

Estudio de caso

Paciente con miocardiopatía dilatada en el Programa de Rehabilitación Cardíaca

Enf. Card. María del Rocío Antúnez de la Rosa,* Lic. Enf. María del Carmen Navarro Aldana,* Enf. Card. Ana María Fuentes Leonardo,* Lic. Enf. María del Carmen Jiménez y Villegas*

* Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

RESUMEN

Los programas de rehabilitación cardíaca han mostrado mejorar la calidad de vida de los pacientes con miocardiopatía dilatada; la información recibida durante las sesiones, el entrenamiento físico, la valoración de su estado de salud durante su permanencia en el programa proporciona seguridad y confianza, lo que lleva al paciente al apego a éste. Con el objetivo de conocer los beneficios del Programa de Rehabilitación Cardíaca (PRHC) y los logros alcanzados como resultado de dar una atención sistematizada basada en el proceso de atención de enfermería, la taxonomía de la NANDA, la NIC y la NOC, describimos un caso clínico aplicado a una paciente referida de la clínica de insuficiencia cardíaca del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, portadora de miocardiopatía dilatada idiopática, diagnosticada a través de historia clínica, electrocardiograma de superficie, placa de tórax y ecocardiografía, con signos y síntomas de insuficiencia cardíaca, manifestada por intolerancia para realizar sus actividades cotidianas. La paciente tuvo un apego del 80% al Programa de Rehabilitación Cardíaca refiriendo mejoría en su calidad de vida.

Palabras clave: Miocardiopatía dilatada, rehabilitación cardíaca, atención de enfermería, diagnósticos de enfermería.

ABSTRACT

Programs of cardiac rehabilitation have currently demonstrated that improve the quality of life of patients with dilated cardiomyopathy. The information received during the sessions, physical training, and continuous health status evaluation during the program provides security and confidence to the patient, thus improving adherence. We describe a clinical case with the aim to spreading the evidence of the benefits and achievements of the Cardiac Rehabilitation Program (CRP) as a consequence of providing a nurse systematized care process and by using the NANDA, NIC and NOC taxonomy. A female patient was referred to the cardiac insufficiency clinic of the Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chavez. The patient had idiopathic dilated myocardiopathy that was diagnosed through clinical history, surface electrocardiogram, chest X-ray and echocardiography. She had signs and symptoms of cardiac insufficiency noticeable by its inability to performing her daily activities. The patient had an 80% adherence to the CRP and declared improvement in her quality of life.

Key words: dilated myocardiopathy, cardiac rehabilitation, nurse care, nurse diagnosis.

INTRODUCCIÓN

Los Programas de Rehabilitación Cardíaca (PRHC) tienen como finalidad mejorar la calidad de vida de los pacientes cardíopatas al reducir el riesgo de muerte súbita o reinfarcto. Ellos aprenden en el PRHC los factores de riesgo, técnicas correctas para la realización del ejercicio físico, a equilibrar su dieta para mantener el peso ideal y la importancia de identificar signos de alarma, lo que propicia seguri-

Recibido para publicación: 6 de marzo 2008

Aceptado para publicación: 25 de marzo 2008

Dirección para correspondencia:

Enf. Card. María del Rocío Antúnez de la Rosa,
Juan Badiano Núm. 1, Sección XVI, 14080, Tlalpan, D. F.
Tel. 55 73 29 11 Ext. 1214

E-mail: rocio.antunez@cardiologia.org.mx

dad y confianza al paciente, facilitando su reincorporación a la vida cotidiana.

A finales de la década de los 80 Feigenbaum definió los PRHC como "Los servicios de rehabilitación cardíaca son programas a largo plazo integrales que comprenden una evaluación médica, prescripción del ejercicio, modificación de factores de riesgo cardiovascular, educación y consejo, están diseñados para limitar el efecto fisiológico y psicológico que provoca la enfermedad cardíaca reduciendo el riesgo de muerte súbita o reinfarto".¹ Los términos utilizados para la estratificación de riesgo cardiovascular son: unidad metabólica con un valor de 3.5 por kg minuto (mets), consumo de oxígeno (VO_2), escala de medición de esfuerzo medida con un rango del 1 al 20 y con términos ligero, regular y pesado (Borg). En México, son pocos los PRHC conformados por un equipo multidisciplinario que cumpla los objetivos.

