

Cardiopatía y embarazo. Resultados perinatales. (1995-2000).

HOSPITAL GINECOBSTÉTRICO DR, JULIO ALFONSO MEDINA. MATANZAS.
Revista Médica Electrónica. 2002; 24(3).
Cardiopatía y embarazo. Resultados perinatales. (1995-2000).
Cardiopathy and Pregnancy. Perinatal Results (1995-2000) .

AUTORES

Dr. Juan Carlos Rodríguez Álvarez (1)
Dr. Jesús Hernández Cabrera (2).
Dr. Mario de la Campa Allende (3).
Dra. Carmen Ulloa Gómez (4).
Roberto Suárez Ojeda (5).

(1)Especialista de Medicina General Integral y de I Grado en Ginecología y Obstetricia
(2)Especialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia. Instructor.
(3)Especialista de II Grado en Pediatría. Instructor.
(4)Especialista de II Grado en Medicina Interna.
(5) Máster en Ciencia, Licenciado en Matemática. Profesor de la Universidad de Matanzas.

RESUMEN

La cardiopatía y el embarazo constituyen una asociación clínica de extraordinaria importancia en la práctica médica. Se realizó una investigación descriptiva en el Hospital Ginecobstétrico de Matanzas Julio Alfonso Medina, durante el período comprendido entre 1995-2000, con el objetivo de identificar el comportamiento de las gestantes con esta afección. Un libro registro se organizó al efecto, que recogió los datos primarios y en forma de variables fueron procesados; se utilizó el cálculo del por ciento, la media y la X^2 . De un total de 19987 partos en este período, se reportaron 52 pacientes cardiopatas, que representó el 0,2 %, predominó las cardiopatías congénitas en un 53,8 % con relación a las reumáticas; la mayor parte de las gestantes cursaron su embarazo, parto y puerperio en la clase funcional I. Los indicadores de bajo peso, prematuridad y asfixia están elevados en el grupo estudiado.

DESCRIPTORES(DeCS)

COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES DEL EMBARAZO/
HUMANO-ADULTO

INTRODUCCIÓN

Fue atribuido a Peter la condena formal del matrimonio, el embarazo y la lactancia en estas pacientes (1). Sin embargo, como bien demostró B. Moisés en 1944, es erróneo atribuir tal aforismo a Peter, en cuyo nombre se han cometido y se cometen muchos errores terapéuticos, pues el citado autor expresó textualmente "En caso de enfermedad del corazón sería preferible que la mujer no se case, que si

se casa que no sea madre, que si lo ha sido imprudentemente una o dos veces, no lo sea en adelante, que en caso de parto feliz se guarde amamantar a su hijo" (2). Cardiopatía es toda afección del corazón, que puede ser congénita o adquirida, compatible o incompatible con la vida, y su gravedad se pone de manifiesto cuando se trata de una gestante (3). La cardiopatía reumática ha tenido una reducción espectacular en los últimos 40 años a nivel mundial, a pesar que 1,5 millones de personas todavía la padecen y su contribución al problema global de las enfermedades cardiovasculares, por tanto, ha disminuido (4). Las formas congénitas se presentan en 8 de cada 1000 nacidos vivos y el número de niños que sobreviven a este padecimiento ha aumentado en los últimos años de forma notable, por los grandes avances de la ciencia en este campo. (5) En nuestro país en los últimos 30 años ha disminuido la frecuencia de cardiopatías congénitas y reumáticas casi en un 50 %, encontramos un cambio en el tipo de enfermedad cardíaca, las formas reumáticas comparadas con las congénitas, que proporcionalmente habían sido de 20 a 1, se relacionan actualmente 3 a 1, debido a la introducción de la quimioprofilaxis en la fiebre reumática, la mejoría socioeconómica que ha traído el cambio social a todo lo largo y ancho de nuestro país, además el notable progreso de la cirugía cardiovascular, de modo que ahora vemos un número creciente de mujeres sometidas a operaciones correctoras o paliativas, que les permite llegar a la edad fértil. (6) En nuestro hospital existe una baja incidencia de estas entidades con repercusión en la mortalidad materna, teniendo en cuenta que las cardiopatías probablemente constituyan la causa más frecuente de muerte materna no obstétrica. (7) Por lo antes referido y con el ánimo de identificar el comportamiento de las gestantes con cardiopatías, durante el embarazo, parto y puerperio, así como determinar la influencia de esta enfermedad en los resultados perinatales en un tiempo dado, es que nos sentimos motivados para realizar este trabajo.

