

IDENTIFICACIÓN TEMPRANA DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN RIESGO DE PARADA CARDIORRESPIRATORIA: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Autor principal:

MARIA TERESA
REDECILLAS
PEIRO

Segundo co-autor:

MARÍA INMACULADA
GIL
RUIZ

Tercer co-autor:

MARIA JESUS
CUADROS
GÓMEZ

Área temática:

Calidad y Prácticas Seguras en el área de Enfermería en Urgencias y Cuidados Críticos

Palabra clave 1:

Pacientes

Palabra clave 2:

paro cardiaco

Palabra clave 3:

signos y síntomas

Palabra clave 4:

hospitalización

Resumen:

Las paradas cardiorrespiratorias presentadas en pacientes hospitalizados suelen estar precedidas por signos de alarma. Su prevención se fundamenta en la identificación temprana de una serie de signos clínicos de alerta que de ser detectados por los profesionales de enfermería, podrían identificar a los pacientes en riesgo de sufrir un evento adverso grave. El presente estudio pretende realizar una revisión descriptiva actualizada de la literatura científica que permita identificar los signos clínicos que reconocen al paciente hospitalizado con riesgo de PCR e identificar los aspectos relevantes sobre el tema revisado.

Tras la realización de la búsqueda bibliográfica en bases de datos nacionales e internacionales Pubmed, Medline, Biblioteca Virtual de Salud, LILACS, Cuiden, CINAHL se hallaron 64 artículos, seleccionando 32, tras valorar la pertinencia, adecuación y metodología. Tras organizar la información a través de un mapa mental y, tras analizar los resultados por el investigador, se llegó a la conclusión que reconocidos una serie de parámetros por parte de los

profesionales de enfermería se identifican a los pacientes críticos en los que se debe iniciar sin demora las actuaciones apropiadas para evitar la PCR. Algunos de éstos son: frecuencia respiratoria <8 o >35 resp/min, la saturación de oxígeno $<90\%$, la presencia de trabajo respiratorio, la frecuencia cardiaca <40 o >140 lat/min, la tensión arterial sistólica <90 mm Hg, el relleno capilar >2 seg, la diuresis reducida y la temperatura <35 o >39 °C.

Antecedentes/Objetivos:

El desarrollo de complicaciones no detectadas durante la hospitalización constituye una de las principales causas de mortalidad evitable en los hospitales. En este contexto, la parada cardiorrespiratoria intrahospitalaria (PCR IH) constituye un problema para la seguridad del paciente que podría evitarse en el 62% de los casos (1).

Se estima que entre el 0,4 y el 2% de los pacientes ingresados sufren una PCR. La mitad de estas paradas se producen fuera de áreas de críticos (2).

El reconocimiento y respuesta, ante el estado de deterioro de los pacientes, está considerada como una práctica segura relacionada con los cuidados de enfermería dentro de la Soluciones para la Seguridad del paciente en 2008.

La PCR IH no suele ser un hecho impredecible o repentino sino que con frecuencia es el resultado de un deterioro fisiológico lento y progresivo que no es percibido por el personal o no recibe la respuesta adecuada. De hecho, el 80% de los casos presentan signos de alerta durante varias horas antes (6-8 h), pudiendo llevar su progreso a la PCR. En la actualidad sólo 1 de cada 6 pacientes tratados sobrevive y puede ser dado de alta (3).

El presente estudio pretende realizar una revisión descriptiva actualizada de la literatura científica que permita identificar los signos clínicos que reconocen al paciente hospitalizado con riesgo de PCR e identificar los aspectos relevantes sobre el tema revisado.

