

CASO CLÍNICO: ANÁLISIS REFLEXIVO EN EL CUIDADO DEL PACIENTE CON DOLOR PRECORDIAL Y FIBRILACIÓN VENTRICULAR DURANTE CATETERISMO CARDÍACO

Autoras

García Álvarez G*, Gómez Camuñas MJ**, Fernández Sanz L***.

* Enfermera Unidad Hemodinámica. Servicio Cardiología. Servicio Radiología y Vascular. Hospital Universitario La Princesa. Madrid.

** Enfermera Unidad Hemodinámica. Servicio Cardiología. Hospital Universitario La Princesa. Madrid.

*** Enfermera Unidad Hemodinámica. Servicio Cardiología. Hospital Universitario La Princesa. Madrid.

Trabajo presentado en la Reunión Anual de Hemodinámica 2010. Premio al mejor caso clínico.

Resumen

Cuántas veces nos preguntamos después de un evento vital para el paciente si nuestra praxis ha sido o fue la adecuada. Pensamos que esta cuestión ha sido formulada en muchas ocasiones por los que verdaderamente nos interesa el cuidado del paciente. Partiendo de esta premisa hemos aplicado el modelo de reflexión de John para que nuestra intervención pueda ser analizada y evaluada, y así conducirnos a un mejor cuidado del paciente, que es en definitiva nuestra misión.

Palabras clave: Ansiedad, Reflexión, Enfermería, Cateterismo Cardíaco, Misión.

CLINIC CASE: A REFLECTIVE ANALYSIS ON PATIENT CARE WITH CHEST PAIN AND VENTRICULAR FIBRILLATION DURING CARDIAC CATHETERIZATION.

Abstract

How many times we ask ourselves after a vital event to the patient if our practice was or was not correct. We believe that this question has been asked on many occasions for which we are truly interested in patient care. On this basis we have applied John's model of reflection through this model we can analyzed and evaluated our nursing intervention, and thus lead to better patient care, which is the nursing mission.

Key words: Anxiety, Reflection, Nursing, Cardiac Catheterization, Mission.

Enferm Cardiol. 2010-2011; Año XVII-XVIII(51-52):75-77

Dirección para correspondencia:

Graciela García Álvarez. Enfermera
Unidad Hemodinámica. Servicio Cardiología. Servicio Radiología y Vascular. Hospital Universitario La Princesa, C/ Diego de León nº 63, Madrid 28043

Correo electrónico: graciela20es@yahoo.es

INTRODUCCIÓN

El objetivo de esta presentación es analizar críticamente un episodio de cuidado en un paciente que desarrolló Fibrilación Ventricular (FV) y dolor torácico durante un procedimiento de cardiología intervencionista, en el Servicio de Hemodinámica. ¿Cómo? Usando el modelo estructurado de reflexión de John (10ª versión 1995). ¿Por qué? Estoy utilizando el marco de la estructura para ayudarme a analizar mis pensamientos y conocimientos para mejorar mi práctica de enfermera en el futuro. El foco de esta presentación es exami-

nar el impacto físico y psicológico de la tensión en pacientes cardíacos. Se utilizarán pseudónimos a lo largo de la reflexión para mantener el secreto del paciente mencionado y para adherirnos al secreto profesional reflejado en el Código Deontológico de la Enfermería Española (2002).

OBSERVACIÓN CLÍNICA

José, 60 años con historial médico de: hipertensión, hipercolesterolemia, fumador activo de 20 cigarrillos/día.

Alergias: No conocidas

Social: Casado y con dos hijos

Información adicional: Actualmente activo socialmente, trabajando.

Llega al servicio de hemodinámica en UVIMOVIL del SUMMA, procedente de otro hospital para la realización de un cateterismo cardíaco de diagnóstico, post infarto agudo de miocardio de pared anterior de varias horas de evolución (10h).

