

Título:

Resultados materno perinatales. Gestantes cardiópatas y no cardiópatas. Hospital Juan Bruno Zayas. Enero 2007 -diciembre 2008

Autores

Msc. Yoliaris Mourlot Morales

Master en atención integral a la mujer

Especialista de Primer Grado en Ginecología y Obstetricia Profesora Instructor Facultad Miguel Enríquez

Teléfono 797 5546

Correo normyda@infomed.sld.cu

Msc. Sandra Huerta González

Master en urgencias médicas en atención primaria de salud

Especialista de primer grado en Medicina General Integral, Profesora Asistente ELACM

Msc. Luis Norberto Díaz González

Master en urgencias médicas en atención primaria de salud

Especialista de primer grado en Medicina General Integral, Profesora instructor Facultad Miguel Enríquez

Msc. Ángel Suárez Escandón

Master en urgencias médicas en atención primaria de salud y en toxicología clínica

Especialista de primer grado en Medicina General Integral, Profesor asistente Facultad Miguel Enríquez.

Resumen.

Se realizó un estudio de cohorte con el propósito de determinar el comportamiento de algunos indicadores maternos – perinatales, en un grupo seleccionado de pacientes cardiópatas atendidas según protocolo de trabajo en comparación con un grupo escogido al azar de pacientes no cardiópatas atendidas en el servicio de obstetricia en el Hospital General Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso, durante el período comprendido entre enero del 2007 a diciembre del 2008. Las gestantes cardiópatas en su mayoría presentaron una lesión adquirida, predominando el grado funcional I, así como las de bajo riesgo de muerte. Al comparar los resultados de ambos grupos observamos que no hay diferencias significativas en cuanto a la edad de las pacientes, la edad gestacional al parto, el tipo de parto, las causas de cesáreas. Las complicaciones maternas difieren presentándose en las gestantes cardiópatas la insuficiencia cardíaca. La morbilidad y mortalidad del recién nacido se comporta de manera similar siendo la restricción del crecimiento intrauterino y el parto pretérmino las más frecuentes para ambos grupos.

Palabra Clave: Gestantes cardiópatas

Title

Maternal and perinatal results. Cardiopathic and non-cardiopathic pregnant women. “Juan Bruno Zayas” Hospital. January 2007 - December 2008

Abstract

A cohort study was carried out in order to determine the state of some maternal and perinatal indicators, in a selected group of cardiopathic patients, assisted according to work protocol, as compared with a group of non-cardiopathic patients, chosen at random, assisted in the obstetrics service of “Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso” General Hospital, from January 2007 to December 2008. Most of the cardiopathic pregnant women suffered an acquired injury, being those with first functional level the prevailing ones. The same thing happened in the case of mothers with low risk of death. While comparing the results of both groups, it was possible to observe that there were not significant differences as to the patients’ age, the pregnancy age at

the time of delivery, the type of labor, or the causes of cesarean. Maternal complications differed, being heart failure the one presented in the case of cardiopathic pregnant women. Morbidity and mortality in the newborn were similar for both groups, being intrauterine growth retardation and preterm birth the most frequent in both cases.

Introducción

Durante mucho tiempo en la medicina mundial la coexistencia de enfermedad cardíaca y gestación ha constituido un estado de especial relevancia, trascendencia y complejidad clínica, aun ahora es aceptado por mayoría, que estas afectaciones representan la primera causa de muerte materna indirecta y la cuarta de muerte materna por razones asociadas al proceso reproductivo ⁽¹⁾.

Actualmente se reconoce que la gestación puede coexistir con una cardiopatía, sin ignorar que constituye la primera causa de morbilidad materna no obstétrica, ⁽³⁾ es posible lograr un embarazo con éxito si existe una asesoría adecuada al valorar los riesgos, incluyendo los de carácter biológico, psicológicos y socioeconómicos, así como los riesgos fetales y la teratogenicidad de los tratamientos propuestos, como es el caso del uso de anticoagulantes y determina acciones específicas en materia anticoncepcional de carácter transitorio o permanente, con un uso racional de los métodos anticonceptivos, resulta fundamental para la salud reproductiva de las cardiopatas. ⁽²⁾

Durante las últimas décadas, un mejor conocimiento y comprensión de la mecánica circulatoria y los cambios que se establecen durante la gestación en estas pacientes han traído como resultado una indiscutible mejoría en la calidad de los protocolos conductuales y terapéuticos ⁽⁵⁻⁸⁾. Esto ha disminuido considerablemente el porcentaje de una de las causas más frecuentes de mortalidad materna; sin embargo, de forma aproximada, el 25 % de las muertes durante el período grávido-puerperal son debidas a la presencia de una complicación cardíaca, según López Escobar ⁽³⁾.

Según las estadísticas la incidencia de cardiopatía y embarazo varía, según diferentes autores, entre 1 y 4% en población de gestantes ^(2, 8-11). Las lesiones mitrales representan el 90 % de las observaciones ^(12 - 20), con aplastante predominio de la estenosis y de la etiología reumática; las

afecciones congénitas se reportan en el 6%, las demás afecciones cardíacas llegan hasta el 4%^(10,15), aunque se ha comunicado una notable modificación en el tipo de cardiopatías encontradas en las últimas décadas, cuando se reduce la incidencia de afecciones de origen reumático^(2,9,13); esta circunstancia ha traído como resultado un cambio en su incidencia relativa durante la gestación, las cuales muestran ahora razón matemática de 3:1, por cuanto las cardiopatías congénitas se aceptan con una frecuencia “natural” constante de 0.8 por 100 nacidos vivos y, además entre otras cosas, por la eficiencia y eficacia de la terapéutica actual para las enfermedades reumáticas. El índice de cesáreas aumenta relacionada con el grado funcional de estas pacientes, se encuentra entre un 10 a un 20 por ciento.

La mortalidad perinatal de este grupo se reporta entre un 15 y un 50 %, la mortalidad materna cayó de un 5,6 a un 0,3, pero todavía sigue siendo significativo, de este por ciento de 8 a 10 muertes ocurren en el puerperio. Es importante señalar que las cardiopatías congénitas se adquieren como característica poligénica, donde solo el 10 % de los neonatos heredan la misma.

En nuestro país fundamentalmente en la zona occidental se reporta una incidencia parecida donde el prolapso valvular mitral es el que predomina⁽³⁾. En nuestro hospital en los 2 años de investigación de este trabajo ocurrieron un total de 6 452 nacimientos, las cardiopatas presentaron una incidencia de 6,25 x 1 000 nacidos vivos. En cuanto a la mortalidad perinatal ocurrió una muerte neonatal para una tasa de 1,2 x 1 000 nacidos vivos. No hubo muerte materna en este período.

Teniendo en cuenta que toda gestante cardiópata constituye una urgencia debemos tener en cuenta que la frecuencia de la atención prenatal se establece de acuerdo a la gravedad de la cardiopatía, valorándose las posibles complicaciones en cada control y el incremento de los elementos de riesgo o evidencias de descompensación en la paciente determinan el ingreso hospitalario. En las gestaciones no complicadas el ingreso hospitalario tiene lugar a las 39 semanas, realizándose pruebas de bienestar fetal (estudios ultrasonográficos y cardiotacografía fetal) hasta el final del embarazo. Se prefiere el parto transvaginal por la menor morbimortalidad que produce, y en el caso de las cesáreas se prefiere la anestesia epidural continua⁽⁴⁾.

Por todo lo anteriormente planteado y ser nuestro hospital centro provincial de referencia de cardiopatía y embarazo, así como por la necesidad de obtención de resultados satisfactorios y teniendo el antecedente de un estudio descriptivo en este grupo de pacientes, queda justificado la proyección y realización de la presente investigación, donde se pretende determinar el comportamiento de algunos indicadores maternos y perinatales en gestantes cardiópatas comparándolo con grupos controles de gestantes no cardiópatas.

