

Guidelines 2025 for the Cardiovascular disease and pregnancy



4ta presentación: Jenifer Martínez

26/08/26

**Residente de 3er año de la Carrera de posgrado de especialización
en Cardiología. Universidad Nacional de Rosario.**

TABLA DE CONTENIDO

01

Insuficiencia cardiaca en el embarazo

Manejo de la IC crónica, IC aguda y shock cardiogénico según la guía ESC 2025.

02

Miocardopatía periparto (MPP)

Definición, fisiopatología, diagnóstico, tratamiento dirigido y pronóstico.

Por qué importa: la magnitud del problema

11%

de los embarazos con cardiopatía preexistente se complican con IC

9%

mortalidad hospitalaria materna en mujeres con IC preexistente

15%

de las muertes maternas globales: mujeres con FEVI<30% (mWHO IV)

1/2.000

nacimientos a nivel mundial presentan miocardiopatía periparto

Dos picos de descompensación durante la gestación

Semanas 23-30

Pico de sobrecarga hemodinámica del embarazo; primera ventana crítica de descompensación.

Periparto

Cambios hemodinámicos abruptos del parto y el puerperio inmediato; segunda ventana crítica.

Estratificación y seguimiento

- **Asesoramiento preconcepcional** obligatorio en toda mujer con disfunción ventricular, independientemente de la causa.
- **Ajuste farmacológico previo** al embarazo, reevaluando la función a los 3 meses del cambio de tratamiento.
- **Reserva contráctil** sin tratamiento (ecocardiografía de estrés) para reestratificar el riesgo.
- **Disfunción ventricular peor que leve**→ seguimiento por el Heart Team del embarazo + equipo de IC avanzada (trasplante, asistencia circulatoria).
- **FEVI <30%** = altísimo riesgo materno-fetal; hasta 15% de las muertes maternas globales.

Recomendación	Clase	Nivel
Asesorar a las mujeres con ICFEr sobre el riesgo de deterioro de la función cardíaca durante el embarazo y el parto.	I	C
Cambiar los betabloqueantes no selectivos a bloqueadores selectivos β1 (metoprolol, bisoprolol) con monitorización materno-fetal exhaustiva.	I	C
Anticoagulación con dosis terapéuticas de HBPM en mujeres con trombos intracardíacos o FEVI <35%.	I	C
Optimizar el tratamiento basado en guías tras el parto, considerando los fármacos contraindicados durante la lactancia.	I	C
Considerar evitar la lactancia en mujeres con IC grave por las altas demandas metabólicas.	IIb	C

Fármacos: qué evitar y qué usar

CONTRAINDICADOS EN EL EMBARAZO

- IECA
- ARA-II
- INRA (sacubitrilo/valsartán)
- ARM (espironolactona en el embarazo)
- Ivabradina
- Inhibidores del SGLT2
- Atenolol

Fetotóxicos — evitar durante toda la gestación

OPCIONES SEGURAS / PREFERIDAS

- Betabloqueantes selectivos β_1 : bisoprolol, succinato de metoprolol
- Hidralazina y nitratos orales
- Diuréticos (con precaución por el flujo uterino)
- Espironolactona en el posparto (segura)

En el posparto puede iniciarse tto. completo salvo lactancia necesaria (evitar ARA-II e iSGLT2)

Sospecha, gravedad y derivación

Puede aparecer sin cardiopatía previa (p. ej. MPP) o de forma secundaria en cardiopatía conocida. El diagnóstico se dificulta porque los síntomas se confunden con cambios fisiológicos del embarazo.