Utilizando el proceso de enfermería, la taxonomía de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Nursing Outcome Classification (NOC), y la Nursing Intervention Classification (NIC) presentamos el estudio de caso de una paciente portadora de Miocardiopatía Dilatada en el PRHC en el Servicio de Rehabilitación Cardíaca del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez (INCICH). Con el objetivo de observar los resultados de la aplicación del método enfermero aplicado.

MARCO TEÓRICO

Enfermería tiene "La función singular de asistir al individuo sano o enfermo en la realización de actividades que contribuyan a la conservación de su salud, a la recuperación o a una muerte tranquila, que el paciente llevaría a cabo sin ayuda, si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario y de tal manera que le ayude a adquirir su independencia lo más rápido posible".²

La enfermera trabaja en una relación tanto de interdependencia como de interdependencia con otros profesionales de la salud, es y debe ser legalmente una profesional independiente capaz de hacer juicios, además, tiene la mayor autoridad en los cuidados y esto se evidencia en la atención de los pacientes portadores de miocardiopatía dilatada.

En esta patología se presentan alteraciones en forma primaria al músculo cardíaco, independientemente de su etiología, se manifiesta por dilatación, hipertrofia o restricción al llenado del corazón sin que éste presente una sobrecarga hemodinámica y

que en forma secundaria pueda involucrar el funcionamiento de las válvulas auriculoventriculares. La miocardiopatía de acuerdo a sus características patológicas y funcionales se clasifica en: dilatada, cuyo fenómeno es la disminución de la capacidad contráctil o función sistólica del miocardio y una progresiva dilatación y pérdida de la geometría ventricular. Restrictiva, en este tipo de miocardiopatía predomina la disfunción diastólica, caracterizada por disminución de la distensibilidad y dificultad del llenado ventricular; e hipertrofica, en la cual se encuentra hipertrofia ventricular sin dilatación de la cavidad en ausencia de una sobrecarga mecánica.

En la miocardiopatía dilatada idiopática los estudios anatomopatológicos generalmente muestran extensas zonas de fibrosis que han sustituido al tejido miocárdico. La miocardiopatía dilatada constituye el estado final de un proceso que afectó al miocardio en cualquiera de las siguientes formas: inflamación, necrosis por isquemia, lisis por efecto tóxico o sobrecarga hemodinámica crónica, las causas pueden incluir miocarditis viral, ingesta excesiva de alcohol e incluso existe predisposición genética de la enfermedad con afección de los locus genéticos que están en relación con la inmunorregulación. En esta patología las fibras miocárdicas están hipertroficas y hay miocitos en proceso de degeneración, el daño irreversible trae como consecuencia que las miofibrillas restantes no logren desarrollar con eficacia la función de bomba propia del corazón, esto es, a mayor destrucción del miocardio mayor deterioro de la función contráctil, las características fundamentales son cardiomegalia e insuficiencia cardíaca.

La hipertrofia miocárdica constituye un mecanismo que el corazón utiliza para compensar sobrecargas de trabajo cardíaco, de esta manera, si el corazón tiene que expulsar su contenido sanguíneo en contra de una presión mayor, como sucede en la hipertensión arterial o en la estenosis aórtica, la hipertrofia permite una contracción miocárdica más enérgica y el corazón no se torna insuficiente ante la sobrecarga hemodinámica.

El diagnóstico se obtiene a partir de la historia clínica, electrocardiograma de superficie, placa de tórax y ecocardiografía.

