

CASO CLÍNICO: TRASPLANTE CARDIACO TRAS UNA CIRUGÍA DE FONTAN, TODA UNA LUCHA

Premio al mejor Caso Clínico presentado en el XXXVII Congreso Nacional de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología, celebrado en Valencia del 4 al 6 de mayo de 2016.

Enferm Cardiol. 2017; 24 (72): 75-79.

Autores

Noelia María Seoane Pardo¹, David Rodríguez Cañas¹ y M.^a Belén Blanco Longueira².

1 *Diplomados Universitarios en Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiacos del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.*

2 *Supervisora de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiacos del Hospital Universitario da Coruña.*

Dirección para correspondencia

Noelia María Seoane Pardo
Unidad de Cuidados Intensivos 6ª planta
Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña
As Xubias, 84
15006 A Coruña

Correo electrónico:

noeliaseoane@yahoo.es

Resumen

El corazón univentricular es una entidad compleja que engloba aquellas cardiopatías congénitas en las que no existen dos ventrículos funcionales para impulsar de forma separada la sangre a las circulaciones pulmonar-sistémica, las cuales van en paralelo. Su corrección conlleva cirugías paliativas entre ellas el procedimiento de Fontan, ó el trasplante cardiaco, como tratamiento de esta.

Presentamos el caso de una mujer de 42 años, que ingresó en la unidad de cuidados intensivos de postoperados cardiacos tras un trasplante cardiaco ortotópico como tratamiento de su cardiopatía congénita compleja. Durante su ingreso surgieron complicaciones respiratorias, empeoramiento de su disfunción renal y una ansiedad importante. Creamos un plan de cuidados individualizado, de acuerdo a la valoración de las 14 necesidades según el modelo de Virginia Henderson, destacando los diagnósticos de enfermería: deterioro del intercambio de gases, riesgo de desequilibrio electrolítico y temor. Se consiguió mejorar su función ventilatoria, estabilizar su función renal y reducir su ansiedad, permaneciendo en la unidad 10 días hasta su alta. El trabajo del equipo de Enfermería fue sustancial para ayudar a afrontar todo los miedos manifestados por la paciente.

Palabras clave: Cardiopatías congénitas, trasplante de corazón, procedimiento de Fontan, enfermería.

HEART TRANSPLANTATION FOLLOWING FONTAN SURGERY, A REAL FIGHT

Abstract

Single-ventricle heart is a complex entity that encompasses those congenital cardiopathies wherein there are not two functional ventricles to propel blood separately to the pulmonary-systemic circulations, which run in parallel. Its correction involves palliative surgeries, such as the Fontan procedure, or heart transplantation, as a treatment thereof.

We present the case of a 42-year-old woman, who was admitted into the cardiac post-operative intensive care unit after an orthotopic heart transplantation as treatment for her complex congenital cardiopathy. During her hospitalization, she had respiratory complications, worsening of her renal dysfunction and a considerable anxiety. We created an individualized care plan in accordance with the 14-need assessment of Virginia Henderson's model, emphasizing the nursing diagnoses: deterioration of gas exchange, risk of electrolytic imbalance and fear. We managed to improve her ventilatory function, to stabilize her renal function and to reduce her anxiety, and she stayed 10 days at the unit until discharge. The nursing team work was of key importance to help the patient face all the fears she manifested.

Keywords: Congenital heart defects, transplant of heart, Fontan procedure, nursing.

INTRODUCCIÓN

El corazón univentricular^{1,2} engloba a las diferentes cardiopatías congénitas^{4,5} en las que no existen dos ventrículos funcionales para impulsar de forma separada la sangre a las circulaciones pulmonar y sistémica. En los últimos 60 años se han venido desarrollando diferentes técnicas para poder separar la circulación sistémica y la pulmonar. Esto se consigue anastomosando las venas cavas a las arterias pulmonares, circulación de Fontan^{6,7}, aunque dicha cirugía se va a realizar en varios estadios logrando: Separación de las dos circulaciones (en serie), satO₂ casi/normal y reducir la sobrecarga de volumen y presión al ventrículo.

