Carta al editor

Miocardiopatía del periparto: una rara y temida complicación obstétrica

Peripartum Cardiomyopathy: a Rare and Feared Obstetric Complication

Alberto Antonio Sosa Osorio[1] Luis Alberto Rodríguez Duarte[2] Yoan Hernández Cabrera[1]

[1] Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba
[2] Brigada Médica Cubana en Belice, Belize

Cómo citar este artículo:
Sosa-Osorio A, Rodríguez-Duarte L, Hernández-Cabrera Y. Miocardiopatía del periparto: una rara y temida complicación obstétrica. **Revista Finlay** [revista en Internet]. 2025 [citado 2026 Nov 4]; 15(0):[aprox. 0 p.]. Disponible en: https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/1590

Recibido: 2025-08-12 19:23:37
Aprobado: 2025-08-19 18:12:40

Correspondencia: Alberto Antonio Sosa Osorio. Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos. sosaosorioalberto@gmail.com

Señor Editor:

Según datos aportados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) la enfermedad cardiovascular (ECV) constituye la principal causa de muerte en el mundo. Este padecimiento origina cerca de 15,2 millones de fallecimientos cada año. [(1)] En la población gestante representa el 15 % de la mortalidad materna en países desarrollados, es esta la causa más frecuente de muerte materna no obstétrica, por lo que genera un gran reto mundial.[(2)]

La miocardiopatía del periparto (MCPP) es un tipo de insuficiencia cardíaca (IC) caracterizada por una reducción significativa de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) <45 %, con aparición cercana al final del embarazo o en los meses posteriores al parto.[(3)] Dichas pacientes suelen presentar síntomas como: disnea de esfuerzo, ortopnea, disnea paroxística nocturna, edema de extremidades inferiores, fatiga, dolor torácico y tos. Los casos graves pueden mostrar shock cardiogénico, similar a enfermedades como infarto del miocardio, embolia pulmonar o embolia de líquido amniótico, mientras en otras pueden aparecer, arritmias graves.[(4)]

Su incidencia difiere de acuerdo a la región geográfica. En los EE. UU., afecta uno de cada 2230 nacimientos, con tendencia al incremento, sin embargo, países como Haití y Nigeria reportan casos de uno por cada 300 y uno por cada 100 nacidos vivos, respectivamente. De igual manera las féminas africanas y afroamericanas afrontan un mayor riesgo en relación a las poblaciones caucásicas, lo que evidencia las desigualdades socioeconómicas y de acceso a la atención médica.[(4)]

Elementos como las altas tasas de paridad, el nivel socioeconómico y la hipertensión arterial pueden favorecer esta diferencia étnica. Asimismo, un mayor número de gestaciones y embarazos múltiples aumentan la probabilidad de MCPP. Los trastornos hipertensivos del embarazo, incluida la preeclampsia, de igual manera tienen una estrecha relación, por lo que el manejo oportuno de estos padecimientos es crucial, para reducir el riesgo de MCPP.[(4)]

La etiopatogénesis de la MCPP es compleja e incluye factores como el estrés oxidativo, las influencias hormonales, la inflamación y la predisposición genética. Si bien los mecanismos exactos continúan siendo desconocidos, recientes estudios han relacionado a la prolactina antiangiogénica de 16 kDa (PRL) como un desencadenante clave, que induce un daño a los

cardiomiocitos a través de vías mediadas por microARN.[5,6]

Su diagnóstico suele ser de exclusión, ya que el enfoque diagnóstico está encaminado a descartar las causas pulmonares y cardiovasculares de la disnea y la hipoxemia en el periparto y puerperio. El cumplimiento de los criterios clínicos se debe completar con exámenes adicionales como un electrocardiograma (ECG), la radiografía de tórax (Rx) y el ecocardiograma transtorácico.[7]

Las estrategias en el manejo de la MCPP se sustentan en la actualidad en protocolos generales de insuficiencia cardíaca. Ello demanda la colaboración de diversas especialidades como: cardiología, obstetricia, medicina intensiva, neonatología, anestesiología y cirugía cardiovascular. La terapéutica prioriza el bienestar materno y fetal, con acciones adaptadas a la gravedad de la entidad, categorizadas bajo el acrónimo "BOARD", que incluye bromocriptina, fármacos orales para la insuficiencia cardíaca, anticoagulantes, relajantes musculares y diuréticos.[4,8]

