

ESTADOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO

(HYPERTENSIVE DISORDERS OF PREGNANCY)

* Leidy Vásquez Valerio

RESUMEN

La hipertensión es el problema médico más común encontrado durante el embarazo. Los trastornos hipertensivos del embarazo se asocian con un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad perinatal.

El manejo adecuado de la hipertensión y las complicaciones pueden optimizar los resultados.

Los trastornos de la hipertensión durante el embarazo se clasifican en 4 categorías:

- Hipertensión crónica
- Preeclampsia-eclampsia
- Preeclampsia superpuesta a la hipertensión crónica
- Hipertensión gestacional

El tratamiento depende de la clasificación

DESCRIPTORES

Hipertensión, eclampsia, preeclampsia, transtornos hipertensivos

SUMMARY

Hypertension is the most common medical problem encountered during pregnancy. Hypertensive disorders of pregnancy are associated with an increased risk of perinatal morbidity and mortality. The proper management of hypertension and complications can optimize the results.

Hypertension disorders during pregnancy are classified into 4 categories:

- Chronic hypertension
- Preeclampsia-eclampsia
- Preeclampsia superimposed on chronic hypertension
- Gestational hypertension

The treatment depends on the classification

KEYWORDS

Hypertension, eclampsia, preeclampsia, hypertensive disorders

*Médico General.
Universidad Internacional de
las Américas (UIA). San
José - Costa Rica

INTRODUCCION

Los trastornos hipertensivos del embarazo están asociados con un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad perinatal. El manejo

adecuado de la hipertensión y sus complicaciones asociadas pueden optimizar los resultados. Una mayor comprensión de la fisiopatología, la etiología y la historia

natural de los trastornos hipertensivos en el embarazo permitiría mejorar las estrategias de prevención y la eliminación definitiva de la morbilidad y mortalidad asociadas.

DEFINICION

Los trastornos hipertensivos del embarazo son la segunda causa más frecuente de muerte materna directa en el mundo. La hipertensión es también la complicación médica más común que se encuentra durante el embarazo, y complica 5-10% de los embarazos.

Las tasas más altas son en mujeres negras, mujeres mayores de 45 años y con diabetes. Hipertensión en el embarazo se asocia con un mayor riesgo de hemorragia intracerebral, desprendimiento de la placenta, retraso del crecimiento intrauterino, prematuridad y muerte intrauterina.

Hay cuatro categorías de los trastornos hipertensivos del embarazo:

1. *Preeclampsia / eclampsia*

- Elevación de la presión arterial sistólica (PAS) ≥ 140 mm Hg o presión arterial diastólica (PAD) ≥ 90 mm Hg materna en dos ocasiones con 6 horas de diferencia.
- Proteinuria ≥ 300 mg en muestra de orina de 24 horas.
- La eclampsia se define como ≥ 1 convulsiones generalizadas en la preeclampsia.

Preeclampsia leve

- PAS ≥ 140 mm Hg y PAD ≥ 90 mm Hg, pero $< 160/110$ mm Hg
- Proteinuria ≥ 300 mg/24 h, pero < 5 g/24 h.

- Asintomática

Preeclampsia grave

- PAS ≥ 160 mm Hg y PAD ≥ 110 mm Hg en 2 ocasiones diferentes con cuando menos 6 horas de diferencia mientras la paciente está en reposo en cama.
- Proteinuria ≥ 5 g en muestra de orina de 24 horas o $\geq 3+$ en 2 muestras aleatorias de orina recolectadas en al menos 4 horas de diferencia
- Oliguria < 500 ml en 24 horas
- Alteraciones cerebrales o visuales, edema pulmonar o cianosis.
- Síndrome de HELLP o Restricción del crecimiento fetal.

2. *Hipertensión crónica (preexistente)*

- Hipertensión que inicia antes del embarazo o < 20 semanas de gestación.
- Persistencia de la hipertensión más allá de las 12 semanas del posparto.
- PAS ≥ 140 mm Hg o PAD ≥ 90 mm Hg.

3. *Hipertensión gestacional*

- Elevación en la PAS ≥ 140 mm Hg o PAD de ≥ 90 mm Hg en dos ocasiones, con seis horas de diferencia, en una mujer previamente normotensa ≥ 20 semanas de gestación.
- Sin evidencia de proteinuria.

4. *Preeclampsia superpuesta a hipertensión crónica*

- Es un aumento agudo no relacionado con el embarazo de la PA conocida como hipertensión emergencia también puede ocurrir en pacientes embarazadas. Esta presentación es peligrosa para la vida y requiere un tratamiento inmediato. Ejemplos de este escenario clínico incluyen encefalopatía hipertensiva, disección aórtica, insuficiencia ventricular izquierda .

