

Un caso clínico para la reflexión

Autores

Estela Honrubia Gozálviz.

Enfermera de la Unidad de Anestesia, Reanimación y Tratamiento del Dolor del Hospital General Universitario de Valencia.

Profesora Asociada de Enfermería Médico-Quirúrgica del Departamento de Enfermería de la Universidad de Valencia.

A clinical case to reflect upon

The treatment with neuro-stimulation of posterior cords of the intractable 'Angor Pectoris' was introduced by Mannheimer in 1980. The clinical effects which have been observed with this treatment are the following: an improvement in the capacity to realise physical exercise and an increase in daily activity, a fall in the episodes of angina, a fall in the taking of nitrites, a fall in the ST depression, placebo effect and, consequently, an improvement in the quality of life of the anginal patient.

It has been proved that this treatment produces an improvement in the coronary flow, it increases the flow and, at the same time, it forces the consumption of myocardial oxygen to descend as well as making the ventricular function more efficient. In spite of the general fear that avoiding pain as a symptom of alarm in the non-monitored cardiological processes could improve mortality in patients, latest research demonstrate that a loss in security is not produced because there is no improvement in the ischaemic processes, no arrhythmia episodes appear, IAM is not favoured and the only complication which we may find has to do with physical reasons if movility of the electrode is produced.

The criteria of inclusion of patients are defined: Angor, class III-IV NYHA without a

response to an adequate pharmacological therapy or possibility of revascularization, a significant coronary ischaemic pathology with a diagnostic for angiography and/or a significant alteration of ECG of effort. The criteria of exclusion are a short span of life, driving dysfunctions or contra-indications to the implantation technique.

In this case, the technique is non-traumatic and percutaneous. The insertion is made at a T6-T8 thoracic level, bringing the tip of the cable through radioscopic control at a T1-T2 level. The result is a paresthesia in the prechordal region, upper limbs and it can even be done in an atypical place if it is convenient.

The efficiency of this technique in each patient is related to the number of angor crisis, the antianginal medication and its efficiency in the control of episodes, the improvement in the capacity to do physical exercise, hospital entrances and his/her perception of the improvement in the quality of life.

The cost-benefit adequacy is generally manifested through the decrease in the number of P.U. entrances, hospital entrances and domiciliary attention.

Introducción

El tratamiento con Neuroestimulación de Cordones Posteriores del Angor Péctoris intratable, fue introducido por Mannheimer en 1980, los efectos clínicos que se han observado con éste tratamiento son: Mejora de la capacidad de ejercicio y aumento de la actividad diaria, descenso de los episodios de angina, descenso en la toma de nitritos, descenso de la depresión de ST, efecto placebo y mejora consecuentemente de la Calidad de Vida del paciente anginoso.

Se ha demostrado que este tratamiento produce una mejora en el flujo coronario, aumen-



ta el flujo y hace descender el consumo de oxígeno miocárdico y hace más eficaz la función ventricular. A pesar de que siempre se ha temido que evitar el dolor como síntoma de alarma en los procesos cardiológicos no monitorizados podría aumentar la mortalidad de los pacientes, los últimos estudios realizados vienen a demostrar que no se produce pérdida de seguridad porque no hay aumento de los episodios isquémicos, no aparecen episodios de arritmias, no favorece la aparición de IAM, y la única complicación viene dada por razones físicas si se produce movilidad del electrodo.

Los criterios de inclusión de pacientes están definidos: Angor clase III-IV NYHA sin respuesta a terapéutica farmacológica adecuada ni posibilidad de revascularización, patología isquémica coronaria significativa con diagnóstico por angiografía y/o alteración significativa de ECG de esfuerzo. Los criterios de exclusión vienen dados por esperanza de vida corta, trastornos de la conducción o contraindicaciones a la técnica de implantación.

En éste caso la Técnica es atraumática y percutánea, la inserción se realiza a nivel torácico T6-T8, llevando la punta del cable por control radioscópico a nivel de T1-T2. La consecuencia es una parestesia en región precordial, miembros superiores e incluso puede hacerse en un lugar atípico si conviene.

