



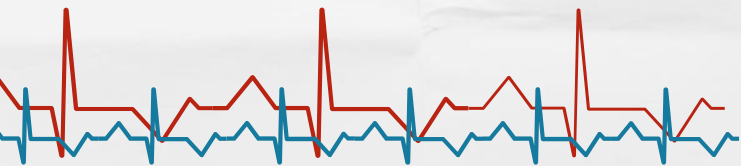
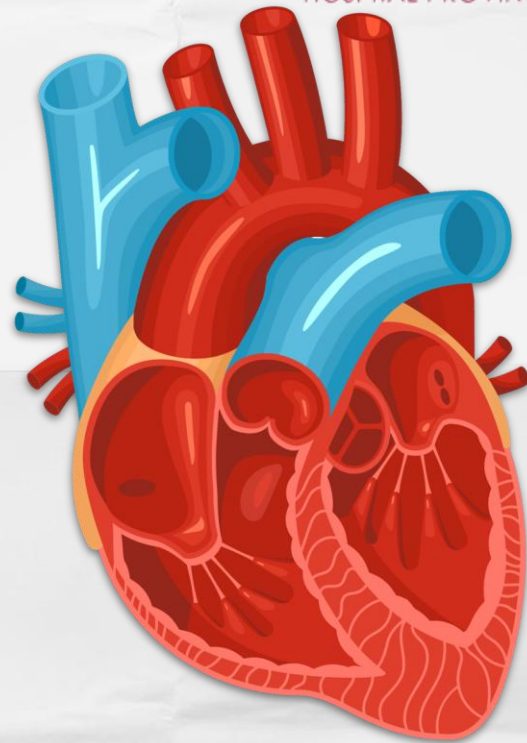
MANEJO DE MUJERES EMBARAZADAS CON HIPERTENSIÓN, CARDIOPATÍA CORONARIA Y RESULTADOS ADVERSOS DEL EMBARAZO

ACTUALIZACIÓN DE GUÍAS ESC

Carrera de posgrado de especialización en cardiología.

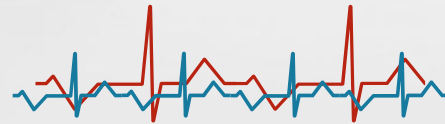
Universidad Nacional de Rosario.

26/08/26 – Mattos, Julián



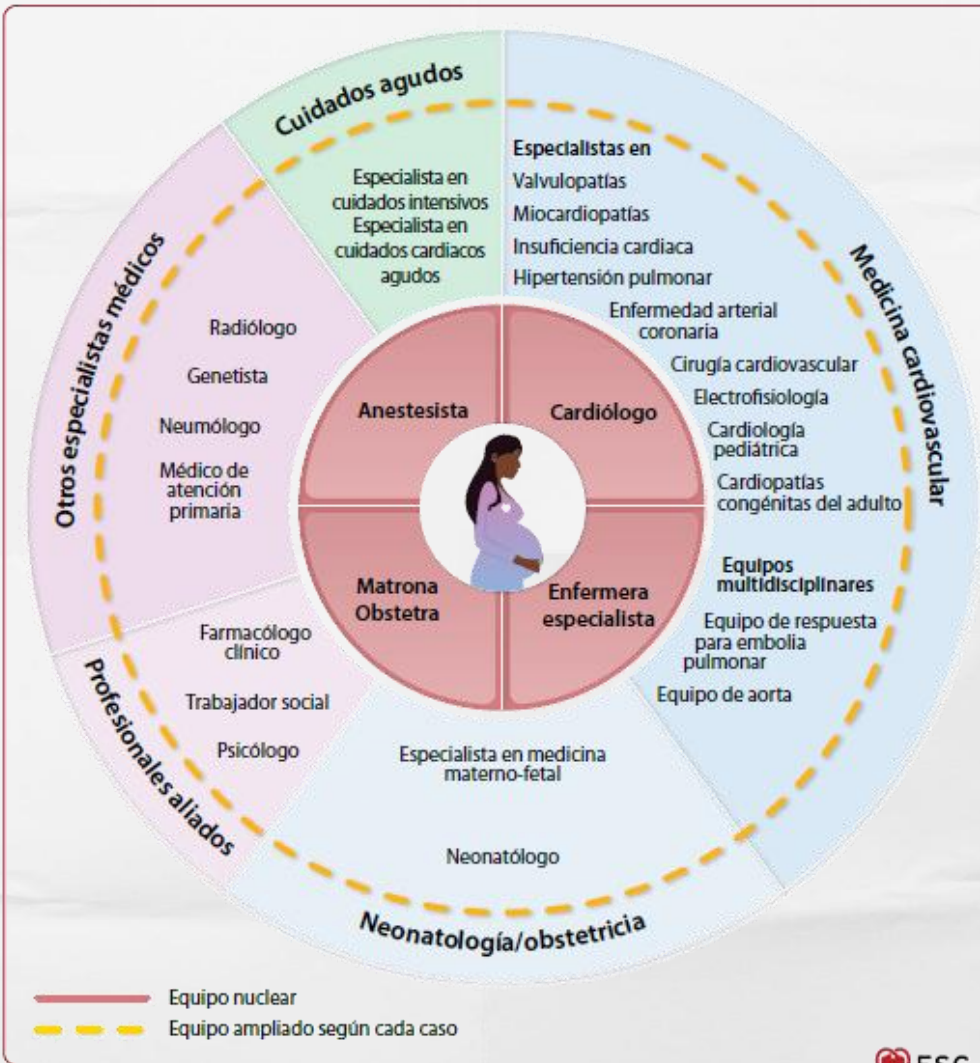
¿Por qué importa?

- Hasta el 4% de los embarazos se complican por ECV; la cifra sube si se incluyen los trastornos hipertensivos.
- Los trastornos hipertensivos son la complicación más frecuente: afectan a 10-15% de las embarazadas.
- La cardiopatía isquémica es rara (~5 en 10.000 embarazos) pero de alto impacto clínico.
- La ECV materna es la principal causa de mortalidad no obstétrica (33% de las muertes relacionadas con el embarazo); 68% prevenible.



Heart Team del embarazo

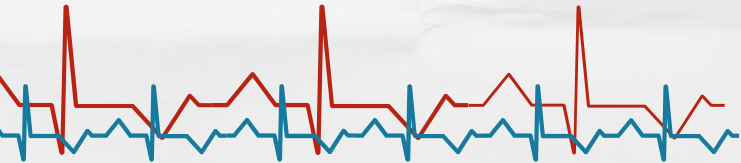
- Evaluación del riesgo con mWHO 2.0 en toda mujer con ECV en edad fértil.
- Clase II-III o superior: supervisión del Heart Team desde antes del embarazo hasta el parto.
- Clase IV: comunicar el alto riesgo materno-fetal, con decisión compartida y apoyo psicológico.
- mWHO 2.0 ahora integra el score CARPREG II.



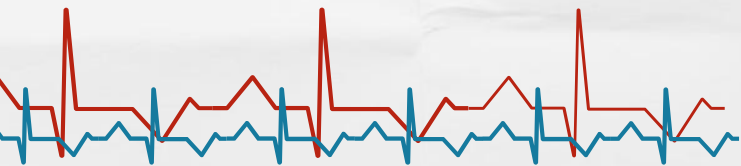
Cardiopatía coronaria en el embarazo

Etiología y presentación del Síndrome Coronario Agudo (SCA)

- La disección coronaria espontánea (SCAD) es la causa aislada más frecuente de SCA en el embarazo: 43% de los casos, con mayor frecuencia en el tercer trimestre y en el posparto.
- Le siguen la lesión aterosclerótica (27%), la embolia coronaria (17%) y el vasoespasmo (2%).
- La presentación clínica es igual que en la no gestante, pero el IAMCEST compromete la pared anterior en 70-80% de los casos.
- Más del 50% de las pacientes con IAMCEST tienen FEVI <40% al momento del diagnóstico.
- La SCAD relacionada con el embarazo tiende a presentarse de forma más grave que la SCAD en no gestantes.

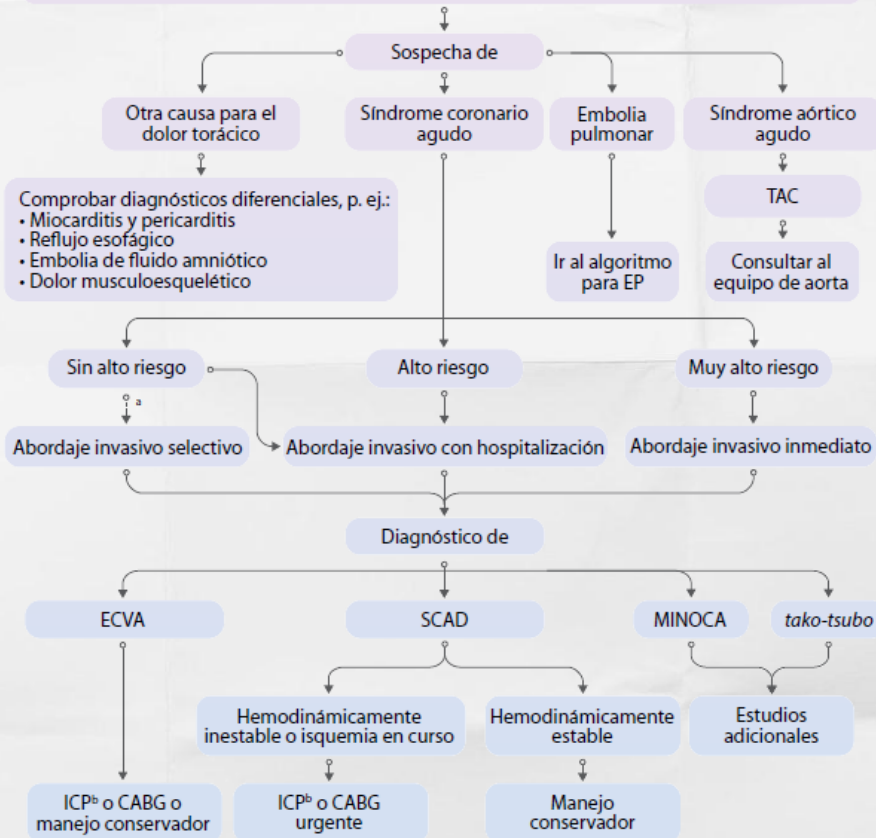


Algoritmo



Manejo del dolor torácico en el embarazo y hasta 6 meses posparto

- Comprobar constantes vitales
- Realizar: ECG, hs-cTn, ETT
- Evaluar: semana de gestación, factores de riesgo cardiovasculares, CAD previa, TVP, antecedentes familiares de TVP/EP, antecedentes familiares de aortopatía



SCC y embarazo

- Alto riesgo de resultados adversos: 32% sufren complicaciones cardiovasculares (9% isquémicas); mortalidad materna del 2%.
- Score CARPREG II (integrado a la clasificación mWHO 2.0)
- Asesoramiento preconcepcional: la gestación puede considerarse preferiblemente sin isquemia residual ni disfunción del VI 12 meses tras el evento índice.
- Manejo a cargo del Heart Team del embarazo.
- Vía de parto se decide según criterios obstétricos y el estado clínico materno.



Recomendaciones: SCA y embarazo

Recomendaciones	Clase ^a	Nivel ^b	Cambio
En las mujeres embarazadas con dolor torácico, se recomienda descartar eventos cardiovasculares potencialmente mortales, incluyendo la EP, el SCA (incluyendo la SCAD) y el síndrome aórtico agudo ^{538,539} .	I	C	Nueva 2025
Para las mujeres embarazadas con SCA, se recomienda el mismo manejo que en las mujeres no embarazadas, incluyendo los estudios diagnósticos y las intervenciones ⁵⁵⁷ .	I	C	↑ antes IIa
Se recomienda una dosis baja de ASA como tratamiento antiagregante plaquetario de elección durante el embarazo y la lactancia cuando el tratamiento antiagregante plaquetario simple esté indicado ⁵⁷³⁻⁵⁷⁹ .	I	B	=
Si se requiere DAPT, se recomienda el clopidogrel como el inhibidor de P2Y ₁₂ de elección durante el embarazo ⁷³⁹ .	I	C	Nueva 2025
Se recomienda que la duración del DAPT (ácido acetilsalicílico y clopidogrel) en las mujeres embarazadas sometidas a implante de stent coronario sea la misma que en las mujeres no embarazadas, con un enfoque individualizado en el que se tengan en consideración el riesgo isquémico y los riesgos de hemorragia relacionada con el parto ⁷³⁹ .	I	C	Nueva 2025
Se debe considerar el parto vaginal en la mayoría de las mujeres embarazadas con SCA, dependiendo de la función del VI y los síntomas clínicos.	IIa	C	Ampliado a SCC
Se puede considerar continuar el tratamiento con estatinas durante el embarazo en las mujeres con ECVA establecida ⁵⁸⁰⁻⁵⁸² .	IIb	C	Nueva 2025



Trastornos hipertensivos del embarazo

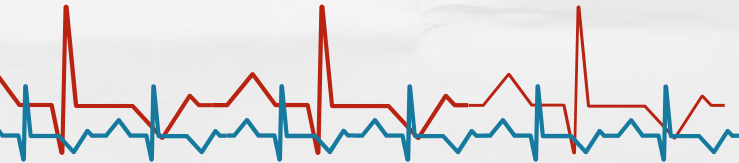
Clasificación, prevención, diagnóstico y tratamiento

- Diagnóstico: PA $\geq 140/90$ mmHg confirmada en dos tomas; grave $\geq 160/110$ mmHg.
- Hipertensión preexistente/crónica.

A. Hipertensión preexistente (crónica)

Hipertensión anterior a la gestación o que se desarrolla antes de las 20 semanas de gestación, generalmente persiste >6 semanas posparto y se puede asociar a proteinuria.

- (1) Hipertensión primaria
- (2) Hipertensión secundaria
- (3) Hipertensión "de bata blanca"
- (4) Hipertensión enmascarada



Trastornos hipertensivos del embarazo

Clasificación, prevención, diagnóstico y tratamiento

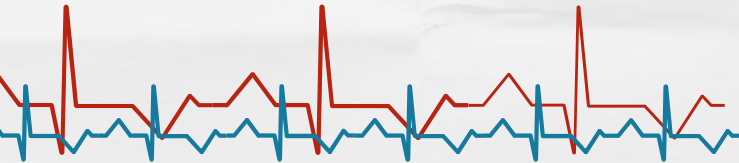
- Diagnóstico: PA $\geq 140/90$ mmHg confirmada en dos tomas; grave $\geq 160/110$ mmHg.
- Hipertensión preexistente/crónica.
- Hipertensión gestacional.

B. Hipertensión gestacional

Hipertensión que se desarrolla después de las 20 semanas de gestación y generalmente se resuelve a las 6 semanas posparto.

