

Capítulo 23

Las enfermedades cardiovasculares en la mujer

Dra. Camino Bañuelos

Médico especialista en Cardiología. Unidad de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista del Hospital Clínico San Carlos, Madrid

Introducción a las enfermedades cardiovasculares en la mujer

Las diversas fases en la vida de la mujer se caracterizan por distintas actividades, por diferente fisiología (con un normal funcionamiento) y probablemente también por distintas enfermedades cardíacas.

En la niña recién nacida y lactante, si no ha habido un diagnóstico intraútero, será en esta edad cuando se reconozca la presencia de cardiopatías congénitas, y se repare en aquellas que afectan a la vida.

La cardiopatía congénita es una anomalía de la estructura cardiocirculatoria. Está presente en el nacimiento, si bien es diagnosticada mucho más tarde. Se debe a alteraciones en el desarrollo embrionario (intraútero) del corazón y de los grandes vasos que salen y entran en él. Las cardiopatías congénitas que afectan menos al funcionamiento cardíaco y que permiten una vida activa deben ser conocidas por los padres y posteriormente por la niña. Ésta ha de ser vigilada cuidadosamente por el cardiólogo pediatra, quien irá indicando el tratamiento más oportuno. Estas enfermedades pueden pasar inadvertidas, sobre todo en los países menos desarrollados, de ahí que se diagnostiquen en edades más tardías.

Algunas cardiopatías congénitas son más frecuentes en la mujer que en el hombre, como la comunicación interauricular (presencia de un orificio en el tabique

que separa las aurículas derecha e izquierda). La cardiopatía congénita más frecuente es la válvula aórtica bicúspide en ambos sexos.

En la niñez y la adolescencia, la fiebre reumática sigue existiendo, pero se da fundamentalmente en países en vías de desarrollo. Esta enfermedad se debe a un proceso inflamatorio que aparece tras la infección faríngea (anginas) por el estreptococo; afecta a las articulaciones, el corazón, el sistema nervioso y la piel. Cuantos más episodios de fiebre reumática haya padecido la paciente, más grave será la afectación cardíaca. En nuestro país, inmediatamente después de la Guerra Civil, se encontraban estenosis mitrales graves reumáticas en la pubertad, que precisaban un tratamiento quirúrgico urgente. Afortunadamente, en la actualidad esta enfermedad prácticamente ha desaparecido entre la población nacida en España (autóctona), pero se puede encontrar en niñas emigrantes de países menos desarrollados.

La pubertad es el período transitorio entre la infancia y la adolescencia. En esta fase comienza la secreción de hormonas femeninas, que da lugar a la menstruación. Este momento se denomina *menarquía*.

En la etapa de la pubertad y la adolescencia llega el momento de empezar a informar a las chicas sobre las relaciones sexuales seguras, con el objetivo de evitar embarazos no deseados, y más aún en el caso de las jóvenes cardiopatas.

En la edad fértil es muy importante que la mujer portadora de una cardiopatía (que puede ser congénita o adquirida), se ponga en contacto con su cardiólogo, con el objeto de ser orientada sobre el riesgo al que pueden exponerse tanto ella como el feto, si se queda embarazada. El riesgo dependerá mucho del tipo de enfermedad cardíaca que se padezca, ya que el embarazo a término es posible en gran parte de las pacientes con cardiopatía, si el manejo es óptimo.

Dado que en los países desarrollados el embarazo se produce en edades más tardías, no es infrecuente que las mujeres, en nuestro medio, presenten factores de riesgo de cardiopatía isquémica (CI). A esta situación hay que añadir alteraciones típicas de la mujer embarazada, como la presencia de anemia. Además, durante el embarazo se pueden producir con más frecuencia tanto una disección como un coágulo en la arteria coronaria, esto último debido a un ambiente que facilita la agregación de la sangre. Todas estas anomalías pueden contribuir a la aparición de enfermedad coronaria durante el embarazo. En el parto, además, se produce un sangrado de cantidad variable. El infarto agudo de miocardio durante el embarazo y el parto tiene una mortalidad alta, que oscila entre el 5,7 y el 30%, debido tanto al retraso en el diagnóstico como en la instauración del tratamiento adecuado.

