



## 6019-200 - HIPERTENSIÓN PULMONAR Y GESTACIÓN EN UNA COHORTE CONTEMPORÁNEA. ¿SE DEBEN RECONSIDERAR LOS RIESGOS EN DETERMINADOS CASOS?

Teresa Segura de la Cal<sup>1</sup>, Carmen Pérez-Olivares Delgado<sup>1</sup>, Julia Playán Escribano<sup>2</sup>, Beatriz García-Aranda Domínguez<sup>1</sup>, Laura Domínguez Pérez<sup>1</sup>, Olga Villar<sup>3</sup>, María Isabel Real<sup>3</sup>, María José Cristo Ropero<sup>1</sup>, Alejandro Cruz Utrilla<sup>1</sup>, Fernando Sarnago Cebada<sup>1</sup>, Fernando Arribas Ynsaurriaga<sup>1</sup> y M. Pilar Escribano Subias<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. <sup>2</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid. <sup>3</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La terapia vasodilatadora pulmonar ha modificado el pronóstico de la hipertensión arterial pulmonar (HAP) y la hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (HPTEC). Asimismo, contribuye al manejo de algunos pacientes de la hipertensión pulmonar (HP) del grupo 5. La HAP respondedora a calcioantagonistas (RCaATG) presentan un curso más benigno de la enfermedad. El embarazo es situación de muy alto riesgo en mujeres con HP, asociando una morbimortalidad en la HAP entre el 40-100%, sin especificar diferencias según subgrupos en las últimas guías. Este estudio evalúa los efectos del embarazo en una cohorte contemporánea de pacientes con HAP, HPTEC e HP segmentaria manejadas en centro de referencia.

**Métodos:** Se estudiaron 28 embarazadas y puérperas con HAP, HPTEC e HP segmentaria entre enero 2000-abril 2020. Edad media: 28. 10 (36%) HAP idiopática, 4 (14%) HAP hereditaria (una enfermedad venooclusiva-EVOP-), 2 (7,1%) HAP asociada a conectivopatía, 9 (32,1%) HAP asociada a cardiopatía congénita (1 Eisenmenger), 1 (3,6%) CPETH, 2 (7,1%) HP segmentaria. El 21% fue RCaATG en el momento del embarazo.

**Resultados:** Se realizó interrupción legal del embarazo (ILE) en el 32% de pacientes. En el grupo de no respondedoras, 5 (23%) ingresaron por causa cardiológica y el 13% requirió inotrópicos. En este grupo, el 66,7% precisaron incremento de vasodilatadores durante la gestación y un 19% fue dada de alta con prostaciclina sistémica. Dos pacientes fallecieron durante el embarazo (7,1% de la cohorte total), ambas no respondedoras (una HAPI que falleció en la ILE, y una EVOP tras cesárea de urgencia en semana 22). Del 21% de RCaATG, ninguna presentó complicaciones. La edad gestacional media del recién nacido fue 28 semanas. El 53% presentó alguna morbilidad, incluyendo una muerte neonatal. Desde el punto de vista hemodinámico: presión pulmonar media basal  $41,9 \pm 15$  mmHg, resistencias vasculares pulmonares  $7,1 \pm 4$  UW. En el 53% dispusimos de datos hemodinámicos postembarazo sin documentarse un aumento significativo en las presiones pulmonares, pero a expensas de mayor tratamiento. La supervivencia a 6 años fue del 78,6%

**Conclusiones:** La gestación asocia una morbimortalidad materno fetal considerable en pacientes con HAP y generalmente precisan incremento de la terapia vasodilatadora, sugiriendo progresión de

la enfermedad. No obstante, la buena evolución de las respondedoras a CaATG sugiere la necesidad de reconsiderar su riesgo.