Hipertensión gestacional transitoria

Generalmente detectada en consulta, se normaliza en mediciones repetidas de la PA tomadas durante varias horas; se asocia con un riesgo del 40 % de desarrollar hipertensión gestacional verdadera o preeclampsia en el resto de la gestación, por lo que requiere seguimiento exhaustivo.



Trastornos hipertensivos del embarazo

Clasificación, prevención, diagnóstico y tratamiento

- Diagnóstico: PA $\geq 140/90$ mmHg confirmada en dos tomas; grave $\geq 160/110$ mmHg.
- Hipertensión preexistente/crónica.
- Hipertensión gestacional.
- Preeclampsia: HTA + proteinuria y/o disfunción orgánica o insuficiencia uteroplacentaria.

C. Preeclampsia

La hipertensión gestacional se acompaña de una o más de las siguientes afecciones a las 20 semanas de gestación o después:

- Proteinuria (excreción de albumina en orina 24 h $>0,3$ g/día o RAC en una muestra aleatoria de orina >30 mg/mmol [$0,3$ mg/mg])
- Otra disfunción orgánica materna, incluyendo:
 - Lesión renal aguda (creatinina sérica ≥ 90 $\mu\text{mol/l}$; 1 mg/dl)
 - Disfunción hepática (ALT o AST >40 UI/l; $>0,67$ $\mu\text{kat/l}$ con o sin dolor en el cuadrante superior derecho o epigástrico abdominal)
 - Complicaciones neurológicas (p.ej., eclampsia/convulsiones, alteración del estado mental, ceguera, ictus, clonus, cefaleas intensas, escotomas visuales persistentes)
 - Complicaciones hematológicas (recuento plaquetario <150.000 / μL , coagulación intravascular diseminada, hemólisis)
- Insuficiencia uteroplacentaria (RCI, alteración de la forma de onda Doppler de la arteria umbilical o muerte fetal).

Trastornos hipertensivos del embarazo

Clasificación, prevención, diagnóstico y tratamiento

- Diagnóstico: PA $\geq 140/90$ mmHg confirmada en dos tomas; grave $\geq 160/110$ mmHg.
- Hipertensión preexistente/crónica.
- Hipertensión gestacional.
- Preeclampsia: HTA + proteinuria y/o disfunción orgánica o insuficiencia uteroplacentaria.

D. Hipertensión preexistente + preeclampsia superpuesta

La hipertensión preexistente se asocia con cualquiera de las disfunciones de los órganos maternos anteriormente mencionadas consistente con preeclampsia u otro aumento de la PA con proteinuria de reciente aparición.

E. Hipertensión prenatal inclasificable

Cuando la PA se mide por primera vez a las 20 semanas de gestación y se diagnostica hipertensión, es necesario reevaluar a las 6 semanas posparto o posteriormente. Si la hipertensión se resuelve, debe reclasificarse como hipertensión gestacional, mientras si la hipertensión persiste, debe reclasificarse como hipertensión preexistente/crónica.

Trastornos hipertensivos del embarazo

Clasificación, prevención, diagnóstico y tratamiento

1 Factor de alto riesgo

○

2 Factores de riesgo moderados

Factores de alto riesgo para la preeclampsia

Trastornos hipertensivos durante un embarazo previo

Hipertensión crónica

Enfermedad renal crónica

Diabetes mellitus tipo 1 o tipo 2

Enfermedades autoinmunitarias, como lupus eritematoso sistémico o síndrome antifosfolípido

