

# Cuidar: Espera de trasplante cardíaco en CIC

M<sup>a</sup> Jesús Gómez Palomar

H. de la Santa Cruz y San Pablo. Barcelona

Se me ha pedido que hable de los cuidados de enfermería a los pacientes en espera de trasplante en una Unidad de Cuidados Intensivos. Por la escasez de tiempo no vamos a poder hacer un tratamiento muy a fondo, pero trataré de dar una pequeña idea de lo que supone la espera de trasplante en ella.

Para centrar el tema empezaremos con la enfermedad responsable, la miocardiopatía. Se trata de una alteración del músculo cardíaco que afecta a uno o ambos ventrículos. Se clasifica en 3 tipos:

- Dilatada: caracterizada por un aumento progresivo del diámetro ventricular y una reducción de la contractilidad.
- Hipertrofica: las cavidades no están dilatadas, pero con paredes anormalmente engrosadas. Conserva la contractilidad.
- Restrictiva: Puede no haber hipertrofia ni dilatación ventricular, pero sí una rigidez anormal de la pared que impide la relajación diastólica. Contractilidad normal.

Con el suficiente tiempo de evolución cualquiera de ellas llegará a una situación de insuficiencia cardíaca refractaria y un deterioro hemodinámico tal que sólo les deja el trasplante, como única posibilidad de sobrevivir.

Un gran número de estos pacientes, a pesar de ser considerados terminales pueden permanecer en su domicilio con el soporte de el equipo médico de trasplante y la enfermera de consultas externas, otros esperan en una sala de cuidados medios. Pero hay un grupo de pacientes, 31 de los 18 trasplantados en nuestro Centro hasta Abril del 96, que aunque resulte redundante, no sólo son terminales sino que además se están muriendo. Su inestabilidad les obliga a permanecer hasta la intervención quirúrgica en un box de intensivos, adaptados a una forma de vida extraña, semiaislados y

mantenidos con vida a base de drogas continuas, dosis cada vez más altas, y técnicas mediante máquinas extrañas que invaden su cuerpo y su espacio.

Por si esto no fuera bastante complejo, resulta que estamos tratando con personas y, como tales, precisan cubrir todas sus necesidades básicas y presentan una incapacidad casi total para asumir sus autocuidados.

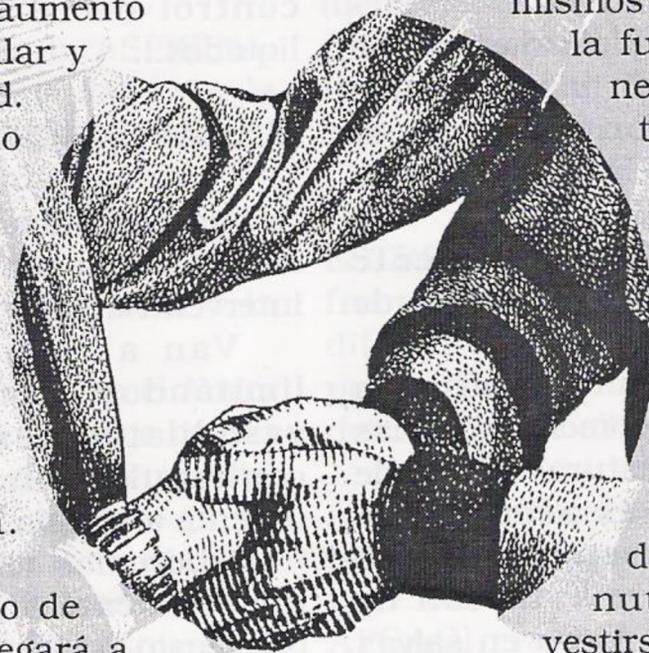
Definida la Enfermería, según V. Henderson, como la atención a los individuos por medio de aquellas actividades que contribuyen a mantener o recuperar la salud (o a morir en paz) y que ellos mismos realizarían sin ayuda si tuvieran la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios, el paciente en espera de trasplante representa un campo inacabable para nuestro desarrollo profesional.

