

CALIDAD DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN LA HIPOTERMIA TERAPÉUTICA TRAS PCR.

Autores:

Angelina Acosta Rodríguez, Francisca Casas López

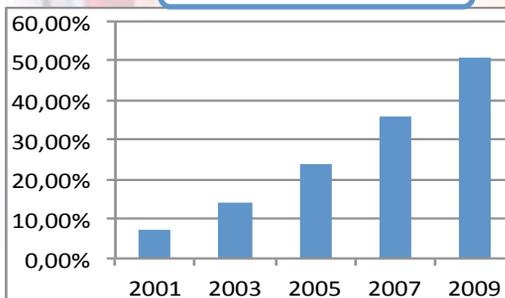
PROBLEMA : Podemos definir la parada cardiorespiratoria (PCR) como un problema de *Salud Pública* dada la escasa supervivencia asociada a las múltiples secuelas neurológicas que padecen los pacientes que logran superar un paro cardíaco, lo que ha motivado el estudio e investigación de procedimientos que reduzcan dichos déficits causados por el tiempo de hipoxia cerebral.

OBJETIVO : Incorporar a nuestros procedimientos habituales un *Plan de Cuidados Estandarizados* para inducir y mantener una T³ idónea que favorezca la recuperación neurológica de los pacientes que han sufrido una PCR.



METODOLOGÍA : Numerosos estudios demuestran que la *hipotermia moderada inducida (32-34º)* mitiga el daño neuronal mejorando el pronóstico neurológico. Un estudio europeo de 650 pacientes de 19 centros concluye que no solo es una técnica factible, sino segura y eficaz en la práctica clínica.

Uso de la Técnica



MÉTODOS DE INDUCCIÓN DE LA HIPOTERMIA

Enfriamiento Central

- Cristaloides a 4°C
- Circulación extracorpórea.
- Lavados nasales ,gástrico ,rectal .
- Lavado con intercambio peritoneal frío.
- Perfusión yugular retrógrada .
- Antipiréticos.

Enfriamiento Periférico

- Ventiladores y abanicos.
- Mantas de aire frío.
- Mantas de agua fría circulante.
- Bolsa de hielo.
- Inmersión en agua fría.
- Exposición de la piel.

CUIDADOS DE ENFERMERIA DURANTE LA HIPOTERMIA INDUCIDA

Nuestros cuidados irán dirigidos a mantener un estado de hipotermia moderada (32-34°C) durante 12-24 h y controlar todos los posibles efectos indeseables que puedan aparecer.

Diagnóstico(NANDA)	R/C	Objetivos (NOC)	Intervenciones (NIC)	Actuaciones
(00032) Patrón ineficaz ,vía aérea.	Ventilación mecánica	(0402)Estado respiratorio Intercambio gaseoso	(3120) Intubación y estabilización de vías aéreas. (3180) Manejos de vías artificiales.	-Disponer de vía aérea orofaríngea para impedir la mordedura del tubo endotraqueal. -Mantener inflado el dispositivo endotraqueal de 15-20 mmHg durante la ventilación mecánica. -Aspirar la orofaringe y las secreciones de la parte superior del tubo.
(0006) Hipotermia	Propio procedimiento	(0800) Termorregulación	(3800) Manejo de la hipotermia	-Comprobar la T ³ en los intervalos de tiempo indicados. -Instaurar un dispositivo de monitorización de T ³ central continua. -Usar protocolo para mantener la T ³ .
(00047) Riesgo de la integridad de la piel	Vasoconstricción	(1902) Control del riesgo	(0740) Cuidados en pacientes encamados. (3590) Vigilancia de la piel.	-Colocar al paciente con una alineación corporal adecuada. -Evitar utilizar ropa de cama con texturas ásperas. -Mantener la ropa de cama limpia, seca y libre de arrugas. -Colocar en la cama una base se apoyo para los pies. -Vigilar el estado de la piel.
(00028) Riesgos de pérdidas de líquidos.	Alteraciones de la Coagulopatía/ plaquetaria.	(1908) Detección del riesgo.	(4120) Manejo de líquidos (4160) Control de hemorragias.	-Monitorizar estado hemodinámico, incluyendo niveles de PVC, PAM. -Administrar líquidos, si procede (transfusiones de plasma).
(00004) Riesgo de infección	Leucopenia	(1902) Control del riesgo	(6540) Control de las infecciones.	-Cambiar los sitios de línea IV periférica y de línea central y los vendajes de acuerdo con los consejos actuales. -Manipulación aséptica de todas las líneas IV. -Mantener un sistema cerrado mientras se realiza la monitorización hemodinámica invasiva.
(00028) Riesgo de aspiración	Presencia del tubo endotraqueal	(1918) Control de la aspiración	(3200) Precaución evitar aspiración	-Comprobar colocación de la sonda naso gástrica -Mantener vías aéreas permeables. -Colocación lo más incorporado posible. -Mantener el dispositivo traqueal inflado. -Mantener equipo de aspiración disponible.



CONCLUSIÓN:

-La existencia de procedimientos y registros específicos actualizados, junto con la disponibilidad de recursos adecuados, son piezas clave para conseguir un resultado neurológico favorable.

-Según la evidencia científica publicada, la evolución neurológica de los pacientes tras PCR es más favorable si se aplica la hipotermia moderada, disminuyendo tanto las secuelas de la encefalopatía postPCR como la mortalidad a los 6 meses.