

Guía de práctica clínica ESC sobre
**el manejo de la
enfermedad cardiovascular
y el embarazo:
información
para pacientes**



¿Qué son las guías de práctica clínica?

Las guías de práctica clínica son documentos creados por profesionales de la salud, científicos y pacientes. Están principalmente diseñadas para médicos y personal auxiliar y en ellas se ofrecen recomendaciones basadas en las mejores evidencias médicas y científicas disponibles. Las guías contribuyen a asegurar que los pacientes reciben la mejor atención posible.

¿Qué me aportará este documento?

Esta guía se basa en la [Guía ESC 2025 sobre el manejo de la enfermedad cardiovascular y el embarazo](#) y está diseñada para las pacientes y sus familias.

En esta guía se explica cómo debe manejarse el embarazo en las pacientes con enfermedad cardiovascular (ECV) preexistente y se incluyen consejos preembarazo e información sobre distintos aspectos, como el parto, la lactancia y la atención materna a largo plazo.

El objetivo de este documento es darte la confianza para colaborar con tu equipo de atención a la salud y tomar decisiones informadas.



Enfermedades cardiovasculares

Cardiopatías congénitas	Valvulopatías
Insuficiencia cardíaca	Enfermedades de la aorta
Hipertensión pulmonar	Trastornos del ritmo cardíaco
Tromboembolia	Trastornos hipertensivos
Miocardopatías	



¿Por qué centrarse en el embarazo?

El embarazo conlleva cambios en el sistema cardiovascular para satisfacer el aumento de las necesidades de la madre y del feto. Estos cambios aparecen desde las primeras etapas del embarazo y continúan durante el resto de la gestación. Por ejemplo, la frecuencia cardíaca de la madre y la cantidad de sangre que el corazón bombea aumentan desde las primeras 6 semanas del embarazo. La presión arterial y la carga del corazón aumentan aún más durante el trabajo de parto y disminuyen rápidamente tras el parto. Las exigencias sobre el corazón deben tenerse en consideración en las mujeres con un riesgo materno más alto (véase a continuación).

Además, el embarazo se asocia con un mayor riesgo de formación de coágulos de sangre.

Algunas ECV tienen una base genética, lo que significa que existe la posibilidad de que los niños puedan heredar la ECV.

Cabe destacar que algunos fármacos cardiovasculares frecuentes no deben emplearse durante el embarazo y la lactancia por su efecto en el feto y el bebé.

Evaluación del riesgo materno

Aunque muchas mujeres con ECV tendrán un embarazo sin complicaciones, es importante que aquellas en edad fértil reciban un reconocimiento médico personalizado para evaluar si el embarazo podría afectar a su salud o a la del feto.

La evaluación del riesgo incluye el tipo de ECV de la mujer, su capacidad para realizar actividades de la vida diaria y la medicación que recibe, así como factores de riesgo, como la edad, los antecedentes de tabaquismo, la obesidad, cualquier otra enfermedad concomitante y los problemas en embarazos anteriores.

Dependiendo de la ECV subyacente, en las [guías](#) se evalúa el riesgo para la salud de la madre utilizando distintas clases (I-IV).

Modificación de la clasificación 2.0 de la Organización Mundial de la Salud:

Clase I: aumento del riesgo de muerte no detectable y aumento del riesgo para la salud no detectable/leve.

Clase II: pequeño aumento del riesgo de muerte y/o aumento moderado del riesgo para la salud.

Clase II-III: aumento del riesgo de muerte intermedio y/o aumento de moderado a grave del riesgo para la salud.

Clase III: aumento significativo del riesgo de muerte y/o riesgo grave para la salud.

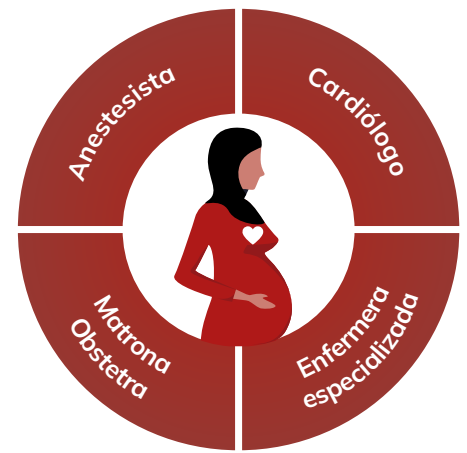
Clase IV: riesgo de muerte extremadamente alto y/o riesgo grave para la salud.

