

PROTOCOLIZACIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES SOMETIDOS A NEURORRADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA EN LA URPA.

Autores:

Barroso Martín, M^a Jesús

Coto Meléndez, M^a José

Núñez Varela, Juan José



HOSPITALES UNIVERSITARIOS
Virgen del Rocío

- 1. Introducción**
- 2. Objetivos**
- 3. Metodología**
- 4. Resultados**
- 5. Conclusiones**
- 6. Bibliografía y fuentes documentales**

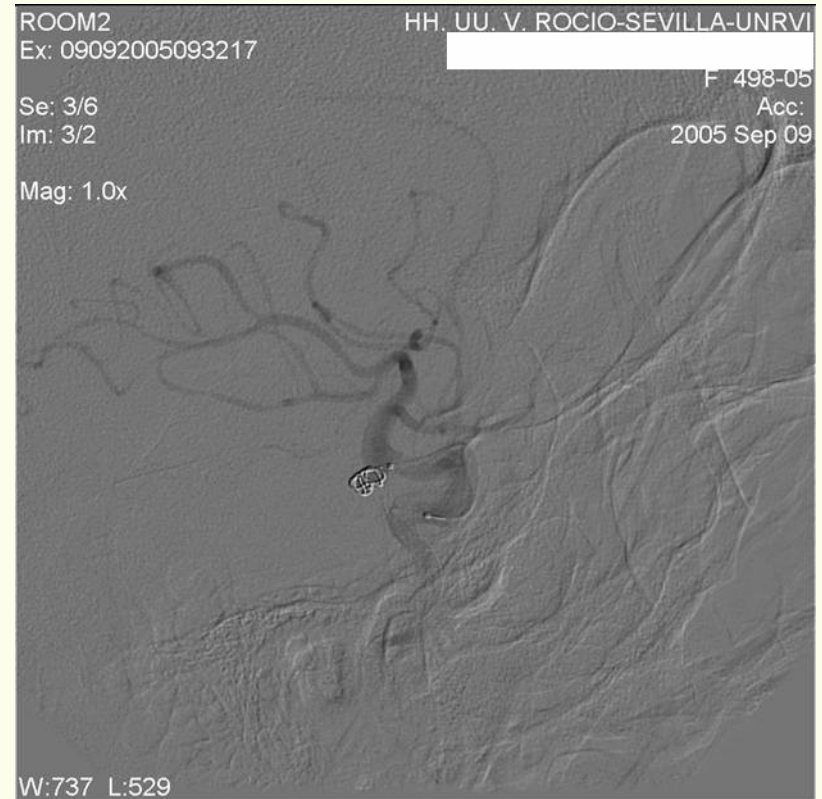
INTRODUCCIÓN

Neurorradiología intervencionista:

Tratamiento alternativo al abordaje neuroquirúrgico tradicional.

