

# CASO CLÍNICO: ANGIOSARCOMA CARDÍACO. VISIÓN INTEGRAL ENFERMERA

Comunicación presentada en el XXVIII Congreso Nacional de Enfermería en Cardiología. Salamanca, 16 al 18 de Mayo de 2007. Premio al mejor caso clínico concedido por la Asociación Española de Enfermería en Cardiología.

## Autores

Araya Pérez E\*, Alba Domínguez J\*, Álvarez Alarcón N\*, Cantalapiedra Caicedo L\*\*.

\*Enfermeras del Servicio de Cardiología. Hospital Universitario de Bellvitge. Instituto Catalán de la Salud (ICS). Hospitalet de Llobregat.

\*\*Enfermera supervisora del Servicio de Cardiología y licenciada en periodismo. Instituto Catalán de la Salud (ICS). Hospitalet de Llobregat.

## Resumen

El angiosarcoma cardíaco es un tumor primario, maligno e infrecuente, extensamente infiltrativo en las estructuras cardíacas, que se origina generalmente en aurícula derecha y pericardio, común en varones y con una supervivencia de aproximadamente nueve meses. En la actualidad no hay aceptadas guías clínicas de tratamiento y el enfoque es multidisciplinar.

Se presenta el caso de un varón de 25 años que ingresó en la planta de cardiología para estudio de disnea de tres meses de evolución y masa en aurícula derecha, diagnosticándose pericarditis secundaria a angiosarcoma cardíaco detectado mediante biopsia endomiocárdica. Discutido el caso en sesión clínica se decidió resección quirúrgica y quimioterapia y radioterapia coadyuvante.

El objetivo fue crear un plan de cuidados en enfermería personalizado y adecuado al caso. Se presenta el plan de cuidados desde una visión bio-psico-social en la fase diagnóstica y pre-quirúrgica, utilizando la valoración de las catorce necesidades básicas de V. Henderson y las taxonomías NANDA, NIC y NOC.

Destacan los problemas emocionales que requieren ayuda y apoyo por parte de enfermería.

**Palabras clave:** angiosarcoma, tumores cardíacos, diagnósticos enfermeros, estudio de caso.

## CLINICAL CASE: CARDIAC ANGIOSARCOMA. INTEGRAL VISION NURSE

### Abstract

Cardiac angiosarcoma is an infrequent, malignant primary tumour, which extensively infiltrates the cardiac structures. It generally originates in the right atrial and in the pericardium. It's common among men and the time of survival is approximately nine months. At present no guides of clinical treatment have been accepted and the approach is multidisciplinary.

We present the case of a 25-year-old male who was admitted to the Cardiology Care Unit for a study of dyspnoea with three months of evolution and mass in the right atrial, being diagnosed with secondary pericarditis to cardiac angiosarcoma, which was detected by endomyocardial biopsy. Once the case was discussed in the clinical session, the treatment chosen consisted of surgical resection, and co-adjvant chemotherapy and radiotherapy.

The goal was to develop a nursing care plan which was personalized and suitable to the case. The care plan is presented from a bio-psycho-social approach in the diagnostic, pre-surgical phase, conducting the evaluation on the basis of V. Henderson's 14 basic needs and NANDA, NIC and NOC taxonomies.

To be stressed are the emotional problems, which require help and support on the part of the nurses.

**Key words:** angiosarcomas, cardiac tumors, nursing diagnoses, case study.

Enferm Cardiol. 2007-2008; Año XIV-XV (42-43): 25-28

### Dirección para correspondencia

Erica Araya Pérez. Enfermera.  
Plaza de la Iglesia, nº 11, 08450 Llinars del Vallès.  
Servicio de Cardiología. Hospital Universitario de Bellvitge.  
Hospitalet de Llobregat. Barcelona.  
Tfno: 657 582 650  
Correo electrónico: [erikaaray@gamil.com](mailto:erikaaray@gamil.com)

### Introducción

Los tumores cardíacos primarios son raros, con una incidencia en autopsia del 0,0017% al 0,033% y la mayoría son benignos.<sup>1</sup> Los angiosarcomas son el tipo más común de tumores primarios malignos del corazón<sup>2</sup>, localizados generalmente en la aurícula derecha y/o estructuras adyacentes. Son tumores muy agresivos y su tratamiento terapéutico con resección local, radioterapia y/o quimioterapia sólo ha demostrado ser

una medida paliativa, con una supervivencia media de 9 meses desde el momento del diagnóstico.

Dada la poca frecuencia de estos tumores y su mal pronóstico, destacamos un plan de cuidados personalizado enfocado al abordaje de los problemas psíquicos y emocionales del paciente.