Criterios de gravedad

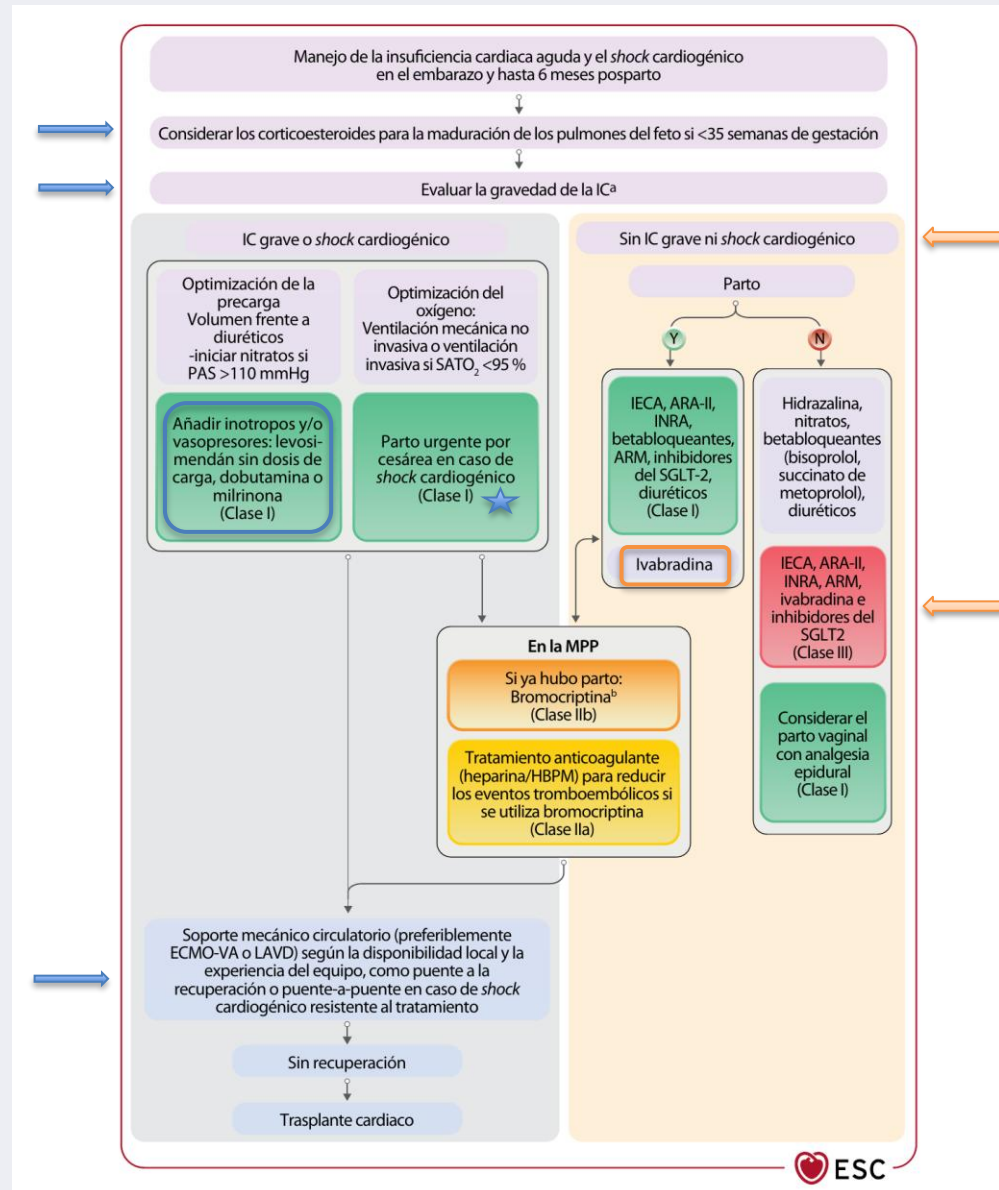
- PAS <90 mmHg
- Frecuencia respiratoria >25/min
- Lactato >2,0 mmol/l
- Alteración del estado mental
- FC >130 o <45 lpm
- SpO₂ <90%
- Piel fría, húmeda y moteada
- Oliguria <0,5 ml/kg/h



Conducta

- Ingreso hospitalario urgente en centro experto.
- Derivación a unidad con cirugía cardíaca, asistencia circulatoria mecánica y programa de trasplante.
- Reevaluación conjunta por el Heart Team del embarazo.

Algoritmo de manejo



Definición y epidemiología

DEFINICIÓN

IC con FEVI <45% sin otra causa que la explique, que aparece principalmente en el periparto o en los meses tras el parto, la interrupción del embarazo o un aborto. Es un diagnóstico de exclusión.

1/2.000

nacimientos a nivel global

1-4/1.000

nacimientos en EE. UU.