La eficacia de la técnica en cada paciente viene dada por el número de crisis de angor, la medicación antianginosa requerida y su eficacia en el control de los episodios, la mejoría en la capacidad de ejerci-

cio, los ingresos hospitalarios y su percepción en la mejora de la calidad de vida.

La adecuación Coste-Beneficio se manifiesta a nivel general por la disminución del nº de ingresos en P.U., de ingresos hospitalarios y de atención domiciliaria.

Caso clínico

El primer contacto que tenemos con esta paciente viene dado por una "interconsulta" que nos llega a la Unidad del Dolor desde el servicio de Cardiología donde consta "Angina rebelde a tratamiento médico máximo en una mujer de 65 años con revascularización quirúrgica incompleta e ingresos repetidos por angina. Solicito valorar implante neuro-estimulador".

Cuando se visita a la paciente se encuentra con dolor precordial desde su ingreso, según consta en las anotaciones de enfermería, prácticamente todos los días ha tenido dolor precordial con sensación de desmayo y quemazón abdominal, inmediatamente se le ha dado solinitrina sublingual, se repite la dosis al no ceder el cuadro y posteriormente se le coloca perfusión continua inicialmente venosa y posteriormente con parches cutáneos, también ha sido tratada con metamizol y cloruro mórfico con resultados parciales y temporales.

La información que nos proporciona la Historia clínica podría resumirse así:

La paciente proviene de otro hospital porque ha solicitado voluntariamente un traslado con la finalidad de ser tratada por éste equipo de cardiología.

Tiene antecedentes familiares de cardiopatía isquémica, a todos los hermanos se les ha practicado By-pass coronario. No tiene alergias, no es fumadora, presenta Hipertensión Arterial, Dislipemia, Cardiopatía Isquémica con Infarto Agudo de Miocardio posterior hace dos años con Angor postinfarto mantenido. Fue intervenida de triple By-pass coronario. Angor de repetición. Revascularización incompleta quirúrgica con ingresos repetidos por angina inestable.

Ha ingresado de urgencias con diagnóstico de hemoptisis, se presenta tras carraspeo esputos hemoptoicos de sangre roja y moco.

En ese momento el estado general es bueno. T.A. 120/65, apiretica, Fc. 50/pm rítmico, no edemas.

Cuando se realiza la visita médica de la Unidad del dolor, se objetiva un dolor isquémico severo EVA 8-9 con episodios frecuentes. El Tratamiento es AAS infantil, tto anti HTA, HBPP 0.6 mg /24h.

Se explica a la paciente la indicación de Implante de Neuroestimulador de cordones posteriores medulares cervical para el control sintomático y paliativo de la angina inestable. Se remite para valoración psicológica.

El psicólogo la visita ese mismo día y la considera apta para implante al considerar que no está depresiva, sus respuestas ansiosas obedecen a los trastornos sintomáticos y tiene unas expectativas y un entorno familiar ajustado. Se informa ampliamente a la enferma y al cuidador principal en que consiste la técnica y firman el consentimiento informado.

El implante se realiza en quirófano programado bajo control de Rx, relizándose implante de Electrodo de Cordones posteriores cervical Quad Plus 3888 de Medtronic con puerta de electrodo en C7, obteniendo parestesias en zona diana (precordio), se comprueba su utilidad durante una semana con un generador externo y definitivamente se coloca el generador implantado definitivo ITEL 3 de Medtronic en bolsillo subcutáneo en región abdominal sin incidencias técnicas.

La paciente es dada de Alta al día siguiente del implante, tras revisión de la herida quirúrgica y ajuste del Electroestimulador comprobando su acción sobre la zona diana. Se le cita en una semana para revisión post quirúrgica y retirada de puntos.

En el control evolutivo tras cinco meses la paciente está prácticamente asintomática, solo ha tenido dos nuevos episodios de angina, que la paciente objetiva con un EVA de 3-4 que ceden con nitroglicerina. Sin repetir ingresos hospitalarios o consultas al servicio de Urgencia.

Sigue controlándose con regularidad en las Unidades del Dolor y Cardiología.