Según un estudio realizado en nuestra Unidad, sobre 21 pacientes ingresados en ella hasta su intervención de trasplante cardíaco, el 100% de ellos presentaban alteraciones importantes en las necesidades de oxigenación-circulación, nutrición, eliminación, moverse, vestirse, higiene y evitar peligros; 14/21 tenían alterado el patrón del sueño y 18/21 la termorregulación. Las otras 5 necesidades no se pudieron valorar, ya que al ser un estudio retrospectivo, con datos obtenidos de la historia clínica, no se encontraron suficientes datos registrados.

Los problemas más importantes fueron:

Para la oxigenación-circulación: Gasto cardíaco bajo y presiones endocavitarias elevadas en el 100%. Hipotensión severa y arritmias en 20/21, dificultad respiratoria en 18 y deterioro gasométrico en 19. Todos precisaron perfusiones continuas de inotrópicos, vasodilatadores y otras drogas.

En cuanto a la nutrición, 15/20 presentaron anorexia y 18/20 náuseas, vómitos y



molestias abdominales. ( Un paciente solo permaneció 12 horas en nuestra Unidad).

En eliminación destacan oliguria-anuria en el 100%, edemas en 11 y 13/20 estreñimiento.

En actividad e higiene dependieron de enfermería en su totalidad.

Fiebre y/o hipotermia apareció en 18/21.

En la necesidad de evitar el peligro, 19/21 refieren dolor, 14 presentan flebitis. Todos llevan catéter de termodilución además de otras vías periféricas o centrales y 19 sonda vesical.

A pesar de las escasas anotaciones que se hacían respecto a los aspectos psicológicos, la ansiedad o el miedo aparecen en 19 pacientes.

El estudio se hizo en dos fases. La primera, en el 1994 incluyó 14 pacientes. En ella, al recoger sólo los aspectos de mayor incidencia, no aparece la diálisis en sus diversas formas, así como la ventilación mecánica y otras técnicas. Posteriormente se observa una gran progresión en la utilización de las mismas: en el 57% se practicó diálisis continua, con predominio de la CWH, el 29% precisaron VM y a 2 se les trató con BCPA. Hasta el momento sólo se ha utilizado en un caso la asistencia ventricular izquierda y queda fuera del tiempo de estudio.

Después de analizar todos estos datos, se desarrollaron los diagnósticos de enfermería más comunes a esta patología y la planificación de cuidados estandarizados para las necesidades valoradas.

Voy a enumerar sólo las etiquetas diagnósticas ya que en otro caso resultaría inacabable:

- Disminución del gasto cardíaco.
- Alteración de la perfusión hística generalizada.
- Patrón respiratorio ineficaz.
- Deterioro del intercambio gaseoso.
- Limpieza ineficaz de vías aéreas.
- Incapacidad para mantener la ventilación espontánea.
- Alteración de la nutrición por defecto.
- Déficit de autocuidado: alimentación.
- Exceso de volumen de líquidos.
- Déficit potencial de volumen de líquidos.
- Alteración de la eliminación urinaria.
- Estreñimiento.
- Déficit de autocuidado: uso del WC.
- Intolerancia a la actividad.
- Deterioro de la movilidad física.
- Síndrome de desuso.
- Alteración del patrón del sueño.
- Fatiga.
- Déficit de autocuidado: vestido.
- Hipertermia.
- Hipotermia.
- Déficit de autocuidado: baño/higiene.
- Deterioro potencial de la integridad cutánea.

- Dolor.
- Potencial de infección.
- Potencial de lesión.
- Ansiedad .
- Baja autoestima .
- Temor .

