



Cardiopatías y embarazo

En los últimos 50 años ha habido un cambio importante en relación con el tratamiento de las cardiopatías. En la actualidad es posible practicar una corrección anatómica intrauterina o, bien, efectuarla en los primeros años de vida; desde luego que esto no quiere decir que el corazón quedará perfecto y que no tendrá consecuencias en la persona afectada. Uno de los momentos más trascendentales en la paciente con una cardiopatía es el embarazo, pues ocurren cambios que pueden repercutir en la salud personal y fetal. En el primer mundo, una de las causas de muerte materna son las complicaciones derivadas de las cardiopatías; en lo que respecta al tercer mundo, muchas de estas mujeres mueren tempranamente o no logran concebir un embarazo por su afección.

Es indudable que los cambios durante la gestación, como el incremento del volumen plasmático, la frecuencia cardíaca, el gasto cardíaco y el descenso de las resistencias periféricas constituyen un problema para las mujeres con cardiopatía. La demanda metabólica del feto induce un incremento del volumen sanguíneo hasta del 50% y es importante hacer una valoración cuando se inicia este proceso, a partir de las seis semanas y revalorar cuando se alcanza el pico máximo entre las 20 a 24 semanas. Debido a la situación hiperdinámica de la gestación,

prácticamente todas las embarazadas pueden llegar a tener un soplo suave, mesosistólico, en la auscultación de control. A pesar de que este soplo es una situación natural, no debe subestimarse la potencial posibilidad de una cardiopatía. Debemos ser cuidadosos; incluso, muchos obstetras ya olvidaron el estetoscopio, y es de suma importancia poder identificar patologías cardíacas que se inician durante la gestación, o se agravan las ya diagnosticadas. Por ello es importante interconsultar con el cardiólogo para su evaluación en los casos precisos.

Durante el parto aumentan la presión arterial y la frecuencia cardíaca favorecidas aún más por el dolor y la ansiedad. En el posparto existen cambios por efecto directo de la descompresión posterior al nacimiento: hay menor flujo hemático al útero que condiciona un aumento de la circulación cardíaca. Este es un momento crítico en pacientes con cardiopatía porque implica una sobrecarga y es necesaria una vigilancia estrecha, por lo menos durante las primeras 72 horas.

También se sabe que el hijo de una madre cardiópata tiene mayor porcentaje de riesgo de tener una cardiopatía comparado con la población general: 4 en comparación con 0.8%. Algunas afecciones son heredadas de forma autosómica dominante, como el síndrome de Di George

o síndrome de Marfán, la miocardiopatía hipertrófica, entre otras. Es necesario identificar estos casos para poner mayor atención en la valoración cardíaca fetal, porque si se lleva a cabo de manera oportuna, el diagnóstico será más temprano y, tal vez, en algunos casos exista una solución intrauterina, o bien un tratamiento al nacimiento que favorezca una mayor supervivencia. Es importante tener presente que los fetos con cardiopatía pueden motivar un retraso del crecimiento, prematuridad, hemorragia intracraneal y muerte intrauterina, lo que representa un problema para el obstetra ante la falta de una evaluación multidisciplinaria porque no todos tienen la capacidad de hacer una evaluación del corazón fetal.

Hoy en día todos los obstetras están preocupados, en lo general, por valorar con la mejor precisión la salud fetal y llevar el embarazo al término, sin complicaciones, pero no basta con

esa valoración si no se hace una buena evaluación de la madre. Por eso el médico no debe olvidar que la historia clínica y la exploración general son importantes para la paciente durante su primera evaluación en la consulta prenatal.

Quizás en el primer mundo estén preocupados por la tasa de mortalidad materna y fetal cuando existe una cardiopatía, mientras que en el tercer mundo estamos preocupados por no tener una hemorragia obstétrica, pero jamás debemos descartar que, en cualquier momento, las pacientes con cardiopatía pueden embarazarse y el obstetra tendrá la gran responsabilidad de llevar la gestación lo más cercana posible al término para que el feto sea viable y la madre termine con salud y ambos retornen al entorno familiar.

Carlos Quesnel