



III CONGRESO VIRTUAL INTERNACIONAL DE ENFERMERIA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERIA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS

TÍTULO

Abordaje ante un tromboembolismo pulmonar.

AUTOR

Gema Ruiz Guerrero.

PALABRAS CLAVE

Tromboembolismo pulmonar, urgencias, enfermería, diagnostico precoz.

RESUMEN

OBJETIVO

- Conocer el protocolo de actuación ante la sospecha de un TEP.

MÉTODOS Y MATERIALES

Se realiza la búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos científicas como: CINAHL, DIALNET y CUIDEN. De los artículos revisados escogidos, el criterio de inclusión ha sido por ser artículos relacionados con el tema expuesto y además por ser recientes, y los criterios de exclusión han sido por haber sido publicados con más de 8 años de antigüedad y por la no accesibilidad al texto completo.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El tromboembolismo pulmonar (TEP) es una patología frecuente en los servicios de urgencias. Un 20% de los casos son idiopáticos, por lo que

resulta muy complicado hacer una detección precoz del mismo. Entendemos como TEP la obstrucción parcial o total del lecho vascular de la arteria pulmonar con repercusiones derivadas del grado de obstrucción anatómica y de la liberación de sustancias vasoactivas.

Para un adecuado tratamiento es importante un diagnóstico precoz, por ello, ante la sospecha por la clínica que presente el paciente, se comenzará con la realización de una serie de pruebas complementarias.

Entre los signos y síntomas más frecuentes, son los propios de una insuficiencia respiratoria aguda, por el desacoplamiento agudo entre ventilación y perfusión pulmonar.

CONCLUSIONES

El papel que los profesionales enfermeros desempeñan en urgencias es de vital importancia, tanto para reconocer los distintos signos y síntomas que presentan estos pacientes como en el seguimiento que realiza el personal enfermero durante todo el proceso.

INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES

El tromboembolismo pulmonar (TEP) es una patología frecuente en los servicios de urgencias. Un 20% de los casos son idiopáticos, por lo que resulta muy complicado hacer una detección precoz del mismo. Entendemos como TEP la obstrucción parcial o total del lecho vascular de la arteria pulmonar con repercusiones derivadas del grado de obstrucción anatómica y de la liberación de sustancias vasoactivas.

Se trata de una enfermedad grave con una alta mortalidad intrahospitalaria. El TEP causa el 90% de la mortalidad de los pacientes diagnosticados de manera tardía, y se podría llegar a reducir del 30% hasta el 5% de la mortalidad, en aquellos pacientes con administración temprana del tratamiento.

OBJETIVOS

- Conocer el protocolo de actuación ante la sospecha de un TEP.
- Identificar los signos y síntomas más frecuentes.
- Establecer los pasos a seguir para su diagnóstico y tratamiento.

METODOLOGÍA

Se realiza la búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos científicas como: CINAHL, DIALNET y CUIDEN. De los artículos revisados

escogidos, el criterio de inclusión ha sido por ser artículos relacionados con el tema expuesto y además por ser recientes, y los criterios de exclusión han sido por haber sido publicados con más de 8 años de antigüedad y por la no accesibilidad al texto completo.

RESULTADOS

Para un adecuado tratamiento es importante un diagnóstico precoz, por ello, ante la sospecha por la clínica que presente el paciente, se comenzará con la realización de una serie de pruebas complementarias.

Los pacientes que tienen más riesgo de padecer esta enfermedad son pacientes oncológicos, con inmovilizaciones prolongadas, cirugías o trauma recientes.

Entre los signos y síntomas más frecuentes, son los propios de una insuficiencia respiratoria aguda, por el desacoplamiento agudo entre ventilación y perfusión pulmonar. Como síntomas característicos de esta enfermedad nos encontramos con disnea de aparición brusca e inexplicable, dolor torácico de tipo pleurítico (aumenta la intensidad con la respiración y/o tos), taquipnea y taquicardia. Otros signos y síntomas menos frecuentes que pueden presentar son síncope, hemoptisis, cianosis y hepatomegalia.