Se recomienda que las mujeres con ECV con riesgo clase II-III y superior sean evaluadas y reciban atención por parte del [Heart Team \("el equipo cardíaco"\) del embarazo](#) desde que empiezan a planear el embarazo, durante el embarazo y el parto y hasta al menos 6 semanas tras el nacimiento del bebé.

El *Heart Team* del embarazo

El *Heart Team* del embarazo se compone de un cardiólogo, un anestesista, una matrona, un obstetra y una enfermera especializada. Las responsabilidades del equipo incluyen la evaluación del riesgo, el desarrollo de un plan de atención colaborativo y la monitorización.

Dependiendo del problema clínico, el equipo puede ampliarse para incluir a otros profesionales de la salud, por ejemplo, el médico de atención primaria, un cirujano, un especialista en cuidados intensivos, un psicólogo y un asesor genético.



Para las mujeres con enfermedades de muy alto riesgo (clase IV), es importante mantener una conversación en profundidad con el *Heart Team* del embarazo sobre los riesgos graves que este puede suponer tanto para la madre como para el feto. Juntos, podréis explorar todas las opciones, incluida la posibilidad de interrumpir el embarazo, y tomar una decisión con la que te sientas cómoda. Además, se te ofrecerá apoyo emocional y psicológico, y se te explicarán las opciones anticonceptivas disponibles para ayudarte a planificar el futuro de forma segura.

Las preferencias maternas deben analizarse exhaustivamente como parte del proceso de toma de decisiones compartida.

Asesoramiento genético

Algunas ECV tienen un componente genético. En los casos en los que el feto se pueda ver afectado por una enfermedad hereditaria, se recomienda llevar a cabo **asesoramiento y pruebas genéticas** antes del embarazo en un centro especializado en cardiogenética.

Cuando uno de los padres tenga una anomalía genética, se pueden recomendar pruebas genéticas antes de la implantación del embrión. Este proceso implica una fertilización *in vitro* (FIV) y pruebas genéticas para comprobar si el embrión es portador de esa anomalía genética. Este servicio podría no estar disponible en todos los lugares y puede no ser aplicable a todas las enfermedades genéticas.

Otra opción incluye las pruebas genéticas del líquido amniótico o de la placenta cuando el feto está en el útero. Ya que algunas de estas opciones conllevan un tiempo de gestión largo, se requiere una derivación lo antes posible.

La educación y el apoyo psicológico son necesarios para permitir que tú y tu pareja podáis tomar vuestras propias decisiones y entenderlas perfectamente, de conformidad con el marco ético y jurídico local.

Anticonceptivos

Todas las mujeres con una ECV deben recibir información sobre anticoncepción desde su primer periodo para prevenir embarazos no planeados y encontrar el método **más seguro y adecuado para cada caso**. Por ejemplo, algunos métodos anticonceptivos (como la “minipíldora” solo de progestina, los dispositivos intrauterinos [DIU] que liberan hormonas o los implantes anticonceptivos), pueden ser más seguros para las mujeres que tengan riesgo de desarrollar coágulos de sangre. También es importante saber qué hacer en caso de que necesites anticoncepción de emergencia.

Medicamentos

Antes de planear un embarazo, es importante que tengas una consulta con tu médico para identificar el mejor régimen de tratamiento durante el embarazo, el parto y la lactancia.

El cuerpo procesa los medicamentos de forma distinta durante el embarazo. Además, hay algunos medicamentos que no deben utilizarse durante el embarazo y la lactancia debido a los efectos dañinos que pueden ocasionar en el bebé.

Tras consultar con tu médico, este podría continuar, modificar, interrumpir o potencialmente iniciar ciertos medicamentos.

Es importante que no interrumpas la medicación sin consultarlo antes con tu médico.

Embarazo

El manejo del embarazo dependerá del tipo y la gravedad de la ECV, pero **el seguimiento y las evaluaciones regulares** de la **madre** y del **feto** son importantes.

Aunque los riesgos pueden ser más altos en las mujeres con ECV que en aquellas sin ECV, los riesgos para la madre y el feto siguen siendo **bajos en muchos casos**, especialmente con la monitorización estrecha. Las mujeres con ECV más graves tienen un mayor riesgo de complicaciones del embarazo.