### Observación clínica

Presentamos el caso de un varón de 25 años, sin antecedentes patológicos de interés, que ingresa en el Servicio de Cardiología en agosto del 2006 para estudio y tratamiento de masa en aurícula derecha, con derrame pericárdico severo y sin signos de taponamiento cardíaco.

El cuadro se inicia en mayo del 2006 cuando el paciente presenta, de forma brusca, dolor retroesternal intenso de características pericardíacas, por lo que consultó en otro centro. Es entonces diagnosticado de dolor muscular y probable síndrome ansioso enviándolo a domicilio, pautándose ibuprofeno, mejorando la sintomatología en 3-5 días.

De forma progresiva se instaura disnea de esfuerzo, tos irritativa, fiebre y dolores torácicos erráticos, siendo ingresado en otro centro para completar estudio. Se realizaron las siguientes exploraciones complementarias:

- Ecocardiograma destacándose derrame pericárdico severo y masa en pared lateral de aurícula derecha.

- Angio- TAC toraco-abdominal en el que se visualizó tumoración en pared lateral antero-interna de cavidad auricular derecha, marcadamente heterogénea con crecimiento excéntrico de 54,87x56, 2 mm que sugiere proceso maligno. Importante derrame pericárdico y atelectasia basal izquierda.

Se comentó el caso con Cirugía Cardíaca y Cardiología de nuestro centro, siendo aceptado para proseguir estudio y tratamiento.

El paciente ingresa en planta de Cardiología estable, sin signos de fallo cardíaco ni taponamiento, presentando febrícula que remite espontáneamente. A su llegada se realiza nuevo ecocardiograma que confirma masa en aurícula derecha irregular, no móvil sin aparente afectación de la válvula tricúspide y derrame pericárdico moderado.

Por los datos de la ecocardiografía se realizó pericardiocentesis guiada por TAC, obteniendo exudado con citología benigna.

Se solicita TAC craneal descartando metástasis cerebrales.

Debido a la necesidad de obtener anatomía patológica previa a la planificación del tratamiento se realizaron biopsias obteniéndose en varias de ellas celularidad compatible con angiosarcoma de alto grado.

Previo a la cirugía se realiza resonancia magnética cardíaca descartándose afectación de ventrículo derecho.

Se discute el caso en sesión conjunta entre los

servicios de Cardiología, Cirugía Cardíaca y el departamento de Sarcomas, que siguiendo últimas indicaciones en este tipo de sarcomas se decide abordaje quirúrgico con intención radical, con posterior quimio y radioterapia adyuvantes.

En septiembre del 2006 se realizó exéresis parcial de la tumoración y pericardiectomía, siendo la resección incompleta por invasión del miocardio ventricular.

En octubre el paciente recibió dos ciclos de quimioterapia.

En noviembre presentó sintomatología neurológica, observándose presencia de metástasis cerebrales, instaurando derivación ventrículo-peritoneal que le produjo mejoría clínica. Se inició entonces tratamiento con radioterapia externa con intención paliativa que se suspendió por empeoramiento de su estado general, siendo éxitus al mes siguiente.

Nuestro trabajo fue realizar un plan de cuidados individualizado para este paciente.

El plan de cuidados reúne y define los problemas del paciente ante un problema de salud y ayuda a planificar las actuaciones específicas de enfermería ante dichos problemas.

Durante el ingreso en la unidad de Cardiología previo a la cirugía se realiza la valoración de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson:

· *Necesidad de oxigenación:*

- Vías respiratorias permeables.
- Piel y mucosas rosadas.
- Fumador ocasional.
- Frecuencia respiratoria media de 16 respiraciones por minuto.
- Eupneico.
- Presentó crisis de disnea anteriores al diagnóstico definitivo coincidiendo con crisis de ansiedad que mejoraron con diazepam.

· *Necesidad de nutrición:*

- IMC: 21,67.
- Buena masticación, deglución y digestión.

· *Necesidad de eliminación:*

- Estreñimiento de más de 4 días provocándole excesiva preocupación.

· *Necesidad de movilización:*

- Buena capacidad de movimiento.
- Presenta episodios de deambulación continua por la unidad.

· *Necesidad de reposo y sueño:*

- hábito de sueño de aproximadamente 7 horas diarias.
- Durante el ingreso presenta frecuentes episodios de insomnio y sueño discontinuo.

· *Necesidad de vestirse y desvestirse:*

- sin problemas.

· *Necesidad de termorregulación:*

- afebril durante su estancia en la unidad.

