

MIOCARDIOPATÍA PERIPARTO: UN PUERPERIO INESPERADO

Accésit al segundo mejor caso clínico presentado en el XXXV Congreso Nacional de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología, celebrado en Murcia del 7 al 9 de mayo de 2014.

Autoras

Miriam Rossi López, Sonia María Roca Canzobre, Ana Pereira Ferreiro, Noelia Seoane Pardo.

Colaboradora: Mónica Aurora Pérez Taboada.

Enfermeras de la UCI Cardíaca del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

Dirección para correspondencia

Miriam Rossi López
Enfermera. UCIC 6.^a
Hospital Universitario de A Coruña
Las Jubias 84
15006 A Coruña
Correo electrónico:
mirirossilop@gmail.com

Resumen

La miocardiopatía periparto es un trastorno de causa desconocida, en el cual la disfunción del ventrículo izquierdo y los síntomas de fallo cardíaco ocurren entre el último mes del embarazo y los primeros cinco meses después del parto, en mujeres sin signos ni síntomas preexistentes de enfermedad cardíaca.

Presentamos el caso de una puerpera de 30 años que desde el primer día de postparto presentó sensación disneica, progresando hasta hacerse de mínimos esfuerzos, con ortopnea, disnea paroxística nocturna y aumento de edema en miembros inferiores. Ingresó en la unidad de cuidados intensivos coronarios, en situación de insuficiencia cardíaca congestiva en *shock* cardiogénico y miocardiopatía dilatada, con disfunción sistólica severa de ventrículo izquierdo.

El objetivo del caso fue desarrollar los aspectos más relevantes de su cuidado desde el punto de vista de la enfermería.

Se creó un plan de cuidados individualizado, utilizando para ello la valoración de las 14 necesidades según el modelo de Virginia Henderson. Destacan los diagnósticos de enfermería interrupción de la lactancia materna y afrontamiento inefectivo.

Durante su estancia la paciente se mantuvo estable y fue dada de alta para continuar vigilancia y tratamiento. Fue fundamental el papel de la enfermería en el abordaje emocional de la paciente, debido al impacto que le supuso su grave situación al ingreso y el miedo a un pronóstico a largo plazo aún desconocido, sumado a la separación repentina de su hijo recién nacido. El plan de cuidados individualizado resultó una herramienta imprescindible para el manejo de la paciente.

Palabras clave: cardiomiopatías, complicaciones cardiovasculares del embarazo, período periparto, enfermería, planificación de atención al paciente.

PERIPARTUM CARDIOMYOPATHY: AN UNEXPECTED PUERPERIUM

Abstract

Peripartum cardiomyopathy is a disorder of unknown origin wherein left ventricular dysfunction and heart failure symptoms appear between the last month of pregnancy and the first five months after delivery in women without pre-existing signs or symptoms of heart disease.

We present a case report of a 30-year-old puerpera who presented with a dyspneic sensation from the first day after delivery, which progressed to minimal exertion dyspnea, with orthopnea, paroxysmal nocturnal dyspnea and increasing lower limb edema. She was admitted to the Coronary Intensive Care Unit with congestive heart failure, cardiogenic shock and dilated cardiomyopathy with severe systolic dysfunction of the left ventricle.

The aim of this case was to develop the most relevant aspects of its care from the perspective of nursing.

An individualized care plan was developed evaluating therefor the 14 needs according to Virginia Henderson's model. As nursing diagnoses, discontinuation of breast feeding and ineffective coping stand out.

During her stay, the patient remained stable, and she was then discharged to continue with surveillance and treatment. The role of nursing was essential in the emotional approach to the patient, due to the impact that her serious condition on admission had on her and to her fear of a still unknown prognosis in the long term, in addition to being abruptly separated from her newborn child. The individualized care plan turned out to be an essential tool for the patient's management.

Keywords: cardiomyopathies, cardiovascular complications in pregnancy, peripartum period, nursing, patient care planning.

INTRODUCCIÓN

La miocardiopatía periparto está considerada como una entidad distinta del resto de las miocardiopatías; es una forma rara de insuficiencia cardíaca, de causa desconocida, en la cual la disfunción del ventrículo izquierdo y los síntomas de fallo cardíaco ocurren entre el último mes del embarazo y los primeros cinco meses después del parto, en mujeres sin signos ni síntomas preexistentes de enfermedad cardíaca.

Más de un 40% de los casos ocurre durante el primer mes del puerperio¹. La tasa de incidencia estimada actualmente se ubica entre 1 cada 3.000 y 1 cada 4.000 nacidos vivos. Los factores de riesgo identificados incluyen embarazo gemelar, múltiparas, mayores de 30 años de edad y la raza negra².

Aunque se desconoce su etiología, se ha postulado que la miocardiopatía periparto podría deberse a miocarditis, deficiencia nutricional, anomalías arteriales de vasos coronarios de calibre pequeño, efectos hormonales, toxemia o a una respuesta inmunológica materna al antígeno fetal³.

La sintomatología es similar a la de insuficiencia cardíaca congestiva, y puede aparecer dolor precordial, palpitaciones y en ocasiones embolia periférica o pulmonar. El electrocardiograma, la radiografía de tórax, la ecocardiografía-doppler y los cambios hemodinámicos son indistinguibles de los asociados con otras formas de miocardiopatía dilatada³.

Se ha elegido este caso clínico debido a lo infrecuente y grave de esta patología, y porque en la bibliografía se han encontrado muchos casos enfocados a su difícil diagnóstico y hacia sus desalentadoras consecuencias, pero existen muy pocas referencias al cuidado de la paciente más allá del tratamiento médico.

El objetivo del caso es desarrollar los aspectos más relevantes del cuidado de una joven puérpera con una posible miocardiopatía periparto, desde el punto de vista de la enfermería.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 30 años, primípara, que había tenido un parto vía vaginal instrumentalizado con fórceps hacía 7 días. Tiene antecedentes personales de taquicardias en la juventud, no estudiadas. Sin factores de riesgo cardiovascular ni antecedentes familiares. Embarazo con controles normales. Desde el primer día posparto presentó sensación disneica, que inicialmente atribuyó a ansiedad, mejorando con ansiolíticos. En los días siguientes, presentó aumento de disnea hasta hacerse de mínimos esfuerzos, con ortopnea, disnea paroxística nocturna y aumento de edema en miembros inferiores, asociado a dolor torácico de características pleuríticas, por lo que acudió a urgencias.

Durante su estancia en urgencias se inició tratamiento diurético intravenoso forzando balance negativo, pero debido a la ausencia de mejoría clínica y radiológica se decidió traslado a la unidad de cuidados intensivos (UCI) coronarios, ante la sospecha de miocardiopatía periparto.

En un primer momento se instauró tratamiento

intensivo con diuréticos de asa y se implantó balón de contrapulsación intraaórtico.

La paciente estuvo ingresada en la UCI coronaria una semana, no precisó soporte con aminas, se resolvió la congestión pulmonar y se le pudo retirar el balón de contrapulsación sin complicaciones. El ecocardiograma seguía mostrando una función sistólica severamente deprimida, pero en situación estable se traslada a planta de cardiología para continuar tratamiento y vigilancia.

VALORACIÓN

La paciente ingresó consciente, alerta y orientada.

Sus constantes vitales eran: tensión arterial: 80/60mmHg, frecuencia cardíaca: 110ppm., saturación de oxígeno: 99%. Presentaba palidez cutáneo mucosa. Hipofonesis bibasal a la auscultación pulmonar, sin crepitantes claros.

Sin alteraciones en la exploración abdominal. En miembros inferiores se observó edema hasta las rodillas, pulsos distales simétricos y débiles, manteniendo buena perfusión distal.

En cuanto a las pruebas complementarias, en la analítica se destacaron los siguientes resultados anormalmente elevados: AST 522 UI/L, ALT 801 UI/L, GGT 80 UI/L, bilirrubina total 0,8 mg/dl, LDH 2092 UI/L, CPK 347 U/L, pro-BNP 6450 pg/mL. La coagulación fue normal, así como los siguientes valores: leucocitos 8270 mm³, hematocrito 38,8%, plaquetas 260000, glucosa 73 mg/dl, urea 34 mg/dl, creatinina 0,49 mg/dl, Na 134mEq/l, K4,4mEq/l, Ca 8,3 mg/dl, amilasa 30 U/L. La gasometría mostró: pH 7,52, pCO₂ 20, pO₂ 128, HCO₃ 20, EBA -6.

El electrocardiograma reflejó ritmo sinusal, si bien presentaba una S profunda en precordiales derechas, bajos voltajes en cara inferior y onda P con crecimiento biauricular.

En la radiografía de tórax presentaba infiltrados alveolares bilaterales, derrame pleural bilateral y cardiomegalia.

