

CASO CLÍNICO. GESTIÓN INEFICAZ DE LA PROPIA SALUD: DIFICULTADES EN EL APRENDIZAJE EN PACIENTE CON TRASPLANTE CARDIACO

Autoras

Cristina María Riveiro Rodríguez¹, Glenda Rodríguez Rodríguez², Silvia Rodríguez Longueira², Yolanda Varela Maceiras³ y Paula Blanco Canosa⁴

1 Diplomada en Enfermería. Enfermera de la Unidad de Insuficiencia Cardíaca Avanzada y Trasplante Cardíaco del Hospital Universitario A Coruña (HUAC).

2 Graduada en Enfermería. Enfermera Especialista en Enfermería Comunitaria. Enfermera en el HUAC.

3 Graduada en Enfermería. Centro Médico MAPFRE Salud Coruña.

4 Diplomada en Enfermería. Enfermera de la Unidad de Cirugía Cardíaca en el HUAC.

Dirección para correspondencia

Cristina María Riveiro Rodríguez
C/ Manuel Azaña, 21 6ªA
15011 A Coruña

Correo electrónico:
crisrr@mundo-r.com

Enferm Cardiol. 2018; 25 (75): 61-66.

Resumen

El trasplante cardiaco es la alternativa terapéutica para la insuficiencia cardiaca en fase terminal. Se presenta el caso clínico de un varón de 69 años con miocardiopatía dilatada, una de las principales indicaciones de trasplante cardiaco. Es trasplantado precisando medidas de soporte circulatorio, en contexto de urgencia 1.

Una vez que el equipo multidisciplinar se aseguró de que el paciente posee las capacidades y conocimientos necesarios es dado de alta 11 días después del trasplante. Destacar la importancia que tiene para el éxito del trasplante (paciente/injerto) seguir correctamente las indicaciones terapéuticas y mantener su cumplimiento. Siguiendo el modelo de necesidades de Virginia Henderson y taxonomía NANDA-NIC-NOC se describen los problemas de colaboración y los principales diagnósticos de enfermería. El objetivo es favorecer el aprendizaje y desarrollo de habilidades por parte de paciente y familia en el manejo del trasplante cardiaco en su vida diaria.

Palabras clave: trasplante cardiaco, adherencia terapéutica, estudio de caso, cuidados de enfermería, atención al paciente, inmunosupresión.

CASE REPORT. INEFFECTIVE MANAGEMENT OF ONE'S OWN HEALTH: LEARNING DIFFICULTIES IN A PATIENT WITH A HEART TRANSPLANT

Abstract

Heart transplantation is the therapeutic choice for heart failure in terminal stage. We report the case of a 69-year-old male with dilated cardiomyopathy, one of the main indications for heart transplantation. He undergoes transplantation with the need for circulatory support measures, in an emergency context 1.

Once the multidisciplinary team verified that the patient possesses the necessary skills and knowledge, he is discharged 11 days after transplantation. To emphasize the importance that correctly adhering to therapeutic indications and maintaining compliance with them have on transplantation success (patient/graft). In accordance with the Virginia Henderson's needs model and the NANDA-NIC-NOC taxonomy, collaboration issues and the main nursing diagnoses are described. The goal is to favor learning and skill development by patient and family in the management of heart transplantation in their daily life.

Keywords: heart transplantation, medication adherence, case report, nursing care, patient care planning, immunosuppressive agents.

INTRODUCCIÓN

El trasplante cardiaco (TC) es la alternativa terapéutica aceptada para la insuficiencia cardiaca (IC) en fase terminal sin otras posibilidades. Aunque no se han realizado estudios aleatorizados, hay consenso en que siempre que se apliquen criterios de selección adecuados, mejora significativamente la supervivencia, la capacidad de ejercicio, la calidad de vida y la reincorporación laboral, comparado con el tratamiento convencional¹, con una supervivencia al año en torno al 80% y a los diez años superior al 50%². Desde la realización del primer trasplante en Sudáfrica en diciembre de 1967, se ha progresado mucho. En nuestro país se llevan a cabo unos 250 procedimientos al año². Se ha avanzado en el mantenimiento y optimización del órgano, la técnica quirúrgica, el tratamiento inmunosupresor y la prevención, detección y tratamiento de las complicaciones con el fin de mejorar la supervivencia de paciente e injerto. Un factor clave es la correcta adherencia al tratamiento y régimen de vida post-TC³⁻⁵, de ahí la importancia de la educación del paciente y la familia para conseguir que la transición desde el hospital al domicilio se realice sin problemas^{5,6}.

Los pacientes sometidos a TC requieren tomar medicación inmunosupresora de forma crónica para evitar el rechazo del órgano trasplantado, así como la necesaria para tratar y/o prevenir las posibles complicaciones. Los posibles efectos secundarios del tratamiento inmunosupresor deben ser vigilados. Para ello es imprescindible monitorizar los niveles plasmáticos de los inmunosupresores para conseguir el efecto deseado (evitar el rechazo) con los mínimos efectos secundarios (desarrollo de neoplasias, diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipemia, osteoporosis, etc), por lo que la inmunosupresión ha de ser individualizada adaptándose a las necesidades de cada paciente, es decir, según el riesgo-beneficio^{7,8}. Los pacientes trasplantados presentan un alto nivel de incumplimiento terapéutico que no difiere del de otras enfermedades⁶. El incumplimiento de la medicación en el período posterior al TC duplica el riesgo de un evento clínico adverso³.

Las causas más importantes de muerte difieren según

el tiempo post-TC, en el primer mes son principalmente fallo primario del injerto o fallos relacionados con la cirugía y entre el 2º mes hasta el primer año son el rechazo agudo y las infecciones. La mortalidad tardía (a partir del primer año) se debe sobre todo a enfermedad vascular del injerto (rechazo crónico) y neoplasias²⁻⁷. El seguimiento post-TC está protocolizado, las pruebas que se realizan son variadas: analíticas, electrocardiograma, radiografía de tórax, ecocardiograma, biopsia endomiocárdica (BEM), coronariografía, etc. La periodicidad varía según el protocolo de cada centro. La BEM es actualmente el gold standard para la identificación precoz del rechazo⁷. La detección precoz es especialmente importante en el periodo inicial post-TC, que es cuando existe una mayor activación inmune y el rechazo puede cursar de modo asintomático o con síntomas inespecíficos hasta la aparición de compromiso hemodinámico, arritmia o disfunción multiorgánica.

En el presente caso clínico el objetivo es favorecer el aprendizaje y el desarrollo de habilidades por parte de paciente y familia en el manejo del trasplante cardiaco en su vida diaria, mediante la elaboración de un plan de cuidados individualizado con el fin de resolver las necesidades y complicaciones potenciales identificadas.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Varón de 69 años, vive en medio rural en una casa unifamiliar con su esposa, hija, yerno y dos nietos, buen soporte social y familiar, sabe leer y escribir (información recogida en la valoración social y psicológica realizada en estudio pretrasplante, mediante el cuestionario DUKE-UNC, cuestionario SF-36 y cuestionario MOS).

Antecedentes de diabetes mellitus tipo II, hipertensión arterial y dislipemia. Diagnosticado en 2006 de miocardiopatía dilatada no isquémica, e insuficiencia cardiaca crónica, seguido en la consulta de IC avanzada desde el 2010, con varios ingresos por descompensación desde el año 2014, implante en enero 2015 de desfibrilador automático en prevención primaria con detección ese mismo año de episodios de fibrilación auricular/flutter auricular paroxístico. Otros antecedentes