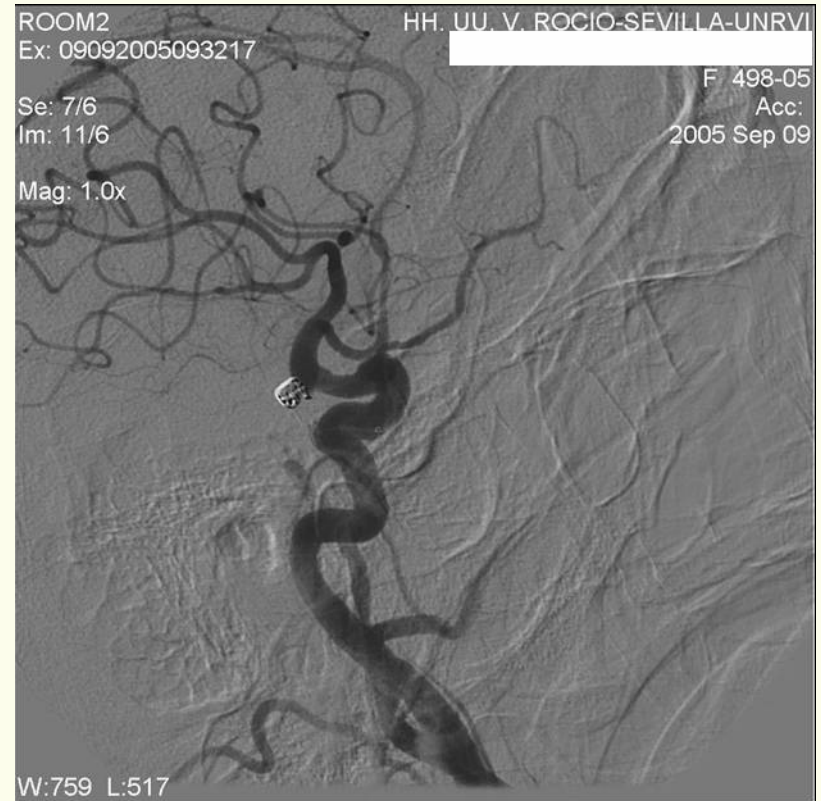


Elaboración propia.



INTRODUCCIÓN

Neurorradiología intervencionista:



Elaboración propia.

Fuente: Servicio de Radiología Vascular. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

Tratamiento Endovascular.

Ventajas

- **Control inmediato de la situación.**
- **Evita la manipulación y el desplazamiento vascular.**
- **Anestesia ligera.**
- **Se puede tratar in situ el vasoespasmio.**
- **Visualización real del resultado.**

Inconvenientes

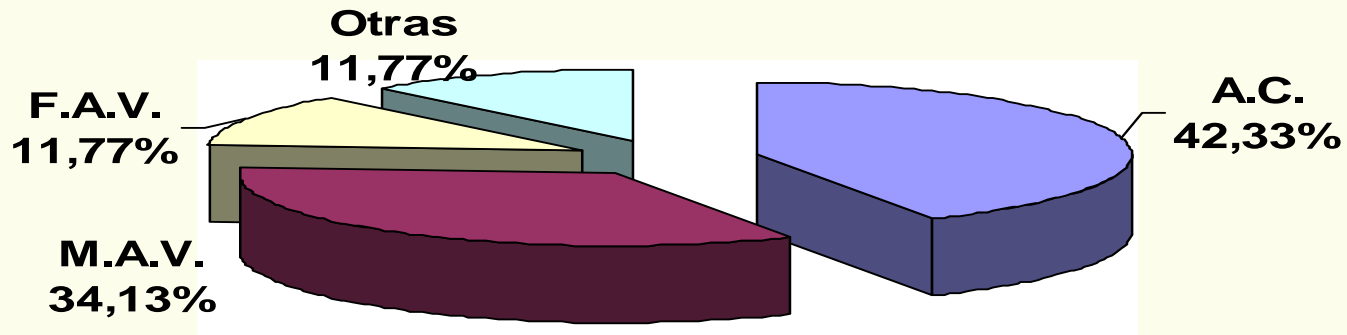
- **Dolor agudo (cefaleas) tras el procedimiento.**
- **Tromboembolismo cerebral.**
- **Vasoespasmio.**
- **Problemas técnicos con el material. (Rotura del coil, desprendimiento del coil, etc...)**
- **Hemorragia (perforación del aneurisma, laceración, etc...)**

Objetivos

- ✓ Unificar criterios de actuación en los cuidados de Enfermería a pacientes sometidos a Embolización de A.C. y M.A.V.
- ✓ Detectar precozmente las complicaciones derivadas del procedimiento.

METODOLOGÍA

✓ Análisis de una muestra de 85 pacientes sometidos a Embolización en el H.V.R.



✓ Elaboración de un plan de cuidados estandarizado mediante la experiencia de los profesionales enfermeros de la unidad y la revisión bibliográfica existente sobre este procedimiento. Taxonomía NANDA y NIC-NOC.

RESULTADOS

- La edad media de los pacientes fue de 46.25 años, siendo la edad mínima de 2 años y la máxima de 76 años.
- Las mujeres representaron el 54.11% del total de enfermos y 45.88% los hombres.
- La monitorización consistió en todos los casos en el registro de electrocardiograma, saturación de Oxígeno, temperatura, presión arterial y diuresis total.
- Los procedimientos fueron realizados con sedación y anestesia local.
- Las complicaciones detectadas más frecuentemente fueron: cefaleas, hipertensión arterial, rara vez sangrado por el punto de punción.