FISIOPATOLOGIA

El sistema de la hormona renina-angiotensina es regulada y sistemáticamente disminuye la resistencia vascular. Como resultado, la PA inicialmente disminuye tan temprano a las 7 semanas de gestación. La disminución de la PAD tiende a ser mayor que la disminución de la PAS. La PA materna comienza a aumentar nuevamente en el tercer trimestre. El evento de incitación en el desarrollo de los trastornos hipertensivos relacionados con el embarazo se considera como una invasión citotrofoblástica anormal de las arterias espirales, lo que conduce a la reducción de la perfusión uteroplacentaria. Se supone que la isquemia placentaria resultante provoca una activación anormal del endotelio vascular materno.

En general, la preeclampsia se asocia con un aumento de la resistencia de la presión vascular sistémica, aumento de la poscarga ventricular izquierda y disminución del gasto cardíaco.

TRATAMIENTO

Hipertensión gestacional

La alfa-metildopa es el antihipertensivo

más estudiado y tiene el historial de seguridad más largo en el tratamiento hipertensión en el embarazo. El tratamiento redujo la PA materna y la frecuencia cardíaca, y además no tuvo efectos adversos uteroplacentarios y en la hemodinámica fetal. Actúa centralmente disminuyendo el tono simpático y por lo tanto puede tener muchos efectos secundarios. La alfa-metildopa es un fármaco antihipertensivo débil que debe administrarse tres o cuatro veces al día y frecuentemente requiere titulación.

Preeclampsia leve

Edad gestacional ≥ 40 semanas, lo indicado es inducir el parto. Entre las 37-40 semanas, se evalúa el estado del cuello uterino y, si es favorable, se inicia la inducción. Si es desfavorable, antes de la inducción se utilizan sustancias de maduración cervical según se necesite. Se indica el parto en el momento en que el estado cervical se vuelva favorable, cuando las pruebas prenatales sean anormales, cuando la edad gestacional llegue a las 40 semanas o exista evidencia de empeoramiento de la preeclampsia.

Antes de las 37 semanas de gestación se manejan de manera expectante con reposo en cama, pruebas prenatales dos veces por semana y con la valoración materna. Si la edad gestacional es <34 semanas, se administran corticosteroides; se lleva a cabo amniocentesis según sea necesario para evaluar la madurez pulmonar del feto.

Preeclampsia grave

Es indicación obligatoria de la hospitalización. Si la edad gestacional es de ≥ 34 semanas, se confirma la madurez pulmonar del feto o se observa evidencia de deterioro en el estado de la madre o el feto,

lo indicado es inducir el parto. Se puede obtener un control agudo de la presión arterial con hidralazina, labetalol o nifedipina. La meta del tratamiento antihipertensivo es lograr una PAS <160 mm Hg y PAD <105 mm Hg.

La hidralazina se puede administrar en dosis de 5-10 mg IV. El inicio de la acción ocurre en 10-20 minutos y la dosis puede repetirse en 20-30 minutos, si es necesario. El labetalol se puede administrar en dosis de 5-20 mg mediante bolo intravenoso lento. La dosis puede repetirse en 10-20 minutos. La nifedipina se puede utilizar en dosis de 5-10 mg por vía oral. Es posible repetir la dosis en 20-30 minutos según se necesite.

El manejo de la preeclampsia grave antes de las 34 semanas es motivo de polémica. En algunas instituciones, se induce el parto independientemente de la madurez fetal. En otros, se demora durante un periodo limitado para permitir que se administren corticosteroides. Entre las 33 y 35 semanas, debe considerarse una

amniocentesis para estudiar la madurez pulmonar. Si ya se alcanzó la madurez, lo indicado es realizar un parto inmediato. Si los pulmones no están maduros, se administran corticosteroides y, de ser posible, el parto se demora 24-48 horas.

Eclampsia

En la mayoría de los casos, las convulsiones por eclampsia son autolimitadas y tienen una duración de 1-2 minutos. El diazepam y el lorazepam deben utilizarse solo si las convulsiones se extienden. Una vez que se haya estabilizado a la paciente, lo indicado es realizar el parto. De ser posible, debe permitirse un periodo de 10 a 20 minutos de reanimación intrauterina antes del parto. Las convulsiones por si solas no constituyen indicación para la cesárea. No obstante, si no es posible el parto vaginal dentro de un periodo razonable, en la mayoría de los casos se lleva a cabo la cesárea.

BIBLIOGRAFIA

- Alan H. DeCherney, Lauren Nathan, Neri Laufer, Ashley S. Roman. (2013). Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos. México: McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V.
- Courtney Olson-Chen, Neil S. Seligman. (2016). Hypertensive Emergencies in pregnancy. Critical care clinics, 29,31,39.
- Dietmar Schlembach, Volker Homuth & Ralf Dechend. (2015). Treating Hypertension in Pregnancy. ProQuest, 3.

Recepción: 28 Enero de 2016

Aprobación: 10 Febrero de 2017