Tratamientos de fertilidad en el embarazo en curso

Factores de riesgo moderado para la preeclampsia

Nuliparidad

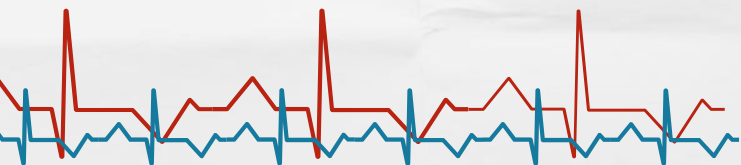
Edad ≥ 40 años

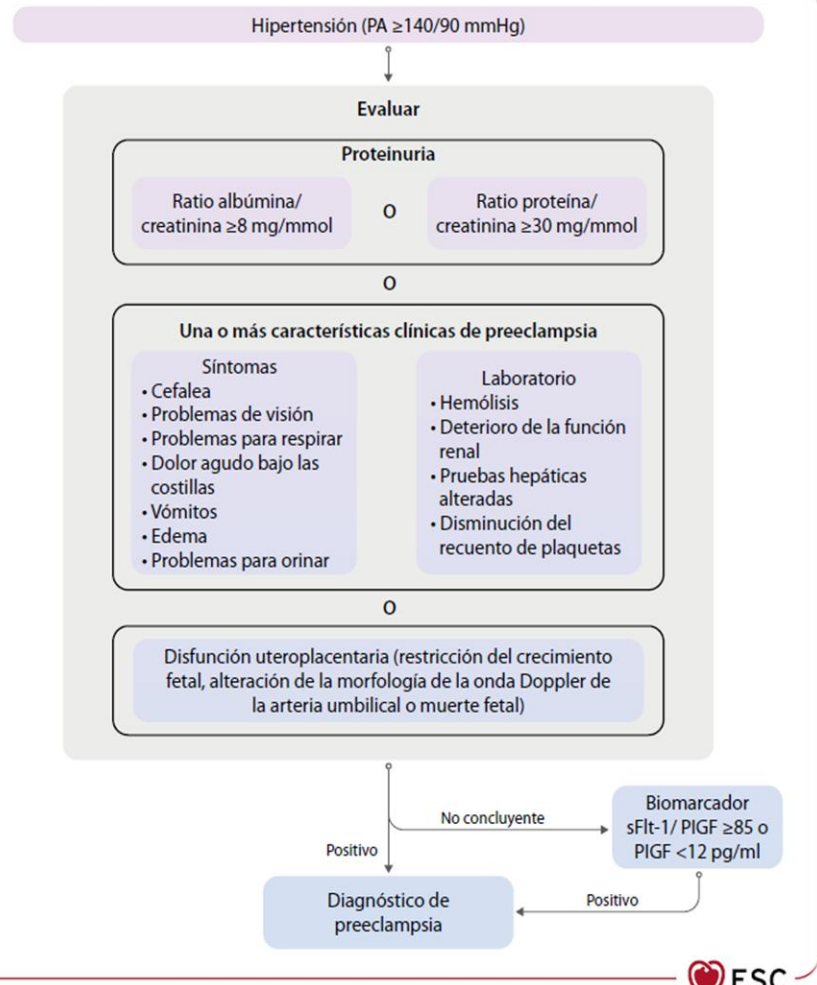
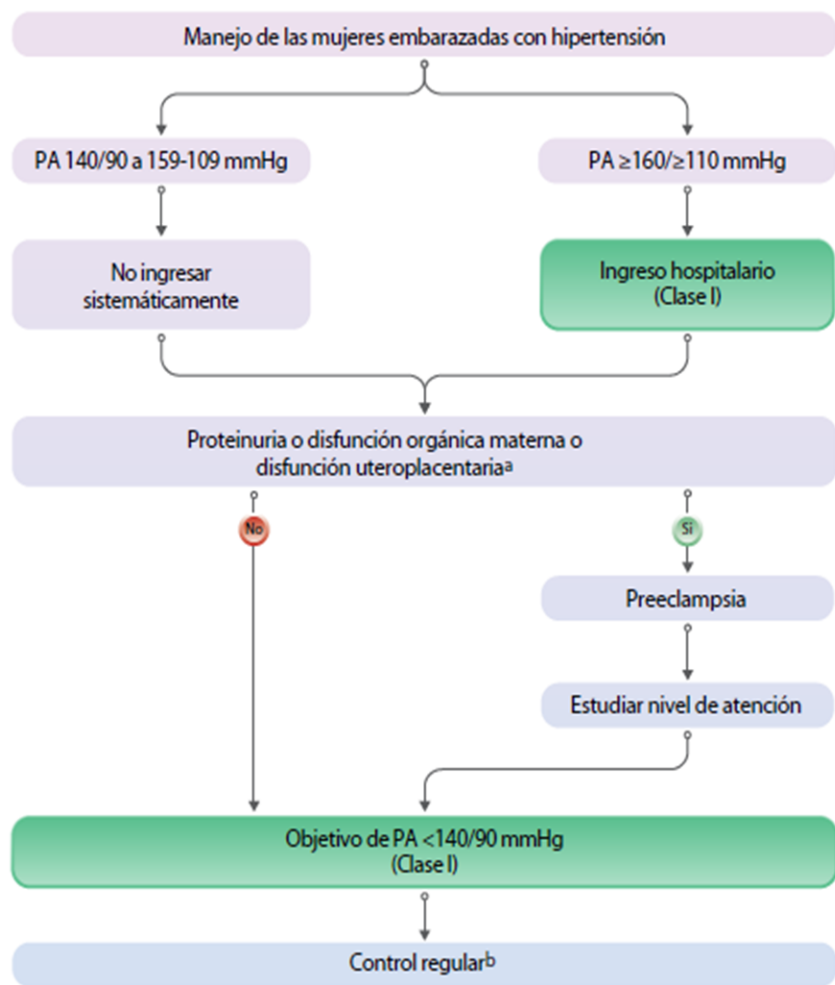
Intervalo entre embarazos superior a 10 años

