

## Embarazo en mujeres con cardiomiopatía pre-existente

### Perspectiva:

Los siguientes son 10 puntos a recordar sobre el embarazo en mujeres con enfermedad cardíaca pre-existente.

1. Los cambios hemodinámicos normales en el embarazo incluyen el incremento del volumen sanguíneo circulante, el incremento del volumen por latido cardíaco y el aumento de la frecuencia cardíaca. El incremento del gasto cardíaco alcanza su pico entre el segundo y el tercer trimestre.
2. La circulación placentaria ocasiona una sustancial reducción en la resistencia vascular sistémica, particularmente hasta la semana 32 de la gestación, luego de la cual la post-carga comienza a incrementarse de nuevo.
3. El período peri-parto está asociado con cambios hemodinámicos rápidos y significativos. Durante el trabajo de parto el gasto cardíaco puede incrementarse entre un 30 y un 50 %. El promedio de pérdida sanguínea en un parto vaginal es de 500 ml, mientras que en una cesárea rutinaria alcanza los 1000 ml.
4. Las mujeres con enfermedad cardíaca pre-existente deben recibir una completa evaluación antes del embarazo, incluyendo una detallada historia clínica para estudiar la sintomatología de origen cardíaco, estudios de imágenes y test funcionales.
5. El consejo médico antes del embarazo debe incluir una evaluación del riesgo de transmisión de la enfermedad cardíaca a la descendencia. Esto es particularmente importante para las condiciones autonómicas dominantes, incluyendo el síndrome de Marfan, las delecciones 22q11 y la miocardiopatía hipertrófica.
6. Las mujeres con riesgo de embarazo potencialmente prohibitivo incluyen las que tienen válvulas cardíacas mecánicas, el síndrome de Eisenmenger, el síndrome de Marfan y la disfunción ventricular izquierda (o sistémica) con una FEVI < de 40 %.
7. Se han desarrollado scores para predecir el riesgo de complicaciones cardíacas en mujeres con enfermedad cardíaca pre-existente. Los factores de riesgo incluyen eventos cardíacos previos, arritmias previas, clase funcional de la NYHA III o IV, cianosis, obstrucción al tracto de salida del ventrículo izquierdo y una fracción de eyección sistémica < de 40 %. Una mujer con más de uno de estos factores tiene un 75 % de riesgo de complicaciones cardíacas durante el embarazo.
8. Debe aplicarse una aproximación individualizada a la anticoncepción en mujeres con enfermedad cardíaca. Los anticonceptivos que contienen estrógenos pueden no ser apropiados para pacientes con riesgo de eventos tromboembólicos.
9. La mayoría de mujeres con enfermedad cardíaca son candidatas a parto vaginal, de modo que la cesárea se reserva para las indicaciones obstétricas.
10. La mayoría de las mujeres con miocardiopatía hipertrófica toleran el embarazo razonablemente bien. Sin embargo, las que tienen síntomas cardíacos antes del embarazo y las que tienen obstrucción severa al tracto de salida, tienen riesgo incrementado de descompensación cardíaca o muerte súbita. Los betabloqueantes tienen un papel importante durante el trabajo de parto y el nacimiento, dado que disminuyen el incremento en la frecuencia cardíaca y la contractilidad que usualmente se produce.

Timothy B. Cotts, M.D., F.A.C.C. Traducido y adaptado de [cardiosource.org](http://cardiosource.org)

**Título:** Pregnancy in Patients With Pre-Existing Cardiomyopathies

**Autores:** Stergiopoulos K, Shiang E, Bench T.

**Referencia:** [J Am Coll Cardiol](https://doi.org/10.1177/0885066611413373) 2011;58:337-350.