

Insuficiencia cardíaca en la paciente obstétrica

Dra. Sara Ivón Contreras-Canuto*

* Anestesiología Cardiovascular, Hospital General de México «Dr. Eduardo Liceaga».

La enfermedad cardíaca materna complica hasta el 4% de los embarazos y es causa importante de morbilidad materna⁽¹⁾. Con cierta frecuencia, el anestesiólogo se verá involucrado en el manejo multidisciplinario de pacientes con enfermedad cardíaca durante el embarazo y período periparto. Incluso es probable que se involucre de emergencia con pacientes que presenten insuficiencia cardíaca y requieran reanimación. Por lo tanto, es importante que los anestesiólogos entiendan las principales causas de insuficiencia cardíaca durante el embarazo, su presentación, diagnóstico diferencial y manejo.

La insuficiencia cardíaca es un síndrome causado por una anomalía cardíaca estructural y/o funcional que deriva en disminución del gasto cardíaco y/o presiones intracardíacas elevadas en reposo o durante períodos de estrés⁽²⁾. Aproximadamente el 9% de la mortalidad materna está relacionada con insuficiencia cardíaca, además de que esta condición predispone a morbilidad materna severa como insuficiencia renal, edema pulmonar, evento vascular cerebral y enfermedad cerebrovascular puerperal⁽³⁾.

La prevalencia global de insuficiencia cardíaca en pacientes obstétricas es de 112 casos por cada 100,000 egresos hospita-

larios relacionados con embarazo, el 60% de los casos de insuficiencia cardíaca ocurre en el período postparto, 27% durante el parto y 13% durante el período preparto. Las mujeres con mayor riesgo de desarrollar insuficiencia cardíaca son aquellas mayores de 35 años, con antecedentes de consumo de alcohol, drogadicción y tabaquismo, además de las que presentan comorbilidades previas al embarazo tales como cardiomiopatías, enfermedad valvular, hipertensión y diabetes mellitus. Pero también algunas condiciones obstétricas comunes, predisponen a las pacientes al desarrollo de insuficiencia cardíaca incluyendo preeclampsia, eclampsia y diabetes gestacional⁽³⁾. La Sociedad Americana del Corazón ha declarado que la preeclampsia debe ser considerada una prueba de estrés cardiovascular y ha recomendado el seguimiento por un cardiólogo^(4,5).

CLASIFICACIÓN

La insuficiencia cardíaca se clasifica de acuerdo con la fracción de eyección, ya sea reducida, intermedia o conservada, pero también puede clasificarse en aguda y crónica, estable o inestable (Cuadro I).

Cuadro I. Definición de insuficiencia cardíaca de acuerdo a la fracción de eyección.

Tipo de insuficiencia cardíaca (IC)	IC con fracción de eyección reducida	IC con fracción de eyección intermedia	IC con fracción de eyección preservada
Criterios	1 2 3	Pueden no presentarse síntomas en estadios tempranos FEVI 40-49% 1. BNP > 35 pg/mL y/o NT-pro-BNP > 125 pg/mL 2. Por lo menos un criterio adicional: a. Enfermedad estructural relevante b. Disfunción diastólica	FEVI > 50% 1. BNP > 35 pg/mL y/o NT-pro-BNP > 125 pg/mL 2. Por lo menos un criterio adicional: a. Enfermedad estructural relevante b. Disfunción diastólica

FEVI = Fracción de eyección del ventrículo izquierdo, BNP = Péptido natriurético tipo B, NT-pro-BNP = Fracción N-terminal propéptido natriurético tipo B. Adaptado de: European Heart Journal. 2016;37:2129-2200.

DIAGNÓSTICO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA EN LA PACIENTE OBSTÉTRICA

Los factores organizacionales como la existencia de un equipo especializado con respuesta ≤ 15 minutos, con habilidades clínicas para identificar situaciones críticas y conocimiento completo de los protocolos de reanimación cardíaca en embarazo, mejoran el pronóstico materno y fetal⁽¹⁾.