El cuadro clínico se caracteriza por ingurgitación yugular, cardiomegalia con ritmo de galope, signos de insuficiencia mitral pura e hipertensión pulmonar, fibrilación auricular, hepatomegalia congestiva, disnea, palpitaciones y edema de miembros inferiores, todo lo anterior condiciona una incapacidad del individuo para realizar las actividades co-

tidianas. El tratamiento incluye la administración de digitálicos, betabloqueadores, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, diuréticos y trasplante cardíaco^{3,4} y desde luego el reacondicionamiento físico para mejorar la calidad de vida.

CASO CLÍNICO

Femenina de 48 años, casada, escolaridad primaria, dedicada a labores del hogar, residente del Estado de México, clasificación socioeconómica baja. Antecedentes hereditarios de cáncer cervicouterino (madre), hipertensión arterial sistémica (hermanos), dentro de sus antecedentes quirúrgicos refiere cesárea a los 33 años de edad. Hospitalización previa al Servicio de Urgencias y Unidad Coronaria con diagnóstico médico de miocardiopatía dilatada, refiriendo cansancio de mínimos esfuerzos, disnea, palpitaciones y presentando edema de miembros inferiores.

Mejora en las primeras horas de hospitalización con tratamiento médico a base de digital, diuréticos, betabloqueadores, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, sin embargo requiere intubación orotraqueal y soporte mecánico ventilatorio por presentar edema agudo pulmonar. Su estancia hospitalaria es de 40 días, egresa con diagnóstico de miocardiopatía dilatada, insuficiencia mitral e insuficiencia tricuspídea severa, es importante mencionar que documentan fracción de expulsión del ventrículo izquierdo del 8%, no es candidata a tratamiento qui-

rúrgico, reingresa en repetidas ocasiones al Servicio de Urgencias por disnea y fatiga.

Es referida de la Clínica de Insuficiencia Cardíaca del INCICH para integrarse al PRHC.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Ingres a al Servicio de Rehabilitación Cardíaca, caminando, se realiza interrogatorio directo manifestando ser sedentaria y tener un consumo elevado de carbohidratos, grasas y no respetar horario para consumo de alimentos. Datos subjetivos; refiere sensación de falta de aire y cansancio al caminar menos de 50 metros. Datos objetivos; presión arterial sistémica 110/80 mmHg, frecuencia cardíaca 100 latidos por minuto, peso corporal de 78 kilogramos, perímetro abdominal de 103 centímetros y actitud apática.

Se lleva a cabo la estratificación cardiovascular, mediante la realización de una prueba de esfuerzo, la cual se detuvo por fatiga a los 3.3 mets; no presentó arritmias ni complicaciones hemodinámicas, con una frecuencia cardíaca máxima del 74 por ciento por encima de la basal y un consumo de oxígeno del 44 por ciento llegando a Borg 17, escala de esfuerzo pesado y negativa para angor e isquemia, estratificándose en riesgo alto, grupo D que son pacientes quienes presentan menor tolerancia al esfuerzo físico, se programaron 6 semanas de permanencia en el PRHC.⁵

Diagnóstico 1

Intolerancia a la actividad relacionada a fracción de expulsión del 8%, manifestada por fatiga al menor esfuerzo.

Objetivo: lograr que realice actividades cotidianas disminuyendo sintomatología.

Intervenciones

- Cuidados cardíacos: rehabilitación, se inició entrenamiento físico aumentando la tolerancia al esfuerzo.
- Enseñanza: actividad y ejercicio prescrito.
- Fomento del ejercicio: entrenamiento de extensión.
- Manejo de energía: regulación del uso de energía para tratar de evitar la fatiga y mejorar las funciones.

Evaluación

- Aumentó la tolerancia al ejercicio, logrando realizar actividades personales y cotidianas propias del hogar.

Diagnóstico 2

Desequilibrio nutricional por exceso relacionado con ingesta excesiva de carbohidratos manifestado por aumento del perímetro abdominal y peso corporal.

