

EVC

Dr. Miguel Ángel Godoy Meza¹, Enf. Rosa Icela Rodríguez Rodríguez² TS Ramón Núñez Romero³ y MSP. Verónica de León de Cuetos⁴

¹Médico Anestesiólogo y Algólogo CUHC-UAS y “Déjalos ir con Amor” IAP, ²Enfermera de Cuidados Paliativos “Déjalos ir con Amor” IAP, ³Depto. Trabajo Social “Déjalos ir con Amor” IAP, ⁴Directora y Tanatóloga “Déjalos ir con Amor” IAP

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Vascular Cerebral (EVC) es un acontecimiento clínico habitualmente súbito derivado del aporte insuficiente de sangre al SNC por hipotensión sistémica ó incremento en la presión intracraneal; lo que da origen a la isquemia e infarto cerebral ó a hemorragia cerebral y subaracnoidea.

Se considera evento isquémico transitorio cuando la sintomatología y su expresión clínica duran menos de 24 hrs.; EVC establecido cuando la duración es mayor de ese tiempo y reversible sí en un tiempo inferior a las 3 semanas las lesiones no dejan secuelas o son mínimas.

La isquemia cerebral y el infarto son causados por situaciones que reducen el flujo sanguíneo al cerebro debidos a hipotensión sistémica, procesos esclerosantes y embolismo cardiogénico, se caracterizan anatomopatológicamente por necrosis neuronal, de células gliales, vasos sanguíneos y fibras nerviosas mielínicas y amielínicas; así mismo se han clasificado como consecuencia de procesos ateroscleróticos de grandes vasos, cardioembólicos, arterioescleróticos de pequeños vasos, secundarios a otras causas y de etiología incierta¹.

EVC ATEROESCLERÓTICO DE GRANDES VASOS

Asociado a estenosis arterial superior al 50%, habitualmente localizada en puntos de ramificación como en la carótida común con la carótida interna;

el origen de arteras piales como la cerebral anterior, media y posterior; la arteria subclavia el origen y porción intradural de la arteria vertebral y la unión con la basilar en cualquier segmento. Los síntomas se deben a la formación de trombos murales en la placa estenosante que al desprenderse ocluyen ramas distales de la circulación cerebral (embolia arterio-arterial); con poca frecuencia, los síntomas indican hipoperfusión del territorio distal a la estenosis. Los infartos embólicos se circunscriben por lo general a un territorio pial; por el contrario, los infartos hemodinámicos se localizan entre dos o más territorios (infartos frontera).

EVC ARTERIOESCLERÓTICO DE PEQUEÑOS VASOS (INFARTO LACUNAR)

Los infartos lacunares son áreas necróticas de menos de 2 cm ubicados en el territorio de arterias perforantes de 100 a 400 micras de diámetro que irrigan los hemisferios cerebrales, los núcleos subcorticales, el diencefalo o el tronco cerebral son los sitios anatómicos más frecuentes, así como el asentamiento de las placas de microateromas en el origen o tercio proximal del vaso perforante.

La trombosis de la vasculatura cerebral representa alrededor del 45% de la causa de eventos isquémicos en la población en general, incrementándose en varones de edad avanzada y con antecedentes de hipertensión y diabetes².

PRESENTACIÓN DEL CASO

Masculino de 86 años originario de Cosalá, Sinaloa, estado civil casado con 5 hijos, de ocupación comerciante; niega antecedentes heredo-familiares diabéticos y/o cardiacos; niega antecedentes personales patológicos de tipo alérgicos ó cardiacos, se refiere diabético sin tratamiento específico, negó antecedentes quirúrgicos, solamente indicó enfermedades infecciosas sin especificar el origen y el tratamiento de las mismas, ya que recibió atención médica muy esporádica a pesar de tener acceso a la seguridad social en el IMSS. Como antecedentes personales no patológicos, habita casa con todos los servicios básicos, de dos plantas sin terminar, sin animales domésticos. Numero de ocupantes 2.