La presentación de la insuficiencia cardíaca en la mujer embarazada puede ser difícil de diferenciar de los síntomas normales (pérdida ocasional del aliento, ligera disnea o edema), pero cuando existan factores de riesgo, se debe mantener siempre una alta sospecha en cualquier paciente embarazada o durante el puerperio que presente síntomas cardiorrespiratorios (hipoxemia, edema pulmonar, derrame pleural, taquiarritmias, hipotensión o hipertensión severa, disnea paroxística nocturna, tos y angina) y confirmar o descartar el diagnóstico mediante ecografía y determinación de péptido natriurético tipo B lo antes posible⁽⁶⁾.

MANEJO ANTENATAL

En las mujeres que presentan insuficiencia cardíaca durante el embarazo se deberá iniciar maduradores pulmonares a partir de las 23 semanas y cinco días de gestación⁽¹⁾. En el caso de que se presente insuficiencia cardíaca como una complicación de preeclampsia, se deberá iniciar profilaxis anticonvulsiva con sulfato de magnesio y descartar falla multiorgánica⁽⁴⁾.

Mientras se identifican los factores desencadenantes y se planea la resolución del embarazo, lo más importante será estabilizar a la paciente. No existe un tratamiento específico y debe individualizarse a las pacientes tomando en cuenta la severidad del cuadro y sus comorbilidades. El soporte inicial incluye administración de oxígeno suplementario, incluyendo, si es necesaria, la ventilación invasiva para mantener saturación $\geq 95\%$, uso de presión positiva al final de la espiración, diuréticos y vasodilatadores. Las pacientes con enfermedad crítica o choque cardiogénico deberán someterse a cesárea

urgente y requerirán manejo con inotrópicos, vasopresores, balón de contrapulsación y hasta dispositivos de asistencia ventricular. En caso de cardiomiopatías dilatadas, aumenta el riesgo de tromboembolismo, por lo que se debe implementar profilaxis⁽⁶⁾.

MANEJO DURANTE EL PARTO

Deberá involucrarse un equipo multidisciplinario desde la planeación de la vía de resolución. Para el anestesiólogo es importante considerar los efectos cardiovasculares de la técnica anestésica, la gravedad del cuadro y adecuar la misma a la vía de término.

Se recomienda monitoreo hemodinámico avanzado. Es esencial minimizar el trabajo cardíaco mediante la optimización de la precarga (evitar la compresión aortocava, considerar administración de volumen vs diuréticos), la contractilidad, el lusitropismo, la frecuencia cardíaca, el ritmo y la postcarga.

Se deberán planear estrategias para disminuir la posibilidad de hipertensión, hipotensión, arritmias, edema pulmonar y paro cardíaco, así como un manejo rápido en caso de presentarse⁽¹⁾.

Se recomienda evitar el uso de oxitocina y ergonovina porque están relacionados con descompensación y complicaciones mortales. En caso de hemorragia obstétrica, considerar manejo con métodos mecánicos, misoprostol o histerectomía⁽⁶⁾.

MANEJO EN EL PERÍODO POSTPARTO

Es esencial el monitoreo continuo postparto, de ser posible en una Unidad de Cuidados Intensivos. La función del corazón puede deteriorarse después del nacimiento e incluso meses después⁽³⁾. En muchos casos estará recomendado evitar la lactancia por los efectos de la prolactina sobre la función cardíaca y la transferencia de los fármacos cardiovasculares empleados⁽⁶⁾.

Se deberá dar seguimiento por medio de ecocardiografía y en casos de disfunción izquierda, considerar la implantación de marcapasos o desfibrilador^(1,2).

REFERENCIAS

1. The Task Force for the Management of Cardiovascular Diseases during Pregnancy of the European Society of Cardiology (ESC). 2018 ESC Guidelines for the management of cardiovascular diseases during pregnancy. *European Heart Journal*. 2018;39:3165-3241.
2. The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Heart Journal*. 2016;37:2129-2200.
3. Mogos MF, Piano MR, et al; Heart Failure in Pregnant Women. *Circ Heart Fail*. 2018;11:e004005.
4. Vaught AJ, Kovell LC, et al. Acute cardiac effects of severe preeclampsia. *J Am Coll Cardiol*. 2018;72:1-11.
5. Hilfiker-Kleiner D, Westhoff-Bleck M, et al. A management algorithm for acute heart failure in pregnancy. The Hannover experience. *Eur Heart J*. 2015;36:769-770.
6. Therese A. Heart failure in pregnant women: is it peripartum cardiomyopathy? *Anesth Analg*. 2015;120:638-643.