

ENTREVISTA CON PROFESIONALES

Enfermedades hipertensivas en el embarazo: complicaciones obstétricas y acciones profilácticas

Fecha: viernes 3 de noviembre del 2023.

Entrevista realizada en el Hospital Infantil del Estado de Sonora (HIES).



Entrevistador: Iyya Deni Bernal Cruz, estudiante de noveno semestre de la licenciatura en medicina de la Universidad de Sonora y asistente de editor en jefe en la Revista Estudiantil de Medicina de la Universidad de Sonora.

Entrevistado: Dr. Adalberto Rafael Rojo Quiñonez, especialista ginecólogo obstetra certificado por el Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia. Forma parte de la Federación de Ginecología y Obstetricia Zona II, Colegio Médico de Ginecología y Obstetricia, Federación Médica del Estado de Sonora, Sociedad de Ginecología y Obstetricia y Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología. Actualmente es profesor adjunto de la especialidad de ginecología y obstetricia en el Hospital Infantil del Estado de Sonora y profesor de la Licenciatura en Medicina de la Universidad de Sonora.

Introducción:

Los trastornos hipertensivos en el embarazo son alteraciones de la tensión arterial con valores mayores a 140/90 mmHg en las mujeres gestantes. Dentro de los trastornos más comunes se encuentran la hipertensión arterial crónica, hipertensión gestacional, preeclampsia y eclampsia; estos últimos dos se consideran estados de severidad que comprometen la vida de la paciente y el producto. La génesis de estos trastornos se relaciona con la mala implantación del trofoblasto, que, a su vez, provoca alteraciones en las arterias espirales y vasoconstricción.

En México, los trastornos hipertensivos representan una de las principales causas de complicaciones materno-perinatales, por lo que su estudio, tamizaje y métodos profilácticos son de gran importancia para disminuir las complicaciones asociadas, como lo es el parto pretérmino.

Deni Bernal: Las enfermedades hipertensivas en el embarazo incluyen múltiples condiciones: hipertensión crónica, hipertensión gestacional, preeclampsia y eclampsia, ¿qué criterios diagnósticos son empleados para su clasificación?

Dr. Rojo: Generalmente, el embarazo es un estado de baja resistencia que maneja cifras tensionales menores, por eso las pacientes en ocasiones tienen síntomas de baja presión. Cuando las cifras se manejan por arriba de la media de 110/65 mmHg en el embarazo, es decir, cuando la presión tiende a subir, es un factor de riesgo para un estado hipertensivo inicial en el embarazo.

ENTREVISTA CON PROFESIONALES

Cuando la presión sube un poco y no hay repercusiones más allá, se dice que es hipertensión gestacional y puede haber múltiples factores, como la epigenética, obesidad, estrés, comorbilidades, entre otros. En estos casos, medimos proteína en orina y, cuando encontramos niveles altos sobre los 300 mg/dl, se clasifica a la paciente con preeclampsia.

En la preeclampsia se presenta un daño al glomérulo, es un daño endotelial sistémico en la paciente que se manifiesta por daño renal, daño al endotelio de los vasos que, como consecuencia, comienza a filtrar proteínas. Hacemos una medición de globulina de 24 horas, observamos si hay aumento de proteínas y, de ser así, identificamos el daño y clasificamos como preeclampsia. En estos casos, la presión se manifiesta más alta con cifras tensionales mayores a 140/90 mmHg. Estos valores en una mujer embarazada son graves, sin embargo, un estado con datos de severidad es sobre 160/110 mmHg.

Al presentar severidad, la paciente puede manifestar cefalea, tinnitus, edema y malestar en el estado hipertensivo. Bioquímicamente se observa daño hepático, enzimas elevadas e insuficiencia renal. En estas pacientes no podemos prolongar más el embarazo.

Entonces, el diagnóstico se hace principalmente a través de la hipertensión, medición de enzimas hepáticas, función renal y cambios en la biometría hemática a través de la depleción de plaquetas.

- De los trastornos mencionados, ¿cuál de estos presentan más complicaciones y cuál tiene mayor incidencia en el Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora?

R: Afortunadamente, los problemas graves no son los más frecuentes. Los estados hipertensivos gestacionales son los casos más comunes.

La preeclampsia se presenta con filtración de proteínas o con enzimas hepáticas elevadas e insuficiencia renal, no obstante, es lo menos frecuente. Por ejemplo, las pacientes con síndrome de HELLP tienen que ir a terapia intensiva, ya que cuando el síndrome está establecido, no se puede prolongar más el embarazo. Lo que nosotros hacemos para mejorar las condiciones de la paciente es prever que no desarrolle un evento vascular cerebral por el importante incremento de la presión. Con cifras tensionales por arriba de 160/110 mmHg, es más probable que haya una complicación cerebrovascular. Además, hay abatimiento de plaquetas y alteraciones de la coagulación. Por lo anterior, no se puede prolongar más el embarazo, independientemente de la edad gestacional, ya que está en riesgo la vida de la paciente y del producto. Entonces, lo que hacemos es mejorar las condiciones de la paciente, administrando lo que sea necesario; transfundir plasma, mejorar las condiciones de volumen, eritrocitos si hacen falta e inducción de maduración pulmonar. Tratamos de mejorar su estado y, al lograrlo, se procede a realizar cesárea, sacamos al bebé y, mientras lo maneja el neonatólogo, nosotros atendemos a la paciente. Generalmente, a corto plazo se mejora todo, aun así, algunas mujeres quedan con remanente de estado hipertensivo y falla renal.

- ¿Cuáles son los principales factores de riesgo asociados al desarrollo de trastornos hipertensivos en el embarazo? ¿Cómo se comportan las enfermedades hipertensivas en grupos vulnerables?

ENTREVISTA CON PROFESIONALES

R: La primera causa de muerte en América Latina y el mundo es el estado hipertensivo; se reportan 70 000 muertes maternas y 500 000 muertes fetales por problemas hipertensivos en el embarazo a nivel mundial, con una frecuencia del 5 al 10 %. Nuestra población tiene alto riesgo de desarrollar preeclampsia. Hay factores que influyen más que otros; como el clima, la altura, multiparidad (aumenta 3 veces más el riesgo), tabaquismo, pacientes muy jóvenes o por arriba de los 35 años, obesidad (a mayor obesidad, más riesgo), antecedente de hipertensión y de dislipidemias (aumentan el riesgo hasta 5 veces más). Es importante considerar la triada terrible: dislipidemias, hipertensión y obesidad, a lo que se le puede agregar la anemia.

Las pacientes se refieren a nutrición para el control del peso, se busca que por lo menos no incrementen y que acudan oportunamente. Hay pacientes con problemas crónicos, como insuficiencia hepática o renal, las cuales son complicaciones mayores de los estados hipertensivos previos o de alguna otra etiología.

El Royal College of Obstetricians and Gynaecologists establece una manera para realizar el diagnóstico mediante factores de riesgo e historia clínica, sin embargo, con un valor predictivo muy bajo, aproximadamente de 7 a 11 %. Por lo tanto, se necesitan otras herramientas para establecer diagnósticos más tempranos, por lo que se hacen mediciones de la presión arterial media y de las arterias uterinas y, en caso de estar alteradas, significa que es necesario prevenir los estados hipertensivos. También se miden algunas enzimas, como el factor de crecimiento placentario y factor tirosin quinasa FTL1, sobre todo en embarazos tempranos. Se tiene que establecer el diagnóstico en una paciente con factores de riesgo, por clínica y exámenes biofísicos y químicos, así se establece el riesgo de desarrollar preeclampsia a corto plazo con un valor predictivo alto.

- Considerando que el tratamiento definitivo de la preeclampsia es la cesárea, ¿cuáles son los criterios para interrumpir el embarazo antes de la maduración pulmonar fetal?

R: Una de las principales complicaciones del estado hipertensivo es la prematuridad iatrogénica, a pesar de que se intenta evitar interrumpir un embarazo antes de las 32 semanas. Afortunadamente, se logra llevar a algunos pacientes arriba de las 32 o 36 semanas sin prolongarse más tiempo, porque, aunque se disminuya la presión de la paciente, no se va a resolver el problema, debido a que la génesis de la hipertensión es una mala implantación de la placenta, por lo que existe una alteración del flujo materno-fetal, lo que provoca que haya una insuficiencia placentaria y eso afecte al producto. ¿Qué criterios tenemos para interrumpirlo? Si la paciente tiene factores de alto riesgo para preeclampsia, sobre todo con estados hipertensivos arriba de 160/110 y que no se logren disminuir, tenemos que interrumpir el embarazo; si descienden las plaquetas, si suben las enzimas hepáticas, si tiene síndrome de HELLP, restricción del crecimiento intrauterino y si hay una insuficiencia placentaria, el bebé no se va a desarrollar.

Por ejemplo, un bebé con peso de 1.5 kg y de 36 semanas de gestación es una restricción; además, se tiene una alteración e insuficiencia de los flujos, por lo que el bebé protege el área cerebral, cardíaca y suprarrenal. Nosotros medimos arterias a nivel de la cerebral media y ductus venoso para ver si los flujos son suficientes; si son insuficientes, ya no podemos hacer nada y se interrumpe el embarazo. Si hubiera una paciente con datos de insuficiencia renal o con una depleción de plaquetas severa con otros acompañantes, tampoco puede prolongarse más el embarazo. Hay pacientes que se edematizan demasiado, tienen

ENTREVISTA CON PROFESIONALES

depleción de proteínas completamente y esto está acompañado de hipertensión; además, si tiene datos de vasculopatía vasculoespasmódica, tampoco puede continuar el embarazo, ya que todos estos son datos de severidad. Se pueden medir otros parámetros antes de la interrupción, no obstante, los riesgos de perder la vida del feto y de la madre aumentan. También, la hipertensión puede provocar que se desprenda la placenta.