PADECIMIENTO ACTUAL

Lo inicia el 30 de noviembre del 2005 por presentar de manera súbita pérdida de fuerza de hemi-cuerpo izquierdo, sin pérdida de la conciencia por lo que es llevado al IMSS, donde se recibió a paciente tranquilo, sin pérdida de la conciencia, ligeramente deshidratado, la TAC de cráneo mostró infarto cerebral trombótico en región temporoparietooccipital derecha, territorio de arteria cerebral media derecha; dado de alta a su domicilio el 8 de diciembre del 2005 por mejoría, con campos pulmonares bien ventilados, ruidos cardiacos rítmicos, hemodinámicamente estable, no adenomegalias ni datos de edema, peristalsis presente, con espasticidad del lado izquierdo, los signos vitales en ese momento fueron: T/A de 150/80 y FR de 18 por min. Se egresa para continuar manejo en su domicilio con cita abierta en el programa de paciente crónico no ambulatorio el 8 de diciembre de 2005.

El equipo de atención a pacientes terminales de "Déjalos ir con Amor" IAP, visita al enfermo el 8 de febrero del 2006 fecha en que es solicitado el servicio, encontrando al paciente postrado en cama en pésimas condiciones higiénicas, que no responde a ninguna pregunta, a la exploración se observó que se encuentra con abundantes escaras en las siguientes áreas anatómicas: al nivel del tercio superior del fémur y cadera izquierda, se encuentra una escara grado 3 con visualización del hueso femoral con una extensión de 10 cm ^(fig 1) en el área del sacro se halla otra escara grado dos con una extensión de 5 centímetros, infectada; a nivel dorsal de T5 a T10 se

localiza una escara grado 3 de 12 centímetros ^(fig 2). Al nivel de rodilla derecha se encuentra una escara grado 2 de 2 centímetros al igual que en rodilla izquierda, ambos talones se observan escariados así como parte del pie izquierdo, con múltiples lesiones en el borde externo del pie. Los signos vitales en ese momento fueron: temperatura de 38 grados, fc de 90 y TA de 80/60.

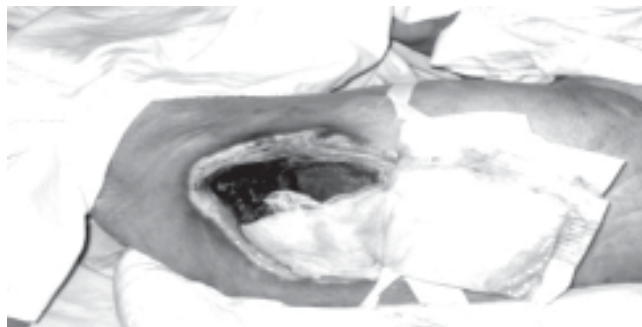


Fig. 1 Escara grado 3 en región de fémur y cadera izquierda de 10cm de longitud y 5 de profundidad con necrosis subcutánea, secreciones serosas-purulentas y visualización de hueso femoral.



Fig.2 Escara grado 3 en región dorsal al nivel de T5 a T10 de 12cm de longitud y 4 de profundidad, con secreciones purulentas y necrosis.

Se inicia su tratamiento a base de antibióticos de amplio espectro de tipo cefalosporinas y aminoglucosidos. Se procede a remover las áreas necróticas de las escaras, sobre todo las que se presentaban a nivel del sacro y la de fémur izquierdo. Se hidrata al paciente y se dan instrucciones a los familiares que se encuentran en ese momento que son la esposa y un hijo, de los cuidados que deben tener con este tipo de paciente, así como acudir al IMSS para solicitar apoyo.

En la segunda visita realizada el día 10 de febrero del 2006, se encontró al paciente en mejores condiciones higiénicas pero solamente cuidado por

un hijo, el cual en ese momento no se encontraba en casa. Las escaras continuaban teniendo secreciones purulentas aunque menores que al inicio. Se realizan los lavados quirúrgicos y nos informan que el Seguro Social en el área de paciente crónico, había quedado de visitar al enfermo y solamente les habían proporcionado algunos materiales para curación, pero para el antibiótico tenía que ir un médico de la institución para indicarlo.

El 13 de febrero se efectuó la tercera visita, nos informan que el paciente no tiene ningún familiar con Él, se hacen lavados quirúrgicos, se administran antibióticos y se hidrata al paciente.