La menopausia comienza alrededor de los 51 años. Se caracteriza por la retirada de la menstruación y expresa la disminución y el posterior cese de la secreción hormonal, que suelen ser paulatinos. Se denomina *premenopausia* a la fase en que comienzan los desarreglos menstruales, y *posmenopausia* a la etapa siguiente a la menopausia. La mujer tiene una *vida sin hormonas* bastante larga en los países desarrollados.

La edad es un factor de riesgo para la CI. Durante la menopausia parece abrirse la puerta para esta enfermedad, y en la mujer tiene peor pronóstico que en el hombre. Debido a ello se pensó que el tratamiento hormonal sustitutivo sería beneficioso para prevenir la instalación de CI en la mujer posmenopáusica, pero, desgraciadamente, las cosas no son así. Asimismo, en esta época vital la mujer gana peso con más frecuencia, se hace más sedentaria y aparecen la diabetes, la hipercolesterolemia y la hipertensión arterial (HTA).

La vejez en la mujer es un estadio que se encuentra, de manera natural, dentro de la posmenopausia. Hace unos años el comienzo de la vejez se establecía a partir de los 65 años, edad en la que habitualmente empieza la jubilación

del trabajo fuera de la casa —ya que la mujer sigue realizando las labores domésticas, en mayor o menor cuantía, hasta que el deterioro físico o mental se lo impiden—.

Afortunadamente, y de nuevo en los países desarrollados, a una mujer a los 65 años no se la suele considerar, ni ella suele encontrarse, *vieja*, de ahí que se esté estableciendo actualmente el corte de 75 años como más adecuado. Pues bien, en esta etapa vital las cardiopatías más frecuentes son la isquémica (por la enfermedad de las arterias coronarias), la hipertensiva (debida a la presencia de HTA crónica y mal controlada), y la valvulopatía degenerativa del anciano, que afecta fundamentalmente a las válvulas aórtica y mitral. Todas estas enfermedades se desarrollan con más detalle en otros capítulos.

La enfermedad cardíaca en la recién nacida y la lactante

Durante el nacimiento y la lactancia se diagnostican las enfermedades congénitas que no han sido descubiertas intraútero. Se denomina con el término *cardiopatía congénita* a aquellas anomalías en la estructura cardiocirculatoria que están presentes en el nacimiento, aunque sean diagnosticadas mucho más tarde. Dichas anomalías se deben a alteraciones en el desarrollo embrionario del corazón y de los grandes vasos. Aquellas que afectan a la vida son tratadas quirúrgica o percutáneamente de manera precoz.

La cirugía consiste en abrir el pecho para poder, de forma directa, ver y tratar la enfermedad. Mediante el tratamiento percutáneo se utilizan las grandes venas y arterias, fundamentalmente de la ingle (femoral), como *carreteras* para llevar los catéteres (tubos de plástico). Unos son utilizados para inyectar contraste y diagnosticar la cardiopatía; otros son el vehículo de distintas herramientas, como los balones para ensanchar estenosis (estrecheces), las válvulas para tratar estenosis o insuficiencias (pérdidas), o los paraguas para tapar orificios. Gracias a los rayos X se va viendo por dónde *se circula*.

Naturalmente, puede ser que la paciente sea portadora de una cardiopatía congénita más grave, incluso cianótica (con coloración azul de cara y dedos), lo que significa que existen orificios entre las cavidades cardíacas que permiten la mezcla de sangre del lado derecho del corazón (no oxigenada) con la del lado izquierdo (oxigenada). En nuestro país es muy raro que una niña llegue a esta edad sin el diagnóstico y el tratamiento oportunos, pero puede suceder, sobre todo en ambientes deprimidos o en niñas inmigrantes.

