

Protocolo de Traslado en Cateterismo Cardíaco

Autores

José Miguel Álvarez Moya, Complejo Hospitalario Virgen de la Salud de Toledo

Introducción

Debido a la ausencia de servicios de hemodinámica y cardiología intervencionista en gran parte de la red sanitaria pública nos vimos obligados a realizar traslados en transporte sanitario desde el hospital de origen al de referencia asignado, poseedor de tal servicio.

Esta presentación expondrá un protocolo de preparación física, anímica y administrativa de pacientes que se sometieron a la realización de un cateterismo cardíaco, así como los cuidados de Enfermería que se realizaron antes, durante y después del traslado sanitario, y prevenir y valorar las complicaciones que pudieran aparecer.

Objetivos

1. Unificar criterios de preparación (físicos, anímicos y administrativos) de pacientes que se sometieron a un traslado desde su hospital de origen al de referencia para la realización de un cateterismo.
2. Valorar y prevenir las complicaciones durante y después del traslado.
3. Exponer los cuidados de Enfermería que se realizaron antes, durante y después del traslado.

Material y Métodos

Se expondrán los cuidados de enfermería y las actuaciones administrativas que se llevaron a cabo en el proceso de preparación y traslado (ida y vuelta) de estos pacientes.

Lo dividiremos en tres periodos:

1. CUIDADOS PREVIOS.
2. CUIDADOS CATETERISMOS:
 - a) Cuidados precateterismos en hospital de origen.
 - b) Cuidados precateterismo inmediatos de hospital de origen al de referencia.
 - c) Cuidados cateterismo en hospital de referencia.
 - d) Cuidados postcateterismo inmediatos del hospital de referencia al de origen.
 - e) Cuidados postcateterismos en cardiología UCI de hospital de origen.
3. CUIDADOS POSTERIORES.

1. Cuidados Previos

Se organizó una reunión con los pacientes que se

iban a someter a la realización de un cateterismo cardíaco.

El objetivo fue explicarles el procedimiento en sí, los pasos que se iban a seguir durante el traslado, recomendaciones a seguir una vez hecho el cateterismo, así como solventar las dudas que se plantearon en la reunión.

Se hizo hincapié sobre dos puntos:

– Procedimiento indoloro (evitaremos el pánico al dolor)

– Consecuencias de un cateterismo: tratamiento médico, ACTP o CRG.

De esta forma intentamos conseguir que el paciente tenga conocimientos básicos del procedimiento que se le iba a realizar, así como las consecuencias posteriores, logrando así una mejor preparación anímica.

2. Cuidados Cateterismo

a) Precateterismo en hospital de origen.-

– El paciente se encontrará en la siguiente disposición a primera hora de la mañana:

- Rasurado (ambas ingles y parte posterior de ambos muslos hasta las rodillas)
- Aseado
- En ayunas desde la noche anterior.

Tendremos preparada ya la documentación necesaria:

1) Informe médico.

– Electrocardiograma: Nos servirá el del día anterior. Si ha tenido dolor

– EC: Paciente no anticoagulado: EC de la tarde anterior.

Paciente anticoagulado. Con Sintron: suspender dos días antes y EC de la tarde anterior.

Con Hep.Na i.v. : suspender la perfusión cinco horas antes del procedimiento y EC dos horas después de haberla suspendido.

Si el índice de Quick < 60 % , comentarlo con su cardiólogo.

- Peso y talla reflejada en su gráfica.

2) Autorización firmada por paciente y su cardiólogo.

– Orden de asistencia, DNI y cartilla de la SS para el Servicio de Admisión del hospital de referencia.

– Volante (P-10) firmado por cardiólogo para traslado en transporte sanitario.

Cuando tengamos toda esta documentación, iniciamos nuestra actuación sobre el paciente:

– Toma de constantes: TA Y FC.

– Administración de medicación pautaada: No

antiagregantes ni anticoagulantes (heparina Ca, tiklid, tromalyt...)

- Canalización de vía venosa periférica en MSI con abboath del 18 con Dx 5% PMV.

En caso de que el paciente fuera diabético, se actuará en base al Bm test (glucemia) que tenga en ese momento:

- DMNID: No ADO: 55 0'9 % PMV.

