

calidad de vida ⁽⁶⁾

del paciente coronario

1ª Mesa Redonda de Enfermería, XXXIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cardiología. Granada, 22 Octubre de 1997

Sor J. Castro Vizoso. Enfermera U.C.I.
Hospital Clínico San Cecilio. Granada.

INTRODUCCIÓN:

Partimos de la base de un criterio de Enfermería que creo compartimos todos:

- ENFERMERÍA ES CUIDAR
- ENFERMERÍA CUIDA:
 - *PARA PREVENIR LA ENFERMEDAD
 - *PARA CURAR Y REHABILITAR
 - *PARA ALIVIAR
 - *PARA ACOMPAÑAR Y AYUDAR A MORIR
- ENFERMERÍA ENSEÑA:
 - *PARA CUIDAR
- ENFERMERÍA INVESTIGA:
 - *PARA MEJOR CUIDAR

En definitiva, Enfermería se dedica a procurar CALIDAD DE VIDA a sus semejantes.

Veamos, pues, cómo lo hacemos con el enfermo cardiópata, especialmente con el coronario.

CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE CORONARIO:

Son muy especiales: Encontrándose previamente bien, estando durmiendo o trabajando, andando o sentado, comiendo o conduciendo, en casa o en la calle, se ve sorprendido por un dolor torácico irresistible o una falta de aire, angustia vital. Tiene sensación

de muerte. Tras ser explorado a su llegada al Hospital, los gestos, la premura de la gente que le atiende, confirman sus sospechas y entra en la U.C. aterrorizado. Solamente cuando se le ha quitado el dolor, se abandona y empieza a tranquilizarse. Son 24-48 horas de pura expectación y una amenaza en su interior: ¿Me repetirá?, con toda la problemática personal y familiar que ello lleva consigo.

Las nuevas pautas de tratamiento del IAM, el ambiente que rodea al enfermo, van encaminadas a darle confianza, y no habiendo complicaciones, sintiéndose asintomático, con evolución normalmente buena, a los 6-7 días va perdiendo el miedo. Puesto que previamente se le explican, afronta con cierta serenidad determinadas pruebas diagnósticas: coronariografía, ergometría, Talio, etc. Y a los 15 días, más o menos, sale del Hospital exultante porque vuelve a casa vivo.

Pero a penas ha salido, su vida se convierte en un tormento: Está desinformado, todo son dudas, inseguridad, miedo a muerte inminente. No sabe qué hacer y qué no hacer. Se hunde en depresión y ansiedad, y por miedo se jubila permanentemente, sintiéndose indefinidamente enfermo. Salvo casos, no infrecuentes, de pacientes que desde el primer momento niegan su enfermedad, porque esto no podía sucederle a ellos, y fuman, beben, comen, trabajan, etc., ignorando por completo los enemigos que van con él: sus factores de riesgo.

En un trabajo en el que estudiamos la calidad de vida de nuestros pacientes algunos de los resultados obtenidos fueron éstos:

Vive con inseguridad el 60 %

Baja laboral permanente: 73%, con una media de edad de 56 +/- 7 años. Y del 27% restante el 75% había cambiado de trabajo.

Y sin embargo, este panorama, que es real, y que sucede en la mayoría de nuestros hospitales, tiene su solución en los PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN CARDIACA, que ya en la década de los 60 eran aconsejados por la OMS.

DEFINICIÓN:

Consiste el Programa de Rehabilitación Cardíaca en unas pautas de entrenamiento físico, técnicas de apoyo psicológico, respiración abdomino-diafragmática y de relajación, información y educación sanitaria del paciente y familia acerca de la dieta, bebida, tabaco, actividad sexual, ejercicio, reincorporación laboral, vida social, medicación, y muy especialmente de sus factores de riesgo.

OBJETIVOS GENERALES:

1. Control de los factores de riesgo cardiovascular
2. Entrenamiento físico
3. Mejora de la actitud psicológica
4. Reincorporación laboral
5. Reincorporación, lo más completa posible, a la vida familiar y social.

OBJETIVOS INMEDIATOS:

1. Adaptación al medio hospitalario
2. Evaluación de los factores de riesgo
3. Prevención de los efectos nocivos del reposo
4. Facilitar el regreso a la actividad física.
5. Disminuir la estancia hospitalaria
6. Vigilancia médica en la adaptación al ejercicio.

