

CONSIDERACIONES A TENER EN CUENTA EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA Y EMBARAZO

Carlos José Jaramillo Gómez*

El médico que evalúa una paciente gestante y que presenta síntomas y signos que le puedan indicar la presencia de una cardiopatía previamente no diagnosticada está frente a un reto clínico muy importante, así como el que recibe a la que ya sabe que presenta un problema cardiaco.

En el primero de los casos debe hacer un diagnóstico diferencial de los síntomas y signos que se pueden presentar en el embarazo, pues por los cambios hemodinámicos que ocurren a lo largo de la gestación pueden aparecer disnea, fatigabilidad, edemas, palpitaciones y soplos. Sugieren la presencia de cardiopatía la presencia de un punto de máximo impulso desplazado a la izquierda, de un evidente

* *Profesor Titular
Departamento de Medicina Interna
Facultad de Medicina
Universidad de Antioquia*

latido epigástrico, la presencia de un frémito en cualquiera de los focos auscultatorios, la auscultación de un soplo sistólico de por lo menos un grado III/VI y uno diastólico en cualquier ubicación. Será de mucha ayuda para establecer si hay una alteración estructural, isquémica o de trastorno del ritmo, el electrocardiograma y ante una sospecha fuerte de una cardiopatía en un medio donde el acceso a la ecocardiografía sea difícil la placa de tórax con protección pélvica ayudará a tomar decisiones para remitirla a evaluación a otro nivel, pero el examen que despejará las dudas en buena parte de las circunstancias será definitivamente la ecocardiografía que es de gran sensibilidad y especificidad, es inocua, aunque con costos un poco altos como desventaja.

Una vez se tiene el diagnóstico de que los síntomas o signos corresponden a un problema cardiológico, se debe clasificar si el embarazo es de bajo, moderado o alto riesgo de descompensación cardíaca o muerte materna o fetal en el embarazo, el parto y el posparto inmediato y mediato. De encontrarse en el grupo de alto riesgo debe ser remitida a un III nivel, de otra manera, individualizando la decisión, se podrá seguir manejando con una vigilancia estrecha en el II o I nivel.

Son de **ALTO RIESGO**: cualquier paciente que esté en una clase funcional III ó IV sea cual sea la condición clínica subyacente, hipertensión pulmonar primaria o que acompañe una enfermedad congénita, valvular o por cardiomiopatía, obstrucción severa en el tracto de salida o de entrada del ventrículo izquierdo, enfermedad cardíaca cianótica, la depositaria de una válvula protésica mecánica, la que por alguna razón está anticoagulada con warfarina, quienes presentan un síndrome de Marfan. Siempre que se encuentre una de

estas condiciones es indispensable el seguimiento estrecho por parte de un grupo multidisciplinario en un III y IV niveles de atención.

En las otras, una vez calificado el riesgo, pueden ser atendidas y seguidas en nivel II o en I, siempre y cuando en el proceso no experimenten una modificación del estado funcional. Mujeres portadoras de alguno de estos problemas se deben desestimular para tener un embarazo y de que dar en él, se debe considerar la terminación del mismo.

Se mencionarán algunas condiciones específicas y comentarios de utilidad práctica:

1. El médico general, el obstetra, el anestesiólogo, el perinatólogo, el internista o el cardiólogo que participa de la evolución y seguimiento de gestantes con cardiopatía o pacientes que se deseen embarazar y buscan consejo, deben conocer los cambios hemodinámicos y semiológicos que se presentan durante el embarazo, el parto y el periparto.
2. En la presencia de una **hipertensión pulmonar** bien sea primaria o secundaria o del tipo Eisenmenger, se da una mortalidad materna entre el 30 y el 50%, en gran parte debida al incremento en la resistencia vascular pulmonar por trombosis pulmonar o necrosis fibrinoide que se desarrolla especialmente rápido en el periparto y en el posparto inmediato y mediano, por lo tanto se exige el seguimiento estrecho de estas pacientes, aun en el mes siguiente al parto, pues es en ese periodo en el que más se presentan las muertes súbitas. Cuando hay cortocircuito derecha izquierda, éste se incrementa por la vasodilatación sistémica o por

hipotensiones durante la evolución o las intervenciones medicas, aspectos que hay que evitar para no incrementar los riesgos.