Objetivo: que conozca los diferentes tipos de alimentos y los beneficios de consumirlos en equilibrio.

Intervenciones	Evaluación
• Modificación de la conducta nutrimental: Se solicitó interconsulta con el Servicio de Nutriología para prescripción de dieta de reducción. • Asesoramiento nutricional: se proporcionó fórmula para conocer peso, talla e índice de masa corporal. • Manejo de los trastornos de alimentación: se programó un diario de alimentación de acuerdo a los requerimientos energéticos.	• Se logró una disminución de 6 kg de peso corporal, sin embargo, no se logró alcanzar el peso ideal en las seis semanas programadas.

Diagnóstico 3

Incapacidad del adulto para mantener su desarrollo relacionado a comprensión inadecuada de la evolución de la enfermedad, manifestada por angustia y pesimismo.

Objetivo: que conozca, acepte y aprenda a vivir la historia natural de la enfermedad.

Intervenciones	Evaluación
• Aumentar el afrontamiento: Se envió al Servicio de Psicología para iniciar con el programa de terapia emocional. • Ayuda al autocuidado: se informó qué es la enfermedad en sus diferentes etapas y cómo tratarla para aprender a vivir con ella. • Dar esperanza: se motivó a reconocer la realidad estudiando la situación y haciendo planes para casos de emergencia y se evitó disfrazar la verdad.	• Se observó mejoría anímica. • Mostró mayor facilidad en la comunicación y en la participación del desarrollo de sus actividades del Programa. • Refirió tener confianza al realizar labores cotidianas.

DISCUSIÓN

Es imperante contar con estrategias de ayuda que favorezcan la recuperación y mantenimiento de la salud en los pacientes portadores de miocardiopatía dilatada, una de ellas es el incluir a los pacientes en el PRHC, ya que éste ha demostrado beneficios importantes en este grupo de pacientes. La enfermera como integrante del equipo interdisciplinario del PRHC requiere de herramientas que normen su actuación y que favorezcan de este modo, el logro de los objetivos planteados. Cabe resaltar que la paciente tuvo un apego del 80% al PRHC, fueron programados 8 refuerzos, presentó una inasistencia, superando el apego internacional del 50%.

mente en el desarrollo del Programa, mediante el proceso de atención de enfermería que la lleva a la realización del plan de cuidados individualizado, favoreciendo así el logro de los objetivos.

REFERENCIAS

1. Feigenbaum E, Carter E. *Cardiac rehabilitation services*. Health technology assessment report 1987; 6: 88.
2. García GMJ. *El Proceso de Enfermería*. 2ª ed. México: Progreso; 2004.
3. Guadalajara BJF. *Cardiología*. México: Méndez Editores; 2001.
4. Vargas BJ. *Tratado de Cardiología*. México: Intersistemas; 2006.
5. Wilkins. *Guidelines for Cardiac Rehabilitation and Secondary*. American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. 2000: 368.

CONCLUSIONES

Los pacientes con diagnóstico de miocardiopatía dilatada que desarrollan el PRHC tienen una expectativa de mejora en su calidad de vida ya que incluye una evaluación médica, prescripción del ejercicio, modificación de factores de riesgo cardiovascular, educación, consejo y son diseñados para limitar el efecto fisiológico y psicológico que provoca la enfermedad, reduciendo el riesgo de muerte súbita. La enfermera participa activa-

BIBLIOGRAFÍA

- NANDA internacional. *Definiciones y clasificación*. España: Elsevier; 2003-2004.
- McKloskey D. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. Mosby. 4ª edición. 2005. Madrid España. 823, 847, 853.
- Morread S, Jonson M. *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. Mosby 2005. 3ª Edición. Madrid España: 572, 598, 603.
- Parra BA, Heredia GN. Proceso de atención en enfermería a un paciente con estenosis aórtica crítica. *Rev Mex Enferm Cardiol* 2003; 11(2): 44.