Los riesgos maternos durante el embarazo incluyen el empeoramiento de la ECV, la insuficiencia cardíaca, las arritmias, la presión arterial alta/preeclampsia o la formación de coágulos de sangre en las piernas y los pulmones. Los riesgos que podrían afectar al feto incluyen la pérdida del embarazo, la muerte fetal, el parto prematuro o un retraso en el crecimiento debido a un menor flujo sanguíneo, la medicación o la nutrición.

Durante el embarazo, tu equipo de atención a la salud y tú crearéis un **plan de parto personalizado**. En este plan se especificará si es necesario inducir el parto, cómo manejar el parto y el nacimiento y qué tipo de monitorización necesitarás una vez nazca el bebé.



Parto

Las mujeres embarazadas con ECV tienen más posibilidades de desarrollar complicaciones u otros problemas durante el parto que aquellas sin ECV, y algunas pueden requerir monitorización adicional y atención por parte del *Heart Team* del embarazo. Aun así, muchas mujeres con ECV pueden recibir apoyo y dar a luz en su hospital local.

No se recomienda la inducción del parto antes de las 39 semanas por motivos cardiacos en la mayoría de las mujeres con ECV estable debido a los potenciales riesgos para el feto.

Se puede animar a la mayoría de las mujeres con ECV a que tengan un **parto vaginal**, ya que las complicaciones asociadas a este tipo de parto son, generalmente, menores. Las mujeres con ECV pueden escoger someterse a una cesárea, pero es necesario analizar esta opción con el equipo obstétrico.

En ciertos casos, se puede recomendar una cesárea. Entre ellos se incluye a las mujeres que han utilizado anticoagulantes orales, como la warfarina o el acenocumarol, durante las dos semanas anteriores al embarazo. Se recomienda planear el momento del parto en las mujeres anticoaguladas para asegurar una anticoagulación segura y efectiva durante el trabajo de parto y el parto. Otros motivos para someterse a una cesárea incluyen la ECV grave o inestable.

Lactancia

La lactancia contribuye a que el cuerpo de la madre vuelva a su estado previo al embarazo. Se ha demostrado que reduce el riesgo de ECV futura y la mortalidad. La lactancia puede reducir el peso corporal y mejorar la presión arterial, así como los niveles de colesterol y de azúcar en sangre.

Tu equipo de atención a la salud te aconsejará sobre la lactancia y sobre qué medicamentos puedes (o no puedes) tomar durante la lactancia.

Resultados adversos del embarazo

Los [resultados adversos del embarazo](#) son complicaciones como:

