

Comité de Cardiopatías congénitas.

Embarazo en mujeres con cardiopatías congénitas complejas. Un desafío constante.

Pregnancy in Women with Complex Congenital Heart Disease. A Constant Challenge

Avila WS, Ribeiro VM, Rossi EG, et al. *Arq Bras Cardiol.* 2019; 113(6):1062-1069



Dr. Juan Pablo Arguello

La mejora en las técnicas quirúrgicas ha contribuido a un número creciente de mujeres en edad fértil con cardiopatía congénita compleja (CCC). Sin embargo, el asesoramiento adecuado sobre el embarazo en esta situación es incierto, debido a una amplia variedad de lesiones cardíacas residuales.

En el registro de 1000 casos de mujeres embarazadas del Instituto del Corazón de San Pablo (InCor), las cardiopatías congénitas correspondieron al 19,2% del total de los casos, representando la

segunda causa en frecuencia de lesión cardíaca estructural.

La clasificación modificada de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la utilizada para la estratificación de riesgo de pacientes con cardiopatías congénitas. Ver Tabla 1.

Este es un estudio observacional y retrospectivo de 435 mujeres embarazadas consecutivas con cardiopatía congénita incluidas en el Registro InCor de Embarazo y enfermedad cardíaca

durante un período de 10 años (2007 a 2017). Entre ellos, 42 embarazos en 40 pacientes con cardiopatía congénita incluidos en la categoría de riesgo III por OMS fueron seleccionados para este estudio.

O M S I	No hay riesgo aumentado de muerte materna y muy baja morbilidad: pequeñas o leves (estenosis pulmonares, CIV, DAP), lesiones simples corregidas exitosamente (CIA, CIV, DAP, ARVP)
O M S II	Leve aumento de riesgo de mortalidad y morbilidad materna: CIA, CIV no operadas, reparación de tetralogía de Fallot, coartación de aorta corregida
O M S III	Significativo aumento del riesgo de mortalidad y morbilidad materna: ventrículos derechos sistémicos (transposición congenitamente corregida, transposición simple operadas con técnicas de Mustard o Senning), Fontan, enfermedades cardíacas cianóticas.
O M S IV	Muy alto riesgo de mortalidad y morbilidad materna: hipertensión pulmonar severa de cualquier etiología, severa disfunción ventricular sistémica, insuficiencia cardíaca y fracción de eyección < 30%, severa obstrucción de corazón izquierdo, severa (re)coartación, Fontan con alguna complicación.

TABLA 1: Clasificación de riesgo materno durante el embarazo en pacientes con cardiopatías congénitas (OMS)

CIV: comunicación interventricular. DAP: ductus arterioso permeable. CIA: comunicación interauricular. ARVP: anomalía retorno venoso pulmonar

Traducida de: Avila WS, Ribeiro VM, Rossi EG, et al. Pregnancy in Women with Complex Congenital

Heart Disease. A Constant Challenge. Arq Bras Cardiol. 2019; 113(6):1062-1069

En la consulta prenatal, todas las pacientes tenían diagnóstico anatómico y funcional definido por el equipo de cardiopatía congénita y comenzaron el seguimiento periódico cada dos semanas hasta el segundo trimestre del embarazo. Posteriormente, este seguimiento se modificó a una consulta todas las semanas, durante el tercer trimestre según el protocolo.

El protocolo incluyó:

- Asesoramiento sobre medidas generales (descanso, restricción física, actividades, control de anemia e infecciones eventuales, ajuste de dosis o sustitución de medicamentos)
- Evaluación periódica de la saturación de oxígeno materna, hematocrito y hemoglobina
- Evaluación por especialistas en cardiopatías congénitas.(incluyendo nuevo estudio ecocardiográfico)
- Seguimiento con equipo obstétrico
- Hospitalización electiva de pacientes de alto riesgo después de 28 semanas

* Los autores son los únicos responsables de las opiniones que se expresan en sus textos, que no necesariamente reflejan la opinión ni la política de la Sociedad de Cardiología de Rosario.