Un punto clave del que dependen las decisiones respecto a dicho tratamiento es el momento en que se efectúa el diagnóstico (embarazo o puerperio), se toma en consideración la teratogenicidad de algunos fármacos que suelen usarse en pacientes con IC, sus efectos sobre la lactancia materna, así como, las cuestiones relacionadas con la vía de obtención del producto de la concepción.[8] En relación al momento del parto, en la MCPP, serían individualizados los consensos en función de factores maternos y fetales como, por ejemplo: la gravedad de la disfunción cardíaca, la edad gestacional y la estabilidad clínica general.[4]

El tratamiento se fundamentará en la experiencia clínica y la extrapolación de datos con otros tipos de IC, orientándose en la vigilancia de la volemia, contrarrestar las respuestas neurohormonales y evitar las complicaciones tromboembólicas y arrítmicas. El manejo de la sintomatología habitualmente se puede lograr al optimizar el balance hídrico y la mejora de la función pulmonar. El control rápido del edema pulmonar y la hipoxia es esencial con oxígeno y/o ventilación con presión positiva no invasiva, diuréticos intravenosos para la congestión y la sobrecarga de volumen y nitroglicerina intravenosa para la disminución de la precarga. También es fundamental disponer sin demora del soporte inotrópico en pacientes con signos de hipoperfusión que se debe retirar una vez lograda la estabilidad de la paciente.[9]

Entre los 3 y 6 meses después del parto, suele ocurrir la recuperación, no obstante, en algunos casos puede demorar hasta 48 meses. Han sido descritos indicadores de buen pronóstico como lo son: un ventrículo izquierdo pequeño, una FEVI superior al 30-35 %, ausencia de elevación de troponina y coágulos sanguíneos ventriculares y etnia no afroamericana. En cambio, si la FEVI no supera el 50 %, la probabilidad de insuficiencia cardíaca en embarazos posteriores puede aumentar notablemente, llega hasta el 56 %, con una tasa de mortalidad del 12 %,[10] lo cual desaconseja las gestaciones futuras en estas pacientes por el riesgo de recurrencia, al fomentar un acceso seguro a la anticoncepción.

Si bien el comportamiento de esta entidad clínica suele presentarse de forma atípica, lo que hace difícil el diagnóstico para los profesionales sanitarios, resulta indispensable mantener un elevado grado de sospecha de MCPP e identificar de forma temprana los factores de riesgo, puesto que en muchas ocasiones puede pasar desapercibida.[10]

Teniendo en cuenta la relación existente entre la MCPP y ciertas afecciones crónicas y obstétricas es recomendable la vigilancia estrecha durante el embarazo y el posparto en pacientes de alto riesgo perinatal. La falta de acceso a los sistemas de salud en países subdesarrollados continúa siendo tarea pendiente, donde la mayor incidencia de estos casos se encuentra allí, sobre todo, en poblaciones afrodescendientes.

La Atención Primaria juega un imprescindible papel al optimizar el manejo de los factores de riesgo preconcepcionales lo que permite reducir el riesgo de MCPP durante la gestación. Las presentaciones tórpidas en ciertos casos, así como en aquellos complejos con evoluciones satisfactorias descritas en la literatura revisada, suponen un punto de partida y sirven como fortaleza al equipo multidisciplinario encargado de asistir a estas pacientes, la intervención oportuna se realiza con el fin de lograr el bienestar materno-fetal y propiciar la disminución de la morbilidad y mortalidad materno-perinatal de esta poco frecuente pero devastadora complicación.

Conflicto de intereses:

Los autores declaran la no existencia de conflictos de intereses relacionados con el estudio.