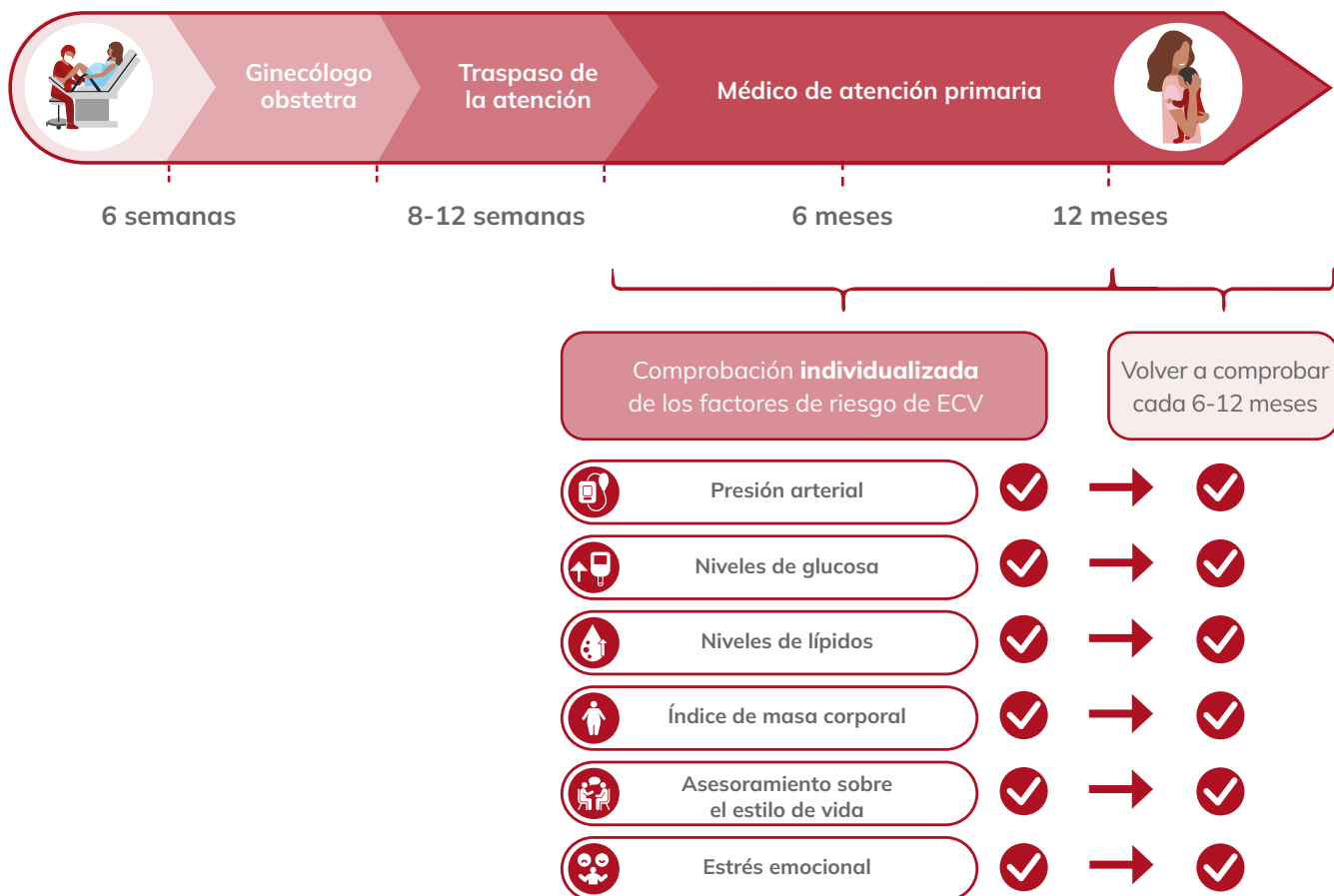
- Los trastornos hipertensivos (presión arterial alta):
 - Hipertensión preexistente.
 - Hipertensión gestacional: se desarrolla tras las 20 semanas de gestación y suele resolverse durante las 6 primeras semanas tras el parto.
 - Preeclampsia: hipertensión gestacional con proteínas en orina y/o disfunción orgánica (p. ej., complicaciones en los riñones, el hígado o sanguíneas).
- Diabetes gestacional
 - Una forma de diabetes que aparece por primera vez durante el embarazo.
- Parto prematuro
 - Parto antes de las 37 semanas de gestación.
- Bebé pequeño o grande para la edad gestacional:
 - Cuando el bebé tiene un peso bajo o alto al nacer.

Las mujeres con resultados adversos del embarazo tienen una mayor incidencia de ECV a largo plazo. Se recomienda que estas reciban **monitorización regular** en las primeras semanas tras el parto, así como una evaluación del riesgo cardiovascular exhaustiva con seguimientos repetidos por parte de un equipo multidisciplinar de profesionales de la salud.

Es posible que se requieran tratamientos adicionales. Por ejemplo, las mujeres que han desarrollado hipertensión pueden necesitar medicamentos antihipertensivos compatibles con la lactancia.

Es importante que las mujeres con resultados adversos del embarazo reciban asesoramiento sobre la importancia de tomar decisiones sobre el estilo de vida saludables que les permitan cuidar su salud cardiovascular a largo plazo.

