

Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica

Volumen 10
Volume

Número 2
Number

Mayo-Agosto 2002
May-August

Artículo:

Proceso de atención de enfermería en un
paciente con miocardiopatía dilatada post-parto

Derechos reservados, Copyright © 2002:
Sociedad Mexicana de Cardiología

Otras secciones de
este sitio:

- 👉 Índice de este número
- 👉 Más revistas
- 👉 Búsqueda

*Others sections in
this web site:*

- 👉 *Contents of this number*
- 👉 *More journals*
- 👉 *Search*



medigraphic.com

Proceso de atención de enfermería en un paciente con miocardiopatía dilatada post-parto

Enf. Card. Ma. De Lourdes Torres Peláez,* E.G. Leticia Carrillo Olvera,**
Lic. Enf. Rosario Alarcón Ojeda,* Enf. Card. Araceli Añorve Gallardo*

* Jefe de los Servicios de Enfermería.

** Enfermera de la Unidad Coronaria.

Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

RESUMEN

El presente es un caso clínico de una paciente de 22 años de edad que fue ingresada al Servicio de Cuidados Intensivos Coronarios del Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez", a los 75 días de haberle practicado cirugía de cesárea, con diagnóstico de miocardiopatía post-partum en quien se aplicó el proceso de atención y se establecen diagnósticos de enfermería tales como la disminución del gasto cardíaco relacionado con disfunción ventricular izquierda, y ansiedad relacionada con la amenaza de muerte.

Palabras clave: Enfermería, miocardiopatía, periparto.

INTRODUCCIÓN

La miocardiopatía periparto es un síndrome clínico y fisiopatológico caracterizado por disfunción miocárdica y dilatación del ventrículo izquierdo o ambos

ABSTRACT

The present is a clinical case of a female patient of 22 years of age who was interned in the Coronary Intensive Care of the Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez"; 75 days after having undergone cesarean surgery, with a peripartum cardiomyopathy diagnose, on whom the attention process was applied and nursing diagnoses are established such as diminished cardiac output with left ventricle dysfunction, and anxiety related with death threats.

Key words: Infirmary, myocardiopathy, peripartum.

ventrículos con hipertrofia inapropiada. Se desarrolla en mujeres con corazón normal entre el tercer trimestre del embarazo y los primeros seis meses post-parto. La fisiopatología de la miocardiopatía periparto es aún desconocida, aunque se han sugerido diversas hipótesis sobre su etiopatogenia para intentar encontrar una lógica explicación, algunos factores que contribuyen al desarrollo de esta enfermedad: el calor con la humedad, ha sido uno de los factores implicados y relacionados con la miocardiopatía periparto. Cenac et al detectaron que en el Sahara existía una mayor incidencia de este síndrome que en Europa y lo atribuyeron a la asociación del calor, el lavado con agua caliente en el puerperio, la ingesta de dietas ricas en sal, la hipertensión arterial y una posible miocarditis viral latente.¹ Otros inves-

Recibido para publicación: 2 de julio 2002

Aceptado para publicación: 20 de agosto 2002

Dirección para correspondencia:

Enf. Card. Ma. De Lourdes Torres Peláez

Juan Badiano No. 1

Col. Sección XVI

Del. Tlalplan

México, D.F., C.P. 14080

lourdes_tp500@hotmail.com

tigadores como Sanderson et al, describieron una incidencia alta al norte de Nigeria donde existe un clima cálido y húmedo, especialmente en los meses de julio y agosto, atribuyéndolo a la asociación del calor junto a las costumbres del pueblo Hausa de ingerir kanwa (dieta rica en sal) en el puerperio. Otro de los factores que participan en el desarrollo de miocardiopatía periparto es un claro déficit nutricional de prealbúmina, proteínas, vitaminas, magnesio, selenio y zinc.²

Los importantes cambios hormonales propios del embarazo, especialmente en relación con los estrógenos y progesterona podrían ser los causantes de este síndrome, aunque esto no ha podido explicarse ni demostrarse desde el punto de vista fisiopatológico.

Los métodos diagnósticos utilizados son: historia clínica, electrocardiograma, rayos X de tórax, aunque son poco sensibles e inespecíficos para dar un diagnóstico certero, el ecocardiograma está considerado como la piedra angular para el diagnóstico de miocardiopatía periparto porque refleja el grado de dilatación y el deterioro de la función ventricular izquierda dando la pauta para decidir la terapéutica en pacientes embarazadas con edema pulmonar.