(hipoxemia, hipertensión pulmonar, obstructiva grave, lesiones y disfunción ventricular importante)

- Finalización del embarazo según indicaciones obstétricas

- Profilaxis de endocarditis infecciosa durante el parto con ampicilina intravenosa 2g asociada a gentamicina 1.5 gr / kg / intramuscular, aplicada una hora antes del parto

- Cita posparto para chequeo clínico y evaluación de las complicaciones maternas y neonatales

Se consideraron las siguientes variables maternas para este estudio: edad, enfermedad cardíaca basal; cirugía cardíaca previa; hipoxemia (saturación de oxígeno <92% en reposo, medida por oxímetro digital); hematocrito y hemoglobina materna; disfunción ventricular (fracción de eyección ventricular (EF) \leq 50%); complicaciones cardíacas u obstétricas y muerte materna.

En cuanto al recién nacido, las variables consideradas fueron: edad gestacional en el parto, pérdida fetal clasificada como: aborto espontáneo (<20 semanas), muerte fetal (entre 20 y 36 semanas) y muerte

neonatal (hasta 30 días después del parto) y malformaciones relacionadas con la cardiopatía materna.

Veinte recién nacidos no tuvieron complicaciones (47,6%), mientras que 22 de ellos si las presentaron (52,3%).

El 40,5% (17 pacientes) del grupo que presentó complicaciones fueron pretermino.

Se observaron 7 muertes, de las cuales 3 fueron abortos espontáneos, 4 muertes al nacer.

Las condiciones: hipoxemia, cirugía cardíaca previa y la anatomía univentricular se estudió como variables predictivas de resultados maternos y fetales.

El éxito materno y fetal se consideró en 17 (40,5%) casos, cuando la madre y el recién nacido sano fueron dados de alta del hospital después del parto sin complicaciones.

La duración de la hospitalización para el tratamiento de complicaciones o para la planificación del parto varió entre 21 y 68 días (promedio de 45 días). Se

presentaron dos muertes maternas (4,7%) relacionado con complicaciones obstétricas: hemorragia después del parto y preeclampsia. En este sentido, un estudio sobre las causas de muerte en pacientes con CCC mostró que la insuficiencia cardíaca, muerte súbita, cardiopatía isquémica y endocarditis infecciosa fueron las más comunes.

Además, las lesiones anatómicas más significativas (a excepción de Síndrome de Eisenmenger) fueron la transposición de grandes arterias y la circulación de Fontan. Como conclusión, el estricto protocolo de atención durante el embarazo, parto y el puerperio no previno las muertes maternas, la prematuridad o el aborto espontáneo en pacientes con CCC.

La hipoxemia materna es marcador de riesgo importante.

Aunque se debe respetar la voluntad de la paciente de concebir, se debe aconsejar en este grupo de riesgo no quedar embarazada

Comentario del autor:

En la Argentina nacen 7000 cardiopatías congénitas al año aproximadamente. Se

estima que el 85% evolucionarán a la vida adulta.

Es innegable que una mayor supervivencia postoperatoria de estos pacientes dará lugar a un número creciente de embarazos en mujeres con CCC en un futuro cercano. No disponemos en nuestro medio de centros de experiencia en el manejo como así tampoco guías generales para esta población siendo el manejo y la conducta individualizada dependiendo de la cardiopatía de base, las lesiones residuales y el estado actual de la embarazada.

Muchas pacientes cursarán embarazos donde el cardiólogo clínico debe ser parte, junto a un equipo multidisciplinario, de la toma de decisiones. Para ello es necesario conocer el riesgo que corre la paciente embarazada como así también el feto.

Ocasionalmente, las mujeres quedan embarazadas sin previo asesoramiento o, a veces, desean un embarazo a pesar de los consejos.

Para ello disponemos de la clasificación de la OMS, que es actualmente aceptada para estratificar el riesgo de las pacientes embarazadas con cardiopatías congénitas.

Este estudio demostró que las pacientes embarazadas en los grupos de mayor riesgo (III-IV), presentaron alta ocurrencia de complicaciones maternas y/o fetales, por lo que debemos contraindicar el embarazo cuando se realice una consulta preconcepcional o realizar un seguimiento muy cercano y periódico cuando así no ocurra, fundamentalmente en el tercer trimestre.