



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO VIII – N. 20 – 2014

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/126.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "JÓVENES Y SALUD ¿Combatir o compartir los riesgos?" **Cualisalud 2014 - XI Reunión Internacional – I Congreso Virtual de Investigación Cualitativa en Salud**, reunión celebrada del 6 al 7 de noviembre de 2014 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

Título **Morbilidad y riesgo asociado a cardiopatías durante la gestación. Cuidados generales**
Autores **María del Mar Casares Rivas, Rocío Izquierdo Vilchez, Nuria Orihuela Linde**
Centro/institución Hospital Virgen de las Nieves
Ciudad/país Granada, España
Dirección e-mail mar_casares@hotmail.com

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Introducción

La enfermedad cardíaca complica al menos 1% de todos los embarazos¹. Se estima que alrededor de 3 millones de mujeres en edad fértil tienen algún tipo de enfermedad cardíaca.

Los recientes avances en cardiología pediátrica y cirugía cardíaca han permitido que más de 85% de los niños con cardiopatías congénitas sobrevivan hasta la edad adulta. La mitad de esta población está constituida por mujeres que, en su mayoría, han alcanzado la edad reproductiva².

Muchas veces, los signos y síntomas de un embarazo normal pueden simular enfermedades del corazón. Los cambios fisiológicos durante el embarazo están orientados a un mayor suministro de sangre a la unidad feto-placentaria. A medida que estas adaptaciones fisiológicas representan una carga adicional en un corazón ya comprometido, no es raro descubrir una enfermedad cardíaca no diagnosticada previamente por primera vez en el embarazo.

La fisiología del sistema cardiovascular durante el embarazo es la base de los síntomas y el tratamiento de las afecciones, ya que la gestación implica cargas previsibles para el sistema cardiovascular. Es útil conocer los antecedentes de cardiopatía de la paciente, puesto que es complicado establecer un diagnóstico primario de las lesiones cardíacas durante el embarazo, por la frecuencia de soplos funcionales sistólicos, distensión venosa, taquicardia y alteraciones de la radiografía de tórax que guardan relación con el

embarazo, pero no con enfermedad. Por otra parte, el hallazgo inesperado de un soplo diastólico o presistólico durante el embarazo requiere investigación

Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: Scielo, Dialnet, CUIDEN, con las palabras clave “cardiopatía, gestación y cuidados”. Se han seleccionado artículos primarios y de revisión publicados entre 2006 y 2013. Solo se incluyeron artículos escritos en castellano y referidos al tema a desarrollar. Se excluyeron aquellos estudios no relacionados con la temática, la “literatura gris” y los escritos en inglés o portugués.

Objetivo

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la cuarta causa de muerte durante el período gravídico-puerperal, y un indicador de morbilidad y mortalidad para el producto de la concepción. El objetivo de esta investigación fue determinar el comportamiento de la cardiopatía en la embarazada, su atención médica y evolución durante y al final del embarazo.

Resultados

Tras la revisión de los diversos estudios hemos encontrado que la estratificación del riesgo se basa en los conocimientos básicos acerca de los cambios fisiológicos producidos durante el embarazo, en el conocimiento establecido de ciertas condiciones que implican una mortalidad elevada. Recientemente, se han publicado un par de estudios prospectivos observacionales sobre factores de riesgo para las complicaciones cardiovasculares durante el embarazo, así como pequeños estudios de cada enfermedad específica, la mayoría retrospectivos y sin información ecocardiográfica. De forma general, los aspectos que deben considerarse son:

- Las enfermedades que implican gasto cardiaco limitado, es decir, las afecciones obstructivas izquierdas, no van a ser bien toleradas.

- La caída de las resistencias vasculares periféricas implicará que se tolerará bien las insuficiencias valvulares del lado izquierdo y los cortocircuitos izquierda-derecha, mientras que, por la misma razón, no se tolerará bien las condiciones con cortocircuito derecha-izquierda.

- Está bien establecido que la hipertensión pulmonar primaria y el síndrome de Eisenmenger implican un riesgo prohibitivo, con mortalidad entre el 30 y el 50% durante el embarazo.

- La necesidad de anticoagulación secundaria a prótesis mecánica implica un riesgo materno y fetal importante.

Discusión

El manejo multidisciplinario del paciente con enfermedad cardiovascular en el embarazo es muy importante. Es necesaria una estrecha comunicación entre especialistas en medicina materno-fetal, cardiólogo, anestesiólogo y neonatólogo.

La situación ideal a la hora de enfrentarse a una mujer cardiópata que desea embarazo es la planificación antes del embarazo. El consejo preconcepcional debe tomar en consideración definir la lesión cardíaca, definir el estado funcional materno⁴ según la clasificación de insuficiencia cardíaca de la New York Heart Association (NYHA) (tabla 2), cirugía correctora o paliativa, presencia de factores de riesgo adicionales, la esperanza de vida materna y su capacidad de cuidar al futuro hijo, el riesgo de recurrencia de cardiopatía en el futuro⁵.

Tabla 2: Clasificación funcional según la NYHA

Tipo	Momento de aparición
Grado I	Sin disnea
Grado II	Disnea con esfuerzo intenso
Grado III	Disnea con esfuerzo leve
Grado IV	Disnea sin esfuerzo

Tras valorar estos aspectos, el consejo preconcepcional debe ser capaz de dar un pronóstico de riesgo para la madre y el feto, contraindicar la gestación cuando haya riesgo materno y/o fetal alto y planificar el momento y el tratamiento más adecuados para iniciar y continuar el embarazo⁵.

Los factores de riesgo para gestantes con cardiopatía son⁶:

- Clase funcional III o IV de la New York Heart Association o presencia de cianosis.
- Función ventricular sistémica deprimida (fracción de eyección < 40%).
- Fragilidad aórtica (síndrome de Marfán).
- Obstrucción en el hemicorazón izquierdo (área válvula mitral <2 cm², área de la válvula aórtica <1,5 cm²), gradiente de presión en la salida del ventrículo izquierdo (medido por ecocardiografía) <30 mmHg antes del embarazo.

- Historia antes del embarazo de evento cardíaco adverso, como arritmia sintomática, infarto, isquemia transitoria o edema pulmonar.

Los factores de riesgo para el feto de mujeres con cardiopatía son⁷:

- Clase funcional III o IV de la New York Heart Association o cianosis materna.
- Obstrucción en el hemicorazón izquierdo (área de la válvula mitral <2 cm², área de la válvula aórtica <1,5 cm²), gradiente de presión en la salida del ventrículo izquierdo (medido por ecocardiografía) <30 mmHg antes del embarazo.
- Edad materna <20 años o >35 años.
- Madre fumadora.
- Madre en tratamiento con anticoagulantes, inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina/antagonistas de los receptores de la angiotensina II.

El riesgo de mortalidad materna durante el embarazo, de acuerdo con el defecto cardíaco específico, (tabla 3) varía considerablemente⁸. Esta información puede ser útil al aconsejar a la paciente recordar lo adverso en un embarazo o continuar con él. Las pacientes del grupo 1 usualmente tienen una mortalidad materna prácticamente nula. Las pacientes del grupo 2 experimentan un incremento sustancial de la mortalidad si el embarazo llega a término. En la mayor parte de estas patologías, la mortalidad es secundaria a complicaciones intrínsecas de la naturaleza de la lesión cardíaca; sin embargo, las mujeres con estenosis mitral y fibrilación auricular o válvulas artificiales pueden experimentar seria morbilidad adicional o mortalidad secundaria a complicaciones de la terapia anticoagulante. Debido a que a las mujeres incluidas en el grupo 3 enfrentan un riesgo de mortalidad materna que excede al visto en la mayoría de otras condiciones obstétricas, la esterilización o el aborto durante el primer trimestre deban ser firmemente considerados para estas pacientes.

Tabla 3. Riesgo de mortalidad asociado a embarazo.