IMC ≥ 35 kg/m² en la primera consulta

Antecedentes familiares de preeclampsia

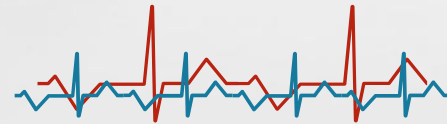
Embarazo múltiple



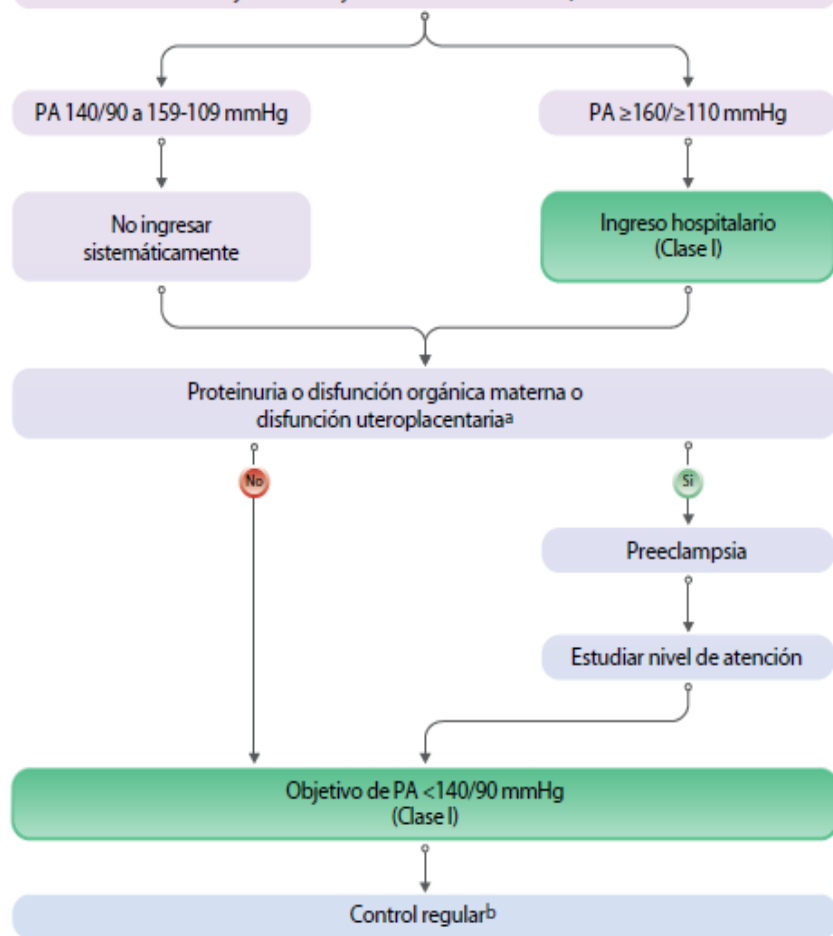


Tratamiento farmacológico

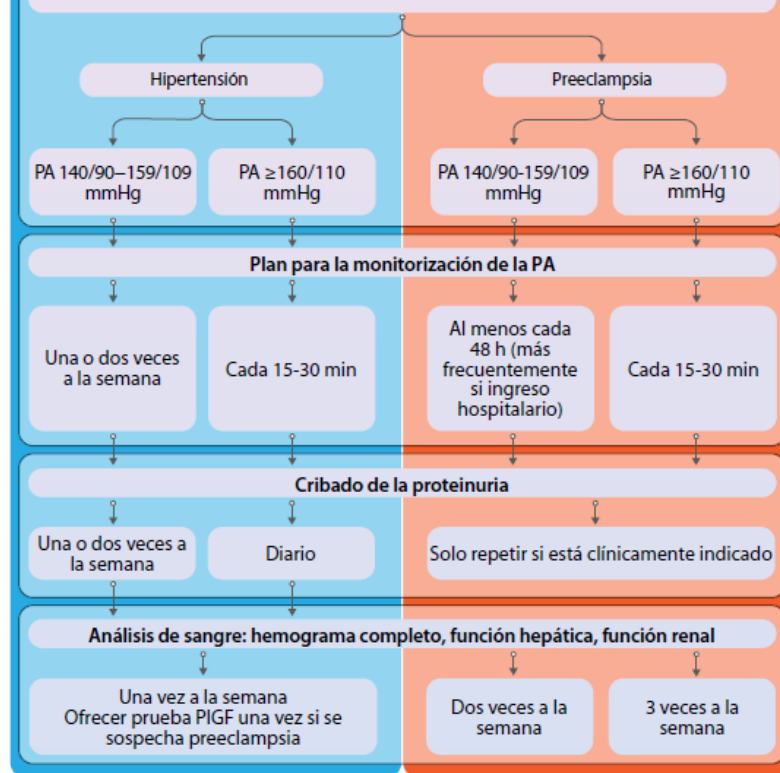
- Hipertensión leve-moderada (140/90-159/109): metildopa, labetalol oral o metoprolol, o un bloqueante cálcico dihidropiridínico (nifedipino).
- Hipertensión grave ($\geq 160/110$): reducción gradual obligatoria en ámbito hospitalario, con monitorización cardiotocográfica continua.
- Fármacos IV de elección: labetalol, urapidilo o nicardipino
- Hidralazina IV: opción de segunda línea (menos eficaz, más efectos adversos).
- Preeclampsia grave: sulfato de magnesio para prevenir eclampsia. Edema pulmonar: nitroglicerina IV.
- Contraindicados: IECA, ARA-II (alto riesgo fetal).