Objetivos

Determinar el comportamiento de algunos resultados materno perinatales en gestantes cardiópatas y no cardiópatas, según protocolo de atención para cada grupo en el servicio de obstetricia en el Hospital General Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso, durante el período comprendido entre enero del 2007 a diciembre del 2008

Material y Método

Se realizó un estudio de cohorte de gestantes cardiópatas y no cardiópatas con el propósito de determinar el comportamiento de algunos resultados maternos y perinatales, atendidos en el servicio de obstetricia del Hospital General “Dr. Juan Bruno Zayas” durante el período de Enero/2007 a Diciembre/2008.

Universo: Todas las gestantes atendidas en el servicio de obstetricia durante los años 2007 y 2008.

Muestra: Todas las pacientes cardiópatas (excluyendose el prolapso valvular mitral) para un total de 41 comparandose con una muestra seleccionada al azar de gestantes no cardiópatas en una relacion de 2 a 1, atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital General “Dr. Juan Bruno Zayas” durante el período antes mencionado.

Técnicas y Procedimientos

I- De recolección de la información

Se realizó una amplia y profunda revisión bibliográfica en la biblioteca del Centro de Información de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba, además se utilizó la recibida por correo electrónico, por Infomed e Internet.

Se visitó la biblioteca de Maestría en la Facultad 1 de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba, así como la de los Hospitales maternos de la provincia.

La recolección de los datos se efectuó por la propia autora mediante la entrevista con cada paciente y la revisión del carnet obstétrico, la historia clínica hospitalaria y libro registro de partos y se vaciaron en una planilla de datos.

II- De procesamiento de la información.

La información obtenida se procesó de forma computadorizada en una computadora Pentium IV mediante el sistema Excel, aplicándose el Epidat para conocer la existencia de diferencias entre los grupos estudiados, utilizándose el porcentaje como medida de resumen y el chi cuadrado.

Los resultados obtenidos se presentan en tablas simples.

RESULTADOS

Antes de comenzar el análisis de los resultados, nos dimos a la tarea de realizar una descripción de las cardiopatas según las clasificaciones que usamos en nuestro medio para tratar este grupo de pacientes, las cuales se reflejan en las tablas 1, 2 y 3. El comportamiento es el esperado, según el grado funcional, el riesgo de muerte y el daño orgánico.

Se relacionan en la tabla 1 las cardiopatías según el momento de aparición y daño orgánico, encontrándose que el 75,6 % tenían una cardiopatía adquirida. La lesión orgánica que predominó fue la estenosis mitral con el 19,5 %, seguida de la estenosis pulmonar con 17,2 % y la comunicación interventricular con un 14,6 %.

Las gestantes cardiopatas que evolucionaron con grado funcional I durante el parto y el puerperio representaron el 78,0 % como se refleja en la tabla 2.

Al agrupar las gestantes con cardiopatías teniendo en cuenta la lesión anatómica según la clasificación de Clark que establece el riesgo de morir por esta entidad como vemos en la tabla 3, el 68,3 % correspondía al bajo riesgo seguida de las de mediano riesgo con 21,9 %.

En la tabla 4 mostramos el número de pacientes según grupo de edades, encontrando que el 70,7% de las gestantes cardiopatas tenían de 20 a 34 años seguidas de las menores de 20 años con 17,1 %. Con relación al grupo control el 80,5 % tenían de 20 a 34 años seguidas de las menores de 20 años con 12,2 %.

El 90,2 % de las pacientes cardiópatas tuvo su parto con embarazo a término entre 37 y 41,6 semanas como se muestra en la tabla 5. Correspondiendo el 85,4 % para el grupo control. En las gestantes cardiópatas el 4,9 % tuvo parto pretérmino y con igual porcentaje para el embarazo prolongado. En el grupo control se presentó el parto a término en el 85,4 %, seguido del embarazo prolongado con un 9,7 %.

