



## 6013-449 - MANEJO MULTIDISCIPLINAR DEL EMBARAZO EN PACIENTE CARDIÓPATA: EXPERIENCIA DE UN CENTRO

Carolina Granda Nistal<sup>1</sup>, Teresa Mombiela Ramírez de Ganuza<sup>1</sup>, Beatriz García Aranda Domínguez<sup>1</sup>, José Hernández González<sup>2</sup>, Antonio García Burguillo<sup>3</sup>, María José Ruiz Cano<sup>1</sup>, Carmen Jiménez López Guarch<sup>1</sup> y M. Pilar Escribano Subías<sup>1</sup> del <sup>1</sup>Servicio de Cardiología del Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, <sup>2</sup>Servicio de Anestesia y Reanimación del Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid y <sup>3</sup>Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

### Resumen

**Introducción:** El 0,2-4% de los embarazos (emb) están complicados con enfermedades cardiovasculares. La clasificación de las gestantes (g) (según la cardiopatía de base) en grupos de riesgo de la OMS (del I al IV con riesgo incremental) y el manejo de las g de mayor riesgo en unidades multidisciplinarias (UMD) se recomienda en las últimas guías europeas del 2011.

**Objetivos:** Describir la población de g cardiópatas remitida a una UMD y su evolución según los grupos de riesgo de la OMS. Determinar la utilidad de las UMD y de la clasificación por grupos de riesgo.

**Métodos y resultados:** De junio-1999 a febrero-2013 se siguieron en la UMD a 46 g (38 emb finalizados, 7 abortos terapéuticos y 1 espontáneo). Edad media:  $29 \pm 6$ a. Etiología: 57% cardiopatías congénitas sin hipertensión pulmonar (HP), 28% HP grupos 1 y 4, 11% valvulopatías, 4% miocardiopatías. Se clasificó a las g en los grupos de riesgo de la OMS: Grupo I (8 g, 18%); Grupo II (6 g, 13%); Grupo III (13 g, 28%), Grupo IV (19 g, 41%). En el Grupo IV: 2 g (10%) en Clase Funcional  $\geq$  III, 2 g (10%) con cianosis, 13 g. (68%) con HP, 6 g (31%) con disfunción del ventrículo derecho, 2 g. (10%) con disfunción del ventrículo sistémico. En los Grupos I al III no se registraron complicaciones maternas graves. En el grupo IV, 7 g desarrollaron ICC y 1 g disección de aorta ascendente, requiriendo cirugía urgente 3 g. Se realizó cesárea en el 71%. No hubo muertes maternas en el emb. En los Grupos I y II no hubo complicaciones fetales ni del recién nacido (RN) significativas. En el Grupo IV (14RN), hubo 2RN con CIR; 5RN precisaron ingreso en Uvi (en 2RN fue necesaria la reanimación avanzada al nacer). No hubo muertes en los RN. El 85% de las g fueron evaluadas en la UMD desde el 1<sup>er</sup> y 2<sup>o</sup> trimestre (T) de la gestación; el 15% en el 3<sup>er</sup> T y puerperio. En las g. del Grupo IV remitidas en el 3<sup>er</sup> T o puerperio (5 g) se concentran la mayoría de las complicaciones cardiológicas de la serie (p 0,05).

**Conclusiones:** El manejo del emb en cardiópatas en una UMD ofrece resultados excelentes en cuanto a mortalidad materna y fetal. La clasificación de la OMS se confirma como buen predictor de complicaciones maternas y fetales, lo que permite identificar a las pacientes de alto riesgo que deben ser remitidas a una UMD de referencia. Remitir a estas g. desde el 1<sup>er</sup> T reduce la probabilidad de complicaciones surgidas en el emb.

See front matter © 2013 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados