

ARTÍCULOS ORIGINALES

Hospital Ginecoobstétrico "Tamara Bunke". Santiago de Cuba

LABOR DE LA ENFERMERA EN LA ATENCIÓN A GESTANTES CARDÍOPATAS

Lic. Maritza Miclín Velázquez,¹ Dr. Abelardo Toirac Lamarque² y Dra. Viviana Pascual López³

RESUMEN

Se indica el desarrollo alcanzado en los últimos años en la atención a los pacientes cardíopatas. Se hizo un estudio descriptivo y retrospectivo de 51 gestantes cardíopatas atendidas en el Servicio de Perinatología del Hospital de Maternidad Norte "Tamara Bunke" de Santiago de Cuba, durante 1994, con el propósito de valorar la importancia de la labor de Enfermería durante el embarazo, parto y puerperio de estas pacientes, de donde se derivó que los cuidados especiales mantenidos garantizaron que la enfermedad cardíaca no repercutiera sobre la tasa de morbilidad y mortalidad maternoperinatales, que las complicaciones fueran mínimas en las madres y que no se produjeran defunciones.

Descriptor DeCS: COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES DEL EMBARAZO/ enfermería; ATENCION DE ENFERMERIA.

La atención a los pacientes con enfermedades cardiovasculares, tanto desde el punto de vista preventivo, diagnóstico y terapéutico, ha experimentado un enorme desarrollo en las últimas 5 décadas;¹ que ha incidido favorablemente en la reducción de la morbilidad y mortalidad por esa causa.

Durante el embarazo, parto y puerperio se generan cambios de carácter fisiológico en el aparato cardiovascular femenino, a los cuales se adapta sin contratiempos la gestante sana, siempre que no rebasen sustancialmente las capacidades fun-

cionales afectadas, en cuyo caso tiende a producirse una descompensación e incluso la muerte.²

Se admite que la mortalidad perinatal en cardíopatas oscila entre 15-20 % y que la materna asciende a 2,2 % (Sectorial Provincial de Salud. Cardiopatía y embarazo. Orientaciones. Santiago de Cuba, 1992). Sin embargo, la ocurrencia de estos fenómenos puede ser modulada por diferentes factores: tipo de afección cardiovascular, capacidad funcional cardíaca, cuidados perinatales y otros, que han servido de base para establecer 3 niveles

¹ Licenciada en Enfermería.

² Especialista de II Grado en Obstetricia y Ginecología. Profesor Auxiliar.

³ Especialista de I Grado en Obstetricia y Ginecología.

de riesgo: bajo, moderado y alto. Las embarazadas cardiopatas requieren, por tanto, una esmerada atención, particularmente en la esfera psicológica, puesto que con frecuencia se deprimen mucho o se tornan demasiado ansiosas, por temor a perder el producto.^{1,3}

En nuestro país, la salud pública representa una prioridad social, que no sólo ha garantizado un aumento de la esperanza de vida, sino un notable incremento de su calidad, en contraste con el deterioro que acusa en este sentido una buena parte de la población mundial.

Las ideas expuestas constituyen una apretada síntesis de la realidad que ha venido enfrentando nuestro grupo de trabajo multidisciplinario, que se integró como tal en 1992 y tiene sin duda alguna, sobradas motivaciones para efectuar este estudio.

Son objetivos de este estudio el describir las características de la labor de enfermería en el grupo multidisciplinario encargado de atender a las gestantes cardiopatas en nuestro servicio y analizar algunas variables de interés para la investigación, incluidas la morbilidad y mortalidad maternoperinatales, así como las complicaciones en las grávidas.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo de 51 gestantes cardiopatas atendidas en el Servicio de Perinatología del Hospital Ginecoobstétrico Norte «Tamara Bunke» de Santiago de Cuba durante 1994, a fin de abordar lo relacionado con la labor del personal de Enfermería en estos casos.

Los datos primarios fueron extraídos de las historias clínicas de la madre y el niño, respectivamente, y consistieron fundamentalmente en: clasificación ana-

tómica y funcional, edad gestacional al parto, peso del recién nacido al nacer, morbilidad y mortalidad maternoperinatales, así como complicaciones maternas.

