

Editorial

Desórdenes hipertensivos del embarazo, la necesidad de sospecharlos para actuar adecuadamente

Hypertensive disorders of pregnancy, the need to suspect them to act properly

Daniel Piskorz

Sanatorio Británico. Rosario, Argentina

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Recibido el 6 de noviembre de 2017

Aceptado el 19 de noviembre de 2017

www.revistafac.org.ar

El autor declara no tener conflicto de intereses

Palabras clave:Desórdenes hipertensivos.
Embarazo.
Sospecha.**Keywords:**Hypertensive disorders
Pregnancy
Suspect.

Los desórdenes hipertensivos durante el embarazo acrean un alto riesgo para la mujer y se encuentran entre las causas más frecuentes de mortalidad materna en el mundo. De acuerdo a comunicaciones recientes sobre causas de mortalidad materna, en el 10% al 15% de los decesos la causa atribuible directa fue la pre-eclampsia o la eclampsia; y en tres de cada cuatro de estos casos habían sido evidentes los cuidados de calidad sub-óptima de las pacientes. Por otra parte, la hipertensión en el embarazo también ha sido implicada en hasta uno de cada tres casos de morbilidad materna severa.

La cantidad de mujeres que se presentan tanto con factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades hipertensivas durante el embarazo como el de hipertensión arterial preexistente se está incrementando, esto probablemente se deba a que las parejas se planteen la procreación a edades progresivamente más avanzadas. A pesar de que las frecuencias de hipertensión durante el embarazo son sub-reportadas, hasta el 10% de los embarazos se complican con desórdenes hipertensivos: aproximadamente 1% son hipertensas previas, 5 a 6% desarrollan hipertensión gestacional, y 2 a 3% padecen pre-eclampsia.

Las complicaciones de los desórdenes hipertensivos durante el embarazo requieren también una imprescindible mirada desde el feto y el bebé. En un reporte reciente sobre mortalidad perinatal, aproximadamente 1 de cada 20 casos, es decir el 5%, ocurre en niños nacidos sin anomalías congénitas de madres con pre-eclampsia. La prematuridad tiene una alta relevancia sobre estos datos, ya que 10% de las mujeres con pre-eclampsia severa tienen el parto antes de las 34 semanas. En este contexto, el 20 al 25% de los nacimientos

prematuros, y el 14 al 19% de los nacimientos a término en mujeres con pre-eclampsia se encuentran por debajo del percentil 10° del peso al nacer para la edad gestacional¹.

En el relevamiento epidemiológico llevado adelante en un solo centro publicado en este número de la Revista de la Federación Argentina de Cardiología, Milos Sucksdorf et al reportan una frecuencia de hipertensión gestacional, hipertensión crónica, preeclampsia y Síndrome HELLP del 8.1%, 1.5%, 2.9% y 1.5% respectivamente; similar a las frecuencias previamente mencionadas. El registro fue ejecutado durante un período de sólo tres meses, por lo que los datos obtenidos podrían presentar cierto grado de variabilidad e inexactitud, pero que no obstante podrán ser de utilidad para establecer estrategias asistenciales y asignación de recursos².

Entre los factores de riesgo clásicamente reconocidos para el desarrollo de pre-eclampsia se deben mencionar la historia de hipertensión previa al embarazo, es decir la hipertensión crónica, o la hipertensión en embarazos previos, especialmente antes de la semana 34; las mujeres multíparas de edad avanzada o las mujeres primíparas jóvenes; el antecedente de diabetes previa, enfermedades del tejido colágeno, o enfermedad renovascular o renal parenquimatosa; los embarazos múltiples; y la obesidad. En el análisis multivariado de los factores de riesgo llevado adelante por Milos Sucksdorf et al, sólo se probó una relación estadísticamente significativa con el riesgo de desarrollar un estado hipertensivo del embarazo al antecedente personal de hipertensión gestacional en embarazos previos, la nuliparidad, y la obesidad; mientras que la primiparidad fue la única variable que se asoció de forma significativa a Preeclampsia. Si bien en el estudio no

se reporta la mortalidad perinatal, también se informa que el riesgo fue mayor con el antecedente de hipertensión crónica. El período limitado de observación y la cantidad reducida de sujetos en observación podría explicar la falta de asociación observada entre otros factores de riesgo clásicos y el riesgo de desarrollar un estado hipertensivo del embarazo, lo que se conoce en estadísticas matemáticas como error tipo 2.

El monitoreo de presión arterial fuera del consultorio médico emerge como una nueva variable para establecer el riesgo de presentar Preeclampsia o Eclampsia. Una de cada tres mujeres embarazadas de alto riesgo presenta hipertensión oculta, y en más del 40 % de los casos se puede observar hipertensión nocturna con presión arterial diurna normal. Es por esto que la mayoría de las guías de práctica médica en la temática jerarquizan esta metodología y determinan las indicaciones precisas. La presencia de hipertensión oculta durante un embarazo de alto riesgo en un monitoreo ambulatorio de presión arterial incrementa en aproximadamente 8 veces la probabilidad de desarrollar Preeclampsia / Eclampsia ³⁻⁴.

Otro aspecto a considerar es el de la sintomatología, ya que si bien en muchas series se han reportado síntomas premonitorios de Eclampsia Inminente como las cefaleas, la visión borrosa, o el dolor abdominal, se debe considerar que en uno de cada cinco casos, es decir, el 20%, la Eclampsia se presenta sin ningún tipo de pródromo, en mujeres embarazadas completamente asintomáticas. Del mismo modo que también se debe prestar mucha atención al momento del embarazo, ya que si bien hasta el 70% de los casos de Eclampsia

se han reportado en el período previo al parto, entre el 20% y el 35% de los casos se manifiestan durante el parto, y entre el 10% y el 45% durante la etapa postparto, inclusive, más allá de las 48 hs de producido el mismo.

El relevamiento epidemiológico Milos Sucksdorf et al expresa de forma clara y manifiesta la necesidad de conocer la realidad asistencial en la que los médicos nos desempeñamos. Este tipo de estudios se constituyen en una herramienta imprescindible para la planificación estratégica, la generación de recursos humanos y la financiación de los servicios, siendo necesarios no sólo para esta área temática sino en la salud pública en general. Más aún, las instituciones académicas y científicas deberían instar a la conformación de grupos multicéntricos y multidisciplinarios de investigación.

BIBLIOGRAFIA.

1. Indicadores Básicos de Salud de Argentina 2016. Última actualización 31 de Agosto 2017. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/indicadores/Indicadores2016.pdf>
2. Milos Sucksdorf MV, Strada BN, Abud AM, et al. Análisis de los factores de riesgo para el desarrollo de estados hipertensivos del embarazo. *Rev Fed Arg Cardiol* 2017; 46 (4): 224-227.
3. Salazar MR, Espeche WG, Leiva Sisniequez BC, et al. Significance of masked and nocturnal hypertension in normotensive women coursing a high-risk pregnancy. *J Hypertension* 2016, 34: 2248-52.
4. Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial. Guía para el diagnóstico, estudio, tratamiento y seguimiento de la hipertensión arterial. 2011, disponible en: http://www.saha.org.ar/pdf/GUIA_SAHA_VERSION_COMPLETA.pdf