

Secretaría de Salud de Tlaxcala
Dirección de Servicios de Salud
Jefatura de Epidemiología

Volumen 1, nº 29

2016



Boletín Epidemiológico
Hipertensión en el Embarazo,
Tlaxcala

Introducción

La hipertensión en el embarazo continúa siendo un problema mayor de salud perinatal en todo el mundo. Es una de las mayores causas de prematuridad, mortalidad perinatal y figura además entre las primeras causas de muerte materna, tanto en países industrializados como aquellos en desarrollo.

La terminología empleada para denominar a esta patología ha sido cambiante. En la actualidad los términos más aceptados son hipertensión inducida por el embarazo, si no está acompañada por proteinuria y preeclampsia.

La preeclampsia (PE) es una enfermedad multisistémica de causa desconocida que puede manifestarse en la segunda mitad del embarazo, en el parto o en el puerperio inmediato. La misma se caracteriza por una respuesta materna, inmunológica – vascular, anormal a la implantación del producto de la concepción, que se manifiesta a través de una función endotelial alterada, representada por la activación de la cascada de la coagulación, un aumento de la resistencia vascular periférica y de la agregación plaquetaria.

La enfermedad tiene un periodo de evolución preclínico, antes de las 20 semanas de gestación, y un periodo clínico, el cual se presenta en la segunda mitad del embarazo con hipertensión, proteinuria y otras alteraciones sistémicas. El signo hipertensión es el marcador que define y marca el pronóstico de la enfermedad. El mayor incremento de las cifras tensionales sobre sus niveles basales es reflejo de un mayor desequilibrio entre las sustancias vasoactivas que la controlan.

Factores de riesgo

Los factores de riesgo que proporcionan mayor probabilidad para el desarrollo de preeclampsia son:



Gestación múltiple



Condiciones médicas subyacentes (co-morbilidad):

- Hipertensión arterial preexistente o presión diastólica > 90 mmHg.
- Nefropatía preexistente o proteinuria (1+ en más de una ocasión o cuantificada 0.3 g/24hrs).
- Diabetes Mellitus tipo I o II preexistente.
- Síndrome de anticuerpos antifosfolípidos (SAF), Trombofilia.
- Preeclampsia en cualquier embarazo previo.
- Lupus eritematoso sistémico.
- Edad reproductiva de 40 años o más.
- Índice de masa corporal (IMC) > 35.

Factores que proporcionan una menor probabilidad para el desarrollo de la preeclampsia (la probabilidad se incrementa cuando se presentan 2 o más):

- 👤 Primer embarazo a edad menor de 20 años.
- 👤 10 años o más de intervalo intergenésico.
- 👤 Antecedentes de preeclampsia en madre o hermana.
- 👤 Presión diastólica al inicio del embarazo de 80 a 89 mmHg.

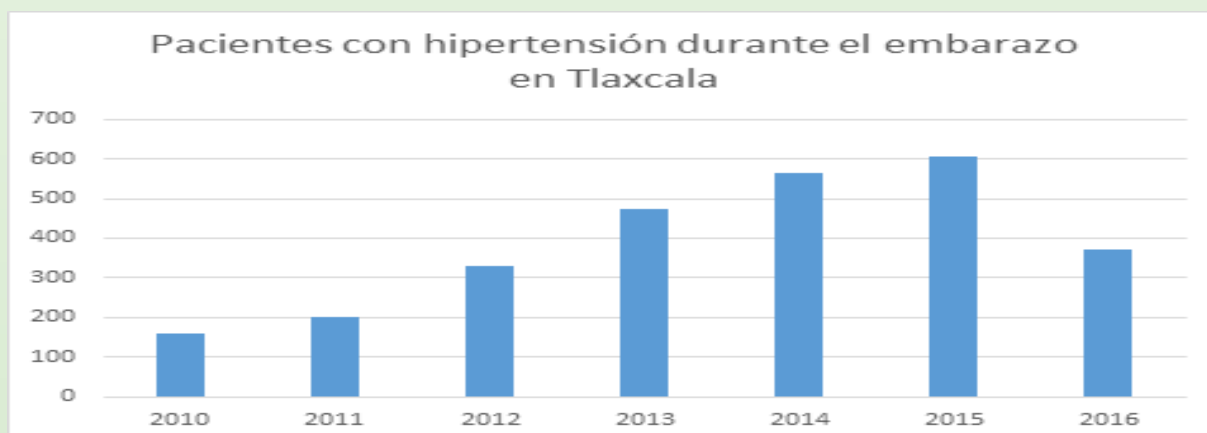
Las pacientes con uno o más de los factores de riesgo que se asocian a una mayor probabilidad de desarrollo de este síndrome deberán ser enviadas a segundo nivel de atención médica para su control prenatal.