Parto



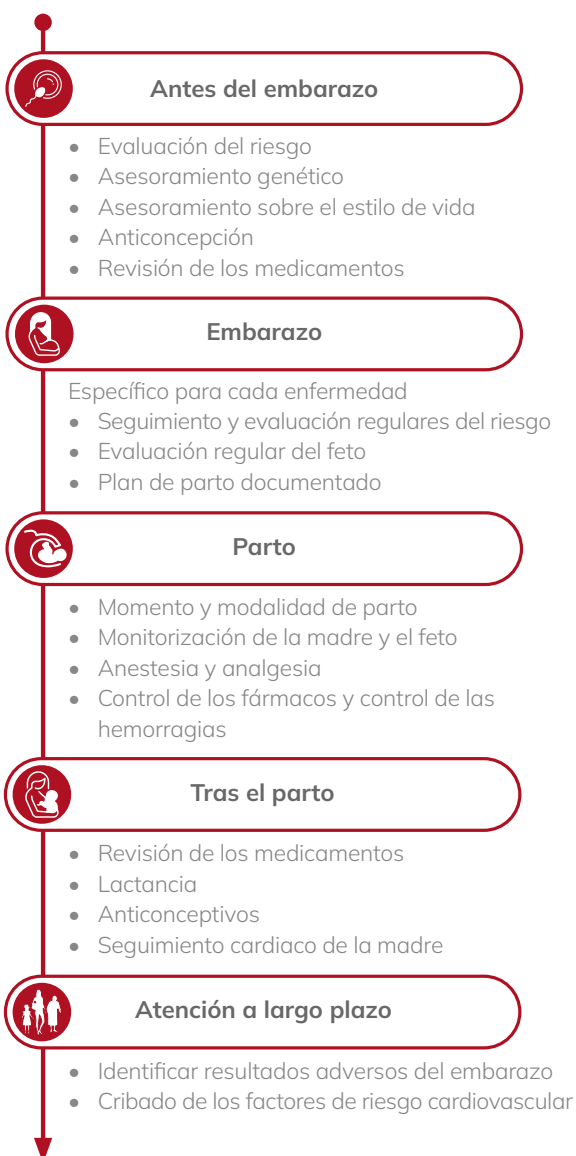
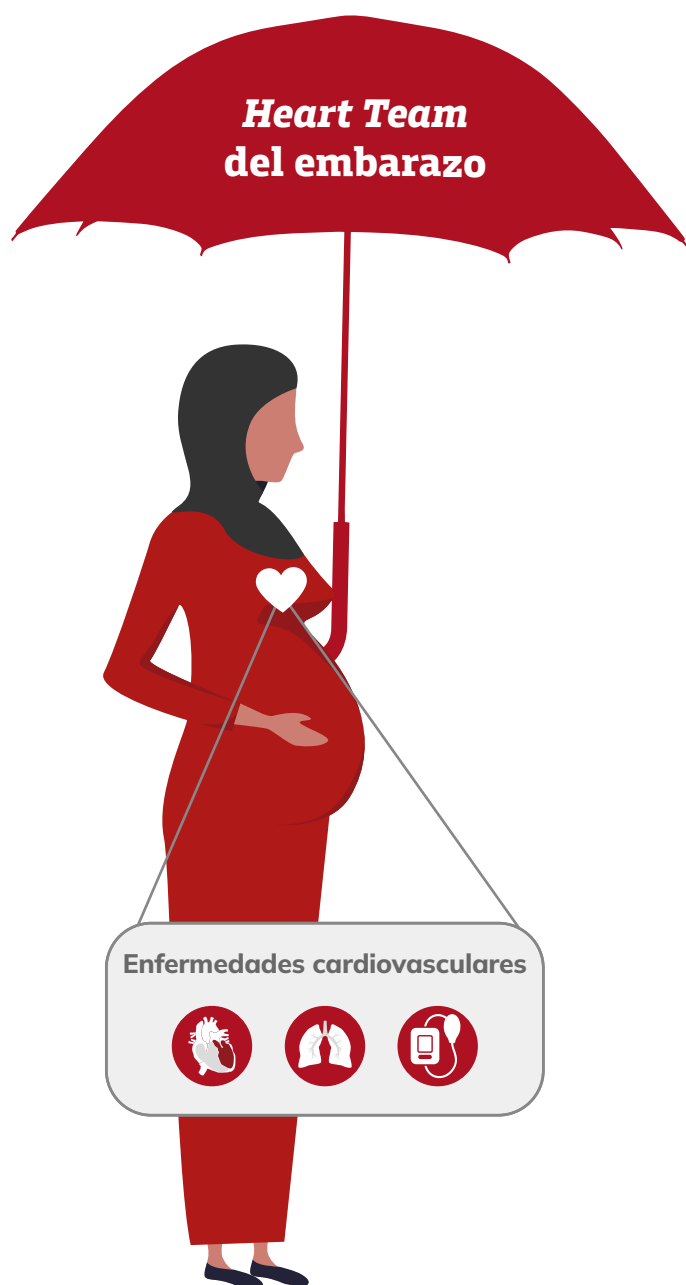
Salud mental

El riesgo de desarrollar depresión entre las madres primerizas en la población general es del 10-20%. El riesgo aumenta con problemas de salud subyacentes como la ECV. Es importante que las mujeres con ECV se sometan a **cribados de salud mental regulares** por sus equipos de atención a la salud con el fin de identificar cualquier problema de forma precoz y personalizar la atención.