MÉTODO

Realizamos un estudio descriptivo de pacientes embarazadas con cardiopatías, en el Hospital Docente Ginecobstétrico de Matanzas Julio Alfonso Medina, durante los años comprendidos entre 1995-2000, escogiéndose este período por las características y frecuencia de la muestra.

Universo:

Las gestantes ingresadas en el hospital en el período comprendido.

Muestra:

Total de embarazadas con cardiopatías atendidas.

Se revisaron los expedientes clínicos de las referidas pacientes, reportadas por estadísticas como tales. Llegaron a número de 5, lo cual constituyó nuestra muestra de trabajo. Se realizó un libro registro para recoger los datos primarios, que posteriormente se organizaron en forma de variable y los resultados fueron procesados en una computadora Pentium del Centro de Higiene Provincial, aprovechando las facilidades del paquete estadístico Microstat.

Para la realización de nuestro estudio se operacionalizó las siguientes variables:

Variable	Operacionalización
. Cardiopatía	. Tipo de enfermedad cardíaca que presentó.
. Clasificación	. I, II, III y IV.
. Tiempo de gestación	. Semanas de gestación cumplidas desde el primer día de la última regla.
. Peso de los recién nacidos	. Peso en gramos
. Apgar de los recién nacidos	. 1-3; 4-6; 7 y 10

Los resultados se expresaron en valores porcentuales, los cuales se muestran en tablas estadísticas, utilizando la media para las variables cuantitativas y el Chi cuadrado para las cualitativas.

Se hizo comparaciones con la Literatura Médica Nacional e Internacional. Para la clasificación utilizada de cardiopatía se tuvo en consideración, atendiendo a su capacidad funcional, según la New York Heart Association:

Clase I	- Asintomático.
Clase II	- Con ligera limitación física.
Clase III	- Con marcada limitación física.
Clase IV	- Incapacidad de llevar a cabo actividad física ligera o síntomas en reposo.

RESULTADOS

En la tabla No. 1 se muestra la distribución de las gestantes, según la etiología de las cardiopatías. Las afecciones congénitas fueron las más frecuentes con más de 28 pacientes, para el 53,8 % de éstas; la comunicación interauricular, ya sea operada o sin corrección quirúrgica, fueron las más frecuentes con el 13,4 % y el 11,5 % respectivamente. Las formas reumáticas se diagnosticaron en 24 gestantes, para el 46,1 %, siendo el prolapso de la mitral con 10 casos y el 19,2 %, seguida de la Estenosis Mitral con 6 casos y el 11,5 %, las afecciones que más se reportaron en este grupo.

La clasificación según el grado funcional de las gestantes cardiópatas se expone en la tabla No. .2, donde el mayor número de pacientes, 44 para el 84,6 %, son de la clase I, seguidos de 6 casos que representan el 11,5 %, en la clase II de funcionalidad.

En la tabla No. 3 se relaciona la edad gestacional en que ocurrió el parto, apreciándose que para ambos tipos de cardiopatías, congénitas y reumáticas, 29 casos, es decir el 55,7 % parieron con 40 semanas y más, la media fue de 40 semanas y el pretérmino se reportó en 5 casos para el 9,6 %. El test estadístico demuestra que no hay diferencias significativas –3– entre un tipo y otro de cardiopatías.

Al estudiar el peso de los neonatos, tabla No. 4, apreciamos que tanto para las formas reumáticas y congénitas, 20 nacidos, para el 38,4 % pesaron entre 3000-3499 gramos, seguidos de 16 nacimientos que representan 30,7 %, con peso entre 2500- 2999 gramos; el indicador de bajo peso representó el 9,8 % y el peso medio fue de 3400 gramos . El test estadístico X 2, nos demuestra que el peso no guardó relación con el tipo de cardiopatía y predominaron los normopesos. La tabla No. 5 muestra como la cardiopatía influyó en el estado de los recién

nacidos, observando que gran parte de estos, 47, para el 90,3 %, tuvieron un conteo de Apgar entre 7 y 10, la asfixia se reportó en 5 casos representando el 9,6 %, repercutiendo este indicador de forma significativa. En el período estudiado no se reportaron defunciones fetales tardías, ni menores de un año en este grupo.

TABLA No. 1

CLASIFICACIÓN ETIOLÓGICA .

TIPO DE CARDIOPATIA	NUMERO	%
• Reumáticas		
- Estenosis Mitral	6	11,5
- Insuficiencia Mitral	3	5,7
- Estenosis Aórtica	2	3,8
- Insuficiencia Aórtica	2	3,8
- Prolapso de la Mitral	10	19,2
- Miocardiopatía Dilatada	1	1,9
SUBTOTAL	24	46,1
• Congénitas		
- CIA	6	11,5
- CIV	2	3,8
- CIA operada	7	13,4
- CIV operada	4	7,6
- Prolapso de la Mitral	5	9,6
- Estenosis pulmonar	4	7,6
SUBTOTAL	28	53,8
TOTAL	52	100

FUENTE: Historia Clínica

TABLA No. 2.