Pruebas complementarias

- La radiografía de tórax suele ser normal aproximadamente en un tercio de los casos de TEP, los hallazgos más comunes incluyen derrame pleural, atelectasias laminares o infiltrados pulmonares.
- El electrocardiograma suele ser normal hasta el 30% de los casos, encontrando frecuentemente la taquicardia sinusal.
- La gasometría arterial, también puede no salir alterada en un 20% de los casos, encontrando en los casos más graves una alcalosis respiratoria asociada a una hipoxemia arterial.

Otras pruebas complementarias que se utilizan como método de diagnóstico

- El dímero-D es un producto de la degradación de la fibrina que se genera como consecuencia de la activación del sistema fibrinolítico, su determinación negativa descarta la existencia de TEP, pero una determinación alta es inespecífica.
- Angio-TC se usa como prueba concluyente, y es la más utilizada, no solo nos permite realizar un diagnóstico, sino, que podemos obtener

un pronóstico de la gravedad del cuadro y permite una evaluación adecuada del tamaño del ventrículo derecho.

- Como última prueba nos encontramos con la gammagrafía pulmonar que se suele usar en caso de no disponer de un angio-TC.

Una vez realizado el diagnóstico, se iniciara tan pronto como sea posible el tratamiento. Este tratamiento dependerá del estado hemodinámico del paciente.

En aquellos pacientes con un TEP estable se iniciara el tratamiento con fármacos anticoagulantes. Dependiendo de cada caso se puede elegir entre heparina no fraccionada (HNF) o alguna de las heparinas de bajo peso molecular (HBPM).

En los casos con pacientes con TEP inestables se optara por realizar fibrinólisis y con un soporte hemodinámico adecuado. Este soporte en pacientes con hipotensión puede ir desde la administración de noradrenalina o dobutamina, dependiendo de cada caso. En caso de que el paciente presente hipoxemia se puede solucionar con aporte de oxígeno con gafas nasales o mascarilla, y en los casos más graves se requerirá la ventilación mecánica invasiva (VMI).

El tratamiento en casos de TEP en embarazadas se suele utilizar la HBPM, siendo un tratamiento seguro.

En caso de que no se pueda realizar la fibrinólisis porque este contraindicada, o no haya dado resultados y exista un riesgo vital inmediato para el paciente, se optara por la embolectomía percutánea o quirúrgica, siendo un tratamiento más invasivo y utilizado sólo como último recurso.

DISCUSIÓN Y APLICACIONES A LA PRÁCTICA

El papel que los profesionales enfermeros desempeñan en urgencias es de vital importancia, tanto para reconocer los distintos signos y síntomas que presentan estos pacientes como en el seguimiento que realiza el personal enfermero durante todo el proceso. Al principio ayudando a mejorar el estado hemodinámico, administrando oxígeno u otros procedimientos para el confort y durante el tratamiento haciendo una vigilancia del paciente para estar alerta ante cualquier signo de sangrado una vez iniciada la terapia anticoagulante, y siendo conocedor del plan de actuación ante la sospecha de un paciente con TEP, junto con la colaboración de otros profesionales sanitarios, se consiguen realizar una detección precoz que mejorarán la calidad de vida de estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- Iturriaga R L.A, Villar B A; Tromboembolismo pulmonar. Arch Bronconeumol. 2010; 46 (suple 7): 31-37.
- Garrido B J, Jiménez G Y, Hoyos M A, Perales B A, Rodríguez A J, Ruiz R T; Tromboembolismo pulmonar. An Pediatr. 2013; 58 (supl 1): 22-9.
- Gracia C A.D, Jiménez E Ó, Lupiáñez V L, piedrafita R.M M.C. Tromboembolismo pulmonar en atención primaria. 2013; 39(3): 175-178.
- Caicedo M L.P, Castro J D, Díez M J, García J R, Morales J M.C, Rodríguez R P. Tromboembolismo pulmonar no sospechado en el servicio de urgencias. Rev Clin Esp. 2012; 212(4): 165-171.