- En mujeres diagnosticadas con preeclampsia con manejo ambulatorio, ¿cuáles son los datos de alarma de una crisis hipertensiva que requiera atención intrahospitalaria?

R: Si es un estado hipertensivo gestacional, es un estado ambulatorio en el cual puedes tener a la paciente en control, pero se le tiene que indicar a la paciente el seguimiento pertinente de la presión diaria; si la presión aumenta arriba de 140/90 mmHg, es una presión tolerable para el organismo, aun así, debemos recordarle a la paciente que el embarazo es un estado de baja resistencia, por lo que la presión ideal sería de 106/63 mmHg. Sin embargo, si tiene 140/90 mmHg y presenta manifestaciones clínicas como zumbido de oídos, destellos de luz, edema o dolor de cabeza, se requiere de atención en el área de urgencias, para ofrecer un tratamiento y establecer una etiología. Puede ser una situación secundaria no relacionada con la hipertensión; con una presión controlada y una edad gestacional temprana, el embarazo se puede prolongar un poco más. Es fundamental considerar la edad gestacional, ya que, por ejemplo, en una paciente que tiene 24 semanas con estados hipertensivos, se debe buscar la manera de que avance el embarazo. En cambio, si tenemos un embarazo arriba de 32 semanas con un problema hipertensivo importante, tenemos que considerar la interrupción del embarazo y hacer inducción de maduración pulmonar. Los pulmones están inmaduros y tenemos que hacer inducciones, reponer proteínas, controlar la presión, y saber cómo está funcionando la coagulación.

- La eclampsia es una emergencia hipertensiva cuya importancia radica en el alto riesgo de mortalidad, en consecuencia, requiere un manejo eficaz e inmediato, ¿cuál es el tratamiento de elección en estos casos y qué secuelas podemos esperar?

R: La eclampsia son convulsiones en consecuencia del estado hipertensivo. Es un estado de máxima gravedad, ¿por qué? Porque se dan fenómenos a nivel central de microhemorragias o de situaciones que disparan el estado eclámpico. Seguramente la presión está muy alta, aparte tiene una alteración del estado neurológico que es la convulsión, entonces tenemos que yugular la convulsión a través de medicamentos. Usamos el sulfato de magnesio, el cual es de primera línea para el tratamiento en un estado hipertensivo importante, pero si se llegan a presentar convulsiones, tenemos que usar otros medicamentos como el diazepam, ya que, mientras haya convulsión, no hay intercambio materno fetal.

- ¿Cuáles son las metas terapéuticas en las pacientes diagnosticadas con un trastorno hipertensivo durante el embarazo?

R: Lo más importante es mantener la presión por debajo de 160/110 mmHg. Evidentemente varía mucho; algunas pacientes toleran una presión de 150/100 mmHg y no sienten nada. ¿Qué tan abajo la podemos tener? Quisiéramos que estuviera debajo de 140/90 mmHg, no obstante, es necesario recordar que la presión es un mecanismo de la madre, que sacrifica su bienestar por su bebé.

ENTREVISTA CON PROFESIONALES

Hay un obstáculo entre la madre y el bebé: la placenta. La madre aumenta la presión porque al producto le falta oxígeno, es una autorregulación fisiológica. Yo como médico me encargo de bajar la presión de la paciente, una disminución gradual; ¿para qué bajo la presión? Para proteger a la madre de la ruptura de un vaso a nivel cerebral, hepático, suprarrenal o renal. El organismo controla cifras tensionales tolerables debajo de 160/110 mmHg o, en casos crónicos, a veces encuentras cifras de 200/120 mmHg. Sin embargo, una paciente que nunca ha tenido hipertensión, con cifras sobre 160 mmHg de sistólica, puede provocar la ruptura de un vaso.

- La ultrasonografía Doppler de arterias uterinas es un método predictor útil de preeclampsia, ¿es reproducible su uso en el sistema de salud estatal y en qué grupos de riesgo constituye un mejor método pronóstico de preeclampsia?