10/1.000

nacimientos en Nigeria occidental

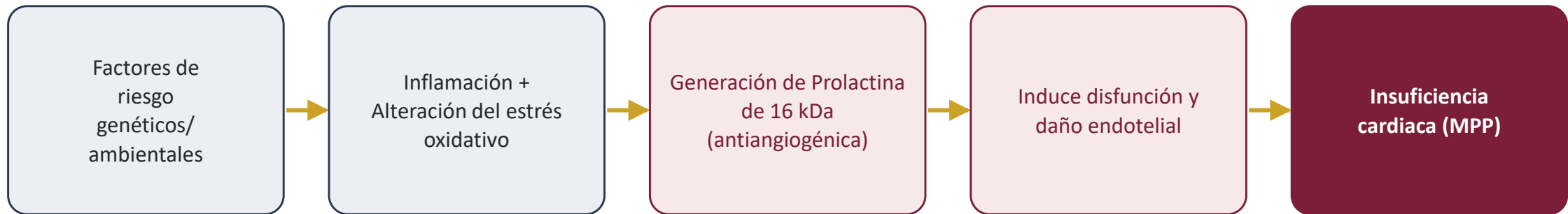
~15%

de las mujeres con MPP: variantes en
TTN, FLNC, BAG3, DSP

La mayoría de los casos se presentan en el posparto. La miocarditis es el principal diagnóstico diferencial y debe descartarse con RMC.

Fisiopatología: la vía de la prolactina

Convergen factores de riesgo genéticos y ambientales en una vía común de inflamación, estrés oxidativo y generación de prolactina antiangiogénica.



Implicación terapéutica

El bloqueo de la prolactina con bromocriptina (agonista del receptor D2 de dopamina) surge como tratamiento dirigido de la enfermedad. Hasta el 15% de las mujeres con MPP presenta variantes patogénicas en genes de miocardiopatía dilatada (TTN, FLNC, BAG3, DSP) → se debe ofrecer asesoramiento y pruebas genéticas.

Factores de riesgo y estudio diagnóstico

Factores de riesgo

- Malnutrición · MPP previa
- Edad <20 o >40 años · etnia · región geográfica
 - Multiparidad, embarazos múltiples
 - Tratamientos de reproducción asistida
- Tabaquismo · diabetes, hipertensión, preeclampsia
 - Uso prolongado de tocolíticos beta-agonistas

