Artículos de revisión

Cardiopatías y embarazo

PREGNANCY AND HEART DISEASE

Francisco de Jesús Valladares Carvajal[1] Santiago Bernia Sarría[2] Claudio González Rodríguez[1]

[1] Hospital General Universitario "Gustavo Aldereguía Lima", Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba
[2] Hospital General Universitario GAL, Servicio de Ginecología y Obstetricia, Cuba

Cómo citar este artículo:
Valladares-Carvajal F, Bernia-Sarría S, González-Rodríguez C. Cardiopatías y embarazo. **Revista Finlay** [revista en Internet]. 2011 [citado 2025 Jul 12]; 1(1):[aprox. 3 p.]. Disponible en: https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/23

Resumen

La cardiopatía es la causa más frecuente de muerte materna indirecta en el mundo. Es decir, la presencia de enfermedad cardíaca no excluye el embarazo, pero aumenta el riesgo para la madre y para el feto y requiere de un tratamiento especial. Los cambios hemodinámicos propios del embarazo pueden hacer sospechar la presencia de enfermedad cardíaca, por lo que es importante conocer los síntomas y signos indicadores de cardiopatía estructural en la mujer embarazada. La morbimortalidad materna dependerá del tipo de cardiopatía y de la capacidad funcional en el momento de la concepción. De otro lado las gestaciones en madres cardiópatas se han asociado también a mayor incidencia de problemas para el feto, y por tanto, de un aumento de la mortalidad perinatal.

Palabras clave: cardiopatías, embarazo, mortalidad materna, mortalidad perinatal

Abstract

Heart disease is the most common cause of indirect maternal death in the world. That is, the presence of heart disease does not preclude pregnancy, but increases the risk for mothers and fetuses and requires special medical attention. Hemodynamic changes that typically appear with pregnancy can lead to suspicion of heart disease, so it is important to know the symptoms and warning signs of structural heart disease in pregnant women. Maternal mortality depends on the type of heart disease and on the functional capacity at the time of conception. On the other hand, pregnancy in mothers with heart disease has also been associated with higher rates of problems for the fetus, therefore with an increase in perinatal mortality.

Recibido: 2011-01-17 16:20:36
Aprobado: 2011-01-23 07:42:28

Correspondencia: Francisco de Jesús Valladares Carvajal. Hospital General Universitario "Gustavo Aldereguía Lima", Cienfuegos valladares@gal.sld.cu

INTRODUCCIÓN

La cardiopatía en el embarazo es un problema grave porque, aunque su incidencia oscila entre el 0,4-2 %, es considerada por muchos la primera causa de mortalidad materna de causa no obstétrica.[1] Es decir la presencia de enfermedad cardiaca no excluye el embarazo, pero aumenta el riesgo para la madre y para el feto y requiere de un tratamiento especial. Hoy día ha disminuido la incidencia de cardiopatía reumática en comparación con la cardiopatía congénita. El resto de las enfermedades asociadas al corazón son menos frecuentes e incluyen la hipertensión arterial (HTA), la cardiopatía isquémica y las arritmias.[2,3]

El pronóstico materno fetal se relaciona directamente con la clase funcional. En las mujeres más sintomáticas (clase funcional III/IV), debe evitarse o interrumpirse el embarazo. Las lesiones cardíacas obstructivas generalmente son mal toleradas (las regurgitantes se toleran mejor).

DESARROLLO

Síntomas indicadores de cardiopatía en la mujer embarazada

1. Disnea progresiva
2. Ortopnea
3. Disnea paroxística nocturna
4. Hemoptisis
5. Síncope de esfuerzo
6. Angor de esfuerzo

Signos indicadores de cardiopatía en la mujer embarazada

1. Cianosis
2. Hipocratismo digital
3. Ingurgitación yugular persistente
4. Soplo sistólico mayor a III-IV/V
5. Soplo diastólico
6. Cardiomegalia
7. Arritmia sostenida documentada
8. Desdoblamiento fijo del segundo ruido
9. Signos de hipertensión pulmonar
10. Crepitantes bibasales

Influencia de la gestación sobre la cardiopatía

La morbimortalidad materna dependerá del tipo de cardiopatía y de la capacidad funcional en el momento de la concepción. Las cardiopatías que revisten mayor riesgo de descompensación son aquellas que presentan una resistencia fija al aumento de la demanda circulatoria (ej. estenosis mitral, coartación aórtica), las de cortocircuito derecha-izquierda (ej. tetralogía de Fallot) y la hipertensión pulmonar primaria o secundaria (considerada por sí sola como la condición de mayor gravedad). Existen tres momentos de especial riesgo de descompensación: final del segundo trimestre (28 – 32 semanas), trabajo de parto/parto y el puerperio precoz.[1]

Mortalidad materna relacionada con la clasificación de la New York Heart Association.[4]

Clase Mortalidad (%)

I Asintomática No limitación a la actividad física. 0,1
II Disnea a grandes esfuerzos Actividad ordinaria puede producir palpitaciones, disnea o angina. 0,5
III Disnea de mínimo esfuerzo Normalidad tan solo en reposo, imposible realizar actividades físicas menores. 5,5
IV Disnea de reposo Insuficiencia cardíaca en reposo. 6

Cardiopatías de alto riesgo materno: lesiones obstructivas significativas, valvulopatías en clase funcional III-IV ó fibrilación auricular, cardiopatía congénita cianótica, hipertensión pulmonar primaria o secundaria, Síndrome de Marfán, prótesis valvulares, y cardiomiopatía dilatada perinatal.[1, 4]