De acuerdo con la clasificación funcional, las integrantes de la casuística se dividieron en: clase I o asintomáticas, sin limitación para la actividad física; grado II o con ligera limitación para la actividad física, grado III o marcada limitación para la actividad física y grado IV o incapaces de llevar a cabo actividades físicas ligeras.²

Los datos se procesaron en porcentajes y los cálculos se hicieron manualmente y se reflejaron en tablas de contingencia de una y dos entradas.

RESULTADOS

De nuestra casuística, integrada por 68 embarazadas cardiopatas, las tres cuartas partes del total pudieron llegar al parto sin grandes complicaciones (51, para 75,0 %), mientras que en las restantes (17, para 25,0 %) fue preciso interrumpir la gestación.

En cuanto a la clasificación anatómica de las cardiopatías estudiadas, en la tabla 1 se observa que las lesiones mitrales se presentaron en los 3 tipos (54,9 % en total), particularmente en el adquirido, que fue además el predominante con respecto al número de lesiones o alteraciones en general (26, para 50,9 %); sin embargo, ninguna de las pacientes quedó incluida en las categorías funcionales III y IV, con primacía del grado I (39, para 76,5 %), seguido a distancia por el grado II (12, para 23,5 %).

En la tabla 2 se muestra que la mayor cifra de grávidas tuvo su parto entre las 37-42 semanas (90,2 %), lo cual redundó seguramente en el hecho de que más de la mitad del total de los neonatos (78,4 %) pesaran al nacer entre 2 500-3 999 g (tabla 3).

TABLA 1. Clasificación anatómica de las gestantes cardiopatas

Clasificación	Cardiopatía congénita	Cardiopatía adquirida	Cardiopatía quirúrgica	No.	%
Lesiones mitrales	1	16	11	28	54,9
Lesiones aórticas	1	4	-	5	9,8
Lesiones pulmonares	2	-	-	2	3,9
Lesiones septales	2	-	2	4	7,8
Alteraciones del ritmo	-	6	1	7	13,8
Otras	4	-	4	5	9,8
Total	10	26	18	51	100,0

TABLA 2. Distribución de las pacientes según edad gestacional al parto

Edad gestacional (semanas)	No.	%
32,1 - 34	1	1,9
34,1 - 36,6	1	1,9
37 - 42	46	90,3
Más de 42	3	5,9
Total	51	100,0

TABLA 3. Peso de los recién nacidos

Peso (g)	No.	%
1500 - 1999	1	1,9
2000 - 2499	10	19,7
2500 - 3999	40	78,4
4000 y más		
Total	51	100,0

En nuestra serie no hubo mortalidad materno-fetal y las complicaciones en las gestantes se limitaron a: trombosis valvular, hipertensión arterial descompensada, anticoagulación y hematoma de pared abdominal posoperatorio, así como endometritis poscesárea, en 1 caso (1,9%), respectivamente. Con referencia a la morbilidad perinatal, en la tabla 4 se registra que la mayor parte de los recién nacidos estuvo exenta de ello.

TABLA 4. Morbilidad perinatal

Morbilidad	No.	%
Bajo peso	11	21,5
CLR	6	11,7
Ninguna	34	66,8
Total	51	100,0

DISCUSIÓN

Las mujeres hipertensas, con angina de pecho u otra afección cardiovascular requieren consideraciones especiales, fundamentalmente durante la gravidez, puesto que el embarazo en sí presenta determinados riesgos, capaces de provocar graves secuelas cardiovasculares que afectan tanto a la madre como el feto y pueden incluso incidir negativamente en el período neonatal.⁴ Al respecto, el personal de Enfermería debe garantizar una atención especializada a las gestantes cardiopatas, no sólo por su vínculo más estrecho con las pacientes, sino en la ejecución de todas sus acciones. Siempre que de calidad se trate, debe unirse la actuación profesional con la integralidad de los procedimientos empleados y la aplicación de la ética médica.³

En Brasil, la incidencia de cardiopatía y gravidez fue de 0,8% en 5 802 pa-

cientes investigadas, con predominio de la clase funcional I (55,5 %) y de las lesiones mitrales sobre las demás alteraciones en esta esfera,⁵ como también se halló en la serie de *Cabral* y otros⁶ y en la nuestra. Los buenos resultados obtenidos en nuestro hospital ponen de manifiesto el intenso trabajo realizado en el territorio durante los últimos 10 años, a través del cual el personal de Enfermería ha logrado educar y preparar a las pacientes con su labor diaria y calificada en el área de salud y en el segundo nivel de atención, como miembro activo del equipo multidisciplinario.