La enfermedad cardíaca en la niñez y la adolescencia

En esta época se pueden encontrar los soplos que tanto preocupan a los padres. Este ruido cardíaco expresa la turbulencia de la sangre al pasar por un orificio estrecho (estenosis de alguna válvula), porque la válvula *pierde* y la sangre se va hacia atrás (insuficiencia), o porque hay un orificio anormal entre dos cámaras con presiones diferentes (comunicación entre los ventrículos o entre las aurículas) o entre los grandes vasos (aorta y pulmonar). Las causas más frecuentes suelen ser la comunicación pequeña entre los dos ventrículos o la estenosis leve de la válvula aórtica o pulmonar.

Es importante subrayar que las válvulas cardíacas tienen la característica de ser unidireccionales, es decir, están diseñadas para que la sangre se dirija hacia adelante, e impedir que vaya hacia atrás.

Debe insistirse en la idea de que un soplo no significa necesariamente enfermedad cardíaca; asimismo, la intensidad tampoco va de la mano de la gravedad. Algunos soplos funcionales surgen en la niñez pero desaparecen en la juventud, y el corazón es estructuralmente normal.

La fiebre reumática es una enfermedad producida por una bacteria (estreptococo). Da lugar a un proceso inflamatorio que afecta al sistema nervioso, el corazón, la piel y las articulaciones. En el corazón fundamentalmente lesiona las válvulas: mitral, aórtica, tricúspide y excepcionalmente a la pulmonar. Es una dolencia propia de países poco desarrollados, y en España es muy poco frecuente. Su tratamiento es médico; se utilizan antiinflamatorios y antibióticos. Una vez que se ha establecido la valvulopatía y ha evolucionado hacia la gravedad, el tratamiento será percutáneo o quirúrgico.

Trastornos de la alimentación: anorexia nerviosa

La anorexia nerviosa no es una banalidad y debe ser tomada con la importancia y preocupación que se merece. En los países desarrollados se está llevando a cabo un seguimiento de este trastorno alimenticio, que si bien antes era exclusivo del sexo femenino, ahora también se presenta en los varones.

La anorexia nerviosa provoca anomalías cardíacas y síntomas similares a los encontrados en situaciones de hambre extrema con desnutrición proteica. También causa disminución de calcio, magnesio y potasio, y da lugar a arritmias, insuficiencia cardíaca y, ocasionalmente, muerte súbita (repentina). Este trastorno disminuye la masa del ventrículo izquierdo y la cantidad de sangre que bombea



En la menopausia es importante que la mujer mantenga un estilo de vida saludable y practique algún tipo de ejercicio físico.

el corazón; asimismo, se produce una alteración en el electrocardiograma (se alarga el intervalo QT), situación que predispone a las arritmias.

La edad fértil

El embarazo

El embarazo puede tener lugar a lo largo de toda la época fértil de la mujer, naturalmente también en los *extremos* de esa edad fértil, de ahí que en algunas ocasiones resulte muy inesperado. Se puede embarazar la niña que menstrua y la mujer madura que sigue menstruando. El control de la natalidad y la prevención de un embarazo indeseado deben tenerse presentes a lo largo de toda la edad fértil.

El embarazo tiene una importante repercusión fisiológica y morfológica en el aparato cardiovascular de la

gestante sin cardiopatía. El ventrículo izquierdo aumenta de tamaño y se produce un incremento del 50% del volumen de sangre circulante, aumento que resulta absolutamente necesario para el feto. Asimismo, se reduce la resistencia de las arterias al paso de la sangre, disminuye la tensión arterial (TA), y aumentan la frecuencia de las pulsaciones del corazón (entre 10 y 20 latidos por minuto), así como la coagulación de la sangre.

Durante el trabajo del parto aumenta el volumen de sangre que bombea el corazón, se instala una importante situación de estrés y se produce una hemorragia de grado variable.

Miocardopatía periparto

La miocardiopatía periparto es una enfermedad relativamente infrecuente que afecta al músculo cardíaco; provoca que éste se dilate, lo que afecta a su capacidad de bombear la sangre. Aparece en el último mes del embarazo y durante los cinco meses posteriores al parto en mujeres sin enfermedad cardíaca previa. El perfil de mujer que padece esta enfermedad es el siguiente: embarazadas añosas, múltiparas, de raza negra y con embarazo gemelar. La mortalidad puede alcanzar el 7%. El 50% de las mujeres que la padecen se recupera a los seis meses. Los síntomas son fatiga y edemas (hinchazón).