Durante el procedimiento se desarrolló taquicardia ventricular (TV), con inicio repentino de palpitations acompañadas por dificultad para respirar y dolor torácico, causó en nuestro paciente un cuadro de ansiedad y nerviosismo que dificultó el procedimiento.

Sus signos vitales eran: Tensión arterial sistólica de 90mmHg y diastólica de 50mmHg, Respiraciones 24/min, Saturación de O₂ el 92%, y en las derivaciones de ECG reveló fibrilación ventricular (FV).

Resultado final: La ansiedad y la tensión fueron reducidas. Pudimos finalizar el procedimiento con éxito y se implantaron dos Stents (endoprótesis) coronarios en la arteria descendente anterior, con buen resultado angiográfico. Revirtió a ritmo sinusal espontáneamente.

Hemodinámicamente estable y tensión sistólica mantenida en 100mmHg.

- Epidemiología del IAM: El IAM es una de las principales causas de muerte entre la población adulta en los países industrializados. La mayor mortalidad es por arritmias que suelen producirse en las primeras 48 horas siguientes a un infarto. El pronóstico vital de un paciente con infarto depende de la extensión del mismo y la rapidez de la atención recibida. Más del 80 % de las pacientes post IAM desarrollan una Taquicardia Ventricular durante las primeras horas del cuadro clínico, siendo la arritmia más común en el post IAM de pared anterior.
- Modelo estructurado de reflexión de Johns (10ª versión): El Modelo de Johns de reflexión (1995) está basado en el trabajo de 1978 Maneras fundamentales del saber, de Carper: El saber estético, el saber personal, el saber ético, el saber empírico, el saber reflexivo.

1. **EL SABER ESTÉTICO:** Arte de la profesión de enfermera basado en la empatía⁽¹⁾. Johns (1995) sugiere que pueda estar basado en la intuición, que es una comprensión detallada de la situación⁽²⁾. El conocimiento estético es preocupación y el conocimiento de una situación clínica particular y su opinión de la naturaleza de la situación entera.

¿Qué intentaba conseguir? Aliviar el miedo y la ansiedad de José. La comunicación eficaz, el planear la intervención y la evaluación de la condición del paciente en términos de sus necesidades biopsicosociales. Aliviar los síntomas. Establecer una buena relación del paciente-enfermera.

¿Por qué respondí de ese modo? Para reducir la ansiedad de José utilicé una buena comunicación. Dolan y Holt reconocen que la buena comunicación verbal y el establecimiento de una buena relación con el paciente y otros es parte esencial del personal de la Unidades especializadas y de emergencias⁽⁴⁾. La comunicación verbal reduce la tensión facilitando el uso del mecanismo que hace frente a las adaptaciones⁽⁵⁾. Necesidad para reconocer y respetar el papel de pacientes como parte en su cuidado y la contribución que pueden hacerle (código de NMC de la conducta profesional 2002).

Consecuencias de mis acciones para:

Paciente: José, la ansiedad y el miedo fueron reducidos.

Otros: Fue más fácil para el equipo médico continuar el procedimiento cuando el paciente se estabilizó hemodinámica y psicológicamente.

Mí misma: Tener un paciente menos ansioso me permite desarrollar mi trabajo sin stress. El permitir a reconocer si el dolor y las palpitations eran psicológicos o fisiológicos en naturaleza.

¿Cuál era la sensación paciente? José era extremadamente ansioso. Sus palpitations y dolor de pecho lo asustaron, porque él pensó que se iba a morir. Preocupado por su esposa y sus hijos.

¿Cómo sabía eso? José expresó sus sensaciones libremente sobre el miedo y lo incierto de su condición. La ansiedad fue demostrada por su lenguaje corporal. Su esposa lloraba.

2. **EL SABER PERSONAL:** Johns (1995) reconoce que éste me ayuda a reconocer mis propias opiniones y sensaciones sobre una situación y cómo manejar estas sensaciones para responder apropiadamente. La subjetividad es la llave, viendo a la persona como ser humano, no un objeto siendo una persona usted mismo⁽⁶⁾. Era importante no ver al paciente como un objeto, mientras mantenía mis propios valores y creencias.