El día 16 de febrero fallece el paciente y nos enteramos hasta que fuimos ese mismo día a visitarlo.

COMENTARIOS

Este caso, nos hace reflexionar más que en los aspectos médicos, que *per se* son indicativos de enfermedad terminal y con muy pocas opciones que ofrecer, en las circunstancias que envolvieron al paciente.

Si se revisa la historia clínica, se observará que fue dado de alta de la institución (IMSS) por mejoría, sin embargo, al ser visitado encontramos condiciones muy distintas a las expresadas en la hoja de egreso.

¿CÓMO ES POSIBLE QUE EN DOS MESES ESTUVIERA EN ESAS CONDICIONES?

Lo anterior puede deberse a varias circunstancias:

1. Ignorancia y falta absoluta de interés y calidad humana de los familiares.
2. Una familia desintegrada
3. Sin respaldo económico
4. Sin comunicación ni auxilio efectivo para evitar esa forma de morir, de parte de la institución para el paciente y los familiares.

En el contexto de una situación final, la meta común de todo el equipo asistencial y de la familia debe ser procurar el mayor nivel de confort posible mediante el alivio de los síntomas, la ayuda en los

cuidados y la gestión de la comunicación del enfermo con las personas de su entorno hasta el momento de su muerte, por lo que uno de los objetivos de nuestra Institución es mejorar la calidad de vida del paciente en fase terminal, con esto no decimos que se le prolongará la misma, sino pensando que calidad de vida es paliar la sintomatología así como procurar empatía en el entorno sociofamiliar del paciente.

A pesar de que el objetivo de la medicina es curar las enfermedades y preservar la vida, ésta es vencida por la naturaleza que dictamina el término de la existencia y que desafortunadamente, a pesar de todos los esfuerzos que se realicen, en determinado momento el desenlace es infalible, aún con la ciencia y tecnología más desarrollada que permite que la raza humana viva más años.

En los enfermos terminales que tratamos, se identifican las diferentes etapas del duelo que el paciente y los familiares enfrentan (negación, ira, negociación, depresión y aceptación) condicionadas por los miedos y pérdidas⁽³⁾; por lo que se considera que tanto el médico como el personal del equipo de salud que lo atiende, deben desarrollar capacidades para canalizar de la manera más conveniente a sus circunstancias, lo que el paciente “quiere oír” o decir a los familiares; para este reto el médico debe estar preparado, desgraciadamente en el proceso de aprendizaje de la carrera no se enseña que la muerte existe y es parte de la vida y así como hay un inicio, hay un final que cierra el ciclo.

Es por eso que el personal del área médica lo primero que intenta ante este tema es huir y prefiere no contar en la decisión del paciente o familiares, pues al enfrentar la realidad del estado terminal se buscan falsas esperanzas para evitar su dolor. Así, el médico en una visión objetiva y no emocional prefiere evadir la interrogante o dudas que generan esta situación, posiblemente debido a lo anterior, el equipo de atención, deba procurar alguna esperanza, como auxiliar psicológico para tranquilizar al paciente y al familiar, pero no ofrecer curación irreal.

Estos aspectos de la muerte son abordados por Kúbler Ross⁽⁴⁾, pionera de la tanatología en el ámbito mundial, quien refiere casos reales de pacientes terminales que se enfrentan a la muerte y desarrollan una perspectiva distinta frente a la misma,

desde el punto de vista del enfermo, su familia y el personal médico que se encarga del manejo profesional del paciente terminal.

Un aspecto de particular importancia con éstos pacientes y su relación de empatía hacia los familiares, es la forma de decir la verdad, ya que en los países latinoamericanos se debe tomar en cuenta varias circunstancias que suelen ser diferentes a las de las naciones sajonas o asiáticas: características de la enfermedad, situación y personalidad del enfermo así como su nivel cultural, actitud psico-afectiva y grado de comprensión del padecimiento por parte de los cuidadores primarios, entorno socio-familiar y forma de ser y pensar del propio médico y del equipo de atención.

