

Cardiopatía y embarazo

CARLOS JOSÉ JARAMILLO GÓMEZ

MD. Especialista en Medicina Interna de la Universidad de Antioquia
Especialista en Cardiología Clínica de la Universidad de Antioquia
Especialista en Cardiología con énfasis en rehabilitación cardíaca del Hospital Brouseasis, París - Francia
Research Fellowship en Rehabilitación Cardíaca del Hospital Brigham and Women . Boston - USA
Docente vinculado a la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia
Médico Cardiólogo de la Unidad Cardiovascular y del Tórax del Hospital Universitario San Vicente de Paúl

El médico general enfrenta con frecuencia, durante la consulta obstétrica, situaciones que debe resolver con buen criterio. Estas son algunas de ellas:

1. En la consulta prenatal, durante el interrogatorio o el examen físico, encuentra síntomas o signos que le sugieren la presencia de un problema cardíaco subyacente y debe definir qué hacer, con las herramientas que tiene a su alcance.
2. La mujer en embarazo que acude a su consulta y sabe que tiene un problema cardíaco.
3. La señora con un problema cardíaco conocido y que busca asesoría preconcepcional.

La decisión de atender a la paciente en el nivel que se encuentra, o remitirla a un programa de alto riesgo obstétrico, depende de lo siguiente:

Antes que nada, debe guiarse por su buen juicio clínico, teniendo en cuenta que los cambios fisiológicos del embarazo



pueden causar síntomas y signos que remedan problemas cardiacos. Pero, si encuentra signos como un punto de máximo impulso (PMI) muy desplazado a la izquierda, un latido epigástrico, ingurgitación yugular a 45°, frémito en cualquiera de los focos, un soplo diastólico y/o sistólico intenso, hepatomegalia dolorosa y crépitos en los 2/3 pulmonares inferiores, muy probablemente se trata de un problema cardiológico; además, si encuentra un electrocardiograma anormal debe considerar la necesidad de remitirla para que sea evaluada por parte de un internista o cardiólogo que incluya una ecocardiografía y defina la vinculación a un programa de alto riesgo obstétrico.

Si se conoce el problema previo que tiene la paciente, debe evaluarse la última ecocardiografía o los diagnósticos que se tienen, con el fin de definir el riesgo adicional que representa ese embarazo y así poder establecer, si es de bajo riesgo y eventualmente puede seguir su manejo durante el embarazo y el parto, o si se trata de un riesgo intermedio o alto para hacer la remisión.

Son de alto riesgo, por tener una mortalidad mayor del 5%, las mujeres con las siguientes afecciones:

- Hipertensión arterial pulmonar (HAP).
Secundaria a malformación congénita o Síndrome de Eisenmenger.
Secundaria a una causa adquirida (tromboembolismo pulmonar, EPOC, enfermedades del colágeno, problemas valvulares, falla cardiaca).
Primaria (después de descartar todas las posibles causas).
- Síndrome de Marfan con dilatación de la aorta o lesión valvular.
- Infarto agudo de miocardio durante el embarazo.
- Estenosis aórtica grave aún asintomática.
- Estenosis mitral severa.
- Disfunción ventricular grave de cualquier origen.
- Estado funcional de cualquier cardiopatía III o IV de la clasificación de la NYHA (Asociación del corazón de Nueva York)

Se consideran de riesgo intermedio, pues causan una mortalidad entre 1 y 5%:

- Tener una prótesis valvular mecánica que requiera anticoagulación.
- Estenosis aórtica moderada.



- Estenosis mitral moderada.
- Estenosis pulmonar severa.
- Síndrome de Marfan sin dilatación de la aorta.
- Coartación aórtica no corregida.
- Cardiopatías cianógenas no corregidas sin hipertensión arterial pulmonar.

Son consideradas de bajo riesgo por tener una mortalidad inferior al 1% (pero superior a la de los individuos sanos):

- Cardiopatías congénitas corregidas con buenos resultados y sin disfunción residual.
- Cardiopatías congénitas con cortocircuitos de izquierda a derecha sin hipertensión pulmonar.
- Insuficiencia mitral o aórtica moderada o severa asintomática y sin deterioro de la función sistólica.
- Estenosis pulmonar moderada.
- Prótesis valvulares biológicas sin disfunción residual.
- Válvula aórtica bicúspide sin estenosis significativa.
- Estenosis mitral leve o moderada sin hipertensión de la arteria pulmonar.

