

Introducción: este trabajo fundamentalmente basado en una búsqueda de evidencia científica, se dirige hacia obtener una información cualificada sobre el hecho de disminuir la prevalencia y la incidencia del TEP en las intervenciones quirúrgicas en pacientes de riesgo.

Objetivos: buscar la calidad asistencial del trabajo enfermero en la prevención del TEP en intervención quirúrgica en pacientes de riesgo.

Material y métodos: trabajo basado en nuestra experiencia personal en la sala quirúrgica y en la búsqueda de evidencias científicas.

Conclusiones: el papel de enfermería es fomentar, mantener y/o rehabilitar la salud reduciendo y previniendo las alteraciones que puedan aparecer para así, responder a las necesidades de los pacientes. Haciendo hincapié en las estrategias para la prevención y/o incidencia del TEP en el proceso quirúrgico.

» Contexto de partida. Antecedentes. Experiencias previas. ¿Dónde se realizó el trabajo? ¿En qué tipo de organización o departamento? ¿Cómo surge? ¿Hay experiencias previas en el área desarrollada?

La prevalencia e incidencia de la trombo embolia pulmonar es alta y en muchos casos el diagnóstico no se realiza. En los países desarrollados es la tercera causa de mortalidad cardiovascular y esto es semejante en países en vías de desarrollo. (1)

Sobre todo nos preocupa el hecho de que el TEP se produzca en intervenciones quirúrgicas de pacientes de riesgo. Es por tanto muy importante tener en cuenta los factores de riesgo del paciente y sus antecedentes personales.

Por nuestra experiencia observamos que esta incidencia en cirugía es grande, por ello nos preguntamos ¿Puede enfermería establecer unas estrategias de prevención del TEP, ante intervenciones quirúrgicas en pacientes de riesgo?

» Descripción del problema. ¿Sobre qué necesidades o problemáticas del contexto pretendía actuar el proyecto? ¿Cómo se analizaron las causas de esos problemas? ¿Qué tipo de intervención se realizó? ¿Cómo se cuantificó el problema?

El TEP es relativamente frecuente en pacientes hospitalizados, tanto médicos como quirúrgicos y también en pacientes que han sido dados de alta recientemente.

El diagnóstico es difícil, porque solo un 20% de los pacientes presenta síntomas más o menos específicos y porque en caso de sospecha clínica, a menudo las pruebas diagnósticas dan un resultado negativo. De ahí la necesidad de su prevención.

La aplicación de medidas profilácticas a pacientes pre y postquirúrgicos disminuye la morbi-mortalidad asociada al TEP.

Entre los distintos factores de riesgo consideraremos, la edad, la obesidad, la inmovilización, las alteraciones de la coagulación, ciertas enfermedades como la parálisis, neoplasias abdominales, infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardíaca, entre otras, y la cirugía mayor, que es la que nos ocupa.

Aunque podríamos distinguir entre pacientes de bajo riesgo, moderado y elevado siendo su profilaxis diferente en función del grupo de riesgo.

Consideramos paciente de bajo riesgo: los sometidos a cirugía de más de 30 minutos de duración y menores de 40 años.

Pacientes de riesgo moderado: los sometidos a cirugía mayor, mayores de 40 años y con factor de riesgo, enfermedad médica mayor que comparte inmovilización mayor de 4 días.

Pacientes de alto riesgo: fractura de cirugía ortopédica mayor, cirugía mayor mas enfermedad médica mayor, amputación de miembros inferiores.

En nuestro ámbito hospitalario estos sistemas de compresión neumática no se utilizan de forma habitual debido a su alto coste.

Por tanto consideraríamos su profilaxis dependiendo del riesgo considerado. (2)

» Soluciones aportadas / Viabilidad / Aplicabilidad. Coste-Beneficio. ¿Cuáles fueron los efectos y cómo se midieron? ¿Hasta qué punto las soluciones aportadas resolvieron el problema?

Debemos decir por tanto que la solución sería más que nada la prevención, tanto a nivel médico como cuidados de enfermería.

Consideraremos una profilaxis en riesgo bajo: la deambulación precoz y las medias elásticas.

En una profilaxis de riesgo moderado: medias elásticas de compresión gradual y compresión neumática, además de heparina de bajo peso molecular durante cinco días preoperatorio.

En una profilaxis de riesgo elevado: medios mecánicos (compresión mecánica), heparina de bajo peso molecular en el preoperatorio y fármacos anticoagulantes. (2)

Los métodos físicos se usan para aumentar el flujo sanguíneo en las venas de las piernas y disminuir el riesgo de que se formen coágulos. La presente revisión se propuso evaluar la eficiencia de las medias de compresión graduadas que no fueron mejores que el "mejor tratamiento médico" para reducir el riesgo de TEP después del accidente cerebro vascular. Las medias causaron más trastornos cutáneos (por ejemplo úlceras y ampollas) en las piernas. (3)

La compresión neumática intermitente parece promisoriosa, pero no se comprobó que sea definitivamente beneficiosa. Las pruebas no apoyan el uso rutinario de medias de compresión graduadas o compresión neumática intermitente en los pacientes con un accidente cerebro vascular.

(4)Definimos compresión neumática como instrumentos que generan fuerzas intermitentes, uniformes o graduadas, para facilitar

el vaciamiento de las venas. Estos aparatos se usan para reducir el edema de las extremidades y prevenir el tromboembolismo, tal como Trombosis venosa profunda en las piernas.