Al relacionar el tipo de parto (Tabla 6) en ambos grupos de estudio observamos que predominó el parto eutócico con 73,1 % para las cardiópatas y 78,0 % para las no cardiópatas, esto guarda relación con el comportamiento según grado funcional para el primer grupo.

En la tabla 7 vimos que en el grupo de las cardiópatas la indicación cardiológica como causa de cesárea estuvo relacionada con el grado funcional y la lesión anatómica, la cual no tuvo significación estadística y representó el 7,3 %, por lo que las otras cesáreas fueron por indicación obstétrica y se comportó igual en ambos grupos de estudios.

La tabla 8 vemos que las enfermedades asociadas y dependientes del embarazo más frecuentes se comportaron para las embarazadas cardiópatas el 14,6 % con anemia, seguidas de la hipertensión arterial crónica con 12,1 % y la infección vaginal 7,3 %. Por otra parte el grupo de las gestantes no cardiópatas fueron más frecuentes la anemia 12,2 %, bajo peso materno 4,9 % y la infección vaginal el 6,1 %.

En cuanto a las complicaciones maternas observadas como se muestra en la tabla 9 la insuficiencia cardíaca apareció en 5 pacientes (12,1%) relacionada con la enfermedad de base, siendo la más frecuente en el grupo de las cardiópatas, resultados estos relacionados con los grados funcionales III-IV.

En la tabla 10 se pone de manifiesto la distribución de los pesos al nacer que se comportó similar en ambos grupos, el 85,3% de las pacientes cardiópatas tuvieron niños normopeso, el 7,3 % fueron niños con peso por debajo de los 2500 g. En el grupo comparativo, el 87,8 % de las pacientes también tuvo niño normopeso y solo 2 presentaron bajo peso (2,4%).

De interés para el estudio fue evaluar la morbilidad y mortalidad perinatal la cual se aprecia en la tabla 11, vemos que el CIUR apareció solo en 1 caso (2,4%), seguido del pretérmino con 2 casos (4,9%) en el grupo de las cardiópatas. En comparación con el grupo de las no cardiópatas se evidenció un resultado similar, el pretérmino tuvo un 4,9 % seguido del CIUR y

el apgar bajo con el 2,4 % respectivamente. Solo se produjo una muerte neonatal la cual estuvo relacionada con la asfixia perinatal en el curso de una insuficiencia cardíaca congestiva.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en la tabla 1 coinciden con la literatura revisada⁽⁵⁻⁶⁾. Que señala que la estenosis mitral es la afección cardíaca adquirida más frecuente, excluyéndose de este estudio los prolapsos de la válvula mitral que de forma general son la afección mayoritaria en nuestra provincia (Viñas Oliva R y Col)⁽⁵⁾.

Las gestantes cardiopatas que evolucionaron con grado funcional I durante el parto y el puerperio representaron el 78.0 % como se refleja en la tabla 2, favoreciendo el resultado materno perinatal alcanzado. Solo 4 pacientes pasaron al grado IV para un 9.3 %, lo que está relacionado con la lesión anatómica y este período de riesgo de descompensación como son el parto y el puerperio.

Al agrupar las gestantes con cardiopatías en la tabla 3 teniendo en cuenta la lesión anatómica según la clasificación de Clark que establece el riesgo de morir por esta entidad , estos resultados son similares a otros estudios en los que se observa esta misma relación planteándose que las mujeres con cardiopatía de riesgo elevado en su mayoría no deben embarazarse ya que debido a los cambios hemodinámicos propios del embarazo son más susceptibles a sufrir alguna complicación fundamentalmente en los períodos críticos⁽⁷⁻⁸⁾.

