



5. EXPERIENCIA EN EL MANEJO DE LA GESTACIÓN EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR EN LA ERA DEL TRATAMIENTO VASODILATADOR. RESULTADOS DE UN CENTRO DE REFERENCIA

Teresa Segura de la Cal¹, Carmen Pérez Olivares Delgado², Raquel Luna López¹, Irene Martín de Miguel¹, Alejandro Cruz Utrilla¹, María Jesús López Gude¹, Fernando Sarnago Cebada¹, Williams Hinojosa Camargo¹, Olga Villar³, Maribel Real⁴, Fernando Arribas Ynsaurriaga¹ y M. Pilar Escribano Subias¹

¹Cardiología. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España, ²Cardiología. Hospital Universitario del Henares, Coslada (Madrid), España, ³Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España y ⁴Anestesia y Reanimación. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: Las recientes guías de práctica clínica de la sociedad europea de cardiología consideran que en presencia de hipertensión arterial pulmonar (HAP), la recomendación debe ser la de evitar la gestación por un riesgo asociado de morbilidad materna estimado superior al 40%. Consideramos necesario revisar la evolución de la gestación y puerperio de pacientes con HAP manejada en un centro de referencia.

Métodos: Estudio de pacientes con HAP atendidas en nuestro centro entre noviembre 2008 y abril 2023 durante el embarazo y/o puerperio.

Resultados: 29 pacientes fueron incluidas. Las características basales y etiologías se recogen en la tabla. A destacar, 7 pacientes eran respondedoras a calcio antagonistas (CaATG). En cuanto al momento del diagnóstico, 20 tenían diagnóstico previo, 6 fueron diagnosticadas durante el embarazo y 3 en el puerperio. De las 26 pacientes atendidas durante la gestación, 8 la interrumpieron (31%). En cuanto a las complicaciones de este grupo, 2 pacientes fallecieron durante la gestación (mortalidad: 8%); 9 precisaron ingreso hospitalario de causa cardiológica (35%), y 2 por causa obstétrica (8%); 4 requirieron soporte vasoactivo (15%), y 2 soporte mecánico circulatorio (8%). Acerca del tratamiento, 10 pacientes precisaron inicio de prostaciclina durante la gestación o el parto (38%). Ninguna de las pacientes respondedoras a CaATG tuvo complicaciones. Respecto a los 18 partos atendidos en nuestro centro, todos se llevaron a cabo mediante cesárea, con una edad gestacional media de 33,1 semanas. Solo un recién nacido (RN) no pudo ser reanimado con éxito y falleció (cesárea urgente-semana 22). Los 17 restantes fueron dados de alta vivos. El peso medio al nacimiento fue 2192 g y el Apgar promedio al primer minuto 7,3. Además, 8 RN (47%) precisaron algún tipo de soporte respiratorio mecánico. Respecto a las 3 pacientes atendidas en el puerperio (40 días post parto), todas se encontraban en situación clínica y hemodinámica avanzada como muestra la tabla. Una falleció antes de los 6 meses posparto.

Características de la población incluida

Características basales de las 29 pacientes

Edad media 29,6 años

12 HAP idiopática (HAPI) o heredable (HAPH), 41%

10 HAP asociada a cardiopatía congénita (HAP-CC), 34%

5 HAP asociada a enfermedad del tejido conectivo (HAP-CTD), 17%

Etiología

1 enfermedad venooclusiva (EVOP)

1 hipertensión portopulmonar (HPoPu)

**7 respondedoras a calcioantagonistas (CCB-R), 24%.

20 diagnosticadas previamente (66%)

Diagnóstico 6 diagnosticadas durante la gestación (24%)

3 diagnosticadas en el puerperio (10%)

Características basales previas a la gestación en la cohorte diagnosticada (20 pacientes)

PAPm 41,3 mmHg

RVP 7,6 UW

CFI 84%

T6M 560 m

NTpBNP 94 pg/dl

Tratamiento pre Ca ATG: 6 (30%)

Monoterapia: 5 (25%)

Doble terapia: 8
(40%)

Triple terapia: 1 (5%)

Características primera valoración en pacientes diagnosticadas durante el embarazo (6 pacientes)

PAPm 62 mmHg

RVP 9,3 UW

NTpBNP 917,7 pg/dl

Características primera valoración en pacientes diagnosticadas en el puerperio (3 pacientes)

PAPm 73,7 mmHg

RVP 21,5 UW

NTpBNP 2975 pg/dl

OMS? 3 100%

PAPm: presión pulmonar media; RVP: resistencia vascular pulmonar; CF: clase funcional; OMS: organización mundial de la salud; T6M: test de la marcha de los 6 minutos.

Conclusiones: Pese al avance en el manejo de la HAP, la morbimortalidad materno-fetal asociada a la gestación en esta patología continúa siendo elevada y se mantiene durante el puerperio. El subgrupo de pacientes respondedoras a CaATG presenta el mejor pronóstico y podrían beneficiarse de un consejo pregestacional menos restrictivo.