¿Cómo me sentía en esta situación?: Sentía la obligación y necesidad de ayudar a José a aliviar su ansiedad y dolor. Sentía la necesidad de explicar al paciente sobre la causa probable de sus palpitations y de su dolor. Me sentía que necesité iniciar las mismas intervenciones para controlar su ritmo cardíaco.

¿Qué factores internos me influenciaban? La necesidad de aliviar la ansiedad y el dolor de José. La necesidad de explicar al paciente su condición. La necesidad de informar a José que sus palpitations eran de origen fisiológico.

3. **EL SABER ÉTICO:** Hall (1998) dijo que los principios éticos sirven para informar a la situación y pueden ayudar a balancear el conflicto de valores entre otros⁽⁷⁾. Carper (1978) reconoció el lugar importante del conocimiento de normas y de códigos éticos. Saber cuál es lo correcto o incorrecto y que acción tomar sobre esta base (Johns 1995).

¿Mis acciones fueron acordes con mi creencia?

Profesionalmente: Identifiqué los problemas y atendí a las necesidades del José. Comprobé y supervisé las constantes vitales de José continuamente, a través del monitor cardíaco (3 – derivaciones ECG). Nos concentramos en los indicadores vitales de Jose (TA, pulso, R) a la capacidad del paciente de compensar hemodinámicamente el ritmo cardíaco rápido (Holt 2000 de Dolan).

Psicológicamente: Proporcioné apoyo y expliqué la situación con lo mejor de mi capacidad para disminuir la ansiedad de José. Weiman y Giles (1988) destacaron la importancia de la buena comunicación, ésta

permite el acceso y el intercambio de la información y de la ayuda emocional durante la tensión.

Profesional: La profesión de enfermera. El código de la conducta profesional (CD) indica que debo trabajar con otros en el equipo, que incluye al paciente, a su familia y a profesionales del equipo médico (CD).

Personal: Me siento que actuaba con moralidad, dí a José y a su esposa el respeto y la dignidad que merecieron. Dí mi cooperación completa al equipo médico comunicándose con eficacia (CD).

¿Qué factores me hicieron actuar de una manera congruente? Creo que mis acciones eran congruentes con mi creencia. Comunicqué al médico la importancia de aliviar el dolor torácico mediante la analgesia correspondiente. Alderman (1996) discute la prioridad de aliviar el dolor en pacientes agudos cardiacos. El dolor tiene efectos fisiológicos en el cuerpo, aumenta la ansiedad. Por otra parte la ansiedad sin tratar puede aumentar las demandas metabólicas y el nivel de requerimiento de oxígeno aumentando comprometiendo el miocardio (Porth 1998). La analgesia era importante, de tal modo que, disminuyendo la demanda de oxígeno del miocardio, y disminuyendo la carga de trabajo del corazón, así como la reducción de la ansiedad (edición del manual de ALS Course 4ª), estas acciones eran beneficiosas para la condición hemodinámica de José.

4. EL SABER EMPÍRICO: El conocimiento de la profesión de enfermera se debe basar en esta clase de saber (Carper 1978).

Patofisiología: En volumen cardiaco y a la capacidad de proveer el oxígeno a las disminuciones de los tejidos finos, condición física de la exacerbación y el paciente hemodinámicamente se comprometerá (Houghton y Gris 1997). El tratamiento de elección de la TV sin deterioro hemodinámico es la lidocaína según pauta o la cardioversión sincronizada (100 -200 julios) (Jamma 1992)

Muestras y síntomas: Los pacientes con el FV presentan palpitaciones, dolor de pecho, dificultad para respirar y puede producir cambios hemodinámicos (Houghton y Gris 1997)

Consecuencias: El manejo temprano de la ansiedad está bien documentado como prioridad en el cuidado de pacientes cardiacos. En el dolor precordial cloruro mórfico es la droga de elección (BNF marzo de 2001).