Si estás preocupada o tienes síntomas de depresión, por favor, consúltalo con tu profesional de la salud. [La guía para pacientes sobre salud mental y ECV](#) también contiene información sobre recursos de apoyo.

Mensajes clave

- Las mujeres con ECV conocida que deseen quedarse embarazadas deben someterse a una evaluación clínica antes del embarazo para recibir una estimación de los riesgos, optimizar el tratamiento y reducir el riesgo de complicaciones.
- Antes del embarazo, el *Heart Team* del embarazo debe participar en la evaluación del riesgo, el asesoramiento y el manejo de las mujeres con clase de riesgo II-III o superior.
- El manejo debe ser individualizado y debe conllevar una toma de decisiones compartida, en la que se respeten las decisiones de la mujer.
- Dependiendo del tipo y la gravedad de la ECV, las mujeres deben recibir seguimiento durante el embarazo y deben acordar un plan de parto detallado con antelación.
- El parto vaginal es la primera elección para la mayoría de las mujeres con ECV.
- Las mujeres con resultados adversos del embarazo deben recibir información sobre los riesgos a largo plazo, así como asesoramiento sobre un estilo de vida saludable y otras estrategias de prevención, y debe ofrecérseles un seguimiento apropiado.
- Es importante que consultes a un profesional de la salud si tienes cualquier inquietud.



Esta guía para pacientes es una versión simplificada de la [Guía de práctica clínica ESC 2025 sobre el manejo de la enfermedad cardiovascular y el embarazo](#).

Autores

- Michèle de Hosson, Cardiology, Ghent University Hospital, Gante, Bélgica.
- Eva Goossens, Centre for Research and Innovation in Care, Department of Nursing and Midwifery, Faculty of Medicine and Health Sciences, University of Antwerp, Amberes, Bélgica, y Department of Public Health and Primary Care, KU Leuven, Lovania, Bélgica, y Department of Patient Care, Antwerp University Hospital, UZA, Amberes.
- Françoise Steinbach, Foro de Pacientes de la ESC, Sophia Antópolis, Francia.
- Nina Eide Hasselberg, Department of Cardiology, Oslo University Hospital, Rikshospitalet, Oslo, Noruega.
- Matthew Cauldwell, Obstetrics, St George's Hospital, Londres, Reino Unido.
- Julie De Backer, Cardiology, Ghent University Hospital, Gante, Bélgica, y Center for Medical Genetics, Ghent University Hospital, Gante, Bélgica.
- Kristina H. Haugaa, Department of Cardiology, Oslo University Hospital, Oslo, Noruega, e Institute for Clinical Medicine, University of Oslo, Oslo, Noruega.

Descargo de responsabilidad

Material adaptado de la Guía de práctica clínica ESC 2025 sobre el manejo de la enfermedad cardiovascular y el embarazo (*European Heart Journal* 2025 - <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaf193>) publicada el 29 de agosto de 2025.

Copyright © Sociedad Europea de Cardiología 2025 - Todos los derechos reservados.

Este material se ha publicado únicamente para uso personal y educativo. No se autoriza su uso comercial. Ninguna parte de este documento puede ser traducida o reproducida en forma alguna sin el permiso por escrito de la ESC. El permiso se puede obtener enviando una solicitud por escrito a la ESC, Practice Guidelines Department, Les Templiers - 2035, Route des Colles - CS 80179 Biot - 06903

Sofía Antópolis Cedex - Francia. Email: guidelines@escardio.org

El material se ha adaptado de la guía ESC como apoyo a los pacientes y sus cuidadores. Reproduce las opiniones de la ESC y se ha elaborado tras considerar exhaustivamente el conocimiento científico y médico disponible en el momento de publicación. La ESC no se responsabiliza en caso de cualquier contraindicación, discrepancia y/o ambigüedad entre las guías de la ESC y otras recomendaciones o guías oficiales publicadas por las autoridades sanitarias relevantes, especialmente en cuanto al buen uso de los sistemas de salud o de las estrategias terapéuticas. Por favor, consulte el preámbulo de las guías originales para obtener más información sobre el papel de las guías de práctica clínica y la responsabilidad individual de los profesionales de la salud a la hora de tomar decisiones sobre la atención de los pacientes.

Versión en español traducida por Elena Avanzas y revisada por M.^a Antonia Pijuan Domenech para la Sociedad Española de Cardiología/Fundación Española del Corazón.