Aunque el embarazo, el parto y el puerperio son situaciones que han de ser consideradas normales, pueden funcionar como un resorte que ponga en marcha patologías cardiovasculares muy importantes.

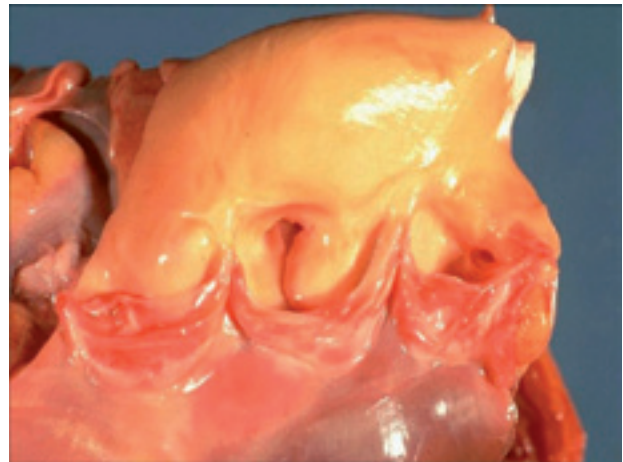
Hipertensión arterial y embarazo

La TA se mide en milímetros de mercurio (mmHg). Se considera que existe HTA cuando la cifra es igual o superior a 140/90 —coloquialmente se diría: máxima de 14 y mínima de 9—. Además, durante el embarazo también se define la hipertensión cuando la máxima (sistólica) aumenta en 30 mmHg, o la mínima (diastólica) lo hace en 15, en relación con la TA habitual de la embarazada. La HTA aparece en el 10% de todos los embarazos; es la causa más frecuente de las complicaciones y la mortalidad fetal y materna.

La HTA se divide en tres categorías: crónica, gestacional y preeclámpsica. La crónica es la que ya presentaba la paciente antes del embarazo. La gestacional aparece durante el embarazo, tras la semana 20. La preeclámpsica es la más temida, ya que puede poner en riesgo la vida de la madre. Se caracteriza porque, además de HTA,

la embarazada también tiene proteinuria (eliminación de proteínas por la orina), edemas (hinchazón que no desaparece), afectación hepática y coagulopatía.

La disminución de la resistencia de las arterias produce un descenso de la TA mínima de al menos 10 mmHg respecto a la basal. Si la mujer embarazada tiene en su segundo trimestre una TA mínima por encima de 75 mmHg, y de 95 en su tercer trimestre, debe ser seguida y tratada cuidadosamente.



La válvula aórtica normal tiene tres *puertecitas* con forma de nido de golondrina. Se aprecian la fina estructura valvular y dos orificios, uno en el centro de la imagen y otro a la derecha: son los orificios de salida de las dos arterias coronarias. Por encima de la válvula está la aorta, la gran arteria que sale del ventrículo izquierdo y lleva la sangre oxigenada para regar todo el organismo. Debajo de la válvula se ve parte del ventrículo izquierdo.



Válvula aórtica bicúspide extensamente calcificada. Se ven dos *puertecitas* en lugar de tres. Los *nidos de golondrina* están rellenos de acúmulos de calcio, que dificultan la apertura de la válvula y producen una estenosis grave.

Con estas recomendaciones se quiere subrayar que cifras de TA que pueden parecer normales o casi normales deben ser extremadamente vigiladas y tratadas en la embarazada.

Preeclampsia

La preeclampsia, también denominada *toxemia del embarazo*, es un tipo de HTA que se presenta en la segunda mitad del embarazo; se acompaña de edema y proteinuria. La cifra de TA estará elevada. Aparece en primerizas, multíparas, adolescentes y mujeres mayores de 40 años. Esta entidad se asocia con un aumento del riesgo materno y fetal. Su regresión suele tener lugar 24-48 horas tras el parto; sin embargo, puede progresar hacia la eclampsia, situación que se acompaña de convulsiones y que pone en riesgo la vida de la madre y del feto. Los factores de riesgo de la preeclampsia se resumen en la tabla 1.