Como puede observarse, en éste caso clínico se ha encontrado una buena solución

médica a un problema muy severo que tenía la paciente, lo que le ha proporcionado una gran mejora en su calidad de vida, según refiere la paciente, una funcionalidad suficiente para las actividades de la vida diaria y sobre todo un estado psicológico más relajado y confiado, una gran esperanza en definitiva en la vida y en las posibilidades médicas.

Reflexión

La reflexión a la que alude el título debemos planteárnosla las enfermeras, en cuanto a nuestros registros clínicos, aunque debe suponerse porque no hay constancia de ello, tengo la certeza de que ésta paciente ha sido atendida por las enfermeras-os de las unidades de urgencias, hospitalización, quirófano, unidades de exploración cardiológica, radiológica, consultas externas... pero solamente consta en la Historia Clínica las constantes vitales y la diuresis que ordinariamente se realiza en la unidad de hospitalización, también constan los episodios de Angor que ha sufrido y las actuaciones emergentes y ECG realizados en el momento que han motivado la consulta médica de Urgencia.

Mi intención era plantear un "caso clínico" desde el punto de vista de Enfermería y la realidad de los datos encontrados en la Historia Clínica me ha obligado a utilizar los datos que los médicos y psicólogo aportan.

Es obvio que ésta enferma ha vivido éstos días con dolor, pero en ningún momento las enfermeras plantean objetivamente su dolor ni su mejoría, también sería conveniente disponer de datos relativos a las alteraciones de su función respiratoria, su movilidad, su posibilidad de dormir y descansar, su ingesta y eliminación etc.

Con toda certeza se le ha aplicado la medicación prescrita, y si no se ha hecho en algún caso, será con razones suficientes para ello, sería conveniente conocer las particularidades de su aplicación y los efectos de los mismos.

Suponemos que ha estado acompañada por su familia, pero aunque no fuera así, estoy segura de que las enfermeras han estado a su lado realizándole todos los cuida-

dos necesarios y acompañándole en los momentos de miedo y angustia que provoca el Angor Pectoris, también su familia se habrá sentido atendida.

Estoy segura, en definitiva, de que la paciente ha sido atendida por la enfermería y sigue siéndolo, nos conoce, sabe nuestros nombres y se siente agradecida por nuestras atenciones y nuestros cuidados, lo ha manifestado en reiteradas ocasiones, pero profesionalmente no podemos avanzar si no podemos revisar nuestro trabajo, aprender de nuestros errores, disfrutar de nuestros aciertos y sobre todo poder sacar conclusiones de índole general que nos permitan afrontar nuestros cuidados con más rigor científico.

La historia Clínica tiene como objetivo que cualquier profesional tenga los datos suficientes para poder realizar la atención adecuada y poderla revisar cuando se considere necesario, ésta información es útil para los pacientes, el equipo asistencial, la investigación y la gestión.

Si no participamos en ello, ¿Donde está nuestra profesión?

Bibliografía

- 1.-Bonica, J.J.: The Management of Pain. Second Edition. Lea- Febiger Philadelphia. London. 1990.
- 2.-Carpenito, L. J.: Diagnóstico de Enfermería. Interamericana McGraw- Hill Segunda Edición . Madrid 1991.
- 3.-Imirizaldu Garralda, M.S. et al: Manual de Enfermería en Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor. (AVNEAR)
- 4.-Lopez Guerrero, A.J.: El Dolor. Un Enfoque Multidisciplinar I y II. Universidad de Santiago de Compostela. 1996.
- 5.-Martin Dj. et al.: Liver transplantation: hemodynamic and electroly changes sees immediately fotlowind revascularitation. Anesth. Analg.1984.
- 6.-Muriel Villoria, C.: Estudio y Tratamiento del Dolor Agudo y Crónico I y II. ELA. Madrid 1994.
- 7.-Wesorick, B.: Estandares de Calidad para Cuidados de Enfermería. Doyma. Barcelona. 1993.
- 8.-Williams S.M.: Decisiones en Enfermería de Cuidados Críticos. Doyma. Barcelona. 1992.