Roles de autoría:

1. Conceptualización: Luis Alberto Rodríguez Duarte, Alberto Antonio Sosa Osorio.

2. Curación de datos: Alberto Antonio Sosa Osorio, Luis Alberto Rodríguez Duarte, Yoan Hernández Cabrera.

3. Análisis formal: Alberto Antonio Sosa Osorio, Luis Alberto Rodríguez Duarte, Yoan Hernández Cabrera.

4. Adquisición de fondos: Esta investigación no contó con adquisición de fondos.

5. Investigación: Alberto Antonio Sosa Osorio, Luis Alberto Rodríguez Duarte, Yoan Hernández Cabrera.

6. Metodología: Alberto Antonio Sosa Osorio, Yoan Hernández Cabrera.

7. Administración del proyecto: Alberto Antonio Sosa Osorio, Luis Alberto Rodríguez Duarte.

8. Recursos: Alberto Antonio Sosa Osorio.

9. Software: Luis Alberto Rodríguez Duarte.

10. Supervisión: Luis Alberto Rodríguez Duarte, Yoan Hernández Cabrera.

11. Validación: Luis Alberto Rodríguez Duarte, Alberto Antonio Sosa Osorio.

12. Visualización: Alberto Antonio Sosa Osorio.

13. Redacción-borrador original: Alberto Antonio Sosa Osorio, Luis Alberto Rodríguez Duarte, Yoan Hernández Cabrera.

14. Redacción-revisión y edición: Alberto Antonio Sosa Osorio, Luis Alberto Rodríguez Duarte, Yoan Hernández Cabrera.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Del Sueldo MA, Mendonça MA, Sánchez MB, Zilberman J, Múnera AG, Paniagua M, et al. Clinical practice guideline of the Interamerican Society of Cardiology on primary prevention of cardiovascular disease in women. Arch Cardiol Mex. 2022;92(Suppl. 2):1-68.

2. Velásquez J, Muñoz E, Toro C, Henao DA, Correa M, Gándara JA, et al. Maternal and neonatal outcomes in pregnant women with heart disease with single evaluation vs. semistructured evaluation by a cardio-obstetric team. Arch Cardiol Mex. 2023;93(3):300-7.

3. Tukeni KN, Asefa ET, Woyimo TG, Gudina EK, Estner H, Haas NA. Peripartum cardiomyopathy: a review of prevalence of treatment trends from an African perspective. Front Cardiovasc Med. 2025;12(1):1568493.

4. Perea DM, Seni CD, Rojas IL, Olivares M, Garcia CM, Gaivao DJ, et al. Peripartum Cardiomyopathy: A Case Report of Mortality From a Rare and Potentially Fatal Condition. J Med Cases. 2024;15(8):171-9.

5. Safira A, Tjahjadi AK, Adytia GJ, Waitupu A, Sutanto H. Peripartum cardiomyopathy unveiled: Etiology, diagnosis, and therapeutic insights. Curr Probl Cardiol. 2024; 49(5):102474.

6. Rodríguez J, Ortega KE, Pacheco DE. Paro cardiorrespiratorio secundario a miocardiopatía periparto: reporte de un caso. Rev Med Clin Condes[Internet]. 2024[citado 6/1/2025];35(2):[aprox. 5p.]. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-paro-cardiorrespiratorio-secundario-miocardiopatia-periparto-S0716864024000191.

7. Arévalo NA, Vivas DA, Prieto PC, Buitrago AF, Álvarez M. Cardiomiopatía periparto. Rev Colomb Cardiol[Internet]. 2017[citado 11/9/2025];24(3):[aprox. 5p.]. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120563316301085.

8. Gutiérrez L. Miocardiopatía periparto en 2021: ¿con qué contamos para su tratamiento? Rev Colomb Cardiol[Internet]. 2021[citado 24/10/2024];28(6):[aprox. 10p.]. Disponible en: https://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-56332021000600523.

9. Martínez HS, González A. Miocardiopatía periparto: revisión de la literatura. Rev Chil Cardiol[Internet]. 2022[citado 15/7/2025];41(2):[aprox. 10p.]. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-85602022000200119&script=sci_arttext.

10. Peralta S, León K, Montero D, Mendoza R, Escobar K. Miocardiopatía periparto, una complicación obstétrica: a propósito de un caso clínico. Invest[Internet]. 2023[citado 29/10/2024];1(20):[aprox. 12p.]. Disponible en: https://revistas.uees.edu.ec/index.php/IRR/article/view/921/857.