Patología de las arterias coronarias y la aorta

Aunque el infarto agudo de miocardio es infrecuente durante el embarazo, éste se asocia a un aumento del vasoespasmio de las coronarias (estrechez transitoria de la arteria) y de la disección. Asimismo, las embarazadas están más predispuestas a la disección de la aorta, sobre todo si presentaban una patología aórtica previa.

Cardiopatía y embarazo

En los países desarrollados se estima una incidencia de gestantes con cardiopatía del 1,5-2%.

Cardiopatías congénitas

Gracias al tratamiento adecuado de las cardiopatías congénitas, más de la mitad de las niñas operadas alcanza la edad fértil.

Actualmente hay una serie de cardiopatías congénitas que no precisan de tratamiento quirúrgico; es posible su tratamiento percutáneo a través de catéteres que se introducen por las venas o las arterias de las extremidades.

Cuanto menos grave sea la cardiopatía materna, mayor será la posibilidad de que el embarazo y el parto se lleven a término, y de que no existan complicaciones ni mortalidad en el feto ni en la madre.

Un equipo español ha establecido tres grupos de riesgo: bajo, moderado y alto (véase la tabla 2). En el grupo de bajo riesgo se encuentran las cardiopatías ya operadas

TABLA 1. Preeclampsia: factores de alto riesgo

Tensión arterial igual o superior a 160/110 mmHg
Presencia de proteínas en la orina
Disminución del número de plaquetas
Dolor abdominal y de cabeza
Hemorragia en la retina y edema de papila
Insuficiencia cardíaca

TABLA 2. Riesgo en el embarazo en las distintas cardiopatías congénitas

Bajo	Coartación de la aorta intervenida
	Insuficiencias aórtica y mitral leves
	Estenosis pulmonar
	Comunicaciones interauriculares intervenidas
	Fallot intervenido
	Ductus arterioso intervenido
Moderado	Estenosis aórtica moderada
	Recoartación de aorta moderada
	Prótesis mecánica mitral, aórtica
Alto	Todas aquellas cardiopatías congénitas que se acompañen de hipertensión pulmonar

o las enfermedades leves, que producen poca repercusión funcional. En el grupo de riesgo moderado aparecen las enfermedades moderadas así como las embarazadas portadoras de prótesis valvulares mecánicas. El grupo de riesgo alto está formado por las embarazadas con patología que produce hipertensión pulmonar.

Las complicaciones durante la gestación serían, según los grupos de bajo, medio y alto riesgo, del 1,6, 15 y 20%, respectivamente. Las complicaciones en el puerperio se situarían en el 2, 23 y 50%; la mortalidad materna sería del 0, 7,6 y 25%, y la proporción de nacimientos prematuros, del 11, 15 y 100%, respectivamente. Además, es importante subrayar la posibilidad de heredar la cardiopatía congénita de la madre, que supone un riesgo entre 2 y 20 veces mayor que el de la población general.

Según este estudio, las embarazadas portadoras de cardiopatías congénitas de bajo riesgo podrían ser tratadas con los cuidados obstétricos habituales; las embarazadas de riesgo moderado deberían ser controladas por un equipo multidisciplinar en un hospital terciario; y debe desaconsejarse formalmente el embarazo a las mujeres del grupo de alto riesgo.

Cardiopatías adquiridas

Las valvulopatías representan la patología adquirida más habitual. La afectación valvular más frecuente se debe a la fiebre reumática, que no tiene nada que ver con lo que habitualmente se llama *reuma*. Esta enfermedad se da en la infancia en países menos desarrollados que el nuestro; en España tuvo lugar en épocas en las que la población era más pobre. Para obtener una información más amplia puede leerse el capítulo dedicado a las valvulopatías.

Las valvulopatías peor toleradas durante el embarazo son las que producen estenosis (estrechez). Afortunadamente, en algunos casos pueden ser tratadas percutáneamente, es decir, a través de la vena o la arteria periférica, introduciendo un balón e intentando ensanchar la válvula estenótica, durante el embarazo.

