

Embarazo en mujeres con cardiopatía estructural: experiencia de un centro



Pregnancy in Women With Structural Heart Disease: Experience in a Centre

Sr. Editor:

La tasa de mortalidad materna durante el embarazo es muy baja en nuestro entorno¹. Sin embargo, en mujeres con enfermedad cardiovascular puede alcanzar el 1%, 100 veces más que en la población sana².

En el futuro se prevé un aumento de gestantes cardiópatas debido a que cada vez son más las mujeres con cardiopatías congénitas que alcanzan la edad adulta y a que la edad de la gestación se está retrasando, lo que implica gestantes con más comorbilidades y riesgo de sufrir cardiopatía. Este nuevo escenario requiere que todo cardiólogo clínico esté familiarizado con el manejo inicial de una gestante cardiópata.

En un intento de unificar conocimientos y facilitar la toma de decisiones, se han publicado nuevas guías clínicas³, que proponen dar a todas las pacientes cardiópatas en edad fértil un adecuado consejo previo a la concepción y, en caso de quedar embarazadas, transferir precozmente a centros especializados a aquellas con un riesgo elevado. Para ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha creado una clasificación que estratifica el riesgo de complicaciones maternas (OMS I: sin aumento de mortalidad materna o aumento de morbilidad ligero; OMS II: riesgo de mortalidad ligeramente aumentado o aumento de morbilidad moderado; OMS III: riesgo de mortalidad o morbilidad grave considerablemente aumentado; OMS IV: riesgo de mortalidad extremadamente alto; embarazo contraindicado).

El objetivo de este estudio es presentar la experiencia de nuestro centro en el manejo de la gestación de las pacientes con cardiopatía estructural. Se trata de un registro retrospectivo desde 1998 hasta 2014. A partir de 2007, ha realizado el manejo de la gestación un equipo multidisciplinario. Existe un protocolo específico de actuación para la hipertensión arterial pulmonar (HAP)⁴.

Se clasificó a las pacientes según la nueva escala de riesgo. Se analizó: cardiopatía, consulta preconcepcional, clase funcional, medicación anticoagulante y específica para su cardiopatía, tipo de parto y morbimortalidad durante la gestación, el parto y el puerperio (6 meses). En el recién nacido se evaluó: edad

gestacional, peso, test de Apgar, presencia de cardiopatías congénitas y morbimortalidad perinatal (tabla).

Se han seguido 67 gestaciones de 62 mujeres (8 multíparas). La media de la edad materna era 30,5 (16–42) años.

Las principales enfermedades son las cardiopatías congénitas (69%), la HAP (13%) y las valvulopatías (10%). El alto porcentaje de HAP se debe a que se trata de un centro de referencia para esta enfermedad (figura). Solo se dio consejo preconcepcional al 19% de las pacientes. Esto se explica fundamentalmente porque nuestro hospital atiende a pacientes derivadas de otros centros una vez el embarazo está en curso. Se produjeron 5 abortos, 3 espontáneos y 2 interrupciones voluntarias del embarazo en pacientes del grupo IV en el primer trimestre. Es importante que el cardiólogo que realiza el seguimiento de las pacientes con cardiopatías congénitas les facilite consejo reproductivo y remita los casos complejos a unidades de asesoramiento reproductivo.

Con respecto al tratamiento anticoagulante, el 19% de las gestantes estaban anticoaguladas con heparina de bajo peso molecular 1 mg/kg cada 12 h (2 prótesis mecánicas, 1 cardiopatía congénita compleja), con monitorización del factor antiXa, y no se produjo ninguna complicación en el embarazo ni en el parto.

La alta tasa de cesáreas en el grupo IV (50%) se debe a la existencia de un protocolo especial para pacientes con HAP que incluye cesárea programada alrededor de la semana 36³.

La mortalidad materna (1,4%) es ligeramente superior a la descrita en el registro europeo (1%)², si bien en nuestra serie el porcentaje de pacientes del grupo IV es claramente más elevado (el 33 frente al 4%), principalmente por el alto porcentaje de HAP. Las complicaciones y la mortalidad están directamente relacionadas con el grupo de riesgo⁵. Manso et al⁶ describen una mortalidad del 25% entre las pacientes de alto riesgo.