Manejo de las mujeres embarazadas con hipertensión



Monitorización



Tratamiento

Labetalol p.o.^a o metoprolol^b
(Clase I)

Metildopa p.o.^c
(Clase I)

Labetalol i.v., nicardipino i.v.,
urapidilo i.v., Mg++ intravenoso
(Clase I)

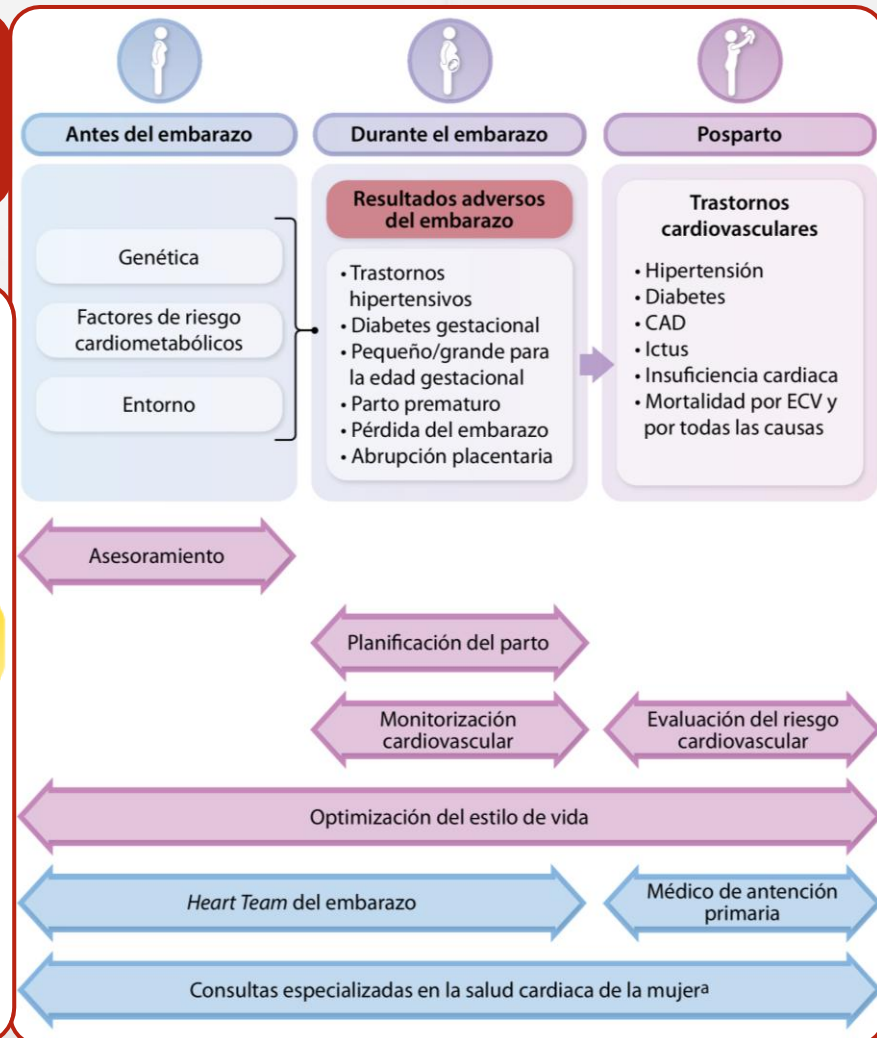
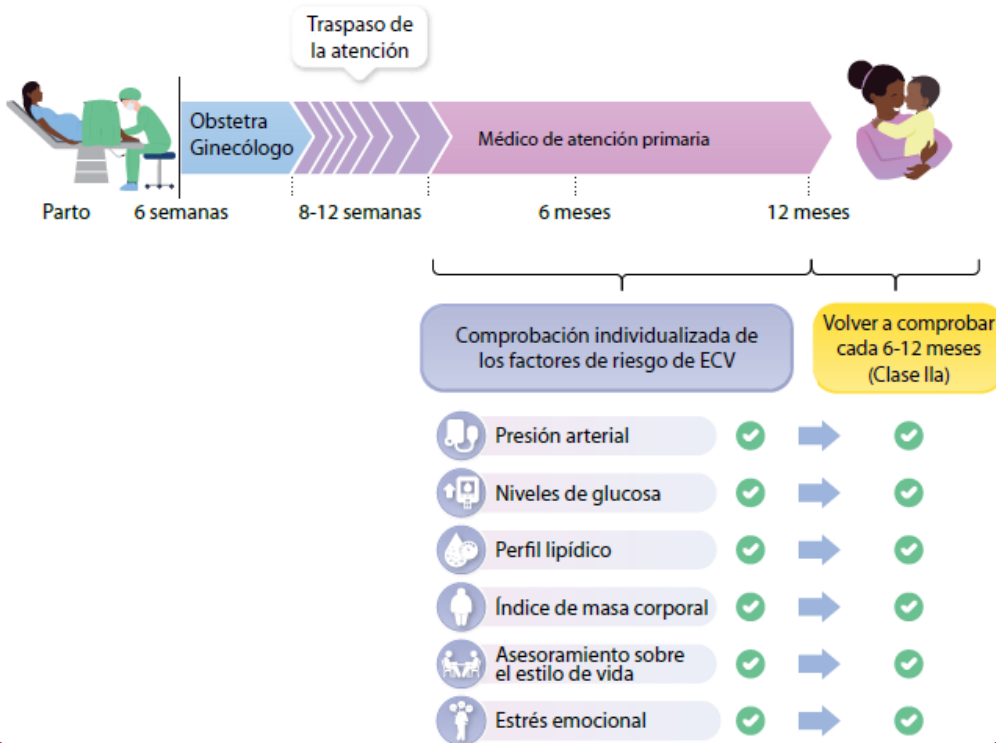
Nifedipino p.o.^d
(Clase I)