CLASIFICACIÓN FUNCIONAL .

CLASE	NÚMERO	%
I	44	84,6
II	6	11,5
III	1	1,9
IV	1	1,9
TOTAL	52	100

FUENTE: Historia Clínica

TABLA No. 3

EDAD GESTACIONAL EN QUE OCURRIÓ EL PARTO .

TIEMPO DE GESTACIÓN (SEMANAS)	CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS (N=28)		CARDIOPATÍAS REUMÁTICAS (N=24)		TOTAL	
	Número	%	Número	%	Número	%
34 a 36,6	3	5,7	2	3,8	5	9,6
37 a 39,6	10	19,2	8	15,3	18	34,6
40 y más	15	28,8	14	26,9	29	55,7
TOTAL	28	53,8	24	46,1	52	100

P > 0,05

X : 40

FUENTE: Historia Clínica

TABLA No.

PESO DE LOS RECIÉN NACIDOS SEGÚN TIPO DE CARDIOPATÍA .

PESO DE LOS RECIÉN NACIDOS (GRAMOS)	CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS (N=28)		CARDIOPATÍAS REUMÁTICAS (N=24)		TOTAL	
	Número	%	Número	%	Número	%
1500 - 1999	1	1,9	1	1,9	2	3,8
2000 - 2499	1	1,9	2	3,8	3	5,7
2500 - 2999	9	17,3	7	13,4	16	30,7
3000 - 3499	11	21,1	9	17,3	20	38,4
3500 y más	6	11,5	5	9,6	11	21,1
TOTAL	28	53,8	24	46,1	52	100

P > 0,05

X : 3400

FUENTE: Historia Clínica

TABLA No. 5

APGAR DE LOS RECIÉN NACIDOS A LOS 5 MINUTOS.

TIPO	NÚMERO	%
1 - 3	1	1,9
4 - 6	4	7,6
7 - 10	47	90,3
TOTAL	52	100

FUENTE: Historia Clínica

DISCUSIÓN

En el período estudiado de un total de 19987 gestantes paridas, 52 presentaron enfermedades cardiovasculares, para el 0,2 %. La literatura médica nacional (6,7,12) e internacional (8-11) reportaron una prevalencia mucho más alta, alrededor del 1 %. Es posible que en los años anteriores no se tuviera un control específico con esta entidad y en el cierre de la historia clínica no aparecieran reportadas como tales, lo cual explica la baja incidencia. Nuestra investigación coincide con muchos autores (9,11-16), destacándose el aumento de las pacientes con cardiopatías congénitas que se embarazan, ya sea por resultados de la selección natural o cirugía cardíaca. La intervención quirúrgica en la infancia ha permitido que un número creciente de mujeres con cardiopatías alcancen edad reproductiva. Otros trabajos publicados reportan mayor incidencia de cardiopatía reumática (6,7,10,15,17,18). Los resultados reflejados en la tabla No. 2 son explicables por dos razones: en primer lugar las cardiopatías congénitas graves, raras veces logran sobrevivir hasta la edad reproductiva, a pesar de los grandes avances de la cirugía cardíaca; y, en segundo lugar, tanto las formas clínicas reumáticas como congénitas severas, se les prescribe el embarazo y en algunos casos son causas de interrupción de la gestación. Esta frecuencia coincide con la literatura consultada. (13,14,17) En nuestro trabajo podemos apreciar (tabla No. 3) que para ambos tipos de cardiopatías predominó el parto a término. Debemos destacar el indicador de parto a término. También el de parto pretérmino elevado en estas pacientes. En la literatura consultada muchos autores encontraron el parto a término como más frecuente (6,12,18-20); al contrario de otros, (8,21) que en sus estudios predominaron los pretérminos.

Aunque hubo un predominio de los recién nacidos normopesos, es de gran significación el por ciento de bajo peso reportado en estas pacientes. La literatura destaca la influencia de esta entidad para el producto de la concepción, como indicador de bajo peso al nacer, (7,10,18,21) aunque otros (6,12,19) no encontraron significación.

