


## PREMIOS DE CONGRESOS

Ier Premio. XIV Congreso Nacional. Sevilla 1993



# Cuidados de enfermería en pacientes sometidos a cardiomioplastia

Cristina Fernández

Unidad Coronaria, Clínica Quirón,  
Universidad de Sevilla, España

## INTRODUCCION

En los últimos años se ha empezado a estudiar en nuestro centro la técnica de la cardiomioplastia, como alternativa al trasplante cardíaco en aquellos pacientes que fueron rechazados. La cardiomioplastia es una técnica quirúrgica que consiste en la disección del músculo latísimus dorsi, para después, a través de una colostomía interna se hasta envolver el músculo cardíaco.

En la misma intervención también se coloca un generador de estímulo (estimulador) del cual salen dos electrodos, uno de ellos se colocará en el VD y el otro en el pedículo vasculo-nervioso del músculo dorsal ancho. El objetivo a conseguir es que a través de un entrenamiento previo del músculo dorsal ancho, mediante un marcapasos externo, y un protocolo de estimulación post cirugía, se consigue una contracción eficaz del músculo, que sincronizado a la contracción ventricular ayude a éste a mejorar su función.

El resultado de la intervención no es de respuesta inmediata, ya que hasta el 10º día post-

cirugía no se conectará el estimulador. A partir de ese día se seguirá un protocolo de incremento de la estimulación al tercer mes. A partir de esta máxima estimulación, es cuando empieza a mejorar la función cardíaca.

## OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es valorar las necesidades de los pacientes sometidos a esta nueva técnica estableciendo un protocolo de cuidados de enfermería.

## MATERIAL Y METODOS

Para la recopilación de datos, se revisaron los cuidados de enfermería aplicados en la atención a todos los pacientes sometidos a cardiomioplastia, siete en total, de los cuales el 71,4% estaban diagnosticados de miocardiopatía dilatada y el resto de miocardiopatía más arritmia ventricular.

## RESULTADOS

La media de edad es de 58,6 años y todos los pacientes son varones. Las causas del rechazo para trasplante cardiaco fueron la edad avanzada en un 42,8%, factores presionales 28,4%, enfermedades infecciosas crónicas 28,4% y RHP 14,2%, pudiendo tener un paciente más de una causa.

La cardiomioplastia es dinámica en el 100% de los casos, estimulándose el músculo dorsal ancho en el 14,2% con marcapasos convencional y el 83,8% con microestimulador.

La media de entrenamiento muscular es de 27 días. El abordaje quirúrgico fue para todos la esternotomía más toracotomía izquierda y la media de estancia en la unidad fue de 22,4 días.

Durante su estancia se vieron alterados los siguientes necesidades:

### 1. Alteración del reposo y sueño relacionado con:

- a) dolor 57%
- b) febricitas 28,4%

### 2. Alteración del bienestar relacionado con:

- a) movilidad disminuida 100%
- b) dolor 57%
- c) seroma 42,8%
- d) problemas relacionados con ordenes 28,4%
- e) erisipela subcutánea 14,2%
- f) drenajes 100%

### 3. Alteración de la oxigenación relacionado con:

- a) dolor torácico 57%
- b) aumento de secreciones 100%
- c) neumotomas 28,4%
- d) movilidad disminuida 100%

### 4. Alteración del movimiento relacionado con:

- a) temor a dehiscencias 100%
- b) dolor 57%

### 5. Alteración de la nutrición relacionado con:

- a) molestias gástricas 28,4%

### 6. Alteración de la eliminación intestinal relacionado con:

- a) dificultad para defecar 100%

### 7. Alteración de la integridad de la piel relacionado con:

- a) infección de un punto de esternotomía
- b) necrosis de parte del músculo 14,2%

### 8. Alteración de la seguridad relacionado con:

- a) arritmias ventriculares 100%
- b) desgarro de sutura interna 14,2%
- c) arritmias auriculares 28,5%

### 9. Alteración del estado psicológico del paciente:

- a) estado psicológico patológico previo 42,8%

## CUIDADOS DE ENFERMERIA

### 1. Alteración reposo-sueño

A. Estar alerta ante la aparición del dolor en el paciente, que puede ser por causas variadas, irritación de los terminaciones nerviosas por las heridas quirúrgicas, infecciones, posición inadecuada en la cama, entre otras.

Hay que buscar la causa del dolor para corregirla y exigir una pauta analgésica adecuada.

B. Prevenir la febricitas manteniendo limpios los apósitos de mediante curas asepticas. Correcto manejo de líneas de tres vías y sistemas de infusión de líquidos endovenosos.

Control de los días que pasan desde que se cavó la vía.

### 2. Alteración del bienestar

A. El paciente durante el postoperatorio inmediato en UCIP, se muestra muy cansado, dolorido y sin fuerzas, por la magnitud de la intervención. Habrá que estimular la movilización precoz del paciente para evitar así problemas de esteras, flaccidez y disminución de la autoestima. Así mismo cuidaremos la hidratación de zonas de apoyo y los cambios posturales.

B. Vigilaremos la aparición del seroma para poder valorar si se reabsorbió solo o precisará una nueva punción. El 14,2% precisó una nueva punción.

Mantendremos limpios los apósitos que cubren el orificio de entrada de los drenajes.

C. Respecto a los drenajes, mejoraremos el bienestar del paciente colocándolos de manera que le



permitan a éste la mayor libertad de movimientos posible. Vigilaremos que esté hecho al vacío correctamente, que las gomas permanezcan permeables y, en su caso, que el sistema de aspiración funcione correctamente. En los drenajes tipo Redón (Jackson-Pratt) tendremos especial cuidado en que no se abra y se vierta su contenido.