Las pacientes con 2 o mas factores de riesgo asociados menores, también deberán de ser derivadas a segundo nivel de atención médica. Las pacientes con uno de estos factores deberán continuar su atención prenatal con el médico familiar con vigilancia estrecha de la tensión arterial y determinaciones frecuentes de proteína en orina.

Todas las mujeres embarazadas deben saber que después de las 20 semanas de gestación pueden desarrollar preeclampsia, inclusive en los lapsos entre cada consulta prenatal y deben estar capacitadas para identificar la necesidad de acudir a urgencias de gineco-obstetricia en cualquier momento.

Se desconoce el agente causal de la preeclampsia-eclampsia. A lo largo del tiempo se han propuesto diversas hipótesis, como la de la existencia de una endotoxina con poder vasopresor, hecho que dio lugar al nombre con el que se le conoció por mucho tiempo (toxemia). Más tarde se propusieron como agentes causales los factores genéticos, la resistencia a la insulina, la deficiencia de calcio, el desequilibrio en la producción de prostaglandinas, las alteraciones de la coagulación, etc. Algunas observaciones epidemiológicas e histopatológicas de los últimos años han hecho suponer un trastorno inmunológico que provoca mala respuesta inmunitaria materna al embarazo, lo que lleva a la invasión trofoblástica deficiente de las arterias espirales del útero (sólo 30 al 50% del extremo proximal a la decidua). Lo anterior provoca isquemia placentaria y se ha propuesto que ello, a su vez, desencadena la liberación de sustancias inflamatorias que producen lesión endotelial sistémica.

Para el estado de Tlaxcala se presentan las siguientes cifras de pacientes con hipertensión en el embarazo del 2010 hasta la semana número 24 del 2016:



Diagnóstico de enfermedades hipertensivas en el embarazo.

El diagnóstico de hipertensión durante el embarazo se establece con una tensión arterial mayor o igual a 140/90 mmHg; si la paciente ya tenía hipertensión antes del embarazo o aparece antes de las 20 semanas de gestación se considera hipertensión crónica. Las pacientes con hipertensión crónica pueden complicarse con preeclampsia lo cual se manifiesta con descompensación de las cifras tensionales y aparición o incremento de proteinuria.

Las pacientes que presentan en la semana 20 o más de gestación o en las primeras 6 semanas posparto, elevación de la tensión arterial (140/90 mmHg) sin proteinuria, corresponden a hipertensión gestacional y cuando se presenta proteinuria a preeclampsia.

Se considera proteinuria cuando se presenta de 0.3 gr o más en una recolección de orina de 24 hrs (generalmente corresponde a 1 + o más en una determinación semicuantitativa de tira reactiva).

La cefalea se considera factor de riesgo para eclampsia en pacientes con preeclampsia. El dolor epigástrico, o en hipocondrio derecho, náusea y vómito son factores de riesgo para morbilidad materna severa en mujeres con preeclampsia. Aproximadamente 21 % de pacientes con preeclampsia leve y 6% de severa pueden estar asintomáticas. Cefalea severa y persistente, pérdida parcial de agudeza visual, fosfenos, dolor epigástrico o en hipocondrio derecho epigástrico especialmente si es severo o se asocia con vómito son datos de alarma, por lo que deberán ser investigados en cada consulta.