La paciente con una valvulopatía que desee tener un hijo debe planearlo junto con su cardiólogo. Si la gravedad de la lesión valvular puede poner en riesgo la vida de la madre, del feto o de ambos, es necesario tratar la valvulopatía antes del embarazo con la opción terapéutica más adecuada: percutánea o quirúrgica.

Las embarazadas portadoras de prótesis valvulares están en situación de riesgo. Si la válvula es metálica, el problema mayor es el tratamiento anticoagulante, absolutamente necesario, pero que produce malformaciones en el feto en el primer trimestre del embarazo y que debe ser sustituido por heparina. La posibilidad de trombosis protésica aumenta también por el propio embarazo. En la edad fértil, deben implantarse a la mujer válvulas biológicas o mejor aún, si es posible, ofrecerle una dilatación percutánea con balón. Desgraciadamente, la válvula biológica se deteriora a mayor velocidad durante el embarazo, pero tiene la gran ventaja de no necesitar tratamiento anticoagulante.

Existen, asimismo, otras afectaciones cardíacas, por ejemplo la hipertensión en la sangre que circula por los pulmones, denominada *hipertensión pulmonar*, que produce una mortalidad prohibitiva en la madre, cercana al 50%, de ahí que se desaconseje absolutamente un embarazo en esta situación.

Menopausia. Posmenopausia. Vejez

No debemos olvidarnos de hacer referencia a todas las patologías cardíacas más frecuentes en esta época de la vida de la mujer.

Aunque las pacientes se vayan alejando de la juventud, es importante que se haga especial hincapié en la



La enfermedad coronaria en la mujer es más frecuente a medida que aumenta la edad.

prevención. Es fundamental que intenten cambiar los estilos de vida poco saludables, así como que traten de adelgazar o, mejor aún, de no engordar. Deben, asimismo, controlar el tipo de comida, la cantidad de grasas, sal y alcohol, abandonar el hábito de fumar e incorporar el ejercicio a su vida habitual. En esta época, la mujer se hace más sedentaria y tiene más tendencia a engordar y a que se establezcan enfermedades como la HTA, la diabetes, el aumento de colesterol y de triglicéridos.

En esta fase se incrementa la frecuencia de cardiopatías tales como la hipertensiva, la coronaria y la degenerativa valvular, que se describen con detalle en otros capítulos. En éste se va a subrayar la importancia de la enfermedad coronaria en la mujer posmenopáusica. No existe ninguna evidencia de que el tratamiento hormonal sustitutivo actúe favorablemente en la prevención de la CI en la mujer. Incluso parece tener efectos adversos sobre la aparición de cánceres de mama.

La CI en la mujer tiene un pronóstico más sombrío que en el hombre; y tanto el tratamiento percutáneo como el quirúrgico resultan menos efectivos. Además, la mujer suele buscar ayuda médica más tarde, tanto en las situaciones crónicas como, peor aún, en las agudas. Los síntomas en la mujer son menos claros, por lo que frecuentemente son interpretados mal, tanto por la enferma como por el médico.

También hay que reseñar que de la misma manera que la sintomatología en la mujer es distinta, más abigarrada, y que la angina no necesariamente indica enfermedad de las coronarias, los métodos de diagnóstico más empleados, como el test de esfuerzo, tienen un rendimiento diagnóstico menor en la mujer. Todas estas características dificultan de forma importante conocer con exactitud si se está ante un problema coronario.

Desgraciadamente, los recursos diagnósticos (como la coronariografía) se ofrecen en menor número a la mujer que al hombre —aunque la indicación sea clara—, y menos aún si la mujer es anciana.

De todo lo dicho puede concluirse que la enfermedad coronaria en la mujer es más frecuente según aumenta la edad. Aunque los síntomas no sean muy claros, y sobre todo si se tienen factores de riesgo de CI, debe buscarse la opinión del médico, que ofrecerá los métodos de diagnóstico necesarios. Éstos irán de los más sencillos, tales como el electrocardiograma y la analítica, a los más específicos, como la coronariografía.