Estudio diagnóstico inicial

**Exploración
física**

ECG

**Péptido
natriurético**

**Radiografía
de tórax**

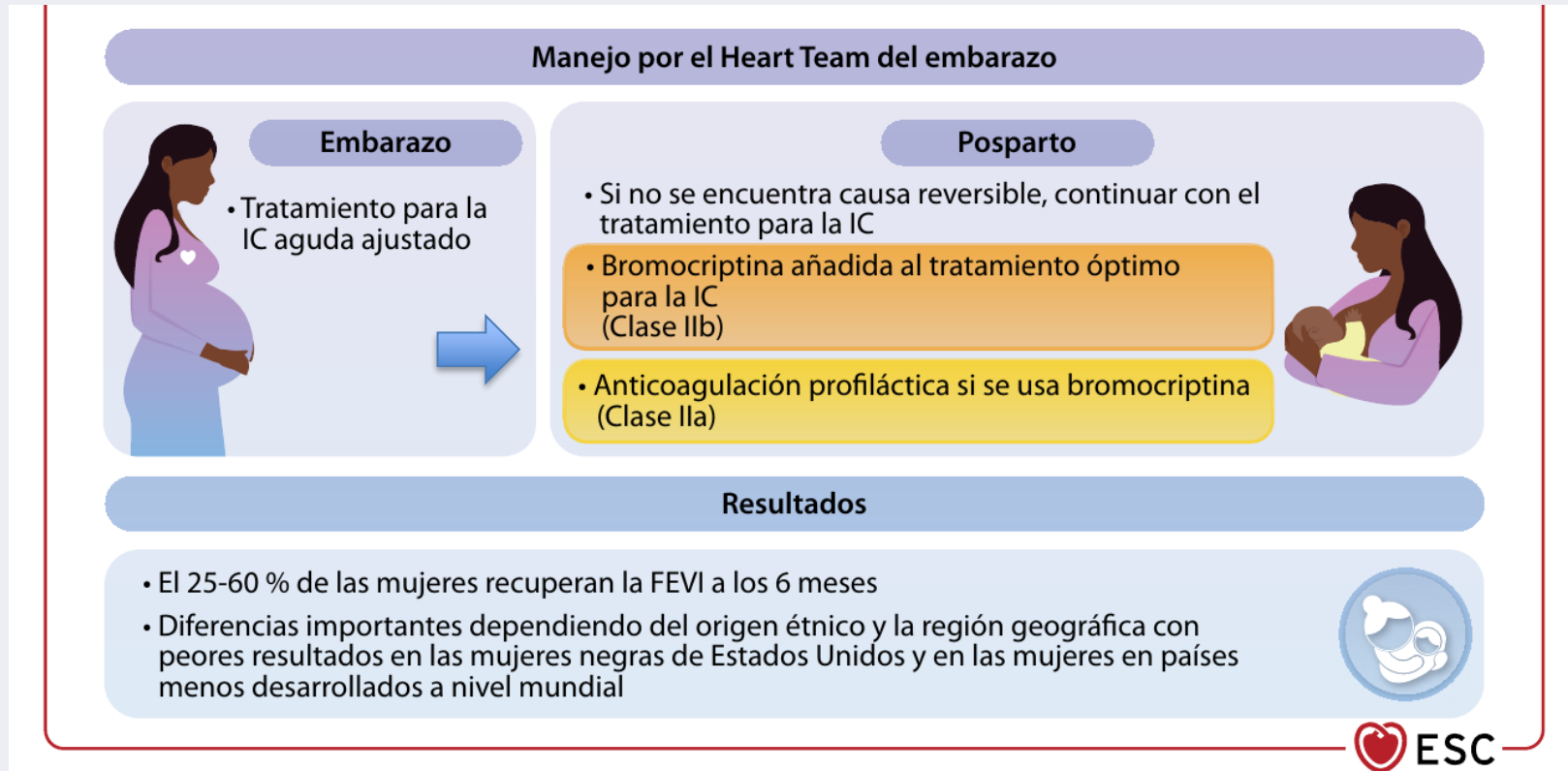
**Ecocardio-
grama**

RMC*

**RMC en casos específicos — descarta miocarditis*

La mayoría de las mujeres con MPP presenta IC aguda con síntomas graves (NYHA III/IV); los casos leves-moderados suelen confundirse con cambios fisiológicos del embarazo.

Manejo y resultados



Tratamiento dirigido

Tratamiento estándar de IC

Mismos principios que la ICA gestacional.
Contraindicados en el embarazo: IECA, ARA-II, ARM, iSGLT2. Espironolactona segura en posparto.

Bromocriptina

Añadida al tratamiento óptimo de IC para potenciar la recuperación del VI. Esquema: 2,5 mg/día (1 sem.) + 2,5 mg/día (6 sem.).

Clase IIb B

HBPM profiláctica

Añadir al menos dosis profiláctica de HBPM junto con bromocriptina para reducir el riesgo tromboembólico.

Clase IIa C

Además — Clase IIb C

Considerar chaleco desfibrilador en mujeres con MPP y FEVI <35%: ~50% se recupera en el primer año, sirviendo como puente hasta la recuperación.

Tratamiento dirigido

Recomendación	Clase	Nivel
Asesorar a todas las mujeres con MPP sobre el riesgo de recurrencia en embarazos posteriores y sobre anticoncepción, incluso tras recuperar la función del VI.	I	C
Considerar añadir HBPM (al menos dosis profiláctica) al tratamiento con bromocriptina.	Ila	C
Considerar asesoramiento y pruebas genéticas en todas las mujeres con MPP.	Ila	C
Ante evolución reversible, considerar tratamiento basado en guías de IC durante al menos 12 meses tras la recuperación completa del VI.	Ila	C
Considerar bromocriptina añadida al tratamiento óptimo de IC para potenciar la recuperación de la función del VI.	Ilb	B
Considerar chaleco desfibrilador en mujeres con MPP y FEVI <35%.	Ilb	C

Además — Clase IIb C

Considerar chaleco desfibrilador en mujeres con MPP y FEVI <35%: ~50% se recupera en el primer año, sirviendo como puente hasta la recuperación.

Pronóstico y embarazo posterior

46%

recuperación miocárdica (FEVI>50%)
a los 6 meses (25-62% según región)

2,4%

mortalidad al mes del
diagnóstico (registro EORP)

6%

mortalidad a los 6 meses;
IC y paro cardíaco más frecuentes

8%

mortalidad al año (Europa 5% —
Oriente Medio 19%)

Embarazo posterior a MPP

- Riesgo elevado de recaída, sobre todo con disfunción del VI > leve antes de la nueva gestación.
- La ecocardiografía de estrés (sin fármacos contraindicados) ayuda a refinar el riesgo.
- No se recomienda suspender el betabloqueante de cara a un nuevo embarazo.

Muchas gracias