Los objetivos fundamentales del tratamiento fisiológico propio de los embarazos tales como: incremento de los factores de la coagulación como son el II, VII, VIII, X, fibrinógeno, de la aparición de dilatación de cavidades y disfunción ventricular propias de la enfermedad. Por ello se aconseja la utilización de anticoagulación mediante heparina sódica, heparina de bajo peso molecular o cumarínicos y en los casos de pacientes con miocardiopatía periparto que presentan choque cardiogénico se requiere aporte de fármacos inotrópicos-presores endovenosos, en ocasiones se hace necesaria la ventilación mecánica con aplicación de PEEP, la monitorización de la arteria pulmonar mediante el catéter de flotación, el soporte ventricular con balón intraaórtico de contrapulsación se vuelve imprescindible, en caso de persistencia del choque cardiogénico queda como único recurso el trasplante cardíaco. Las complicaciones se pueden generar a partir de que se desarrolla la enfermedad, las manifestaciones clínicas pueden ser: tos productiva, disnea de esfuerzo, cansancio fácil, hemoptisis, que traducen falla cardíaca y edema agudo pulmonar, los trastornos del ritmo observados con mayor frecuencia son: extrasístoles ventriculares, taquicardia auricular, taquicardia ventricular, fibrilación ventricular y asistolia. Por ello es necesario realizar un diagnóstico precoz para poder otorgar un tratamiento oportuno y evitar complicaciones que comprometan la vida de los pacientes.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Valoración: femenina de 22 años, estado civil casada, nacionalidad mexicana, religión católica, ocupación dedicada al hogar, tiene 2 hijos, a los 2 meses y medio posterior a cirugía de cesárea, inicia con disnea de esfuerzo, la cual fue en aumento hasta llegar a la disnea de reposo y ortopnea de 3 almohadas, por lo que decide buscar ayuda médica, el día 5-05-02 a las 13:00 horas, se presenta al servicio de urgencias, acompañada de su esposo, al interrogatorio se observa reactiva, orientada, cooperadora, angustiada, con llanto fácil dice "me siento mal, tengo miedo de morir y dejar a mis hijos solos" con palidez de tegumentos, discreta ictericia de conjuntivas, disnea, tos productiva, expectoraciones amarillas, frecuencia respiratoria de 32 por minuto, respiración superficial y corta, aleteo nasal y tiros intercostales, plétora yugular, nauseosa. Por lo que se decide pasarla de inmediato a un consultorio para mantenerla en posición de semifowler y colocarle oxígeno mediante catéter binasal a 3 litros por minuto, se monitoriza observándose taquicardia sinusal de 140 latidos por minuto, en el electrocardiograma de superficie se observa crecimiento ventricular, se toma RX de tórax en la que se observa cardiomegalia grado III, los exámenes de laboratorio como biometría hemática y electrolitos séricos estaban en rango normal, se determinó gasometría arterial la cual reporta hipoxia con PaO_2 menor de 70 mmHg. A la auscultación se encuentra con palpitaciones, congestión pulmonar de ambos pulmones, fiebre de 38°C, edema de miembros inferiores por lo que se decide su ingreso a la unidad coronaria con diagnóstico clínico de cardiomiopatía puerperal e insuficiencia cardíaca congestiva.

Datos subjetivos:

"Me falta el aire, siento ahogarme, no puedo estar acostada, tengo tos, quiero vomitar, me siento mal, tengo miedo de morirme".

Datos objetivos:

Pálida, con fiebre de 38°C, diaforesis profusa, ictericia de conjuntivas, polipnea, taquicardia, hipoventilación bilateral, abundantes secreciones orales, edema de miembros inferiores.

1. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

- Respiración ineficaz relacionada a congestión pulmonar.

Metas: Mejorar la disnea a los 20 minutos de haber iniciado las intervenciones y mantener la frecuencia respiratoria entre 16 y 20 respiraciones por minuto.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

- Posición semifowler con la finalidad de reducir el trabajo respiratorio.
- Proporcionar oxígeno suplementario de manera continua mediante mascarilla facial con bolsa reservorio para mejorar el intercambio gaseoso y la oxigenación de los tejidos.
- Valorar continuamente la saturación de oxígeno mediante oxímetro de pulso permanente que permita conocer el estado general de la oxigenación del paciente.

EVALUACIÓN

- Incremento de la disnea con deterioro importante del patrón respiratorio por lo que se replantean las intervenciones de enfermería.

2. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Incapacidad para mantener la respiración espontánea relacionada con hipoxia.

Metas: Mejorar el intercambio gaseoso a los 30 minutos de iniciadas las intervenciones de enfermería.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

- Valorar que los parámetros establecidos en el ventilador correspondan a las necesidades de la paciente.
- Evaluar y mantener el funcionamiento adecuado del equipo durante la ventilación mecánica.
- Aspiración de secreciones de la vía traqueal y oral para mantenerla permeable.
- Colocar a la enferma en posición decúbito lateral para evitar broncoaspiración.

EVALUACIÓN

- Se corrige la hipoxia y mantiene PaO_2 mayor al 90%.

3. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Disminución del gasto cardíaco relacionado con disfunción ventricular izquierda.

Metas: Mantener el gasto cardíaco en 4 a 5 litros por minuto y el índice cardíaco de 2 a 2.5 litros por minuto.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

- Determinar y registrar el gasto cardíaco mediante el catéter de flotación, cada hora y valorar las condiciones hemodinámicas del paciente.
- Valorar las constantes vitales cada hora.
- Mantener vía venosa permeable para la ministración de la terapéutica establecida.
- Vigilar la respuesta a la terapia farmacológica establecida.
- Valorar el nivel de conciencia y tomar las precauciones debidas para evitar lesiones.
- Mantener un control en la ingesta y excreción de líquidos cada hora.

EVALUACIÓN

- Se logra mantener el gasto cardíaco entre 4-5 litros por minuto y las constantes vitales dentro de límites normales

4. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Ansiedad relacionada con la amenaza de muerte.

Metas: Disminuir la ansiedad de la paciente en las primeras horas de hospitalización.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

- Desarrollar una relación de confianza entre la enfermera y el paciente.
- Animarle para que exprese sus motivos de preocupación e inquietudes.
- Evaluar lo que la paciente sabe respecto a su estado de salud.
- Favorecer la visita de su guía espiritual
- Respetar valores y creencias religiosas.
- Disminuir la estimulación sensorial: apagar la luz, planear las intervenciones de enfermería para permitir el descanso.
- Facilitar la presencia de las personas importantes en su vida.

CONCLUSIONES

El embarazo asociado a la miocardiopatía periparto es considerado como una entidad rara, pero con

una evolución obstétrica satisfactoria. Sin embargo, la falta de conocimiento de la misma ha llevado a pérdidas gestacionales e incluso a la muerte materna. La miocardiopatía periparto permanece como un reto ya que la etiología es desconocida, la historia natural de la enfermedad es bien definida, pero la respuesta al tratamiento generalmente no es satisfactoria. Ante esta situación, la aplicación del proceso de atención de enfermería permite llevar una continuidad de la respuesta humana y otorgar cuidado enfermero de calidad, como en este caso, que a pesar de una respuesta negativa a la terapéutica establecida, en la valoración holística de la paciente se detectan las alteraciones emocionales producidas por la sensación de muerte inminente e incertidumbre por el futuro de sus hijos, por lo que las intervenciones

de enfermería se hicieron específicas logrando la aceptación de su pronóstico y una muerte digna.

BIBLIOGRAFÍA

1. Forssell G, Laska J, Olsson M, Mogensen L. *Peripartum cardiomyopathy* 1994; 235: 493-496.
2. Dougherty A, Naccarelli GG et al. *Congestive heart failure with normal systolic function*. Am J Cardiol 1984; 54: 778-782.
3. Homans DC. *Peripartum cardiomyopathy*. N Engl J Med 1985; 312: 1432-1437.
4. Fernández C. *El proceso de atención de enfermería. "Estudio de casos"* Ed. Salvat Barcelona 1993.
5. Iyer P. *Proceso y diagnósticos de enfermería*. Ed Interamericana 3ª ed. México 1997.
6. Ruiz M, López A, Fierro LJ. *Miocardiopatía periparto*. Med Clin (Barc) 2000; 114: 551-557.
7. Rosales S. *Fundamentos de enfermería y planeación de cuidados*. Ed. Interamericana México 1992.