<5%	5 a 15%	25 a 50%
CIA no complicada	Coartación de aorta	Hipertensión pulmonar (primaria, secundaria)
CIV no complicada	TDF no corregida	Coartación de aorta complicada
PCA no complicada	IM previo	Marfán con afectación de la raíz aórtica
Tetralogía de Fallot corregida (TDF)	Marfán con aorta normal	CMPP con difusión VI
Válvula porcina	Válvula mecánica	
EM (NYHA I y II)	EA	
IT		

CIA: comunicación interauricular. CIV: comunicación interventricular. PCA: persistencia del conducto arterioso. TDF: tetralogía de Fallot. EM: estenosis mitral. NYHA: New York Heart Association. EP: estenosis pulmonar. IT: insuficiencia tricuspídea. IM: infarto de miocardio. CMPPP: cardiomiopatía periparto. EA: estenosis aórtica. VI: ventrículo izquierdo.

Las mujeres hipertensas, con angina de pecho u otra afección cardiovascular requieren consideraciones especiales, fundamentalmente durante la gravidez, puesto que el embarazo en sí presenta determinados riesgos, capaces de provocar graves secuelas cardiovasculares que afectan tanto a la madre como el feto y pueden incluso incidir negativamente en el período neonatal. Al respecto, el personal de Enfermería debe garantizar una atención especializada a las gestantes cardiópatas, no sólo por su vínculo más estrecho con las pacientes, sino en la ejecución de todas sus acciones. Siempre que de calidad se trate, debe unirse la actuación profesional con la integralidad de los procedimientos empleados y la aplicación de la ética médica.

Conclusiones

A la vista de lo expuesto, como primer objetivo habría que plantear a la embarazada la prevención de complicaciones. El riesgo para el feto se debe considerar antes de la concepción por el peligro de transmisión de cardiopatía congénita a los hijos. De ahí la importancia de proporcionar una amplia información de los potenciales riesgos maternos y fetales. Con el avance de la medicina, ha sido posible corregir defectos que hasta ahora eran mortales y ahora es posible llegar a la edad reproductiva a mujeres con expectativa natural de tener descendencia, como acto natural de la vida. Aunque algunas condiciones se asocian con una mortalidad materna muy elevada, la mayoría permiten el desarrollo normal del embarazo, siendo común encontrar estas inquietudes en nuestras pacientes. Conocer un poco más acerca de estas patologías, da herramientas para afrontar de forma más segura las eventualidades y los pronósticos adversos, así como la manera efectiva y adecuada de precisar las diversas complicaciones que permiten reducir la mortalidad materno-fetal.

Bibliografía

1. Otterson WN, Dunning DR. Cardiac disease. En: Pauerstein CJ, editor. New York: John Wiley & Sons. 2005:627-44.
2. Wren C, O'Sullivan. Survival with congenital heart disease and need for follow up in adult life. *Heart*. 2001;85:438-43.
3. Acho-Mego SC, Paredes-Salas JR. Consideraciones sobre cardiopatía adquirida y gestación. *Rev Per Ginecol Obs*. 2011; 57 (3): 197-202.
4. Protocolos SEGO. Cardiopatías y embarazo. *Prog Obstet Ginecol*. 2007;50(11):654-74.
5. Uebing A, Steer PJ, Yentis SM, Gatzoulis MA. Pregnancy and congenital heart disease. *BMJ*. 2006; 332: 401-406.
6. Siu SC, Colman JM, Sorensen S, Smallhorn JF, Farine D, Amankwah KS, et al. Adverse neonatal and cardiac outcomes are more common in pregnant women with cardiac disease. *Circulation*. 2002; 105: 2179-84.
7. Protocolos SEGO. Cardiopatías y embarazo. *Prog Obstet Ginecol*. 2007;50(11):654-74

8. Peset AM. Cardiopatías congénitas y embarazo. ¿Qué sabemos en el 2008? Rev Esp Cardiol. 2008;61(3):225-8.