Procedimientos de enfermería: Seguimos el protocolo médico, oxígeno mascarilla al 35%, supervisar las constantes vitales, ECG serie, asegurar que el dolor estaba bien controlado. El médico planteó realizar una cardioversión si el paciente no revertía con la lidocaína a ritmo sinusal.

5. EL SABER DEL REFLEXIVO: Johns (1995) también define esto como la naturaleza esencial de aprender con práctica.

¿Cómo conecta esto con experiencias anteriores? Consolida mi conocimiento sobre la importancia de manejar la ansiedad y el dolor y tratarlos factores psicológicos.

¿Podría manejar esta situación? Me siento que manejé la situación con lo mejor de mi capacidad y del conocimiento que tenía en ese entonces. Siempre asegurando el interés y seguridad de mi paciente.

¿Cómo me siento sobre la experiencia? La importancia del manejo temprano de la ansiedad se documenta como prioridad, para asegurar la recuperación óptima del paciente (Benner & Tanner 1987).

¿Puedo por consiguiente apoyarme y ayudar otros mejor? Estoy segura que podría apoyar a colegas, y a los estudiantes de enfermería a manejarse en una situación similar a través de mi experiencia utilizando el proceso reflexivo como método para aprender.

¿Cómo influenciará esto en mi práctica profesional? He ganado la confianza y el conocimiento que puedo compartir con otros.

DISCUSIÓN

Estamos seguras que la reflexión es importante, y cómo de esta reflexión en la acción influenciará mi práctica profesional en el futuro. Hemos aprendido considerablemente de esta experiencia; hemos destacado la necesidad de atender las necesidades psicológicas del paciente para asegurar la recuperación óptima.

La reflexión ayuda a la enfermera de Cuidados Críticos para moverse más allá del uso de la racionalidad técnica tal como FV y de los aspectos médicos.

La meta de la enfermera es proporcionar el cuidado al paciente el mayor nivel de calidad posible. Un adecuado plan de cuidados y asegurar la comunicación eficaz entre el equipo multidisciplinar proporciona el cuidado paciente de mayor calidad.

Evidencia - conocimiento basado en el aprender y la práctica, deben ser siempre consideradas como la base de la profesión de enfermera.

BIBLIOGRAFÍA

1. Elcock, K. Reflections on being therapeutic and reflection, *Nursing Critical Care* 1997,2(3):138-143.
2. Benner P, and Tanner C. Clinical judgment: How expert nurses use intuition. *American Journal of Nursing*, 1987,87(1), 23-31.
3. British Medical Association (BMA) and Royal Pharmaceutical Society of Great Britain. *British National Formulary 43 BMA and Royal Pharmaceutical Society of Great Britain*, 2002. London.
4. Dolan B and Holt L. *Accident and emergency: Theory into Practice*. Harcourt Publishers Ltd. 2000. London.
5. Elliott R, Wright L. Verbal communication: what do critical care nurses say to their unconscious or sedated patients? *JAN* 1999, 29(6):1412-1420.
6. Atkins S, and Murphy K. Reflection: a review of the literature *J ADV NURS* 1993,18:1188-1192.
7. Hall L. A critical reflective analysis of issues surrounding the admission of a patient to ITU *Nurs Crit Care*, 1998 Nov-Dec;3(6):274-280.
8. Schneider R The effects on nurses of treatment-withdrawal decisions made in ICUs and SCBUs *Nurs Crit Care*. 1997 Jul-Aug;2(4):174-85.
9. Lip GYH, *Ventricular fibrillation in clinical practice*. Dunitz Ltd, 2001. London.
10. J Nolan et alts., *Cardiac Emergencies: A Pocket Guide*. Butterworth Heinemann. 1998.Oxford.