Los resultados de la tabla 4 no muestran diferencias significativas, esto es similar a los resultados informados por los estudios realizados tanto en países desarrollados como del tercer mundo, además destacamos que generalmente la mayoría de estas mujeres son nulíparas, elemento importante para apoyar o no una gestación de alto riesgo^(2, 7,8). Consideramos esto obedece a que la edad idónea para embarazarse la mujer es entre 20 y 34 años

En la tabla 5 se muestra resultados similares en ambos grupos aunque en la bibliografía consultada^(4,5,6,7,8) se refleja que este grupo de pacientes presenta un por ciento elevado de partos prematuros relacionados con la gravedad de la cardiopatía, la limitación que esta produce y el grado de hipoxia crónica, en nuestro país debido a la integralidad del sistema de salud y la existencia de un protocolo para la atención a estas pacientes con riesgo ese por

ciento se comporta igual que en mujeres sanas, es de destacar que algunos autores recomiendan un parto en semanas inferiores a las 40 debido a la disminución del gasto cardíaco después de la semana 30 afectando la circulación útero placentaria. No se presenta significación estadística en esta variable

Al relacionar el tipo de parto (Tabla 6) en ambos grupos de estudio observamos que predominó el parto eutócico. La cesárea se presenta en el mundo con mayor frecuencia como indicación por situaciones obstétricas ya que se aboga por que la gestante cardiópata tenga un parto transpelviano debido a los riesgos que implica dicho proceder, En algunas situaciones la cesárea es preferible al parto vaginal como: la coartación aórtica, el marfán, y las aortitis por el riesgo de disección aórtica y en las cardiopatías cianóticas donde se agrava la hipoxemia fetal citado por Viñas Oliva ⁽⁵⁾.

Luego del análisis de la tabla anterior, en la tabla 7 vimos que en el grupo de las cardiópatas la indicación cardiológica como causa de cesárea estuvo relacionada con el grado funcional y la lesión anatómica. Estos resultados se relacionan con el grado funcional y con el grado de hipoxia fetal que suele aparecer debido a los cambios hemodinámicos y su repercusión sobre el corazón enfermo. Estudios nacionales e internacionales coinciden en reservar solo la indicación cardiológica para aquellas cardiópatas con alto riesgo de muerte. ^(8,9).

En la investigación observamos que las cesáreas por indicación cardiológica fueron debido a: estenosis mitral severa en dos casos y en otra gestante por doble lesión valvular mitral, todas con grado funcional III – IV.

En la tabla 8 vemos que las enfermedades asociadas y dependientes del embarazo más frecuentes.

Viñas Oliva y Andrade Januario encuentran similares resultados planteando que no existe relación directa entre estas enfermedades y la cardiopatía comportándose relativamente igual a la población gestante no cardiópata ^(5,7).

Las complicaciones maternas observadas se muestran en la tabla 9. Estas complicaciones son similares a las reportadas en la literatura internacional revisada ^(7,8). En nuestro estudio las causas que produjeron la insuficiencia cardíaca fueron: Estenosis mitral severa (3 casos), doble lesión valvular mitral en una gestante, así como una miocardiopatía puerperal.

En la tabla 10 se pone de manifiesto la distribución de los pesos al nacer que se comportó similar en ambos grupos. En el mundo se evidencia que las pacientes cardiópatas tienen una mayor frecuencia de niños bajo peso, producto a la asociación de otras enfermedades como la preeclampsia, la hipertensión, el bajo peso materno y el parto pretérmino⁽¹⁸⁻²⁵⁾. Esto difiere de nuestro estudio donde el bajo peso se comporta de forma similar al resto de la población gestante.

De interés para el estudio fue evaluar la morbilidad y mortalidad perinatal la cual se aprecia en la tabla 11. Autores^(6,8) describen cifras de mortalidad de hasta un 18%, en otras series pequeñas no refiere mortalidad, es indiscutible que la misma esta determinada por factores como la clasificación funcional, cianosis y el uso de anticoagulantes en la madre, produciendo insuficiente irrigación útero placentaria, hipoxemia y la disminución del aporte de oxígeno y nutrientes, los cambios en el embarazo significan un desafío a la reserva funcional de este sistema.