· *Necesidad de higiene.*

- aspecto limpio y cuidado, piel normohidratada y autónomo para la ducha diaria.

- *Necesidad de seguridad.*
  - consciente y orientado, conocía su situación, decía estar tranquilo, pero a menudo se mostraba nervioso e inquieto. A pesar de la preocupación que muestra por el pronóstico de su enfermedad, quería marcharse de alta y planificaba el futuro de sus estudios y trabajo.
  - *Necesidad de comunicación:*
  - Conserva todos los sentidos.
  - Acompañado de familiares, amigos y pareja.
  - Al conocer el diagnóstico reaccionó impulsivamente lanzando el móvil contra la pared y esa noche la pasó acompañado de todos sus amigos.
  - Necesidad constante de comunicación con el personal de enfermería.
  - *Necesidad de actuar según sus creencias y valores:*
  - valora la familia, amigos y pareja.
  - durante el ingreso rompe la relación con su pareja, verbalizando que el problema es sólo suyo y de su familia.
  - verbaliza también planes de futuro a corto y largo plazo, a pesar de conocer el diagnóstico y el mal pronóstico de su enfermedad.
  - *Necesidad de realización personal:*
  - trabajó en la empresa familiar
  - es aparejador y quiere ampliar su formación estudiando arquitectura.
  - *Necesidad de recrearse:*
  - le gusta salir con sus amigos y pareja.
  - durante el ingreso pasa mucho tiempo jugando con el ordenador.
  - *Necesidad de aprendizaje:*
  - estudios medios, formación profesional de aparejador.
  - capacidad de comprensión normal.
  - conoce el diagnóstico y no muestra interés por conocer los cambios de hábitos de cara al alta.
  - no pregunta por su tratamiento futuro.
- De los datos recogidos en la valoración destacamos las siguientes manifestaciones de dependencia:
- sensación disneica coincidiendo con crisis de ansiedad previa al conocimiento del diagnóstico.
  - estreñimiento.
  - inquietud
  - insomnio y sueño discontinuo.
  - nerviosismo
  - demanda constante de comunicación con el personal de enfermería.
  - negación de la gravedad de su proceso.
  - rabia
  - impotencia.

Se formulan los diagnósticos de enfermería (para enunciado de los mismos hemos utilizado la taxonomía de la NANDA<sup>3</sup>).

## Plan de cuidados

### 1. **Alteración del patrón de sueño** relacionado con

ansiedad, temor y manifestado por despertarse dos o tres veces durante la noche y verbalización de dificultad para conciliar el sueño.

#### Resultados NOC sugeridos:

El paciente dormirá un mínimo de 6 horas seguidas y verbalizará levantarse descansado.

#### Intervenciones sugeridas:

- reducir el ruido de la unidad en la medida de lo posible.
- procurarle intimidad (correr la cortina, cerrar la puerta, etc.)
- planificar los cuidados de enfermería para minimizar las veces que se despertará al paciente (en la toma de constantes, preparación para pruebas.
- dar resopón rico en proteínas (la digestión de proteínas produce triptófano, el cual tiene un efecto sedante) por ejemplo, leche, queso...

**2. *Ansiedad*** relacionada con el entorno hospitalario extraño, incertidumbre por los resultados, sentimientos de impotencia y desesperación y manifestado por inquietud, nerviosismo, insomnio, deambulación constante, crisis de disnea, expresiones verbales del enfermo con demanda continua de atención de enfermería.

#### Resultados NOC sugeridos:

El paciente verbalizará la reducción de la ansiedad a niveles tolerables

#### Intervenciones sugeridas:

- proporcionar oportunidades al paciente para compartir sus sentimientos (ira, culpa, pérdida de salud, dolor...). Escucha activa.
- explicar los hábitos hospitalarios y reforzar las explicaciones médicas de las pruebas programadas y del plan de tratamiento.

**3. *Estreñimiento*** relacionado con cambios ambientales, falta de intimidad, estrés emocional y manifestado por ausencia de deposición en 4 días.

#### Resultados NOC sugeridos:

El enfermo mantendrá eliminación de heces blandas, formadas cada 1 a 3 días sin esfuerzo.

#### Intervenciones sugeridas:

- incrementar ingesta hídrica.
- dar dieta rica en fibra.
- procurar intimidad
- valorar necesidad de laxantes previa consulta médica.

**4. *Temor*** relacionado con el diagnóstico y pronóstico y manifestado por inquietud, insomnio y nerviosismo.

#### Resultados NOC sugeridos:

El paciente deberá manifestar verbalmente sus temores.