3. **Estenosis aórtica severa** que por no poder adaptarse a un gasto cardiaco que se aumenta progresivamente durante el embarazo, evoluciona hacia una falla cardiaca, por lo tanto la vigilancia clínica debe ser muy estrecha, en especial la presión arterial, los cambios electrocardiográficos y la presencia de falla cardiaca, pues si la válvula lo permite sería una indicación para valvuloplasta por balón o de otra manera hacer una cirugía de reemplazo valvular.
4. **Estenosis mitral** cuando el área valvular es menor de 1,5 cm, se tiene un alto riesgo de edema pulmonar, otras formas de falla cardiaca y fibrilación auricular. Se recomienda seguir muy estrechamente por doppler el gradiente transmitral y la presión sistólica de la arteria pulmonar a los 3, 5 meses y después mensualmente. Si no hay respuesta al manejo con beta-bloqueadores y diuréticos, se debe tener en cuenta la necesidad de hacer una valvulotomía cerrada, bien sea quirúrgica o con balón.
5. **Enfermedad congénita cianógena**, en ella se da una mortalidad materna del 2% y una morbilidad del 30% que va desde endocarditis infecciosa, arritmias a falla cardiaca. El pronóstico fetal es muy malo, pues terminan en aborto espontáneo en un 50%, un parto prematuro entre un 30 y 50% de los casos, y si nacen, casi siempre son de bajo peso. Hay un alto riesgo de tromboembolismo, por lo que se debe considerar el uso de heparinas de bajo peso como profilaxis en el posparto. Se debe vigilar muy estrechamente las oximetrías, pues el riesgo es especialmente elevado cuando la saturación es < de 85%.

6. **Síndrome de Marfan** especialmente cuando hay aneurisma de aorta, la disección o la ruptura pueden provocar la muerte materna. Se debe estar muy vigilantes cuando se tiene un diámetro de la raíz de la aorta mayor de 4 cm.
7. **Embarazo en mujeres con válvula protésica mecánica:** el reto está propuesto por el estado hipercoagulable propio del embarazo y los riesgos que significa el uso de coumadínicos para el feto y las complicaciones hemorrágicas. Hay acuerdo en que de la semana 12 a la 36 se debe administrar el coumadín y desde la semana 36 hasta el momento del parto o la cesárea, heparina no fraccionada. Hay aun controversia sobre las primeras semanas especialmente entre la sexta y la doceava en las cuales se pueden presentar malformaciones fetales. Para los británicos, si la dosis de la warfarina es menor de 5 mg , el riesgo de embriopatía es muy bajo y se corre un menor riesgo con la madre usaria en estas dosis, para los norteamericanos se debe dar en ese lapso heparina no fraccionada a las dosis para mantener un TPT de 2,5 el basal. Aunque hay algunos casos anecdóticos de uso de heparinas de bajo peso, no hay una recomendación para ello. Las decisiones deben ser tomadas con la madre e idealmente con la pareja.

CONDICIONES ESPECIALES

Estenosis pulmonar y del tracto de salida del ventrículo derecho, en general es bien tolerado el embarazo, pero si durante el embarazo se presentan signos de falla cardiaca, arritmias cardiacas que no se puedan controlar, se recomienda la realización de una valvulotomía con balón.

Coartación de aorta: es rara, pues casi siempre si ha estado presente ya ha sido resuelta. Es importante recordar que se puede asociar a ruptura de la aorta y a ruptura de aneurismas del círculo de Willis.

Enfermedad coronaria: si ocurre un embarazo en una paciente con antecedente coronario conocido, será de gran ayuda evaluar la reserva coronaria con una prueba de esfuerzo y la función ventricular con una ecocardiografía. De haber signos de isquemia activa, se decidirá si se da un manejo con b-bloqueadores + inhibidores de canales de calcio y nitratos. Si a pesar del tratamiento hay angina de bajo o moderado nivel se considerará la posibilidad de una coronariografía y hacer angioplastia con la colocación de un stent.

Si es una mujer sin enfermedad coronaria conocida y presenta dolor típico durante un embarazo, siempre hay que pensar en la posibilidad de una disección de aorta o de una disección de una arteria coronaria y por supuesto de un síndrome coronario por ruptura de placa aterosclerótica. Dependiendo del cuadro clínico y de las ayudas diagnósticas, se llegará a una coronariografía y de acuerdo a los hallazgos se definirá la intervención.

Cardiomiopatía peripartum: es la cardiomiopatía dilatada que se presenta en el último mes del embarazo o en el posparto y se manifiesta por una falla cardíaca de tipo sistólico y se debe manejar como tal con todas las ayudas farmacológicas que la situación exija y eventualmente utilizar apoyos mecánicos.

Cardiomiopatía dilatada: en pacientes jóvenes con esta condición, se debe desestimular el embarazo, y si éste se da, se debe hacer

el manejo propio de la falla cardiaca, evitando el uso del os I-ECAS y los ARAS II.

En definitiva el buen juicio clínico y el apoyo entre las diferentes especialidades permitirá tomar las decisiones más apropiadas con cada una de las pacientes que consulten con síntomas sugestivos de enfermedad cardiaca o aquellas que ya tienen conocimiento del problema.

LECTURAS RECOMENDADAS

Oakley, C. y otros Expert consensus document on management of cardiovascular diseases during pregnancy. The Task Force on the Management of cardiovascular diseases during pregnancy of the European Society of Cardiology. *European Heart Journal* (2003) 24:761-781.

Reimold, S. Valvular. Heart Disease in Pregnancy *N Eng J Med* 2003; 349:52-9.

Elkayam U. Pregnancy and Cardiovascular Disease in Braunwald Heart Disease

7th edition Elsevier-Saunders 2005.