Es, por tanto, muy importante incidir sobre la prevención primaria antes de que se produzca ningún evento, y secundaria una vez sucedido, para intentar frenar la progresión de la enfermedad.

Consultas más frecuentes

¿Qué significa angina? ¿Qué diferencia existe entre la angina y la angina de garganta?

Se llama angina a un dolor opresivo en el centro del pecho que se irradia por el esternón hacia la garganta (por la zona de la corbata hasta la de las anginas), hacia los brazos y hacia la espalda, que aparece con el ejercicio y cede con el reposo. Angina significa falta de riego del corazón; su causa principal es la estrechez de las coronarias. Un médico inglés llamado Heberden describió este síntoma en el siglo XVIII. Desgraciadamente, no todos los pacientes, especialmente las mujeres, lo cuentan de una manera tan clara. Frente a angina, se habla de angina de garganta, que es una inflamación de las amígdalas, o de éstas y la faringe.

En el caso de una niña de 12 años a la que se ha detectado un soplo en un examen rutinario, ¿es necesario preocuparse?

Si la niña está sana, ha nacido en un buen hospital y ha sido examinada cuidadosamente por un pediatra; si, además, es vigilada rutinariamente por su pediatra, hace una vida activa normal y nunca se ha quejado de fatiga, de dolor en la zona del pecho o de palpitaciones y tampoco ha perdido el conocimiento, no hay por qué preocuparse, pero debería llevarse a la niña a su pediatra para que éste le valore de nuevo y aconseje cómo actuar.

Una mujer en edad fértil que presenta una enfermedad en el corazón llamada válvula aórtica bicúspide, que lleva una vida rigurosamente normal y que incluso hace deporte de forma habitual, ¿puede quedarse embarazada?

La válvula aórtica bicúspide es la malformación congénita cardíaca más frecuente. Se da en el 1% de la población y tiene un componente hereditario. Esta válvula es anormal, ya que en lugar de tres *puertecitas*, tiene dos, que suelen ser algo deformes. La válvula se va dañando con el uso a lo largo de la vida, y más allá de los 60 años puede empezar a estrecharse, perder sangre, y la arteria aorta (el gran vaso que sale del ventrículo izquierdo para regar todo el cuerpo) puede incluso dilatarse. La mujer parece estar en muy buena situación, pero debe ir a su cardiólogo para que la valore cuidadosamente y le aconseje de la forma más adecuada.

Una mujer diabética de 70 años tiene la tensión alta y es obesa. Su hermano tuvo un infarto de miocardio hace cuatro años. Últimamente se siente muy cansada y en ocasiones, cuando lleva un rato caminando, siente dolor de la espalda y tiene que pararse. Ese dolor también le aparece cuando mantiene relaciones sexuales con su marido. Otras veces, a pesar de realizar los mismos esfuerzos, no siente molestias. ¿Debería consultar con su médico?

Existen muchas posibilidades de que esta mujer tenga una angina de pecho. Por lo que cuenta, puede pensarse que su corazón se está regando mal y que alguna de sus coronarias (las arterias que riegan el corazón) está estrecha. Debe ir rápidamente a su médico para consultar esta situación. Si la molestia le aparece en reposo, es prolongada o se acompaña de sudoración, debería ir al servicio de urgencia más cercano.

Una paciente tiene la TA alta desde los 20 años. Le han dicho que es una hipertensión esencial, esto es, que no le han encontrado ninguna enfermedad que la produzca. Toma medicinas y tiene unas cifras de TA que nunca superan 130/80 mmHg. ¿Podría quedarse embarazada? ¿Debería hacer algún tratamiento especial?

La HTA que esta mujer padece es la más común, si bien ha aparecido en una edad demasiado temprana. Afortunadamente, se le han descartado enfermedades que pueden producir la HTA y, además, tiene las cifras de TA controladas con el tratamiento. La paciente puede perfectamente quedarse embarazada, pero necesita un control más riguroso por parte de su médico y de su obstetra. Probablemente le cambiarán las pastillas de la TA y le darán otras que no sean perjudiciales para el feto; quizá también le insistirán en que vigile su peso y el consumo de sal.

Glosario

Cardiopatía isquémica: conjunto de enfermedades del corazón o cardiopatías cuyo origen radica en la incapacidad de las arterias coronarias (coronariopatía) para suministrar la sangre (el oxígeno) necesaria a un determinado territorio del músculo cardíaco, lo cual dificulta el funcionamiento de éste.

Cardiopatías congénitas: anomalías cardíacas y/o de los grandes vasos presentes desde el nacimiento. Los términos *congénito* y *hereditario* no son sinónimos. Todas las enfermedades hereditarias son congénitas, pero la inversa no se cumple: no todas las enfermedades congénitas son hereditarias.

Discción: desgarro de la pared interna de la arteria.

Estenosis: referido a las arterias, significa que existe un determinado grado de estrechamiento u obstrucción en su interior provocado por las placas de ateroma.

Intervalo QT: período de tiempo que va desde el comienzo de la onda Q hasta el final de la onda T en el electrocardiograma del corazón.

Menarquia: primer episodio de sangrado vaginal de origen menstrual, o primera hemorragia menstrual de la mujer.

Percutáneo: relativo al acceso vascular (vasos sanguíneos: arterias o venas) a través de la punción de la piel.

Preeclampsia: complicación médica del embarazo. Es la hipertensión arterial que se presenta en algunas mujeres al estar embarazadas y se acompaña de edema y proteinuria.

Proteinuria: presencia de proteínas en la orina en cuantía superior a 150 mg en la orina de 24 horas.

Bibliografía

BAUNWALD, E. *Heart Disease. A Textbook of Cardiovascular Medicine*. Filadelfia: W. B. Saunders, 1997.

CASTEL, A. B., y C. CASTEL. «Hormonas. La maquinaria secreta que regula la vida de la mujer». *Corazón y Salud* 12 (1999): 4-13.

FAMILYDOCTOR.ORG. Información sobre salud para toda la familia. <http://www.familydoctor.org>. (Fecha de consulta: 28/11/08.)

MANSO, B., F. GRAN, A. PUJÁN, G. GIRALT, Q. FERRER, P. BETRIÁN, D. ALBERT, et al. «Embarazo y cardiopatías congénitas». *Revista Española de Cardiología* 61 (2008): 236-243.

TOPOLE, E. J. *Textbook of Cardiovascular Medicine*. Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

Resumen

- En este capítulo se ponen de manifiesto las características especiales de la mujer cardiópata, así como de la mujer sana o con una enfermedad cardíaca desconocida o banal.
- La niña debe ser diagnosticada y tratada cuidadosamente de su cardiopatía congénita o adquirida. Es importante que conozca su patología y también que sepa si ésta puede producirle alguna limitación y su tipo.
- La adolescente debe añadir a lo anterior el control de la natalidad responsable, algo que debe ser aconsejado y explicado cuidadosamente por sus padres. En relación con la cardiopatía, es posible que sea necesario un tratamiento adecuado antes del embarazo, el cual incluso puede ser desaconsejado formalmente.
- La mujer que va a quedarse embarazada debe ser vigilada cuidadosamente por su obstetra, pues aunque se considere sana, el embarazo puede servir para desencadenar enfermedades cardíacas que deben tratarse.
- La mujer cardiópata en edad fértil que desee tener un hijo debe ponerse en contacto con su cardiólogo y planear el embarazo de forma responsable. Es necesario que realice ocasionalmente tratamientos que, de otra manera, se podrían retrasar.
- La mujer madura y anciana, en la misma medida que la joven, debe controlar cuidadosamente los factores de riesgo de la CI: hipertensión arterial, diabetes, elevación del colesterol y los triglicéridos; asimismo, debe abstenerse absolutamente de fumar. Igual importancia debe prestarse al control riguroso del peso (hay que pasar hambre) y al ejercicio físico habitual. Debe saber que la enfermedad coronaria presenta unos síntomas que en ocasiones son difíciles de reconocer; y tanto la presencia de los factores de riesgo como el consejo de su médico serán de ayuda para aclarar la situación.