La única muerte fue la de una paciente con HAP idiopática grave de 1 año de evolución en clase funcional II durante la interrupción del embarazo en la octava semana tras un síncope seguido de bradicardia y parada cardiaca sin un desencadenante claro.

Siete pacientes del grupo IV sufrieron insuficiencia cardiaca en el puerperio y una requirió trasplante cardiaco urgente. Otra paciente con HAP empeoró y murió 1 año después del parto. Hubo un caso de miocardiopatía periparto con evolución tórpida (lista de espera electiva para trasplante cardiaco). Una paciente con estenosis mitral grave e insuficiencia moderada no candidata a valvuloplastia fue sometida a reemplazo valvular tras la cesárea. En

Tabla
Resultados según grupo de riesgo

	OMS I	OMS II	OMS III	OMS IV	Total
Embarazos, n (%)	20 (30)	15 (22)	10 (15)	22 (33)	67
Edad (años), media	36	30	30,7	28,5	30,5
Consulta preconcepcional, n (%)	4 (20)	3 (20)	3 (30)	3 (14)	13 (19)
Clase funcional basal III-IV, n (%)	0	0	0	2 (9)	2 (2)
Tratamiento específico, n (%)	1 (5)	3 (20)	1 (10)	17 (77)	22 (33)
Cesáreas	2	7	2	11	22
Estancia hospitalaria (días), media	3	4,2	3,7	13,4	6,1
Mortalidad materna, n (%)	0	0	0	1	1 (1,4)
Complicaciones maternas cardiovasculares	0	0	0	9 ICA, 1 TxC urgente (45%)	10 (15)
Edad gestacional (semanas), media	39,35	38,06	37,6	35,7	37,6
Peso recién nacido (g), media	3.035	3.020	2.890	2.424	2.842
Apgar 5 min, media	9,2	9,6	9,6	9,5	9,4
Cardiopatía congénita	0	0	0	0	0
Mortalidad fetal, n (%)	1	1	0	0	2 (3)

ICA: insuficiencia cardiaca aguda; OMS: Organización Mundial de la Salud; TxC: trasplante cardiaco. Salvo otra indicación, los datos expresan n (%) o n.