INDICACIONES:

1. Cardiopatía isquémica
 - Angina estable
 - IAM
 - Tras angioplastia
 - Tras cirugía de revascularización
 - Lesiones coronarias severas no quirúrgicas
 - Pacientes con factores de riesgo coronario severos
2. Cardiopatías valvulares corregidas (comisurotomías, valvuloplastias, portadores de prótesis valvulares).
3. Transplantados de corazón
4. Portadores de marcapasos

5. Pacientes con insuficiencia cardíaca.

CONTRAINDICACIONES:

Todo enfermo cardiópata puede beneficiarse del programa de rehabilitación, siempre que se individualice según diagnóstico, nivel de riesgo y complicaciones. Mientras existan, éstas son las contraindicaciones:

- Angina inestable
- Arritmias peligrosas
- Insuficiencia cardíaca manifiesta
- Obstrucción severa del tracto de salida del VI
- Aneurisma disecante
- Enfermedad sistémica grave
- Miocarditis aguda
- Tromboflebitis
- TEP o sistémico reciente
- HTA grave
- Alteraciones psiconeuróticas
- Diabetes no controlada
- Limitaciones ortopédicas.

Aún así esto no impide que estos pacientes puedan beneficiarse de algunos aspectos del programa, como el apoyo psicológico, educación sanitaria, control de factores de riesgo y técnicas de relajación.

FASES DEL PROGRAMA: Son tres.

FASE I.

Comprende el período de hospitalización, que en el IAM puede ser de 6 a 15 días.

A las 48 horas de su ingreso el paciente es seleccionado por el cardiólogo intensivista para entrar en el Programa. La enfermera informa al paciente y familia sobre el Programa, firmando él su consentimiento. Hace la Historia de Enfermería que recogerá datos acerca del paciente, diagnóstico, su nivel cultural, profesión, puesto de trabajo, factores de riesgo, tipo de vida en relación con la alimentación, trabajo, descanso, sueño, ejercicio, vida social, medicación que estaba tomando y conocimientos que tiene acerca de la conducta que el paciente coronario debe seguir.

Hacia el 3° o 4° día, por prescripción médica, comienza el Programa de Rehabilitación

Consta de tres partes:

1ª. Movilización precoz del paciente con el siguiente entrenamiento:

- Aprendizaje de respiración abdomino-

diafragmática, que aumenta la oxigenación en al menos un 5% y por masaje vagal del diafragma disminuye la FC y la TAS.

-Tabla de ejercicios de baja carga, encaminada a aumentar la capacidad funcional y mejorar la circulación de retorno. No debe superar en 10 á 20 latidos por minuto y 10 mmHg. las cifras de FC y TA basales.

2ª. Intervención psicológica dirigida a reducir la ansiedad y el miedo producido por el impacto de la enfermedad.

-Aprendizaje de una técnica de relajación.

-Al 6º día se hace, mediante cuestionario, una valoración psicológica del paciente.

3ª. Inicio de Información, que ha de ser progresiva, sobre la enfermedad, sus factores de riesgo y tipo de vida.

Al 4º ó 5º día el paciente suele pasar a Sala, en donde la familia puede presenciar el entrenamiento físico y relajación del paciente, y es incluida en la actividad de educación sanitaria. Con el cónyuge se hace especial hincapié en la variedad y riqueza de los alimentos para garantizar el seguimiento de la dieta, cuándo reanudar la actividad sexual, y cómo favorecer la seguridad, autonomía e independencia del paciente.

Este aprende a tomarse el pulso.

Termina la Fase con una Ergometría normal o con Talio, que permitirán al cardiólogo valorar el nivel de riesgo del paciente y su FCE. (F.C.de Entrenamiento).

Antes de ser dado de alta se le aclaran sus dudas y se le cita para acudir al Gimnasio y comenzar la II Fase.

II FASE:

Comprende un período de 2 á 6 meses, dependiendo del Programa y del propio enfermo, y comienza a partir de las dos semanas del alta hospitalaria.

Puede hacerse en régimen ambulatorio hospitalario o a domicilio.

En ella se realizan las actividades más intensas y específicas del Programa:

* Entrenamiento físico, dirigido a mejorar la capacidad funcional y reducir la sintomatología.