### Cuidados de enfermería.

- Mantener al paciente en reposo y con la cama semiincorporada, sustituirle en las necesidades relacionadas con la actividad física: higiene, vestirse, moverse. Es importante colocar catéteres, cables, etc de forma que no interfieran la poca movilidad autónoma que les queda.
- Control continuo de monitorización: ritmo y frecuencia cardíaca, TA, presiones endocavitarias y gasto cardíaco, saturación de oxígeno.
- Control gasométrico.
- Vigilar y registrar la aparición de signos y síntomas: control de signos vitales, nivel de conciencia, características de la piel, calidad de la ventilación, tos, espectoración.
- En caso de ventilación mecánica: cuidados habituales del paciente intubado y sometido a dicha técnica.
- Administración de medicación, oxigenoterapia, etc. según prescripción facultativa.
- Intentar evitar la desnutrición, estableciendo una dieta adecuada a sus necesidades, adaptándose dentro de lo posible a sus apetencias (colaboración familiar) y fraccionada para mejorar la tolerancia.
- Si es necesario, ayudarle a acercarse los alimentos a la boca.
- Antiheméticos según necesidad y prescr. fac.
- Restricción de líquidos y sodio mediante la disminución de ingesta y concentración de drogas en perfusión.
- Control estricto de diuresis y balance de líquidos. Éste y las presiones endocavitarias nos orientarán sobre la mayor o menor necesidad de restricción.
- Control de edemas y su evolución.
- En caso de eliminación activa (diuréticos o diálisis continua), reponer la cantidad de líquidos adecuada y vigilar los signos de deshidratación.
- En su caso, practicar la diálisis según protocolo.
- Paliar la sensación de sed del paciente con hielo, rodajas de limón o de manzana.
- Control de frecuencia y características de las deposiciones. Al no poder, en la mayoría de los casos, administrar la fibra necesaria en la dieta ni líquidos, se harán masajes abdominales, enemas, o extracción de fecalomas, si fuese necesario.
- Facilitar el orinal con la máxima intimidad y naturalidad, en la postura más cómoda y fisiológica posible.
- Profilaxis antidecúbitos, con cambios posturales frecuentes, hidratación cutánea, asegurándose de que los elementos mecánicos no presionan o

lesionan la piel y con el uso de material profiláctico antipresión.

- Ejercicios de movilización pasiva.
- Control de calidad y horas de sueño. Respetar su horario dentro de lo posible.
- Reducir la estimulación ambiental y extremar las medidas de confort.
- Administrar medicación según prescr. facult.
- Control periódico de temperatura.
- Si fiebre, medidas físicas antitérmicas. Ropa adecuada.
- Si hipotermia: usar manta eléctrica, evitando el contacto con la piel del paciente y la humedad. En caso de necesitar perfundir líquidos rápidos, calentarlos previamente a la temperatura corporal.
- Medicación analgésica según necesidad, acompañada de otras medidas que la potencien: confort, masajes, distracciones, relación de ayuda.
- Ayudar al paciente a determinar la causa de su ansiedad, comentando con él la normalidad de lo que siente y la temporalidad de la situación, ayudándole a formular planes de futuro.
- Minimizar los elementos generadores de ansiedad: luz, ruido, desorden.
- Puede ser útil darle información sobre la coordinadora de trasplante, los éxitos conseguidos y los recursos de que disponemos para ayudarle mientras llega el donante, así como facilitarle el contacto con otros trasplantados, asegurándonos antes de que éstos reúnen las características idóneas.
- Utilización de la máxima asepsia e higiene en la implantación y manipulación de todas las técnicas invasivas.
- Vigilar la aparición de signos de infección: fiebre, inflamación, temblores, etc.
- Colocación, siempre que se considere necesario, de barandas o otros elementos que eviten los traumatismos.
- Ansiolíticos según prescripción facultativa.
- Estimular, dentro de sus escasas posibilidades, la realización de actividades de entretenimiento y manualidades sencillas que les resulten satisfactorias.