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.-

(00039).- RIESGO DE ASPIRACIÓN:

•**DEFINICIÓN:** Riesgo de que penetren en el árbol traqueobronquial las secreciones gastrointestinales, orofaríngeas, o sólidos o líquidos.

•**FACTORES DE RIESGO:**

Reducción del nivel de conciencia

•**CRITERIOS DE RESULTADOS (NOC):**

(1918).- Control de la aspiración:

Definición: Acciones personales para prevenir el paso de partículas líquidas o sólidas hacia los pulmones.

Indicadores:

(191801) Identificar factores de riesgo.

(191802) Evitar factores de riesgo.

•**INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC):**

(6680).- Monitorización de los signos vitales:

Definición: Recogida y análisis de datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio y temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones.

Actividades:

- Controlar periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio, si procede.

- Controlar periódicamente la oximetría del pulso.

- Observar si hay cianosis central o periférica.

- Identificar causas posibles de los cambios de los signos vitales.

- Comprobar periódicamente la precisión de los instrumentos utilizados por la recogida de los datos del paciente.

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO

(3200).- Precauciones para evitar la aspiración:

Definición: Prevención o disminución al mínimo de los factores de riesgo en el paciente con riesgo de aspiración.

Actividades:

- Vigilancia del nivel de conciencia, reflejos de tos, reflejos de gases y capacidad deglutiva.
- Mantener el equipo de aspiración disponible.

(1570).- Manejo del vómito:

Definición: Prevención y alivio del vómito.

Actividades:

- Colocar al paciente de forma adecuada para prevenir la aspiración.
- Mantener las vías aéreas abiertas.
- Proporcionar apoyo físico durante el vómito. Por ejemplo ayudar a la persona a lateralizar y sujetar la cabeza.
- Limpiar después del episodio del vómito poniendo especial atención en eliminar el olor.
- Fomentar el descanso.

(1450).- Manejo de las náuseas:

Definición: Prevención y alivio de las náuseas.

Actividades:

- Reducir o eliminar los factores personales que desencadenan o aumentan las náuseas (ansiedad, miedo, fatiga y ausencia de conocimiento).
- Identificar factores (por ejemplo medicación y procedimientos) que puedan causar o contribuir a las náuseas.
- Fomentar el descanso y el sueño adecuados para facilitar el alivio de las náuseas.

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO

(3140).- Manejo de las vías aéreas:

Definición: Asegurar la permeabilidad de la vía aérea.

Actividades:

- Abrir la vía aérea, mediante la técnica de elevación de barbilla o empuje de mandíbula, si procede.
- Colocar al paciente en la posición que permita que el potencial de ventilación sea el máximo posible.
- Vigilar el estado respiratorio y la oxigenación, si procede.
- Eliminar las secreciones fomentando la tos o la succión.
- Identificar al paciente que requiera de manera real/potencial la intubación de las vías aéreas.

(126).- DÉFICIT DE CONOCIMIENTOS:

DEFINICIÓN: Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.

CRITERIOS DE RESULTADO (NOC):

(1803).- Conocimiento: Proceso de la enfermedad.

Definición: Grado de comprensión transmitido sobre el proceso de una enfermedad concreta.

(180311).- Descripción de las precauciones para prevenir las complicaciones.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC):

(5602).- Enseñanza: Proceso de enfermedad.

Definición: - Ayudar al paciente a comprender la información relacionada con el procedimiento.

- Instruir al paciente sobre las medidas para prevenir o minimizar los efectos secundarios de la enfermedad.

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO

(00155) RIESGO DE CAIDAS.

DEFINICIÓN: Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico.

FACTORES DE RIESGO:

Estados postoperatorios.

CRITERIOS DE RESULTADOS (NOC):

(1909).- Conducta de seguridad: Prevención de caídas:

Definición: Acciones individuales para minimizar los factores de riesgo que podrían producir caídas.

Indicadores:

(190903) Colocación de barreras para prevenir caídas.