Otro punto interesante de comentar es el de los servicios de salud con relación a los pacientes

que son incorporados a programas crónico-ambulatorios pero que, previsiblemente, entrarán en etapa terminal a corto plazo; ¿sería posible que Trabajo Social visitara a éstos enfermos vulnerables?

REFERENCIAS

- 1.- Aiyagari, V., Powers, J.W., Diringier, N.M., Chapter 63: 985. Cerebrovascular Disease En: Hall, B. J.; Schmidt, A.G; Wood, H.D.L. Principles of Critical Care, 3ed USA, Mc. Graw-Hill, 2005.
- 2.- Adams, HP Jr., Adams, R.J., Brott, T., et al: Guidelines for the management of patients with ischemic stroke: A scientific statement from the Stroke Council of the American Stroke Association. Stroke 34: 1056, 2003.
- 3.-De León, RV, Cuetos MC,. Tanatología: Una perspectiva distinta de la muerte, Boletín Médico, FM-UAS, Nos. 4, 5 y 6, 2004-2005. México.
- 4.-Kübler-Ross, E.; Sobre la muerte y los moribundos; 1a reimpresión 2001, Ed. Grijalvo- Mondadori; España.

REDUCIR CALORÍAS FRENA PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

Microcápsula Médica

Agencias (EFE).- Consumir menos calorías a lo largo de la vida no sólo ayuda a mantener un peso saludable, sino que también puede revertir los efectos del envejecimiento, de acuerdo con un nuevo estudio.

Científicos del Instituto de Envejecimiento de la Universidad de Florida (UF), en Gainesville, encontraron que las personas que a lo largo de su vida han consumido menos calorías y han mantenido un régimen de ejercicios físicos han podido no sólo reducir sino también revertir el proceso de envejecimiento de las células.

Al menos es lo que infieren luego de estudiar a un grupo de ratas en el laboratorio.

El reporte, publicado en el más reciente número de la revista de "Antioxidants and Redox Signaling", indica que aun una pequeña reducción de la ingesta de calorías puede tener grandes efectos en la salud.

Mientras que una reducción de entre 20 y 40% de calorías tiene un resultado más dramático aún.

El principal autor del estudio, el profesor Christian Leeuwenburgh, del Instituto de investigación del envejecimiento y geriatría de la escuela de medicina de UF, dice que una pequeña moderación del consumo de calorías sumado a un régimen de ejercicios también moderados trae notables diferencia en órganos clave como el hígado, el cual retrasa notablemente su proceso de envejecimiento.

Las ratas a las que se les redujeron en sólo ocho por ciento las calorías de su alimentación y fueron sometidas a ejercicios moderados, extendieron su expectativa de vida y experimentaron un alto en el proceso de envejecimiento, mejoraron el funcionamiento del hígado y de su salud en general.

El equivalente para un humano de esas cifras sería reducir en algunos cientos las calorías consumidas en un día y realizar una caminata corta.

En el estudio un grupo de animales comió sin límite y no realizó actividades físicas, mientras que otro grupo realizó ejercicio físico moderado y fue alimentado con algo menos de calorías.

Luego se compararon los tejidos de ambos grupos con otras ratas más jóvenes.

Las ratas ancianas sedentarias y que comieron de más habían sufrido el incremento de un dañino oxidante y de moléculas inflamatorias del hígado que estaban asociadas con el proceso de envejecimiento.

El otro grupo, que consumió menos calorías y realizó ejercicios, mostró un resultado opuesto: las moléculas oxidantes en el hígado se habían reducido.

El profesor Leeuwenburgh explicó que el estudio apoya la teoría de que la muerte celular y que el daño de los órganos en relación al envejecimiento son causados por moléculas inestables conocidas como radicales libres y por oxidación e inflamación celular. "En un ambiente donde las calorías se reducen, se reduce también la inflamación y se previene la muerte celular", sostuvo el investigador.

En un mundo que tiende cada vez más a tener una mayor población excedida de peso, el conocimiento de estas pruebas no necesariamente determinarían un cambio de hábito profundo, pero vale la pena saberlo. Quien lo siga, quizás esté en camino de encontrar la "fuente de la eterna juventud".

fuentes: http://decolombia.net/salud/index.php?option=com_content&task=view&id=188&Itemid=2