A pesar de semejante despliegue de diagnósticos y cuidados enfermeros y, teniendo en cuenta que la prioridad principal con este paciente es mantenerle con vida hasta que llegue el donante, nos vemos obligados a destinar la mayor parte de nuestro tiempo al cuidado de los problemas interdisciplinarios, es decir, a controlar la aparición de posibles complicaciones causadas por técnicas agresivas, medicación o la propia patología, o tratar las que ya existen, junto con los médicos e, incluso tomar con frecuencia decisiones urgentes, aunque no siempre estén, a priori, dentro de nuestra competencia. Esto no limita nuestra profesión, al contrario, solo

confirma que las unidades de críticos tienen sus características propias y justifica plenamente nuestra presencia en ellas, así como la aplicación del modelo bifocal de la enfermería clínica. Coincido con Linda Carpenito cuando afirma que lo que es un problema interdisciplinario, por la formación y experiencia de la enfermera, puede pasar a ser diagnóstico de enfermería, ya que lo podrá tratar de forma independiente.

Es la enfermera quien, según los recursos, determina los diagnósticos de enfermería y los problemas multidisciplinares que puede manejar de forma responsable. Desde luego, nunca estará justificado por la prioridad del mantenimiento de la vida, que el paciente no sepa si se le ha trasplantado o no porque nadie le ha dado la información cuando es capaz de recibirla, o que llegue a la cirugía, y mucho menos al alta, sin saber a qué se tiene que enfrentar después y sin estar preparado para ello. La atención de enfermería recibida en el pre-trasplante influye sobre la evolución y calidad de vida posterior.

Una parte de la definición de enfermería se refiere a las actividades que ayudan "a morir en paz". Desde el momento que tratamos con un paciente terminal, en muchos casos agónico y que, si no llega el donante a tiempo está irremisiblemente abocado a la muerte, es un cuidado básico en cada momento de nuestra actuación profesional. A veces se mueren, pero aún muchas más veces "se sienten morir". Cuando ya los inotrópicos no sirven, la presión de una mano todavía funciona. Funciona el trato de adulto inteligente, el "descuida, no te dejaremos sólo, no vamos a abandonar, no pierdas la esperanza y juntos lo conseguiremos". No sirven las frases automáticas y tan gastadas de "tranquilo, todo está bien, no pasa nada. Solo crea desconfianza en alguien que tiene claro que no es así y le demuestra que no estamos dispuestos a escucharle y acompañarle.

Por otro lado, no podemos olvidar que la diana de nuestros cuidados no es solo el paciente. Junto a él están la familia, sus amigos, que aunque conserven la salud física pueden estar siendo incapaces de hacer frente a la gravedad y, mucho menos a la muerte.

Pero nunca podremos ayudar a nadie a enfrentarse a la muerte, propia o próxima, si nosotros no lo hemos hecho primero, no eliminaremos el miedo de nadie si nosotros no lo hemos perdido primero. Una vez seamos capaces de mirar la propia muerte de frente, estaremos en condiciones de, sin dejar que pierdan la esperanza en la llegada del corazón que resolverá la

situación, escuchar a paciente o familia cuando quieran hablar de ella, de sus temores, les permitiremos reclamar lo que quieren o lo que

necesitan cambiar mientras todavía están a tiempo.

BIBLIOGRAFIA

- Carpenito L.J. "Diagnósticos de enfermería. Aplicación a la práctica clínica". (3a edición) Madrid. Ed Interamericana de España.1991.
- Notivol Tejero M.P.y col. "Ayudar a morir en UCI: percepción de las necesidades de los profesionales" Enfermería Clínica. Barcelona. Ed Doyma. Marzo-abril 1993. Pg 43-7
- Kubler-Ros "Sobre la muerte y los moribundos". Barcelona . Ed Grijalbo. 1989.

- Pons LLadó G. Enfermedades del miocardio. Cap 28. Tomado de; Soler Soler J., Bayés de Luna A. Cardiología. Barcelona. Ed. Doyma.1986. 629 pg. Ilus.
- Robert C. Schlant, R. Wayne Alexander. El corazón (8a edición) Madrid. Interamericana de España S.A. 1995.
- Barbera McVan, RN. Atención integral en enfermería. Paciente integral y muerte. Ed Doyma S.A. Barcelona 1987.

MIERCOLES 7

17,00 h. Entrega documentación.  
20,00 h. Recepción oficial.