Se hizo una ecografía transtorácica que evidenció un ventrículo izquierdo ligeramente dilatado, con función sistólica severamente deprimida (fracción de eyección 15-20%), dilatación de pared ventricular, ventrículo derecho de tamaño y función conservada, insuficiencia mitral severa, insuficiencia tricuspídea ligera, ausencia de hipertensión pulmonar, sin derrame pericárdico y no se vieron vegetaciones, abscesos o imágenes sugestivas de endocarditis o trombos cavitarios.

Se realizó angio-TAC que descartó un tromboembolismo pulmonar y ecodoppler, sin datos de trombosis.

PLAN DE CUIDADOS

1. Fase diagnóstica

Se hizo una valoración al ingreso en la unidad coronaria y una reevaluación continua durante su estancia de las 14 necesidades básicas siguiendo el modelo de Virginia Henderson.

Se detectaron varias manifestaciones de dependencia. Se encontraba en situación de bajo gasto cardíaco, estaba

taquipneica, con congestión pulmonar y recibía aporte de oxígeno a través de catéter nasal a 3 lpm.

Presentó algún episodio aislado de náuseas y vómitos.

Se instauró un tratamiento intensivo con diuréticos de asa endovenosos, para forzar diuresis y conseguir un balance negativo. Presentaba una ligera metrorragia.

Por otro lado, la inserción del balón de contrapulsación en el miembro inferior derecho le limitaba el correcto manejo de la extremidad, la amplitud de movimientos, la correcta posición para los cambios posturales y precisaba ayuda total para su aseo personal.

Tenía dificultad para conciliar el sueño.

Presentaba riesgo de infección debido a los múltiples accesos venosos y arteriales (catéter venoso central en subclavia, arteria radial y balón de contrapulsación en arteria femoral) y manifestaba dolor agudo en los senos causado por la retención de leche.

Sufría importantes episodios de ansiedad. Le resultaba difícil hablar de sus sentimientos sin echarse a llorar desconsoladamente, «la situación le desbordaba». Recibía visitas diariamente de su marido y otros familiares, con los que también le resultaba difícil expresarse. Su marido le enseñaba fotos todos los días de su hijo en el teléfono móvil y le traía una foto para que tuviera siempre en su mesita, emocionándose cada vez que la mostraba al personal que la atendía. Vivía con angustia no saber cómo iba a evolucionar su enfermedad.

2. Fase de planificación

Con los datos obtenidos se diseñó el plan de cuidados, a partir de los diagnósticos de enfermería NANDA. La paciente recibió unos cuidados integrales de todas las necesidades detectadas, pero este artículo se centra en dos diagnósticos que se consideraron los más relevantes:

-**Interrupción de la lactancia materna** (00105) (Tabla 1).

-**Afrontamiento inefectivo** (00069) (Tabla 2).

Tabla 1. Diagnóstico de enfermería I. Resultados esperados e intervenciones.

INTERRUPCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA (00105) r/c enfermedad de la madre y la necesidad de destetar bruscamente al niño, m/p separación madre-hijo.			
Resultados NOC	(1003) Lactancia materna (destete)		
Indicadores	(100139) Conocimiento de métodos adecuados para reducir la hipersensibilidad mamaria	Puntuación Likert al inicio	Puntuación Likert al alta
		1	5
Intervenciones NIC	(6870) Supresión de la lactancia (5270) Apoyo emocional		

Tabla 2. Diagnóstico de enfermería II. Resultados esperados e intervenciones.

AFRONTAMIENTO INEFECTIVO (00069) r/c incertidumbre, m/p expresiones de incapacidad para afrontar la situación.			
Resultados NOC	(1302) Afrontamiento de problemas		
Indicadores	(130204) Refiere disminución del estrés	Puntuación Likert al inicio	Puntuación Likert al alta
		1	3
	(130205) Verbaliza aceptación de la situación	1	3
Intervenciones NIC	(130206) Busca información sobre la enfermedad y su tratamiento	1	3
	(5230) Aumentar el afrontamiento (5820) Disminución de la ansiedad (5880) Técnica de relajación (1850) Mejorar el sueño (5440) Aumentar los sistemas de apoyo		

El primero de ellos destaca porque obviamente no es una situación habitual en la unidad, y además fue un factor que también influyó en el segundo diagnóstico, lo cual hizo que el personal de enfermería tuviera que desarrollar un arduo trabajo para abordar su cuidado.

a) Interrupción de la lactancia materna:

Quando la paciente llegó a la unidad había comenzado tratamiento con carbegolina y posteriormente se inició bromocriptina para suprimir la producción de leche materna. Tenía gran cantidad de leche retenida, por lo que los senos estaban muy endurecidos y calientes, que le provocaban mucho dolor. El objetivo fue conseguir un destete de la lactancia materna eficaz. El instrumento de medida que utilizamos fue la escala Likert con los siguientes ítems: inadecuado (1), ligeramente adecuado (2), moderadamente adecuado (3), sustancialmente adecuado (4), completamente adecuado (5). Al ingreso sus conocimientos eran totalmente inadecuados, por lo que en la escala Likert se le dio una puntuación de 1, pues era primípara y hacía apenas dos días que se estaba preocupando por la subida de la leche, por lo que interrumpirla de una manera tan brusca no entraba en sus planes. En tres días se pretendió que la paciente fuera capaz de reducir la hipersensibilidad mamaria a través de unos métodos adecuados (puntuación de 5).

b) Afrontamiento inefectivo:

El ingreso en la unidad de cuidados intensivos, la separación de su hijo recién nacido y el temor a una

evolución negativa de su inesperada enfermedad, le supuso una incertidumbre que le provocó importantes episodios de ansiedad y llanto desconsolado. Los objetivos fueron conseguir que lograra afrontar estos problemas siendo capaz de manifestar que se había reducido su nivel de estrés y que aceptaba la situación, además de que demandara información sobre su enfermedad. El instrumento de medida utilizado fue la escala Likert con los siguientes ítems: nunca demostrado (1), raramente demostrado (2), a veces demostrado (3), frecuentemente demostrado (4), siempre demostrado (5).

Al ingreso tenía una puntuación de 1 en todos ellos. La consecución de estos objetivos iba a depender de los días de permanencia en la UCI, e iba a ser dada de alta a planta antes de resolverse muchas de sus dudas sobre su futuro, por lo que se pretendió alcanzar una puntuación de 3 ó 4 en cada uno de ellos.

3. Fase de ejecución

La labor para conseguir la supresión eficaz de la lactancia pasó por administrar adecuadamente los fármacos prescritos, vigilar estrechamente la tensión arterial, ya que un efecto secundario es la hipotensión, e informarle de que en las horas posteriores a la administración del fármaco podría marearse, y sufrir cefaleas, náuseas y vómitos. Se vigiló la congestión y las molestias de los senos, y se le explicó el beneficio de aplicarse compresas frías en la zona axilar. Se le explicó que no podía usar sacaleches y debía evitar toda estimulación en los senos, porque aunque en un primer momento aliviaría la inflamación después ayudaría a que se siguiera produciendo más leche. Resultó imprescindible la administración de analgésicos, ya pautados, y se le recordó que si tenía dolor nos lo comunicara para administrar más analgesia de rescate si fuera preciso.

Ante la preocupación y la frustración que supuso para la paciente no poder dar lactancia materna a su hijo, la función del personal de enfermería fue comentar toda esta experiencia emocional con ella y ayudarla a verbalizar sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza, además de permanecer a su lado, proporcionándole seguridad durante los momentos de más ansiedad.

Las intervenciones enfermeras con respecto al segundo diagnóstico, consistieron en primer lugar en *aumentar el afrontamiento*, con actividades como alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos, fomentar una actitud de esperanza realista, como forma de manejar los sentimientos de impotencia y animarla a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades. Se le proporcionó información objetiva del diagnóstico, tratamiento y pronóstico de su enfermedad, ayudándole a identificar la información que más le interesaba obtener.

Para conseguir una *disminución de la ansiedad*, se estableció una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto. Se escuchó a la paciente para promover la seguridad y reducir el miedo. Se explicaron todos los procedimientos que se le realizaron, incluyendo las posibles sensaciones que podría experimentar durante los mismos. Asimismo, se administró la medicación ansiolítica que tenía prescrita.

También se realizaron *técnicas de relajación*; se favoreció una respiración lenta y profunda, se habló con ella manteniendo el contacto visual y se utilizó la distracción para reducir el estrés.

Para *mejorar el sueño* se ajustó el ambiente (luz, ruido y temperatura), y se agruparon las actividades para minimizar el número de despertares. También se ajustó el programa de administración de medicamentos, para apoyar el ciclo de sueño y se observó y se registró el número de horas de sueño.

Otra intervención que se realizó fue *aumentar los sistemas de apoyo*; se observó cuál era la situación familiar y se determinó el grado de apoyo familiar. Fue necesario valorar la reacción emocional de la familia frente a la enfermedad de la paciente y determinar la carga psicológica que tenía el pronóstico, mediante el uso de técnicas de comunicación, respondiendo a sus preguntas y ayudándoles a obtener respuestas.