8 * Intervención psicológica, para ayudar al

paciente a superar su enfermedad y modificar positivamente su patrón de conducta.

* Asesoramiento sociolaboral para la reincorporación más idónea al trabajo y a la sociedad.

*Control estricto de los factores de riesgo coronario.

Se realiza en el gimnasio, tres días por semana.

Un fisioterapeuta dirige el ejercicio físico.

La enfermera:

- Elabora un plan de cuidados individualizado

- Controla peso, FC, TA del paciente

- Monitoriza al paciente de alto riesgo

- Vigila para detectar cualquier tipo de intolerancia al ejercicio.

- Da seguridad al paciente, prestándole todo el apoyo psíquico e información que necesita.

- Coordina todas las actividades que el paciente realiza durante esta fase.

- Anota toda incidencia habida.

El cardiólogo está siempre a punto para resolver los problemas que se presenten durante el ejercicio y valora la evolución de los pacientes mediante analítica, ECG y ERGOMETRIA.

Ejemplo de sesión de entrenamiento:

- Control, antes de empezar, de FC, TA y peso (este último el primer día y después una vez por semana).

- Gimnasia de calentamiento, con elongación, durante 10-15'.

- Ejercicios de aerobio (cinta sin fin, bicicleta ergométrica), hasta 30.

- El paciente de alto riesgo es monitorizado durante el ejercicio las dos primeras semanas.

- Período de recuperación 8 a 10'.

- Relajación en decúbito 15'.

Una pauta de marchas a domicilio completa el entrenamiento físico.

Unas charlas coloquio, individuales y en grupo, realizadas por la enfermera, que requerirá la colaboración del dietista, psicólogo, asistente social o psiquiatra, cuando corresponda, completan la Fase II.

Finaliza con la valoración de los beneficios obtenidos por el paciente mediante:

- ERGOMETRÍA
- REVISION MÉDICA
- CUESTIONARIO DE VALORACIÓN PSICOLÓGICA

El paciente debe estar en condiciones de volver al trabajo y reanudar su vida normal.

III FASE o de mantenimiento.

Comienza a partir de la incorporación sociolaboral del paciente, lo más normal posible, y continúa a lo largo de toda su vida.

El objetivo es conseguir que el paciente no abandone el entrenamiento físico y psicológico aprendido en las fases I y II y evitar las recaídas.

El paciente acude una vez al mes al gimnasio. Se registra su TA y el autocontrol de su FC. Se hace un interrogatorio sobre su estado de salud.

Sigue con las revisiones que pauté su cardiólogo hasta ser dado de alta médica.

Quedan muchas cosas por decir, pero el tiempo que se nos concede lo impide.

Sí deseo animaros a que luchéis en vuestros hospitales para que se pongan en marcha los Programas de Rehabilitación Cardíaca, máxime cuando son de bajo costo para la Administración y se requiere poco personal.

Después de conocer sus beneficios en pro de la calidad de vida de los pacientes, es tremendo

pensar que se les salva la vida para después dejarles abandonados a la ansiedad, el miedo, la indefensión, viéndose atenazados por la incapacidad física, real o imaginaria, que conlleva la psíquica, por lo que tiene de considerarse una carga familiar, de insatisfacción personal e incertidumbre.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- William P. Bloker. Rehabilitación tras IAM. Problemas cardiovasculares en la práctica diaria. Graf. Boada. 1988.
- 2.- J. M^a Maroto Montero. Programas de Rehabilitación cardíaca. Razones para su puesta en marcha. Mapfre Medicina. Vol 7. Supl. 1. 1966.
- 3.- D. Morales Durán, J. Luis Moya Mur. Rehabilitación cardíaca. Indicaciones, contraindicaciones y protocolos. Mapfre Medicina. Vol. 7. Supl. 171966
- 4.- Luis F. Pastor Torres. Papel de la Rehabilitación cardíaca en el control de los factores de riesgo coronario. Mapfre Medicina. Vol 7. Supl. 1. 1066.
- 5.- Lozano Suarez y Col. Problemas psiquiátricos en el paciente coronario. Mapfre Medicina. Vol 7. Supl. 1. 1966.
- 6.- R. Artigao Ramirez. Planificación del entrenamiento físico en los Programas de Rehabilitación Cardíaca. Mapfre Medicina. Vol. 1. Supl. 7. 1966.