#### Intervenciones sugeridas:

- ayudar a explicar claramente el temor y el porqué de éste.
- reforzar la información sobre el proceso.

**5. *Interrupción de los procesos familiares*** relacionado con los temores por el diagnóstico reciente y futuro incierto y manifestado por la ruptura de la relación de pareja.

Resultados NOC sugeridos:

El paciente expresará sus sentimientos.

Intervenciones sugeridas:

– comunicar comprensión, facilitar confianza y fortalecer la relación del profesional de enfermería con el paciente y su familia.

**6. Duelo\*** relacionado con la enfermedad terminal y manifestado por negación (hacer planes a largo plazo) e ira (lanzar el móvil contra la pared).

Resultados NOC sugeridos:

El paciente deberá expresar duelo, señalar la intención de hablar de sus sentimientos con amigos.

Intervenciones sugeridas:

– favorecer la expresión de sentimientos, escucha activa

– permitir los sentimientos de cólera y aceptar el derecho a éstos, intentando no reaccionar del mismo modo.

\*Duelo no es un diagnóstico enfermero aprobado por la NANDA.

## Conclusiones

El paciente presentó un buen curso clínico, sin complicaciones asociadas al postoperatorio, manifestando unas respuestas satisfactorias a los cuidados relacionados con las necesidades físicas.

Por ello, y dada la poca frecuencia de estos tumores y de su mal pronóstico, destacamos como prioritario en la actuación de enfermería el abordaje de los problemas psíquicos y emocionales dirigidos a procurar una escucha activa que provoque la manifestación de sus dudas, problemática y sentimientos, con la finalidad de disminuir sus miedos y grado de ansiedad, en la medida de lo posible.

En esta línea creemos imprescindible la implicación de la figura del psicólogo tanto para el paciente como para la familia, así como para el personal sanitario por el desgaste emocional que un caso como éste comporta.

## Referencias

1. Kurian KC, Weisshaar D, Parekh H, Berry GJ, Reitz B. Primary cardiac angiosarcomas: case report and review of the literature. *Cardiovasc Pathol.* 2006 Mar-Apr; 15(2): 110-2. Review.
2. Amonkar GP, Deshpande JR. Cardiac angiosarcomas. *Cardiovasc Pathol.* 2006 Mar-Apr;15(2):119-20.
3. Nanda Internacional. *Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación 2007-08.* Madrid: Harcourt-Brace, 2007

## Referencias complementarias

4. Ackley B, Ladwin GB. *Manual de diagnósticos de enfermería. Guía para la planificación de los cuidados.* 7.ª ed. Madrid: Elsevier/Mosby; 2007.
5. Alfaro-Lefvire R. *Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado con colaboración.* 5.ª ed. Barcelona: Masson;2003.
6. Almenar L, Martí S, Navarro M, Roldán I, Chirivella M, Sánchez E et al. Heart angiosarcoma and heart transplantation. Report of a case. *Rev Esp Cardiol.*1996 Jul;49(7);539-41.
7. Carpenito L J. *Diagnósticos de enfermería. Aplicaciones a la práctica clínica.* 9ª ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2002.
8. Centella T, Oliva E, García Andrade I, Lamas MJ, Epeldegui A. A patient with cardiac angiosarcoma who survived for four years. Case report and literature review. *Rev Esp Cardiol.* 2005 Mar;58(39):310-2.
9. Chen EW, Redberg RF. Tumores cardíacos. En Crawford MH. *Diagnóstico y tratamiento en Cardiología.* 2.ª ed. México: Manual Moderno; 2004. 529-46
10. Kodali D, Seetharaman K. Primary Cardiac Angiosarcoma. *Sarcoma.* 2006. Oct3; 2006:39130.

11. Luis Rodrigo MT. *Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica.* 7.ª ed. Barcelona: Elsevier/Masson;2007.
12. Mainar L, Canoves J, Merino J, Losada A, Martínez León J, Bodi V et al. Cardiac angiosarcoma. *Rev Esp Cardiol.*1996 Apr;49(4):305-7.
13. Pons Lladó GJ, Ribas Garau M, Ortiz Tudanca J, Bethencourt A, Barril Baixeras R, Bonnin Gubianas O. Heart angiosarcoma: heart magnetic resonance diagnosis. *Rev Esp Cardiol.* 2000 Jul; 53(7);1001-4.
14. Romero-Farina G, Candell-Riera J, Beltrán-Ror A, González-Moreno JB, Bigalli D, Stratta A. Primary cardiac angiosarcoma: diagnostic utility of computed tomography and cardiac magnetic resonance. *Rev Esp Cardiol.* 2004;57(12):1234-7.