4. Fase de evaluación

En lo que respecta al primer diagnóstico, a los tres días del ingreso la paciente había adquirido completamente los conocimientos necesarios para aliviar la congestión en los senos, y manifestaba no sentir molestias ni dolor, por lo que según la escala Likert alcanzó la puntuación de 5.

En cuanto al diagnóstico de afrontamiento inefectivo, al alta se consiguió que los indicadores de resultados mejoraran notablemente. Se consideró que frecuentemente buscaba información sobre la enfermedad y su tratamiento, por lo que se pasó un valor de 1 a 4. En lo que respecta a los otros dos indicadores, según la escala Likert alcanzó la puntuación de 3, es decir, demostraba a veces referir disminución del estrés y aceptación de la situación.

DISCUSIÓN

El hallazgo más sobresaliente de este infrecuente e interesante caso, es el papel fundamental de la enfermería en el abordaje emocional de la paciente, debido al impacto que le supuso su grave situación al ingreso, ya que no entendía cómo su embarazo o su parto podrían haber desencadenado esta enfermedad. Como se refleja en otros estudios encontrados en la bibliografía, en la mayoría de las ocasiones el diagnóstico es muy difícil porque los síntomas de un fallo cardíaco temprano son disnea, fatiga y edema en miembros inferiores, que también son síntomas que muchas mujeres experimentan en el último mes de un embarazo normal⁴. Así que la información que se le proporcionó en todo momento, le ayudó a conocer la realidad, aceptarla y a enfrentarse a esta inesperada situación.

La literatura científica contempla que el pronóstico de esta enfermedad es variable; aproximadamente el 50% de las pacientes tiene una recuperación completa o casi completa de la función cardíaca y del estado clínico en los seis meses que siguen al parto. En el otro 50% hay deterioro clínico continuo que conduce a muerte temprana o disfunción ventricular izquierda persistente, con insuficiencia cardíaca crónica y una morbimortalidad elevadas, por lo que estas pacientes deben ser consideradas para trasplante cardíaco³. Así que

se le explicó que el futuro que le esperaba era incierto, y que habría que esperar para saber si su corazón se recuperaba o por el contrario el deterioro era irreversible. Evidentemente esto es lo que más estrés le provocó, la incertidumbre de no saber realmente si se curaría. Por todo esto fue muy importante valorar la comprensión de la paciente del proceso de enfermedad y ayudarle a clarificar los conceptos equivocados para conseguir un dominio gradual de la situación.

Otra gran dificultad fue afrontar la retirada de la lactancia materna para conseguir un adecuado destete, por lo inusual de esta circunstancia en una unidad coronaria, lo que supuso un rápido proceso de aprendizaje de todo el personal.

Por otro lado, separarse de su hijo recién nacido le supuso una gran tristeza, por lo que fomentar la verbalización de sus sentimientos hizo que disminuyera su ansiedad.

Y por último resultó de gran interés escuchar las inquietudes y preguntas de la familia, lo que le ayudó a obtener respuestas y a facilitar la comunicación entre ellos y la paciente, favoreciendo una relación de confianza, ya que se consideró fundamental su implicación en el proceso.

Por todo ello, el plan de cuidados individualizado resultó una herramienta imprescindible para el manejo de estos pacientes. El desarrollo del lenguaje NANDA-NIC-NOC permite organizar metodológicamente el trabajo, identificando los problemas y facilitando el registro de las respuestas de la paciente a las intervenciones, brindando de esta manera unos cuidados de enfermería de calidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Polanía F, Navarrete S, Acuña EM, Álvarez RA. Miocardiopatía periparto. *Rev Insuf cardiaca*. 2009; 4 (4):177-83.
2. Pearson G, Veille JC, Rahimtoola S, Hsia J, Oakley CM, Hosenpud JD et al. Miocardiopatía periparto. *Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá*. 2006; 25(2):80-7.
3. González I, Armada E, Díaz J, Gallego P, García M, González A et al. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en la gestante con cardiopatía. *Rev Esp Cardiol*. 2000; 53(11):1474-95.
4. Van Hoeven KH, Kitsis RN, Katz SD, Factor SM. Peripartum versus idiopathic dilated cardiomyopathy in young women- a comparison of clinical, pathologic and prognostic features. *Int J Cardiol*. 1993;40 (1):57-65.
5. Herdman TH, editora. *NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2012-2014*. Madrid: Elsevier; 2013.
6. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, editoras. *Clasificación de resultados de enfermería (NOC)*. 5.ª ed. Madrid: Elsevier; 2013.
7. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, editoras. *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. 6.ª ed. Madrid: Elsevier; 2013.