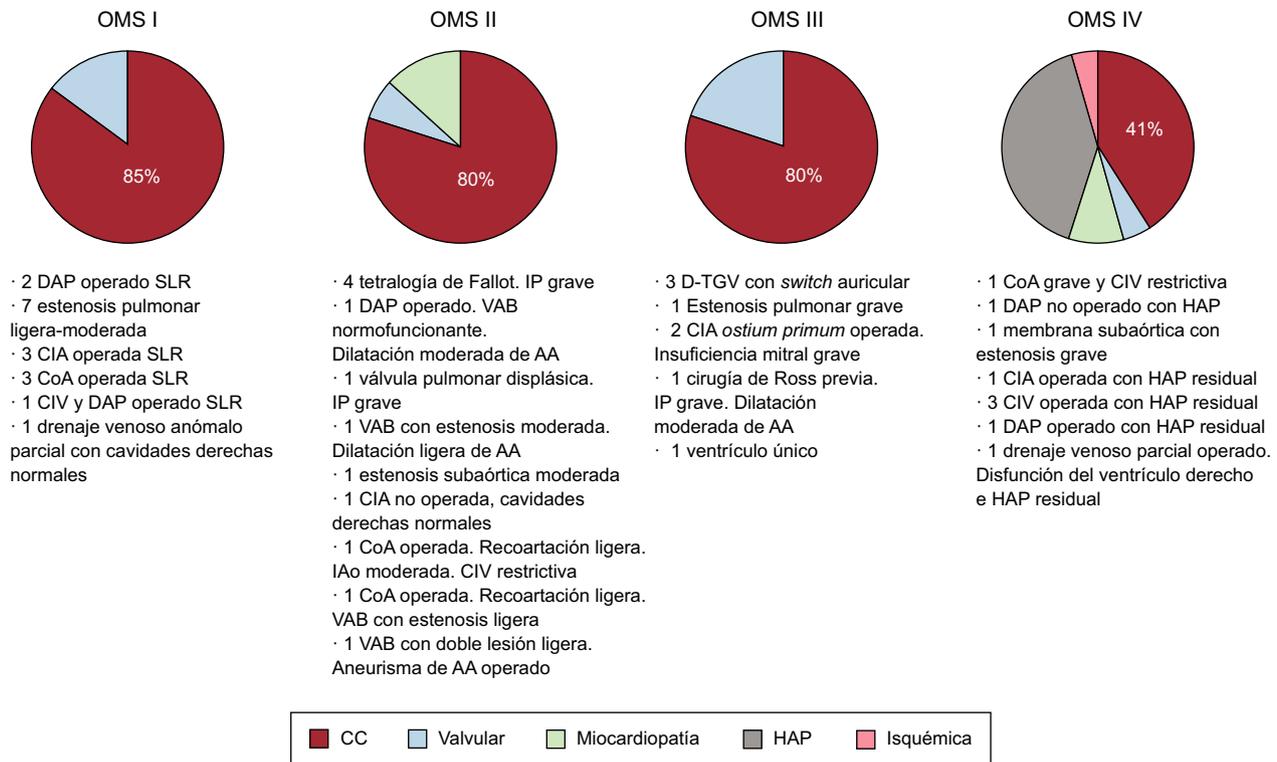


Figura. Etiología según grupo de riesgo. AA: aorta ascendente; CIA: comunicación interauricular; CIV: comunicación interventricular; CoA: coartación aorta; DAP: ductus arterioso persistente; D-TGV: D-trasposición de grandes vasos; IAo: insuficiencia aórtica; IP: insuficiencia pulmonar; SLR: sin lesiones residuales; VAB: válvula aórtica bicúspide.

el resto de los grupos no se produjeron complicaciones cardiovasculares relevantes. La mortalidad fetal (3%) fue por complicaciones obstétricas (nudo de cordón y *abruptio placentae*). No hubo ninguna muerte neonatal.

Podemos concluir que a todas las mujeres con cardiopatía en edad fértil se les debe dar un adecuado consejo preconcepcional y desaconsejarles el embarazo en casos de riesgo muy alto. Aun así, la mayoría de las pacientes cardiopatas, con las recomendaciones adecuadas y atendidas en centros especializados por equipos multidisciplinares, pueden llevar a cabo una gestación de manera segura.

FINANCIACIÓN

Estudio financiado por el Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Economía y Competitividad de España, a través de la Red de Investigación Cardiovascular.

Belén Díaz Antón^{a,*}, Olga Villar Ruíz^b, Carolina Granda Nistal^a, Roberto Martín Asenjo^a, Carmen Jiménez López-Guarch^a y Pilar Escribano Subías^a

^aServicio de Cardiología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

^bServicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

* Autor para correspondencia:
Correo electrónico: b.diazanton@gmail.com (B. Díaz Antón).

On-line el 2 de noviembre de 2015

BIBLIOGRAFÍA

1. EURO-PERISTAT Project. European perinatal health report. 2010. Disponible en: www.europeristat.com.
2. Roos-Hesselink JW, Ruys TP, Stein JL, Thilen U, Webb GD, Niwa K, et al; ROPAC investigators. Outcome of pregnancy in patients with structural or ischaemic heart disease: results of a registry of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J*. 2013;34:657-65.
3. Regitz-Zagrosek V, Blomstrom Lundqvist C, Borghi C, Cifkova R, Ferrerria R, Foidart JM, et al. ESC Guidelines on the management of cardiovascular diseases during pregnancy. *Eur Heart J*. 2011;32:3147-97.
4. Protocolos de actuación en hipertensión arterial pulmonar. Hospital 12 Octubre. 2008. Disponible en: http://www.unidadhp12.es/protocolos_de_actuaci%C3%B3n.aspx.
5. Rodríguez-Mañero M, Casado-Arroyo R, Sarkozy A, Leysen E, Sieira JA, Namda M, et al. Trascendencia clínica del embarazo en el síndrome de Brugada. *Rev Esp Cardiol*. 2014;67:176-80.
6. Manso B, Gran F, Pijuan A, Giralat G, Ferrer Q, Betrian P, et al. Embarazo y cardiopatías congénitas. *Rev Esp Cardiol*. 2008;61:236-43.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2015.08.013>