Influencia de la cardiopatía sobre la gestación

Las gestaciones en madres cardiópatas se han asociado también a mayor incidencia de: parto pretérmino (20-30 %, 2 ó 3 veces mayor que la población general), retardo del crecimiento intrauterino (10 %, el triple de la población general) y un aumento de la mortalidad perinatal cercana al 18 % (cifras entre 15-30 % para cardiópatas con clase funcional III-IV).[1,4,5]

El resultado perinatal está, pues, en relación directa con la clase funcional materna al momento del embarazo. La explicación fisiopatológica se relaciona con insuficiencia del

riesgo útero-placentario (insuficiencia cardiaca) y con hipoxemia (cardiopatía cianótica), con la consiguiente reducción del aporte de oxígeno y nutrientes al feto.

Debe valorarse además el riesgo asociado de herencia de la cardiopatía congénita (2-25 %) y en mayor grado en la miocardiopatía hipertrófica y el síndrome de Marfán.[1]

Arritmias en el embarazo

El embarazo se asocia con un incremento de la incidencia de arritmias, independientemente de la existencia o no de cardiopatía estructural, y se le ha considerado un "estado pro-arrítmico", secundario a factores hemodinámicos, efectos electrofisiológicos de las hormonas, cambios en el tono autonómico, ligera hipokaliemia que ocurre en el embarazo, y a enfermedad cardiaca subyacente. En general se prefiere evitar el uso crónico de antiarrítmicos durante el embarazo, no solo durante el período de embriogénesis, ya que se ha descrito crecimiento intrauterino retardado. En la evaluación inicial se debe identificar cualquier enfermedad subyacente (cardiovascular o no), así como condiciones potencialmente reversibles: trastornos electrolíticos, hipertiroidismo, ingesta aguda de alcohol, cafeína, tabaco, estrés, infecciones y uso de fármacos simpáticomiméticos.[6, 7]

Arritmias en el embarazo: significado y actuación

Arritmia Significado Actuación

Extrasístoles auriculares, ventriculares Arritmia más frecuente en el embarazo. Curso benigno aún en presencia de cardiopatía estructural. No requieren tratamiento.

Tranquilizar a la gestante y a la familia.

TPSV El embarazo en ocasiones puede contribuir a gatillarlas, si existe sustrato electrofisiológico (RIN ó vía accesoria) Interrumpir la taquicardia: maniobras vagales, adenosina, verapamilo, propafenona. CVE si CHD (bajo riesgo para el feto). Evitar en lo posible FAA para prevenir recurrencias.

Fibrilación y aleteo auriculares Menos frecuentes. Sospechar cardiopatía valvular o congénita, hipertiroidismo y alteraciones electrolíticas. Control de factores corregibles. Control de la FC (digital). Restaurar RS (quinidina, flecainida) si está indicado.

Taquicardia ventricular. Muy poco frecuentes en gestantes sin cardiopatía subyacente. CVE si CHD. Lidocaína, amiodarona para casos refractarios por sus efectos sobre el feto, sotalol.

TPSV (taquicardias supraventriculares), RIN (reentrada intranodal), CVE (cardioversión eléctrica), CHD (compromiso hemodinámico), FAA (fármacos antiarrítmicos), FC (frecuencia cardíaca), RS (ritmo sinusal)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González Maqueda I, Armada Romero E, Díaz Recasens J, Gallego García P, García Moll M, González García A et al. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en la gestante con cardiopatía. Rev Esp Cardiol [Revista en Internet]. 2000 [citado 4 Sep 2010];53(11):[aprox. 40p]. Disponible en: http://www.elsevier.es/revistas/ctl_servlet?_f=7064&articuloid=12087

2. Viñas Oliva R, Sánchez Ramírez N, Román Rubio P, Reina Gómez G, Oliva J. Resultados perinatológicos del servicio de cardiopatía y Embarazo del Hospital Ginecobstétrico "Ramón González Coro" en el bienio 2000-2001, Habana. Rev. Bras. Saude Mater. Infant [Revista en Internet]. 2003;3(1):[aprox. 24p]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292003000100008&lng=en&nrm=iso&tlng=es

3. Fayad Saeta Y, López Barroso R, Lardoeyt Soto E, San Pedro López MI. Cardiopatías y embarazo. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología [Revista en Internet]. 2009 [citado 4 Sep 2010];35(4):[aprox. 14p]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol35_4_09/gin05409.htm

4. American College of Cardiology/ American Heart Association (ACC/AHA) guidelines for the management of patients with valvular heart diseases. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association. Task Force on Practice Guidelines (Committee on Management of Patients with Valvular Heart Disease). J Am Coll Cardiol. 1998;32(5):1486-1588

5. Siu SC, Colman JM, Sorensen S, Smallhorn J, Farine D, Amankwah K et al. Adverse neonatal outcomes are more common in pregnant women with cardiac disease. Circulation.

2002;105(18):2179-84

6. Gómez Flores JR, MF Márquez. Arritmias en el embarazo ¿Cómo y cuándo tratar?. Archivos de Cardiología de México [Revista en Internet]. 2007 [citado 4 Dic 2009];77 Suppl 2:[aprox. 11p]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-99402007000600005&lng=es&nrm=iso&tlng=es

7. Gowda RM, Khan IA, Mehta NJ, Balendu CV, Terrence JS. Cardiac arrhythmias in pregnancy: clinical and therapeutic considerations. Int J cardiol. 2003;88:129-33