Rev Esp Cardiol. 2013;66 Supl 1: 849

Revista Española de Cardiología

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

Carolina Granda Nistal[1], Teresa Mombiela Ramírez de Ganuza[1], Beatriz García Aranda Domínguez[1], José Hernández González[2], Antonio García Burguillo[3], María José Ruiz Cano[1], Carmen Jiménez López Guarch[1] y M. Pilar Escribano Subias[1] del [1]Servicio de Cardiología del Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, [2]Servicio de Anestesia y Reanimación del Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid y [3]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 multidisciplinares (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 ± 6a. 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 ? 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 1er y 2º trimestre (T) de la gestación; el 15% en el 3er T y puerperio. En las g. del Grupo IV remitidas en el 3er 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 1er T reduce la probabilidad de complicaciones surgidas en el emb.