Rev Esp Cardiol. 2017;70(Supl 1): 800

Revista Española de Cardiología

6014-232. EXPERIENCIA EN EL USO DE BLOQUEADORES BETA DURANTE LA GESTACIÓN EN MUJERES CARDIÓPATAS

Raquel Prieto Arévalo[1], Fernando Sarnago Cebada[1], Pablo Ávila Alonso[1], Raquel Yotti Álvarez[1], Carolina Devesa Cordero[1], Virginia Ortega Abad[2] y Francisco Fernández Avilés[1] del [1]Servicio de Cardiología y [2]Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Los bloqueadores beta (BB) podrían asociarse a bajo peso del RN y su uso durante el embarazo se justifica solo si los beneficios esperados superan a los riesgos. El objetivo de este trabajo fue valorar el perfil de pacientes gestantes que recibieron tratamiento bloqueador beta en comparación con las que no lo recibieron y estudiar la influencia de los BB en el peso neonatal.

Métodos: Estudio de cohortes históricas en gestantes cardiópatas remitidas a consulta de cardiología de nuestro hospital (enero 2010-junio 2016), excluyendo las remitidas en puerperio o por trastornos hipertensivos. Se recogieron antecedentes clínicos, medicación, clasificación modificada de la OMS, datos del parto e incidencia de complicaciones cardiovasculares (CV) (necesidad de diuréticos, ingreso, edema pulmonar, arritmia, evento tromboembólico o muerte). Se realizó análisis estadístico univariante y de regresión logística con SPSS.

Resultados: En este periodo 117 pacientes (edad 33,7 ± 5,2 años) completaron la gestación; un 19% recibió BB (41% propranolol, 27% metoprolol, 14% carvedilol, 4% bisoprolol, 4% atenolol). Las características clínicas se muestran en la tabla. En el grupo con BB hubo más partos por cesárea (59 frente a 31% p 0,014) y se vio una tendencia a menor peso del RN (2830 ± 643 frente a 3104 ± 538 g, p 0,081). Se produjeron más complicaciones CV en pacientes tratadas con BB (55 frente a 11%, p 0,001), aunque en un 50% de los casos los BB se habían iniciado durante la gestación ante la aparición de dichas complicaciones (45% arritmias, 55% IC/deterioro de función ventricular). En 2 pacientes se suspendió el tratamiento (uno por paciente, uno por bradicardia fetal) y no se produjeron muertes fetales. Los BB no resultaron predictores independientes de complicaciones CV mayores (p 0,204). Cuando se analizaron los factores predictores de bajo peso en RN (2.500 g), no se hallaron diferencias significativas en función del tratamiento con BB, observándose como único determinante en el análisis multivariado el parto pretérmino (37 semanas) (OR 20,72, p 0,018).

Características clínicas de las pacientes

	Total (n = 117)	No bloqueadores beta (n = 95)	Bloqueadores beta (n = 22)	p

Edad (años)	33,7 ± 5,2	33,6 ± 5,2	33,8 5,3	0,895
Antecedentes de insuficiencia cardiaca n (%)	11 (9,4)	5 (5,3)	6 (27,3)	0,001
Antecedentes de HTA n (%)	4 (3,4)	4 (4,2)	0	
Clase funcional NYHA previa a gestación n (%)				0,228
I	100 (85,5)	83 (87,4)	17 (77,3)	
II	17 (14,5)	12 (12,6)	5 (22,7)	
Tipo de cardiopatía				
Cardiopatía congénita n (%)	48 (41)	45 (47,4)	3 (13,6)	0,004
Miocardiopatía n (%)	29 (24,8)	17 (17,9)	12 (54,5)	0,001
Cardiopatía valvular n (%)	25 (21,4)	21 (22,1)	4 (18,2)	0,781
Tratamiento previo a la gestación n (%)	27 (23,1)	17 (17,9)	10 (45,5)	0,006
Tratamiento bloqueador beta previo a gestación n (%)	11 (9,4)	3 (3,2)	8 (36,4)	0,001
Arritmia previa a gestación n (%)	31 (26,5)	23 (24,2)	8 (36,4)	0,244
Clasificación modificada OMS n (%)				0,001
I	38 (32,5)	37 (38,9)	1 (4,5)	
II	55 (47,0)	43 (45,3)	12 (54,5)	
III	21 (17,9)	13 (13,7)	8 (36,4)	
IV	3 (7,6)	2 (2,1)	1 (4,5)	

Conclusiones: Las mujeres gestantes tratadas con BB presentan un perfil de mayor riesgo de eventos CV, aunque los BB no son predictores de los mismos. Tampoco se observa influencia independiente del tratamiento BB en el peso neonatal, por lo que puede plantearse su uso a las dosis mínimas imprescindibles si existe indicación cardiológica.