JUEVES 8

08,00 h. Entrega documentación.  
08,30 h. Acto inaugural. 09,00 h. Conferencia inaugural. "INVESTIGACION DE LOS FACTORES DE RIESGO CONDUCTUALES EN CARDIOLOGIA PREVENTIVA". **María Luisa López González.** Profesora Titular de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Oviedo.

10,00 h. "FORMACION CONTINUADA EN ENFERMERIA CARDIOLOGICA". -¿Somos conscientes de que necesitamos una formación continuada? Razones sociológicas que influyen en la formación continuada de la enfermera. **Carmen Domínguez Alcón.** MODERADORA. Enfermera y Socióloga. Profesora Universidad de Barcelona. BARCELONA.

-Visión general de la formación continuada. **M<sup>a</sup> Carmen Sarabia Clemente.** Supervisora de Unidad Coronaria. Hospital Gómez Ulla. MADRID.

-¿Para qué sirve la formación continuada? **M<sup>a</sup>. José Zabala Osés.** Supervisora Unidad Coronaria. Clínica Universitaria de Navarra. PAMPLONA.

11,30 h. Pausa-Café. 12,00 h. Comunicaciones libres. 14,00 h. Comida.

16,00 h. Mesa redonda: "EVOLUCION DE LA CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA EN LA ULTIMA DECADA".

- Paso del diagnóstico al intervencionismo (ACTP). **Soledad Guerrero Garicano.** Enfermera Unidad de Hemodinámica. Hospital Valle Hebrón. BARCELONA.

- Aparición y desarrollo de nuevas técnicas (stent, aterectomía, láser). **Dolores Alarcón Martínez.** MODERADORA. Enfermera Unidad de Hemodinámica. Hospital Clínico San Carlos. MADRID.

**XVIII CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA**



**SANTANDER, 7, 8 y 9 de Mayo de 1997**

- Complicaciones de dichas técnicas. **Cloria Sanz Alonso.** Enfermera Unidad de Hemodinámica. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. SANTANDER. 17,30 h. Pausa-Café. 18,00 h. Comunicaciones libres.

VIERNES 9

09,00 h. Mesa redonda: "OTROS ASPECTOS DE TRASPLANTE CARDIACO".

- Papel de la enfermera antes de realizar un trasplante. Funciones de la coordinadora. **Carmen García López.** MODERADORA. Coordinadora Trasplante Cardíaco. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. SANTANDER.

- Aspectos psicológicos del paciente trasplantado. **Juan Manuel Rodríguez Martín.** Enfermero y Psicólogo de la Unidad de Psiquiatría. Hospital La Fe. VALENCIA.

-Seguimiento de interrelación con los profesionales de enfermería. **Aurora Hernández Rivas.** Supervisora de Unidad Coronaria y Unidad de Trasplantes Clínica Puerta de Hierro. MADRID.

10,30 h. Pausa-Café.

11,00 h. Comunicaciones libres.

12,30 h. Asamblea AECC. 13,30 h. Comida.

15,30 h. Mesa redonda: "FORMACION DE LA ENFERMERIA DE LA UNIDAD DE ARRITMIAS. UNA NECESIDAD".

-Técnicas de diagnóstico del Síncope Vasovagal: test de vasculación. **Angela García Cardell.** Enfermera Unidad de Electrofisiología Hospital Valle Hebrón. BARCELONA.

- Nuestra experiencia en la formación del personal en una unidad de arritmias de

reciente creación. **Ana María Allona Dueñas.** Enfermera Unidad de Electrofisiología y Hemodinámica. Clínica Universitaria de Navarra. PAMPLONA.

- Desfibrilador automático implantable (DAI). Papel de la enfermera antes y después del implante. **Estrella Munilla Suárez.** MODERADORA. Enfermera Unidad Electrofisiología. Hospital Gregorio Marañón. MADRID.

17,00 h. Clausura.

21,00 h. Cena de gala en el Hotel Hoyuela

SEDE: Paraninfo de Caballerizas del Palacio de la Magdalena.