D. Vigilar la aparición y, en su caso, la evolución del eritema subcutáneo y tranquilizar al paciente al respecto.

### 3. Alteración de la coagulación

A. Hacer siempre un correcto diagnóstico del dolor torácico, que en este caso suele estar causado por la agresividad de la intervención. Descartar siempre un dolor anginoso.

B. Insistir en la importancia de la fisioterapia respiratoria así como en los ejercicios con el inspirón al menos diez minutos cada hora.

Por nuestra parte haremos gimnasias respiratorias al menos una vez por turno, valorando siempre las necesidades del paciente. Serán ejercicios de expansión, vibración, respiración, diafragmática y el ejercicio de la tos. Habitualmente antes de cada sesión se administrará un mucolítico a través de aerosol, alternando diez minutos.

Valoramos la necesidad de administración mucolítica por vía endovenosa si el acumulo de secreciones es importante.

C. Vigilar la posible aparición del neumotórax, que se hará evidente por el dolor del paciente y una inadecuada ventilación. Realización de Rx de tórax.

D. En el postoperatorio se educa al paciente sobre el modo de moverse en el postoperatorio para evitar deshechencias y dolor de manera que "abran la herida". En el postoperatorio cuidaremos que cada vez que movamos al paciente o bien se mueva él, se abra la herida como se le enseñó.

### 4. Alteración del movimiento

A. Procuraremos sincronizar la pauta analgésica con los momentos de mayor esfuerzo para el paciente como son el aseo en cama, levantarse al sillón, las curas, etc. Coordinaremos todos los cuidados de enfermería para que la analgesia sea efectiva.

B. Ayudaremos al paciente en su aseo personal hasta que pueda ser autosuficiente.

### 5. Alteración de la nutrición

A. Las alteraciones gástricas son frecuentes en pacientes hospitalizados. Buscaremos la causa de esas molestias para adecuar la dieta y si es necesario, pedir al médico una pauta de protectores gástricos.

### 6. Alteración de la eliminación intestinal

A. Llevaremos un cómputo de las deposiciones del paciente para así poder valorar la necesidad de una dieta rica en residuos o bien aplicar laxantes, e incluso cremas. Informar al paciente sobre la importancia de no hacer un esfuerzo desproporcionado. Influirá positivamente la morbilidad precoz.

### 7. Alteración de la integridad de la piel

A. Cura aséptica de las heridas que se realizarán una vez al día y tantas veces como sea necesario o que se manchen los apósitos.

Reoger cultivos de exudado si los hubiera. Vigilar la temperatura del paciente.

### 8. Alteración de la seguridad

A. El paciente estará monitorizado en el postoperatorio. Vigilaremos la aparición de todo tipo de arritmias y las registraremos, para poder tratar la causa que las origina. Se vigilará también el correcto funcionamiento del miostimulador. Asegurarnos siempre de una colocación del catéter central.

Toma de constantes cada cuatro horas respetando el reposo nocturno.

### 9. Alteración del estado psicológico

A. Respecto al estado psicológico previa del paciente se valió que:

- Un 38,8% presentaba personalidad hipocóndrica con trastornos de adaptación.

- Un 14,2% se mostró muy apático y desanimado.

- El 38% tuvo una buena adaptación al proceso.

En el postoperatorio se mantuvo este estado psicológico apareciendo además disnea psicógena con escasa colaboración por parte del paciente en un 14,2% y falta de adaptación al



miostimulador en un 14,2%.

Sobre este punto es importante hacer una correcta valoración del estado psicológico del paciente ya que determinadas conductas anormales pueden encerrar miedo al pronóstico incierto e incluso una inadecuada información.



Atenderemos al paciente en sus dudas y hablaremos con él para tranquilizarle y animarle a que exprese sus temores. Hay que tratar que la estancia en la Unidad sea la más agradable posible proporcionándole elementos de distracción y manteniendo una actitud positiva aunque realista.

Se valorará la necesidad de un tratamiento analgésico así como la ayuda de un psicólogo.

## CUIDADOS DE ENFERMERIA DERIVADOS DE ORDENES MEDICAS

1. Será preciso que el paciente esté monitorizado para vigilar en el postoperatorio inmediato la posible aparición de arritmias y posteriormente, una vez conectado el miostimulador, para asegurarnos del correcto funcionamiento de éste.

2. El 14,2% de los pacientes llegó a la Unidad sin vía venosa. El resto necesitó perfusión endovenosa de drogas como fueron:

- dobutamina 42,6%
- dopamina 71%
- sedrótina 42,6%
- lidocaina 14,2%
- Cl k 50,8%
- Otros

Su correcta administración así como el control de la conductividad de las soluciones corrió a cargo de la enfermera. También la vigilancia de efectos secundarios.



El 87,1% necesitó analgesia. Se administraron fármacos

diferentes, según las características e intensidad del dolor siendo el Nitrogl (inyectable magnético) el más utilizado (42,8%), así como derivados morfínicos (42,8%). Es muy importante la correcta administración y valoración de los efectos así como el control de estupefacientes. Todos los pacientes necesitan analgésicos.

## CONCLUSIONES

1. No existen diferencias significativas en el



postoperatorio inmediato en los cuidados de enfermería respecto a otras intervenciones aplicando los cuidados por este orden:

- analgesia
- fisioterapia respiratoria
- educación para el movimiento
- asepsia en las curas
- alerta ante las complicaciones

2. Se ha observado la necesidad importante de apoyo psicológico debiendo estar la enfermera preparada para detectar la ansiedad del paciente, saber escuchar y dar solución a sus temores.

3. Es importante la monitorización para vigilar la respuesta a la programación del miostimulador.



4. Es necesaria una buena formación por parte del personal para poder detectar y atender un amplio número de necesidades.