Nuestro estudio demuestra que la incidencia de cardiopatías fue baja, predominando las formas congénitas sobre las reumáticas. Las pacientes con capacidad funcional clase I, fueron las más representativas. La incidencia de pretérminos, bajo peso y asfixia fue significativa en este grupo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Easby M.H. The early recognition of cardiac insufficiency in the presence of pregnancy, 1937. *Classical Article. Cardial. Clin. United States*; 1998.16.(1): 115-20.
2. León. J. *Tratado de Obstetricia*: Ed Científica, Buenos Aires; 1957. (2) : 568-79.
3. Perloff J. H. *Embarazo y Enfermedades Cardiovasculares*: En: *Tratado de Cardiología*. La Habana: Ed. Científico Técnica; 1981. (1). 2057-80.
4. Bennett y Plum. *Tratado de Medicina Interna Cecil*. La Habana: Editorial Científica Médica; 1998. (1). 1098-03.
5. Berbrman Kligman A.. *Tratado de Pediatría*. Nelson. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1999. (1):. 1611-20.
6. Peñate Torres E. *Cuidados de Enfermería en las gestantes cardiópatas*. *Rev. Cubana Enfermer*; 1998. 2. (1): 22-9.

7. Colectivo de Autores. Manual de Diagnóstico y Tratamiento en Obstetricia y Perinatología. Habana; 2000. (1): :294-304.
8. Andrade. J. Ávila. W.S. Cardiopatía e Gravidez. Sociedad de Cardiología de Estado de Sao Paulo;. 1997. (1) : 771-82.
9. Danzell J.D. Pregnancy and pre-existing heart disease. La state. Med. Soc. United States;. 1998. 150. (2) : 97-102.
10. Botella Ll.. Tratado de Ginecología . La Habana: Edición Revolucionaria; 1990. (2):. 111-29.
11. Hellman M. Lovis. Prictcbard. Jack A. Williams. Obstetricia;. 1998. (1): 1003-14.
12. Ramirez Pérez M. Comportamiento de las enfermedades cardiovasculares asociadas al embarazo. Rev. Cubana. Obst. Ginecol.; 1999; 25. (1): 39-44.
13. Sarzosa Salvador M, Sarzosa Játiva M. Cardiopatía y Embarazo. Educ. Med. Cont.; 1996. (50): 18-21.
14. Presbítero P, Rabajoli F, Somerville J. Pregnancy Disease. Schweiz. Med. Wochens –Chr.; 1995; 125. (7): 311-15.
15. Mendelson. M. A. Pregnancy in the Woman with congenital heart disease. Am. J. Cardial . Imaging.; 1995: 9. (2) 44-52..
16. Thilen V; Olsson S.B. Pregnancy and heart disease. Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol; Netherlands; 1997. 75. (1): 43-50.
17. Aguiar K, Hernández Damarys, Abréu J.E. Morbilidad Materna en la gestante Cardiópata. Inst. Cardiología. Habana. Libro Resumen del Congreso de Obstetricia y Ginecología; 2001. (1):. 287-8.
18. Cabral Castañeda F, Karchmer S, Aguilera Pérez. Perspectiva perinatal de la cardiopatía y embarazo. Revisión de 1169 Embarazadas. Ginecol. Obst. Mex.; 1997 65. (7): 310- 16.
19. Giancotti. A, Torcia F, Giamp. G. Prenatal evaluation of congenital heart. Disease in high risk pregnancy. Clin. Exp. Obstet. Gynecol; 1995: 22. (3):. 225-9.
20. Sarzosa Salazar M., Sarzosa Jativa M. Síndrome Cardiovascular de la embarazada. En: Ramos Toledo, G. Alto Riesgo Obstétrico. Quito.; 1997. (1): 109-26.
21. Bhagwat A. R. Ángel. P. J. Heart Disease and Pregnancy. Cardiol. Clin;. 1995; 13. (2): 163-78.

SUMMARY

Cardiopathy and Pregnancy constitutes a clinical association of extraordinary importance in medical practice. A descriptive investigation took place in Matanzas Gyneco-Obstetric Hospital Julio Alfonso Medina, during the period between 1995-2000, with the purpose of identifying the behavior of pregnancy women with this condition. To this effect, a register book was organized, which gathered the percentages, the media and X2 a total of 19987 deliveries during this period, 53 patients were reported as cardiopaths, representing a 0,2 %, predominating the congenital cardiopathies in a 5,3 % in relation to the rheumatic ones. The majority of pregnant women had their pregnancy, childbirth and puerperium in functional Class. Iss weight, prematurity and asphyxia indicators are elevated in the studied group.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Rodríguez Álvarez J C, Hernández Cabrera J, de la Campa Allende M, Ulloa Gómez C, Suárez Ojeda R. Cardiopatía y embarazo. Resultados perinatales. (1995-

2000).Rev méd electrón[Seriada en línea] 2002; 24(3).. Disponible en
URL: http://www.revmatanzas.sld.cu/revista_medica/año2002/tema6.htm[consulta:
fecha de acceso]