Entre los estudios recientes que permiten definir los riesgos maternos y fetales, se encuentra el CARPREG, realizado en Canadá, el cual revisó 617 embarazos en 562 mujeres (75%) con cardiopatías congénitas y adquiridas, excluyendo el prolapso de la válvula mitral sin insuficiencia mitral significativa. Se encontró que la frecuencia de complicaciones cardiovasculares durante el embarazo fue del 13%; la mitad de ellas en el periparto, y las más frecuentes fueron la insuficiencia cardíaca y las arritmias. En este estudio se presentaron 3 muertes, y entre los predictores de complicaciones cardiovasculares se encontraron la clase funcional antes del embarazo (un NHYA >II), una función ventricular comprometida (fracción de eyección < del 40%), lesiones obstructivas izquierdas como la estenosis mitral (con áreas < a 2 cm²) o la estenosis aórtica (con áreas < a 1,5 cm² y gradientes > 30 mmHg), y la historia previa de arritmias causantes de enfermedad cerebrovascular (ECV) o falla cardíaca. En cuanto al feto, se observaron efectos adversos en el 18%, comparado con un 7% en los hijos de las embarazadas normales.



La complicación más frecuente fue el retraso del crecimiento intrauterino, y los factores de riesgo, además de los ya mencionados, fueron la presencia de cianosis al nacer, la anticoagulación, la gestación múltiple, el tabaquismo y la edad materna menor de 20 o mayor de 35 años.

Además de las alteraciones estructurales, las embarazadas pueden desarrollar, en cualquier momento, trastornos del ritmo y su manejo puede hacerlo, en casi todos los casos, el médico general siempre y cuando tenga en cuenta las siguientes recomendaciones: las taquicardias supraventriculares paroxísticas (reentrada nodal o a través de un haz anómalo oculto) se manejan con maniobras vagales; si no responden, el uso de la adenosina por vía venosa es seguro y para su profilaxis pueden utilizarse la digital o los beta bloqueadores. Si una arritmia, ya sea supraventricular o ventricular compromete hemodinámicamente a la paciente, es indispensable hacer una cardioversión, la cual es un procedimiento seguro. En arritmias ventriculares, la profilaxis se hace en gran medida con beta bloqueadores y puede utilizarse con seguridad la Propafenona; la Amiodarona debe usarse sólo como fármaco de segunda elección, si no se ha tenido éxito con los otros medicamentos. Si a la paciente se le ha implantado un cardiodesfibrilador, no se contraindica por sí mismo el embarazo. Si existe una indicación de marcapaso durante el embarazo, es deseable que se haga utilizando como guía la ecocardiografía en lugar de la fluoroscopia, para evitar la radiación del feto.

Cuando la paciente tiene una falla cardíaca de tipo sistólico, como sería el caso de una cardiomiopatía periparto, la digital, los diuréticos y los beta bloqueadores pueden utilizarse sin ningún problema. Están contraindicados los I-ECAS y los ARAS II, y en su defecto, puede recurrirse a la hidralazina y los nitratos como vasodilatadores periféricos. En cuanto al parto, la vía vaginal tiene menos riesgos que la cesárea, la analgesia por vía epidural es clave. Son indicaciones para la cesárea, fuera de las obstétricas: el síndrome de Marfan con dilatación de la aorta, cuando la paciente está recibiendo warfarina en el momento del parto, si hay un deterioro hemodinámico materno rápido que contraindique el parto vaginal y finalmente, algunos recomiendan esta vía en mujeres con hipertensión pulmonar severa.

BIBLIOGRAFÍA

Doménech A, Gatzoulis M. Embarazo y cardiopatía. Rev Esp Cardiol 2006;59(9):971-84



Murali S, Baldisseri M. Peripartum cardiomyopathy. *Crit Care Med* 2005;33(10):S340-46.

Múnera A. Enfermedad cardíaca y embarazo. Tópicos selectos en enfermedades cardíacas y vasculares. Medellín: Colina; 2006. p. 216-227.

Oakley C, Warnes CA. Heart disease in pregnancy. 2a edición. EEUU: BMJI Books. Blackwell Publishing; 2007.

Zipes D, Libby P, Bonow R, Braunwald E, editores. Braunwald's heart disease: A textbook of cardiovascular medicine. 7a ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2005. Capítulo 74.