En otras casuísticas, la mortalidad perinatal global fue elevada (5,1 %), principalmente a expensas de recién nacidos de gestantes con clases funcionales III y IV, asociado con prematuridad, crecimiento intrauterino retardado (CIUR) y bajo peso al nacer.^{6,7}

El hecho de que las tres cuartas partes del total de las embarazadas pudieran llegar al término de la gestación no fue fortuito: hubo que adoptar medidas especiales como verificación de los movimientos fetales, control de reposo, administración de digitálicos, diuréticos, anticoagulantes y antibióticos; toma diaria del peso corporal, ajustes calóricos y su composición, apoyo psicológico y otras, que en su conjunto redundaron en el nacimiento de más

de las dos terceras partes del total de los neonatos con peso adecuado para su edad gestacional.

Según *Costa* y otros,⁵ en el grupo de gestantes estudiadas por ellos sólo hubo un caso de prematuridad, con primacía de los recién nacidos cuyo peso fluctuó entre 2 700 y 3 560 g como mínimo y máximo; hallazgos que se corresponden plenamente con los nuestros. En otra investigación similar⁸ se encontró que la frecuencia de cardiopatía no se relacionó significativamente con la mayor ocurrencia de CIUR y que ese fenómeno se observó solamente en los hijos de cardiopatas con importantes descompensaciones cardíacas durante la gravidez, incluida una grave reducción de la capacidad funcional del corazón.⁷

De todo lo anterior se infiere que la enfermedad cardiovascular no repercutió sobre la tasa de mortalidad materno-perinatal, al no producirse defunción alguna, y que el nivel de morbilidad se redujo a un tercio de la serie en total; resultados que apoyan la afirmación de que estas pacientes, rigurosamente atendidas y tratadas durante el embarazo, pueden tener productos sanos sin grandes complicaciones, siempre que sean tratadas por un equipo multidisciplinario, donde se destaque, como muy importante la labor de enfermería.

SUMMARY

The development achieved during the last years in the attention of cardiacs is stressed. A descriptive and retrospective study of 51 pregnant women attended at the Perinatology Service of the "Tamara Bunke" North Maternal Hospital, in Santiago de Cuba, during 1994, was conducted aimed at assessing the importance of the nurse's work during the pregnancy, delivery and puerperium of these patients. It was concluded that thanks to the special care given, the heart disease did not influence on the maternal and perinatal morbidity and mortality rate, mothers' complications were minimal, and there were no deaths.

Subject headings: PREGNANCY COMPLICATIONS; CARDIOVASCULAR/nursing; NURSING. CARE.

REFERENCIASBIBLIOGRÁFICAS

1. Rivas Estany E, Álvarez Gómez JA. Rehabilitación del paciente con enfermedad coronaria. Estado actual y perspectivas para el siglo XXI. Rev Cubana Cardiol Cir Cardiovasc 1995;9(1-2):3-13.
2. Braunwald E, comp. Tratado de cardiología. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1994:2057-9.
3. Trincado Agudo MT, Fernández Caballero E. Calidad en enfermería. Rev Cubana Enfer 1995;11(1):7-13.
4. Sullivan JM, Lobo RA. Consideraciones para la anticoncepción en mujeres con trastornos cardiovasculares. Am J Obstet Gynecol 1993;168(2):2006-11.
5. Costa CF, Calado NL, Santos LC. Cardiopatía e gravidez. Rev Bras Ginecol Obstet 1983;5(4):161-4.
6. Cabral AC, Silva D, Rezende C, Boaventura M, Leite H, Oliveira M, et al. Cardiopatía e gravidez: resultados perinatais. J Bras Ginecol 1987;9(8):391-3.
7. Bressan F, Pinto CJ. Cardiopatía e gravidez: influência da capacidade funcional cardíaca sobre a duração da gestação, peso, crecimiento intrauterino e vitalidade do concepto. Ginecol Obstet Bras 1988;11(2):98-102.
8. Ragonesi SM, Soares J, Bertini AM, Camano L. Estudio da frequência de cardiopatía no crecimiento intrauterino retardado. J Bras Ginecol 1994;104(9):319-21.

Recibido: 30 de octubre de 1998. Aprobado: 7 de enero de 1999.

Lic. *Maritza Miclín Velázquez*. Hospital Ginecoobstétrico "Tamara Bunke". Santiago de Cuba, Cuba.