ADO: Administración de ADO + Dx 5 % PMV

DMID: Pauta de infusión de Dx 5 % (500cc) + Actrapid a pasar en 8 horas, indicada por el Servicio de Endocrinología.

En todos los casos y para un mejor control glucémico, haremos glucemias c/ 4 h y actuaremos según la valoración de este Bm test.

b) Precateterismo inmediato de hospital de origen al de referencia.

- Acomodar al paciente en la camilla de la ambulancia.

- Mantener la infusión permeable durante el trayecto.

- Atender sus necesidades fisiológicas y anímicas básicas.

- Solucionar cualquier posible contratiempo que aparezca.

- Poseemos un maletín de urgencias que consta de:

- Esfigmomanómetro y fonendoscopio.

- Material para vía periférica: gasas, solución antiséptica, compresor abocaths, sistema de suero y alargaderas, apósitos....

- Sueros : Dx 5 % , SF 0'9 % , expansores del plasma tal que Hemoce o Expafusin.

- Cafinitrinás.

- Guantes, jeringas, agujas, gasas y compresas.

- Muletines.

c) Cateterismo en el hospital de referencia.

- Llegada y notificación de nuestro paciente citado, en secretaría del servicio de Hemodinámica. En este momento el paciente está ubicado y depende de dicho servicio.

- Haremos el ingreso en el Servicio de Admisión.

Realización del Cateterismo Cardíaco

-Una vez realizado el cateterismo y retirado el introductor, el paciente junto a su familia es informado del resultado de la prueba por el médico que se la realizó.

-Una vez tenemos el informe en nuestro poder, iniciaremos viaje de regreso.

Se le harán al paciente las siguientes recomendaciones:

-No mover el MI afectado durante el trayecto.

-No levantar la cabeza ni el tronco.

-Buscaremos la colaboración del paciente indicándole que apoye su mano sobre el apósito colocado so-

bre el punto de la punción. Si hiciera algún tipo de esfuerzo tal que tos, micción, defecación..., presionará el apósito o se lo comentará a su enfermera para que lo haga ella.

-Si en algún momento el paciente notara algún signo de hemorragia avisará de inmediato a su enfermera.

d) Postcateterismo inmediato de hospital de referencia al de origen.

-El trayecto deberá ser lo más cómodo posible teniendo en cuenta las limitaciones de la situación (camilla de ambulancia) y guardando siempre las recomendaciones ya citadas anteriormente.

-Vigilar el apósito de la zona de punción de forma continua para prevenir hemorragias.

-Toma de constantes (TA y FC) y pulsos pedio y tibial.

-Mantener la vía periférica permeable.

-Cubrir las necesidades fisiológicas y anímicas básicas del paciente.

-Vigilar la inmovilidad del MI afectado, así como la no elevación de cabeza y tronco.

Postcateterismo en cardiología -UCI de hospital de origen.

-Llegada y notificación de nuestro paciente al personal enfermería del servicio de origen.

-En la habitación, el paso del paciente de la camilla a la cama se hará en bandeja y con el MI afectado inmovil.

-El ángulo del cabecero de la cama será menor o igual a 30°.

-Toma de constantes (TA y FC) y pulsos pedio y tibial.

-Realización de electrocardiograma.

-Indicarle la necesidad de orinar.

-Dar líquidos orales y posteriormente su dieta habitual (no está contraindicado)

-Administración de medicación pautada. Si el paciente es diabético, hacer Bm test y actuar según éste.

Referencias:

Bibliografía

Rayon

Rayon Valpuesta. Esperanza: Procedimientos diagnósticos y terapéuticos cardiovasculares. Cateterismo cardíaco. Pag 145 -166 Síntesis 1995.

Cuidados cardíacos en enfermería. Nursing book. Pag 66-69. Doyma 1987.

M. Ruano y N. Perales, Equipamiento en Urgencias. Anexo I del Manual de Soporte Vital Avanzado.

Comité español de RCP: Masson 1996.

Delavalle A. "Invasive cardiological diagnosis in ambulatory regimen of transported inpatients".

Cardiología. Marzo 1994.