Descripción del problema - Material y método:

Para identificar los signos clínicos que reconocen al paciente hospitalizado con riesgo de PCR se realizó en enero de 2016 una revisión bibliográfica en bases de datos Pubmed, Medline, Biblioteca Virtual de Salud, LILACS, Cuiden, CINAHL, con los descriptores DeCS: Pacientes, paro cardíaco, signos y síntomas y hospitalización y, en MeSH: patients, Hospitalization, Heart Arrest, Signs and Symptoms

Las cadenas de búsqueda:

pacientes AND signos y síntomas AND paro cardíaco

((patients[Title/Abstract] AND ("heart arrest"[MeSH Terms] OR ("heart"[All Fields] AND "arrest"[All Fields]) OR "heart arrest"[All Fields])) AND ("diagnosis"[Subheading] OR "diagnosis"[All Fields] OR "signs"[All Fields] OR "diagnosis"[MeSH Terms] OR "signs"[All Fields])) AND ("diagnosis"[Subheading] OR "diagnosis"[All Fields] OR "symptoms"[All Fields] OR "diagnosis"[MeSH Terms] OR "symptoms"[All Fields]) AND ("hospitalisation"[All Fields] OR "hospitalization"[MeSH Terms] OR "hospitalization"[All Fields]) AND ((Review[ptyp] OR Clinical Trial[ptyp]) AND "2011/03/19"[PDat] : "2016/03/16"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms])

Se filtró los artículos de los últimos cinco años.

El Criterio de selección fue determinado por los objetivos planteados al inicio. Tras la lectura de los documentos se escogieron los más apropiados por su pertinencia y adecuación al tema. Se tuvieron en cuenta la calidad metodológica y criterios de calidad científica buscada, ayudándonos del programa CASPe, que facilitó determinar la validez, la pertinencia y la aplicabilidad.

Resultados y discusión:

De los 32 artículos seleccionados encontramos los siguientes resultados, expuestos siguiendo el abordaje ABCDE (vía Aérea, Respiración, Circulación, Discapacidad, y Exposición), recomendado por el Comité Europeo de Resucitación para la correcta aproximación a pacientes en estado de deterioro:

A. Vía aérea

La obstrucción de la vía aérea se considera siempre una emergencia. La causa más común es la disminución del estado de conciencia.

Signos de riesgo:

- Presencia de ruidos respiratorios
- Movimiento paradójico toracoabdominal y uso de musculatura accesoria.
- La cianosis central.
- Si la obstrucción es completa, el paciente está en apnea y la PCR es inminente.

B. Respiración

La disfunción respiratoria se caracteriza por la necesidad de aumentar el esfuerzo respiratorio. Antes de llegar al fracaso respiratorio suele existir una fase de compensación que si se mantienen llevan a un agotamiento y terminan provocando PCR.

Signos de riesgo

- Hipoxia: saturación de oxígeno (SpO₂) <90%
- Frecuencia respiratoria anormal: una frecuencia respiratoria >25 resp/min. Si es >35 resp/min indica deterioro importante con riesgo inminente de PCR o por <8 resp/min.
- Trabajo respiratorio
- Intolerancia al decúbito.
- Ruidos respiratorios
- Piel: cianosis, palidez, y sudoración.

- Alteración del nivel de conciencia

C. Circulación

Se considera disfunción circulatoria cuando hay un insuficiente aporte de oxígeno y sustratos metabólicos a los tejidos para cubrir sus necesidades. Si esta situación se mantiene la respuesta compensadora del organismo acaba por claudicar y se presenta una PCR. El shock es el principal desencadenante.

Signos de riesgo

- Hipotensión <90 mm Hg.
- Hipertensión: por encima de 200 mmHg de TAS.
- Frecuencia cardíaca anormal: la taquicardia por >140 latidos por minuto y la bradicardia <40 latidos por minuto.
- Arritmias monitorizadas
- Pulsos periféricos y centrales anómalos
- Signos de mala perfusión periférica: palidez, sudoración, frialdad y livideces. Un relleno capilar en la zona subungueal >2 seg supone un riesgo importante de shock.
- Hipotermia o Hipertermia: La fiebre >39°C y la hipotermia <35°C, que no responde a tratamiento.
- Disminución del nivel de conciencia.
- Diuresis reducida cuantificada por sondaje vesical: entre 0.5-1 ml/kg/h es reducida, y severamente reducida si es menor de 0.5 ml/kg/h.