La circulación del corazón con cirugía de Fontan es muy característica. Toda la sangre venosa procedente del territorio sistémico va a llegar a las arterias pulmonares con un flujo lento y continuo. Esta circulación tan peculiar puede considerarse como una verdadera «enfermedad sistémica» con múltiples complicaciones: arritmias: sobre todo supraventriculares, en relación con dilatación auricular y cicatrices de las cirugías (más frecuente en Fontan atriopulmonar), tromboembolias (circulación de «velocidades lentas», material protésico), colaterales sistémico-pulmonares (por la hipoxemia crónica), insuficiencia cardíaca crónica por disfunción del ventrículo único o fracaso del sistema bicavopulmonar (funcionalmente como insuficiencia cardíaca derecha), enteropatía pierdepoteínas (por aumento de presión en capilares intestinales condiciona edemas, ascitis, diarrea, hipoalbuminemia, y es predictor de mal pronóstico), disfunción hepática (por congestión hepática alcanzar estadios de cirrosis), a nivel pulmonar puede haber hipertensión pulmonar o una complicación grave denominada bronquitis plástica. Dicha circulación es paliativa, siendo el trasplante cardíaco el tratamiento final para este tipo de cardiopatía congénita.

A la vista de esta patología presentamos un caso clínico en el que la paciente ha llegado a la edad adulta tras las cirugías paliativas y que presenta muchas de las posibles complicaciones asociadas a estas y a la cual se le realiza un trasplante cardíaco. Hemos elegido este caso clínico porque no es una patología congénita muy habitual. El objetivo de este es identificar los cuidados de enfermería más relevantes.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Presentación del caso:

Mujer de 42 años, que ingresa en la unidad de

postoperados cardíacos el día 11 de diciembre de 2015 tras trasplante cardíaco ortotópico como tratamiento de su cardiopatía congénita. Como antecedentes personales, presenta alergia a aminoglucósidos, escopolamina y metamizol. Ventrículo único izquierdo con vasos normorrelacionados. Banding pulmonar a los 14 meses. Blalock-Taussig a los 8 años. Fontan atriopulmonar a los 12 años. Embolización de fístula arterio-venosa tras la cirugía de Fontan. Arritmias auriculares recidivantes. Flutter auricular común recurrente conocido desde 2009, tratado con varias cardioversiones y amiodarona. Ablación del ICT (istmo cavo-tricuspidé) en abril de 2013. ICC (Insuficiencia cardíaca congestiva) con predominio de congestión sistémica y deterioro progresivo de capacidad funcional (NYHA II) por fracaso de la circulación de Fontan desde finales de 2014. Varios ingresos por IC (insuficiencia cardíaca) descompensada con ascitis severa durante el 2015. Durante el ingreso en abril 2015 se plantearon las opciones de reconversión quirúrgica del Fontan clásico vs. trasplante cardíaco, optando preferentemente por este último, estando incluida en lista de espera para el trasplante cardíaco el día 02/06/2015.

Hepatopatía congestiva. Hipertensión portal. Hiperesplenismo. Sin signos ecográficos de cirrosis. Síndrome de Gilbert pendiente confirmación genética. Insuficiencia renal estadio IV por mecanismo preferentemente funcional. Hipotiroidismo con tratamiento sustitutivo. Hiperplasia endometrial sin datos de malignidad. Quiste anexial. Ausencia de otros factores de riesgo cardiovascular. A tratamiento con: furosemida 40 (2-1-0), espironolactona 100 (1-1-0), hidroclorotiazida 25 (0-1-0), sintrom, eutirox 125 (1-0-0), omeprazol 20 (1-0-0), sildenafil 25 (1-1-1), bisoprolol 2,5 (1-0-0), escitalopram 10 (1-0-0), alopurinol 100 (1-0-0).

Exploración:

Bajo efectos de sedoanalgesia, en ventilación mecánica. En la auscultación cardíaca, taquicárdica, rítmica, sin soplos, roce pericárdico. En auscultación pulmonar, murmullo vesicular conservado. En exploración abdominal, abdomen blando y depresible, hepatomegalia de un través, no ascitis. En miembros inferiores: no edemas, pulsos conservados y presencia de lesiones tróficas. Pupilas mióticas, isocóricas y normorreactivas.

Contantes vitales:

Presión arterial invasiva: 96/45(62) mm Hg femoral izquierda. Frecuencia cardíaca: 133 lpm Saturación O₂: 99%.