(191816) Agitación e inquietud controladas.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC):

(6490).- Prevención de caídas:

Definición: Vigilar y actuar sobre el ambiente físico para fomentar la seguridad.

Actividades:

- Identificar las necesidades de seguridad, según la función física, cognoscitiva y el historial de conducta del paciente.
- Identificar los riesgos respecto de la seguridad en el ambiente (físico, biológicos y químicos).
- Eliminar los factores de peligro del ambiente, cuando sea posible.
- Modificar el ambiente para minimizar los peligros y riesgos.

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO

00025. RIESGO DE DESEQUILIBRIO DE VOLUMEN DE LIQUIDOS.

DEFINICIÓN: Riesgo de sufrir una disminución, aumento o cambio rápido de un espacio a otro de los líquidos intravasculares, intersticiales o intracelulares.

CRITERIOS DE RESULTADO (NOC):

(1902).-Control del riesgo:

(190201) Reconoce el riesgo.

(190207) Sigue las estrategias de control del riesgo.

(190216) Reconoce cambios en el estado de salud.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC):

(4028).-Disminución de la hemorragia:

- Cambiar o reforzar el vendaje de gasa si procede.
- Vigilar tamaño y carácter del hematoma si lo hubiera.
- Monitorizar pulsos distales al sitio de la hemorragia.
- Instruir al paciente sobre las restricciones de actividad.

PROBLEMAS INTERDISCIPLINARES

Objetivo general: Detectar precozmente, prevenir y controlar signos y síntomas de la complicación.

COMPLICACIÓN POTENCIAL (C.P.): DOLOR AGUDO (CEFALEAS) SECUNDARIO AL PROCEDIMIENTO.

(1400).- Manejo del dolor

Definición: Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.

Actividades:

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición, duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad y factores desencadenantes.
- Observar claves no verbales de molestias.

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO

- Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor (miedo, fatiga, monotonía y falta de conocimientos).
- Proporcionar a la persona un alivio del dolor mediante analgésicos prescritos.
- Utilizar medidas de control del dolor antes de que el dolor sea severo.
- Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa.
- Instaurar y modificar las medidas de control del dolor en función de la respuesta de la paciente.
- Notificar el médico si las medidas no tienen éxito o si la queja actual constituye un cambio significativo en las experiencias pasadas del dolor de la paciente.

COMPLICACIÓN POTENCIAL (C.P.): ALTERACIONES HEMODINÁMICAS SECUNDARIAS AL PROCEDIMIENTO.

(6680) Monitorización de signos vitales:

Definición: Recogida y análisis de datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio y de temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones.

Actividades:

- Controlar periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio.
- Observar y registrar si hay signos/síntomas de hipotermia e hipertermia.
- Observar la presencia y calidad de los pulsos, sobre todo el pedio del miembro por el que se efectúa la punción (generalmente femoral).
- Controlar periódicamente la oximetría del pulso.
- Observar si hay relleno capilar normal.

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO

- Observar periódicamente el punto de punción y la presión del taponamiento de gasa.

COMPLICACIÓN POTENCIAL (C.P.): ALTERACIONES NEUROLÓGICAS SECUNDARIAS AL PROCEDIMIENTO.

(2620) Monitorización neurológica.

Definición: Recogida y análisis de los datos del paciente para evitar o minimizar las complicaciones neurológicas.

Actividades:

- Comprobar tamaño, forma, simetría y capacidad de reacción de pupilas.
- Vigilar el nivel de orientación.
- Vigilar el nivel de conciencia.
- Observar la existencia de simetría facial.
- Vigilar las características del habla: Fluidez, presencia de afasias o dificultad para encontrar palabras.
- Observar si hay parestesias: Entumecimiento y hormigueo.

CONCLUSIONES

- El plan de cuidados estandarizado deberá individualizarse siempre, ya que cada paciente es un ser biopsicosocial, independiente y único.
- Mediante la protocolización de los cuidados de Enfermería en pacientes sometidos a embolización de A.C. y M.A.V., se mejora la calidad de los mismos y se aporta al enfermo mayor seguridad durante el postoperatorio en la URPA. Asimismo, esperamos que sirva de guía para el personal de nueva incorporación.