Recomendaciones: Hipertensión

Recomendaciones	Clase ^a	Nivel ^b	Cambio vs. 2018
Se recomienda un objetivo de PA sistólica <140 mmHg y de PA diastólica <90 mmHg en las mujeres embarazadas ^{583,585,609} .	I	B	Nueva 2025
La PA sistólica ≥160 mmHg o la PA diastólica ≥110 mmHg en las mujeres embarazadas son una emergencia y se recomienda el tratamiento en entorno hospitalario ^{43,584} .	I	C	=
Se recomienda una dosis baja de ácido acetilsalicílico (75-150 mg diarios) en las mujeres con riesgo de moderado a alto de preeclampsia (p. ej., al menos un factor de alto riesgo o dos factores de riesgo moderado para la preeclampsia) desde la semana 12 hasta la 36/37 ^{610,612,622} .	I	A	=
En las mujeres con hipertensión gestacional, se recomienda iniciar el tratamiento farmacológico con una PA sistólica ≥140 mmHg o una PA diastólica ≥90 mmHg ^{583,585,609} .	I	B	=
Se recomienda la metildopa para el tratamiento de la hipertensión en el embarazo ^{623,624} .	I	B	=
El labetalol, el metoprolol y los BCC dihidropiridínicos se recomiendan para el tratamiento de la hipertensión en el embarazo ⁶²³ .	I	C	=
En la hipertensión grave, el tratamiento farmacológico con el labetalol, el urapidilo y el nifedipino i.v. o el nifedipino oral de acción corta o metildopa se recomienda para la reducción aguda de la presión arterial ^{625,626} . La hidralazina i.v. es la opción de segunda línea.	I	C	Nueva 2025
Si la preeclampsia se asocia con edema pulmonar, se recomienda administrar nitroglicerina en infusión i.v. ⁶²⁷ .	I	C	=
En las mujeres con preeclampsia sin características graves, se recomienda el parto a las 37 semanas ^{620,628} .	I	B	=
Se recomienda inducir el parto en las mujeres con preeclampsia asociada a marcadores adversos, como trastornos hemostáticos ⁶²⁶ .	I	C	=
En las mujeres con hipertensión gestacional, se recomienda el parto a las 39 semanas ^{620,628} .	I	B	=
Se debe considerar la monitorización ambulatoria o en el domicilio de la PA para descartar la hipertensión "de bata blanca" y enmascarada, ambas comunes durante el embarazo.	Ila	C	=
La monitorización de la PA en el domicilio se puede considerar junto con la medición de la PA en la consulta en las mujeres embarazadas para detectar hipertensión de inicio reciente o para controlar la monitorización de la PA ^{595,596} .	Ilb	B	=

Resultados adversos del embarazo

(APO: Adverse Pregnancy Outcomes)



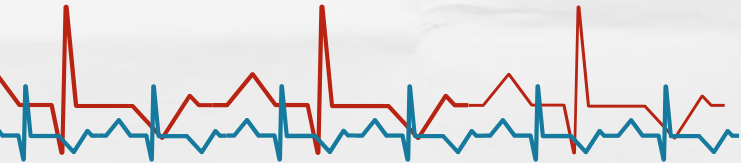
Recomendaciones: resultados adversos

Recomendación	Clase	Nivel	Cambio vs. 2018
Evaluación del riesgo cardiovascular en mujeres con APO, documentando el antecedente y asesorando sobre estilo de vida.	I	B	Nueva 2025
Iniciar tratamiento antihipertensivo si HTN posparto persiste >6 semanas hasta 3 meses.	I	B	Nueva 2025
PTOG a las 6-12 semanas posparto y reevaluación a los 6-12 meses tras DM gestacional.	I	C	Nueva 2025
Reevaluar el riesgo CV a los 3 meses posparto y repetir a los 6-12 meses tras cualquier APO.	Ila	C	Nueva 2025
La lactancia se puede considerar para reducir el riesgo cardiovascular futuro.	Ilb	C	Nueva 2025



¿Qué cambió desde 2018?

- Heart Team propio
- SCA manejado como en la no embarazada (Guía ESC 2023 de SCA)
- Sección totalmente nueva sobre resultados adversos del embarazo





MUCHAS GRACIAS!