Sin embargo vemos que los resultados maternos perinatales se han comportado igual en este grupo que el de las gestantes sanas que han tenido su parto en nuestro centro evidenciándose que estas pacientes no constituyen un problema de salud para nuestro equipo de trabajo, debido a su manejo integral y multidisciplinario.

Conclusiones:

- El comportamiento de los resultados maternos perinatales fue similar para gestantes cardiópatas y no cardiópatas.
- La estenosis mitral fue la lesión valvular de mayor incidencia, relacionándose con los criterios cardiológicos para terminar el embarazo por cesárea, así como en la aparición de Insuficiencia cardiaca como complicación más frecuente.

Referencias Bibliográficas

- 1.OlivaRodríguezJ.CardíopatíayEmbarazo.RevisióndeTema.Hospital Ginecobstétrico Gonzáles Coro, Publicación interna, Ciudad de la Habana, Cuba, 1995
- 2.McAnukltyJ,MetcalfJ,UelandK.Cardíopatíasyembarazo.In:Hurts WJ, editor. El corazón. La Habana: Ed. Revolucionarias; 981.v.1, p1772-4.

3. López Escobar G. Algunos aspectos de las cardiopatías y la mecánica circulatoria durante el embarazo. Universidad Nacional Colombia. Disponible en <http://www.encolombia.com/obstetricia51200.algunos-b.2002>
Último acceso 5 enero 2007
4. González I, Armada E, Díaz J, Gallego P, García Molle 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: 1474-1495.
5. Steer P. Embarazo y anticoncepción. En: Gatzoulis MA, Swan L, Therrien J, Pantely G, editores. Cardiopatías congénitas en el adulto. Barcelona: J&C Ediciones médicas; 2005. p. 16-35.
6. Qasqas S, McPherson C, Frishman W, Elkayam U. Cardiovascular pharmacotherapeutic considerations during pregnancy and lactation. Cardiol Rev. 2004;2:100-87
7. Emergency Cardiac Care Committee, Subcommittees and Task Forces of the American Heart Association. 2005 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiac Care. Part 108: Cardiac arrest association with pregnancy. Circulation. 2005;112 (Suppl 24): IV1-203.
8. Casellas M. Medicina materno fetal. XIII curso intensivo de formación continuada. www.menarini.es 2006;79-86

Referencias Bibliográficas

1. Oliva Rodríguez J. Cardiopatías Embarazo. Revisión de Tema. Hospital Ginecobstétrico Gonzáles Coro, Publicación interna, Ciudad de la Habana, Cuba, 1995
2. McAnuklty J, Metcalfe J, Ueland K. Cardiopatías y embarazo. In: Hurts WJ, editor. El corazón. La Habana: Ed. Revolucionarias; 1981. v.1, p1772-4.
3. López Escobar G. Algunos aspectos de las cardiopatías y la mecánica circulatoria durante el embarazo. Universidad Nacional Colombia. Disponible en <http://www.encolombia.com/obstetricia51200.algunos-b.2002> Ultimo acceso 5 enero 2007
4. González I, Armada E, Díaz J, Gallego P, García Moll 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: 1474-1495.
5. Steer P. Embarazo y anticoncepción. En: Gatzoulis MA, Swan L, Therrien J, Pantely G, editores. Cardiopatías congénitas en el adulto. Barcelona: J&C Ediciones médicas; 2005. p. 16-35.
6. Qasqas S, McPherson C, Frishman W, Elkayam U. Cardiovascular pharmacotherapeutic considerations during pregnancy and lactation. Cardiol Rev. 2004;2:100-87
7. Emergency Cardiac Care Committee, Subcommittees and Task Forces of the American Heart Association. 2005 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiac Care. Part 108: Cardiac arrest association with pregnancy. Circulation. 2005;112 (Suppl 24): IV1-203.
8. Casellas M. Medicina materno fetal. XIII curso intensivo de formación continuada. www.menarini.es 2006;79-86