R: La velocimetría Doppler es importante, pues hay muchas situaciones en las que se alteran los flujos materno-fetales, no solo en la preeclampsia. Puede ser por infecciones, por alteraciones metabólicas o por malformación placentaria, donde se alteran los flujos y el producto empieza a tener alteraciones. Podemos hacer pruebas de bienestar fetal, pero nos quedamos un poco a la deriva porque no tenemos más que algunos indicadores muy subjetivos, en cambio, con la velocimetría Doppler lo que tenemos son valores reales. Estamos midiendo el flujo de la arteria uterina, cerebral media, umbilical, ducto venoso y aparte se pueden medir algunos índices cardíacos.

Si no proporcionamos ese servicio, se podría subclasificar el riesgo de la paciente, lo que puede impedir un diagnóstico temprano y tener consecuencias más severas. Podemos tener productos cuyo embarazo puede continuar y sacarlos mucho antes sin necesidad. Los tenemos que evaluar por edad gestacional, condición, ultrasonido y hacer mediciones de cuánto pesa el producto. También, se usan parámetros como perfil biofísico con valoraciones del líquido amniótico, evaluar si hay movimientos del producto, si tiene movimientos respiratorios, movimientos finos y hacer una clasificación de ese tipo, sin flujometría. Cuando tenemos alteraciones, hacemos flujometría y medición de la frecuencia cardíaca y con base en eso se toma una decisión. Es necesario considerar que la edad gestacional sea lo más allegada a término o por lo menos 34 semanas. Con estas semanas cumplidas y con inductores de maduración pulmonar, el neonatólogo lo puede rescatar.

- En mujeres con antecedente de preeclampsia previa y comorbilidades asociadas, con interés de concebir en un futuro, se ha visto el uso profiláctico de ácido acetilsalicílico. ¿Qué tan efectiva resulta su administración y de qué manera limita la progresión de la patología?

R: Es un factor de riesgo el antecedente de preeclampsia, incrementa 10 veces el riesgo de volver a tener el trastorno hipertensivo, junto con los otros factores que mencionamos, como el sobrepeso, hipertensión, tabaquismo o diabetes. Aparte, tenemos factores biofísicos alterados, como la medición de las arterias uterinas. A la paciente con un factor de riesgo alto sin aumento en la presión arterial todavía, puedes darle aspirina, esta viene a ser un parteaguas en cómo ayudar a las pacientes para que no desarrollen estados

ENTREVISTA CON PROFESIONALES

hipertensivos. Aunque no es 100 % efectiva, y diferentes publicaciones hablan de múltiples porcentajes, se considera que la aspirina puede inhibir un proceso hipertensivo hasta en el 60 %. El mecanismo de acción depende de la semana en que la uses, por ejemplo, la debes usar desde las 12 semanas para facilitar todos los mecanismos de una buena implantación, favoreciendo los flujos más amplios, arterias espirales más dilatadas, la invasión del sincitio, del citotrofoblasto, y la modificación de los espongioblastos; esto provoca que el músculo liso de la arteria espiral se abra, ocasionando un bajo flujo, eso hace que haya un buen intercambio en el espacio materno-fetal. Podríamos imaginarnos que entra una corriente de agua aquí, por un orificio por 20 cm con una presión de 160, lo cual arrojaría una presión muy fuerte, sin embargo, si se abriera el orificio, disminuye la presión, es por eso que es muy importante la función de la aspirina; también cabe recalcar que esta se puede administrar después de las 12 semanas, porque llega a tener un efecto fuerte bloqueando el tromboxano, un vasoconstrictor, modificando el curso de la enfermedad. En lugar de ser algo grave, es decir, un embarazo que iba a llegar a las 26 semanas, llega a las 32.

- ¿Cuál es el abordaje médico en pacientes con riesgo alto de presentar preeclampsia con problemas hematológicos que contraindiquen el uso de antiplaquetarios, y qué otras indicaciones terapéuticas no farmacológicas pueden implementarse?

R: Lo que necesitamos es usar los medicamentos necesarios si queremos inhibir el proceso, es decir, sí los podemos usar bajo el cuidado necesario. Las plaquetas son muy importantes, pero tienen que ser demasiado bajas para tener un efecto importante. Si manejas cifras plaquetarias arriba de 100, incluso más bajas, el ácido acetilsalicílico afectaría nada más la adhesividad plaquetaria. Si tiene una trombofilia, necesitamos darle lo que necesite para modificar la condición. Lo que hacemos es cambiar dos cosas con ese medicamento, no obstante, sí podemos recurrir a otras alternativas. Primero que nada, control de peso, y que aumente su movilidad. Además, podemos administrar la arginina, que ayuda al sistema endotelial a que haya suficiente óxido nítrico; y el calcio en pacientes que tengan deficiencia del mismo, para que en un futuro se controlen los estados hipertensivos. Tanto la aspirina, la arginina y el óxido nítrico son de utilidad, ya que producen vasodilatación.