La migraña puede continuar durante el embarazo y puede ser muy intensa sin que esto signifique una amenaza para la vida o asociarse con desarrollo de preeclampsia.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la hipertensión gestacional va a depender en primera instancia de la evolución y severidad de la misma. Debido a que la presencia de proteinuria es el factor pronóstico más importante, dividiremos al manejo de la enfermedad de la siguiente manera:

1.- Hipertensión gestacional

El control clínico-obstétrico se efectúa cada quince días en forma ambulatoria, e incluye la realización de los estudios maternos y fetales. En este grupo de pacientes no existe indicación para la interrupción del embarazo antes de alcanzado el término, salvo que el cuadro clínico empeore, o se presente alguna complicación obstétrica que así lo justifique.

2.- Preeclampsia

El objetivo de medicar a una embarazada hipertensa será el de disminuir el riesgo de encefalopatía y permitir la prolongación del embarazo hasta la obtención de un feto viable.

El tratamiento no farmacológico (dieta, reposo, dejar de fumar) debe acompañar siempre al empleo de drogas antihipertensivas, ya que no posee efectos colaterales y probó ser benéfico.

Muchas son las drogas que podrán ser utilizadas, desde la tradicional alfa-metildopa hasta los bloqueantes de los canales de calcio (amlodipina), pasando por beta-bloqueantes y vasodilatadores de acción directa (hidralazina). En nuestra experiencia, la amlodipina a dosis de entre 5 - 40 mg/día, demostró ser efectiva sin impacto negativo sobre la madre ni sobre el feto – neonato.

3.- Hipertensión crónica con o sin preeclampsia sobre impuesta

La hipertensión crónica durante el embarazo puede ser clasificada en:


Moderada: tensión arterial menor o igual a 169/109 mm Hg de sistólica y diastólica, respectivamente.


Severa: tensión arterial igual o mayor de 170/110 mm Hg.


Preeclampsia sobre impuesta: hipertensión arterial más proteinuria.

El tratamiento con drogas se inicia si la tensión arterial asciende por encima de 160/110 mm Hg de sistólica y diastólica respectivamente, de acuerdo con las recomendaciones generales para el manejo de la hipertensión crónica.

4.- Complicaciones graves:

 Emergencia hipertensiva

 Eclampsia

 Síndrome HELLP.

El tratamiento puede realizarse con diferentes drogas, pero en todos los casos su finalidad es descomprimir el sistema nervioso central (SNC) y disminuir las cifras de tensión arterial en el término de una hora, evitando la caída súbita de la misma. Esta tendría consecuencias fatales sobre el feto, ya que el flujo uteroplacentario y umbilical se encuentra muy disminuido a causa de la severidad del cuadro, con la consiguiente hipoxia fetal, que puede acarrear la muerte inmediata o mediata del producto de la concepción.

Bibliografía:

Saftlas AE, Olson DR, FrankAL, Atrash HK, Pokras R. Epidemiology in preeclampsia and eclampsia in the United States. Am J Obstet Gynecol 1990;163:460-5.

Duckitt K, Harrington D. Risk factors for pre-eclampsia at antenatal booking: systematic review of controlled studies. BMJ 2005 Mar 12;330(7491):565. Epub 2005 Mar 2.

Voto LS, Quiroga CA, Lapidus AM, Catuzzi P, Uranga Imaz F, Margulies M. Effectiveness of antihypertensive drugs in the treatment of hypertension in pregnancy. Clin. Exper. Hyper-Hyper in Pregnancy B9 (3): 339- 48,1990.

Guía de referencia rápida, Diagnostico de Enfermedad Hipertensiva del Embarazo; 2:4. Edic. 2008

Sever P, Beevers G, Bulpitt C, Lever A, Ramsay L, Reid J, Swales J. Management guidelines in essential hypertension: report of the second working party of the British Hypertension Society. Br J Med. 306: 983-7, 1993.

SALUD DE TLAXCALA

CALLE IGNACIO PICAZO NORTE No. 25
COL. CENTRO
SANTA ANA CHIAUTEMPAN, TLAXCALA
C.P. 90800

JEFATURA DE EPIDEMIOLOGÍA

TELEFONOS:
246 46 2 10 60
Ext: 8072 y 80 76
Directo: 246 46 2 53 23