La eficacia de la tromboprolifaxis con heparina de bajo peso molecular (HBPM) administrada durante el período hospitalario está bien documentada, pero la duración óptima de la tromboprolifaxis después de la cirugía sigue siendo polémica. Algunos estudios indican que los pacientes sometidos a cirugía mayor se benefician de la prolongación de la tromboprolifaxis a un mes después de la cirugía. No se han publicado revisiones sistemáticas sobre la tromboprolifaxis prolongada después de la cirugía. (5)

La aportación de enfermería en esta prevención debería estar orientada a suplir al enfermo mientras este pautado reposo absoluto, orientar a la prevención actuando sobre los factores de riesgo, incidir en la importancia de la cumplimentación del tratamiento y valorar sus efectos secundarios y realización del seguimiento necesario para el control de dicho problema. (6)

Basándonos en la metodología enfermera y en nuestro ámbito de trabajo procedemos de la siguiente manera:

Cuidados de enfermería al ingreso del paciente / familia, dando la pertinente información:

Apertura de historia de enfermería con los datos más relevantes del paciente: antecedentes, medicación habitual, seguridad del paciente y familia, identificación del cuidador principal, valoración de las 14 necesidades según modelo de Henderson y se establecería un plan de cuidados.

Los diagnósticos más frecuentes respecto al problema que nos ocupa son:

Deterioro de la movilidad física R/C anticoagulación M/P dificultad de realizar las tareas del autocuidado.

Ansiedad R/C cambio del entorno M/P preocupación, inseguridad, dificultad para conciliar el sueño, demanda de presencia física.

Conocimientos deficientes sobre su régimen terapéutico.

Conocimientos deficientes, reflejado en la verbalización del problema y su seguimiento inexacto.

Riesgo de infección.

Estableceríamos problemas de colaboración: ayuda a la exploración, manejo de muestras, toma de constantes, vigilancia del enfermo, administración de la medicación prescrita, vendaje de piernas.

La atención de enfermería a pacientes de riesgo debe combinar estrategias para la educación en salud. El desarrollo de una atención sistemática y regular, mejora el rendimiento de los profesionales de la salud, la adherencia de los tratamientos y los resultados en el paciente. (7)

Cuando el ingreso es a largo plazo los enfermos necesitan a los profesionales de la salud para su apoyo y cuidados. Por tanto necesitan de una evaluación minuciosa de sus necesidades, la provisión de la información adecuada, orientación, opciones, facilitación y sincronización del proceso en la toma de decisiones. (8)

En cuanto a las necesidades descritas anteriormente plantearíamos las siguientes soluciones:

El paciente pasará de necesitar ayuda a ser totalmente independiente. Con terapias de ejercicios posquirúrgicos, manejo del dolor, ayuda al autocuidado, potenciar también a la familia en el cuidado del enfermo.

Para la disminución de la ansiedad, identificaríamos causas que generan ansiedad estableciendo estrategias de afrontamiento del problema.

Cuidados de enfermería al ingreso entre ellos: fomento del sueño y la información al paciente y familia estableciendo estrategias para el afrontamiento de problemas.

Para solventar los conocimientos deficientes el paciente adquirirá la información necesaria y habilidades para mejorar el cumplimiento terapéutico.

En cuanto a régimen terapéutico: enseñanzas sobre los medicamentos prescritos, enseñanza sobre la dieta, sobre el proceso de enfermedad y la movilización precoz.

Después de nuestra experiencia profesional y toda la información recolectada y evidenciada, llegamos a la conclusión: se pretendería actuar sobre la necesidad de comunicación de los distintos niveles de atención al paciente, para el control en todos los niveles de las cargas de trabajo para poder reducir los riesgos de TEP en intervenciones quirúrgicas.

» Barreras detectadas durante el desarrollo.

En nuestra búsqueda de investigación solo encontramos referencias bibliográficas respecto al tema en biblioteca las casas no encontrando nada en revistas como cuiden o cantárida, base de datos pubmed, birem.

En cuanto a la búsqueda de la evidencia encontramos referencias en corhane, y jbi-connet. Con respecto a las guías de práctica clínica localizamos una guía referente al tema.

» Oportunidad de participación del paciente y familia.

Es muy importante la participación en estos cuidados tanto del paciente como de la familia y personal sanitario, para prestar apoyo e información a la asistencia de los cuidados del enfermo, incluyendo información sobre la capacidad del paciente para desarrollar las actividades de la vida diaria principalmente problemas relacionados con la movilidad.

» Propuestas de líneas de investigación.

Este trabajo se cuantificó a través de revisiones sistemáticas, bases de datos bibliográficas, revistas y estudios de evidencia.

Sugerimos ensayos aleatorios controlados, estudios multicéntricos aleatorizados, metaanálisis, estudio de cohortes observacional con diseño prospectivo que incluye seguimiento y se variable principal sería prevención enfermera del TEP.

Sería interesante un estudio descriptivo del problema concretando la población diana.

(1) Tromboembolia pulmonar.

Recomendaciones terapéuticas de las guías clínicas de la Sociedad Mexicana de Cardiología.

Carlos Jerjes-Sánchez D,* Alicia Ramírez-Rivera

*Vol. 77 Supl. 4/Octubre-Diciembre 2007:S4, 202-206

(2) Protocolo para la prevención de la enfermedad tromboembolia venosa Comisión farmacoterapéutica hospital Vall D,hebron

(3) Métodos físicos para la prevención de la trombosis venosa profunda en el accidente cerebrovascular

Autores

Marcello Naccarato, Fabio Chiodo Grandi, Martin Dennis, Peter AG Sandercock

Cómo citar la revisión: Naccarato M, Chiodo Grandi F, Dennis M, Sandercock P. Métodos físicos para la prevención de la trombosis venosa profunda en el accidente cerebrovascular. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010 Issue 8. Art. No.: CD001922. DOI:

10.1002/14651858.CD001922

Versión reducida de la revisión. Puede consultar la versión completa en inglés

M.S. Moyamir , S. calabres sanchez