D. Discapacidad (Neurológico)

Podemos encontrar afectaciones neurológicas aisladas con ABC conservado que deben identificarse como signos de riesgo de PCR.

Signos de riesgo

- Cualquier cambio brusco del nivel de conciencia.
- Alteración de escala AVDN (A de alerta, V de respuesta a la voz, D de reacción al dolor y N ninguna respuesta). Un Glasgow <9, o caída de 2 puntos.
- Alteración de pupilas: tamaño, simetría y reactividad.
- Signos de disfunción neurológica o afectación motora (parestias, paresias, alteraciones visuales, disartria...).
- Convulsiones nuevas, repetidas o prolongadas y síncope.

E. Exposición

Valoración sistemática de cabeza a pies.

Signos de riesgo

- Tubos, sondas, drenajes y catéteres desconectados o disfuncionantes o con drenado anormal.
- Alteraciones anatómicas
- Sensación de gravedad.

Este método permite la evaluación rápida, sistemática y constante del estado de ventilación, oxigenación y perfusión, así como, la presencia de signos clínicos de compromiso que son similares en cualquier proceso subyacente, puesto que reflejan fallo de los sistemas respiratorio, circulatorio y neurológico.

La presencia de uno o varios de estos signos identifican a un paciente crítico. Una vez reconocida la situación de riesgo vital deben iniciarse sin demora las actuaciones apropiadas.

Aportación del trabajo a la seguridad del paciente:

La estrategia para la Seguridad del paciente del Servicios del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) reconoce como medida preventiva en la aparición de errores, la capacitación del personal en actuaciones de riesgo/urgencia. Este trabajo aporta a los profesionales de

enfermería la oportunidad de reconocer a un paciente con riesgo de PCR y poder evitarla, mejorando la seguridad de los pacientes hospitalizados.

La falta de conocimientos sobre soporte vital avanzado del personal sanitario y el miedo a recibir juicios de valor de quienes responden a la necesidad de asistencia, suponen barreras a la hora de tomar la decisión de pedir ayuda más experta suponiendo un retraso en el tratamiento.

Así mismo debemos reconocer la importancia de la familia como recurso de información sobre el estado del paciente, así como ofrecer a estos, información adaptada a las circunstancias y la oportunidad de participar activamente en la toma de decisiones sobre su salud.

Propuestas de líneas futuras de investigación:

Promover la revisión y análisis causa raíz de los eventos en los que el paciente sufre una PCR.

El reconocimiento y respuesta, ante el estado de deterioro de los pacientes, está considerada como una práctica segura relacionada con los cuidados de enfermería dentro de la Soluciones para la Seguridad del paciente en 2008, por lo que proponemos diseñar e implementar un programa de formación en los profesionales de enfermería que trabajan en hospitalización sobre los signos clínicos que deben reconocer en el paciente hospitalizado con riesgo de PCR, y posteriormente, realizar una investigación que mida la efectividad de la intervención y compare el número de pacientes deteriorándose reconocidos por los profesionales antes y después de implementar el programa formativo.

Bibliografía:

1. Macho-González M, et al. Sistema de alarmas para la detección de los pacientes en riesgo. Repercusión clínica y asistencial. Medicina Intensiva 2014; 38(6): 395-397.
 2. European Resuscitation Council. Soporte Vital Avanzado. Guía del ERC, 2015.
 3. Churpek MM, et al. Derivation of a cardiac arrest prediction model using ward vital signs*. Crit Care Med.2012; 40(7): 2102-8.
 4. Reconocimiento del paciente que está deteriorándose y prevención de la parada cardiorrespiratoria. 2011, 3:11-21.
 5. Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Estrategia para la seguridad del paciente el SSPA 2011-2014. Sevilla, 2011.
-