

## HIPERTENSIÓN DURANTE EL EMBARAZO. UN PROBLEMA DE SALUD EN EL BINOMIO MADRE-HIJO.

## HYPERTENSION IN PREGNANCY. A HEALTH PROBLEM IN COMBINATION MOTHER-SON.

### Autor:

Rodríguez Villar, V.<sup>(1)</sup>; Navío Poussivert, C.<sup>(2)</sup>; Miranda Moreno, M.D.<sup>(1)</sup>

### Institución:

<sup>(1)</sup> Servicio Andaluz de Salud. [virgi\\_rv@hotmail.com](mailto:virgi_rv@hotmail.com)

<sup>(2)</sup> Empresa Pública de Emergencias Sanitarias.

### Resumen:

Los trastornos hipertensivos del embarazo están entre las complicaciones médicas más frecuentes que se producen durante ese periodo y son la causa principal de morbilidad y mortalidad materna y perinatal en todo el mundo. Es por esto por lo que el objetivo de este artículo es conocer los factores que predisponen a esta situación de riesgo, así como las consecuencias que pueden tener tanto en la gestante como en el feto, para alertar a los profesionales de salud para llevar a cabo medidas de detección temprana para minimizar en la medida de lo posible estas consecuencias que pueden producirse.

### Palabras Clave:

Embarazo, gestación, hipertensión arterial.

### Abstract:

Hypertensive disorders of pregnancy are among the most common medical complications that occur during this period and are the leading cause of morbidity and maternal and perinatal mortality worldwide. It is for this reason that the aim of this article is to understand the factors that predispose to this risk, and the consequences that can have both the mother and fetus, to alert health professionals to perform early detection measures to minimize as far as possible that these effects may occur.

### Key Words:

Pregnancy, gestation, hypertension.

## 1. INTRODUCCIÓN

Según algunos autores, el diagnóstico de HTA en el embarazo se hará si en una sola toma la presión arterial diastólica (PAD) es de 100 mmHg o más, o en dos tomas sucesivas de PAD con un lapso de 6 h, ésta es igual o mayor de 90 mmHg.

Los trastornos hipertensivos del embarazo están entre las complicaciones médicas más frecuentes que se producen durante ese periodo y son la causa principal de morbilidad y mortalidad materna y perinatal en todo el mundo. Su frecuencia varía mucho de unos países a otros.

Siguiendo al American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG) y a la International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy (ISSHP), se admiten dos grandes grupos de estados hipertensivos durante la gestación: la hipertensión crónica y la inducida por el embarazo (HIE). La primera engloba a todas las hipertensiones que se producen antes de que se consiga el embarazo, sea cual sea su causa; mientras que la otra consiste en una hipertensión que aparece a partir de las 20 semanas de gestación.

Dentro de la hipertensión inducida por el embarazo hay que diferenciar entre la hipertensión transitoria en la que sólo hay una elevación de la tensión arterial y que desaparece dentro de las 12 primeras semanas tras el parto, y la preeclampsia en la que además del aumento de la tensión existe proteinuria.

Las hipertensiones crónicas, que se manifiestan antes del embarazo, pueden evolucionar de la misma manera que si la mujer no se encuentra embarazada, pero otras veces puede dar lugar a una preeclampsia denominándose en este caso preeclampsia sobreañadida. Aún así es difícil diferenciar a veces entre Rodríguez Villar, V.; Navío Poussivert, C.; Miranda Moreno, M.D. (2015). Hipertensión durante el embarazo. Un problema de salud en el binomio madre-hijo. *Trances*, 7(2):299-306.

una preeclampsia sobreañadida de una pura ya que en algunas situaciones desconocemos que existiese ya una hipertensión antes del embarazo, por lo que lo ideal sería esperar al puerperio ya que las crónicas continúan mientras que la transitoria desaparece en una semana aproximadamente.

## 2. OBJETIVOS

El objetivo de este estudio consiste en conocer los factores que predisponen a esta situación de riesgo durante el embarazo, así como las consecuencias que pueden tener tanto en la gestante como en el feto y posteriormente, recién nacido.

Así mismo se pretende alertar a los profesionales de salud para que lleven a cabo medidas de detección temprana de este problema de salud pública para minimizar en la medida de lo posible estas consecuencias que pueden producirse.

## 3. METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión bibliográfica en las bases de datos Cuiden, Pubmed, Lilacs, Scopus, Cinahl con las palabras clave embarazo, gestación e hipertensión y los términos Mesh pregnancy e hypertension. Se han considerado las publicaciones de los últimos 5 años. Además de una lectura en profundidad de diferente bibliografía reflejada en el último apartado de esta revisión.

## 4. RESULTADOS

Existen numerosos factores de riesgo de padecer esta clase de hipertensión y son los siguientes:

- Antecedentes familiares de preeclampsia- eclampsia

- Antecedentes personales de preeclampsia en anteriores embarazos
- Hipertensión crónica
- Diabetes Mellitus pregestacional
- Enfermedades maternas autoinmunes como lupus eritematoso sistémico o síndrome antifosfolípidos
- Raza negra
- Edad materna avanzada, mayor o igual a 40 años
- Obesidad/ factores nutricionales carenciales
- Nuliparidad
- Embarazo múltiple/ hidramnios/ feto macrosómico, debido a la distensión uterina que se produce.

Por otro lado en los artículos analizados se evidencian una serie de consecuencias generadas a partir de la aparición de hipertensión durante el embarazo, sea cual sea su tipo en relación al momento de su aparición. De este modo podemos diferenciar según afecten a la madre o al feto:

## MADRE:

- Hemorragia cerebral: es la responsable de la tercera parte de las muertes que se producen por preeclampsia o eclampsia
- Desprendimiento de placenta
- Oligoamnios
- Coagulación Intravascular Diseminada
- Edema pulmonar: puede aparecer incluso aunque no haya antecedentes de ninguna alteración cardiorrespiratoria previa
- Insuficiencia renal: es una complicación rara

- Hemorragia hepática: incluso puede dar lugar a una rotura hepática
- Eclampsia: puede ser la consecuencia final de la preeclampsia mal tratada, caracterizada por un cuadro de convulsiones y coma. Puede aparecer tanto en el embarazo, como durante el parto o las primeras horas del puerperio. Suele venir precedida del aura con dolor en epigastrio, alteraciones visuales, confusión...
- HELLP: es un cuadro caracterizado por una hemolisis, elevación de las enzimas hepáticas y plaquetopenia. Los síntomas asociados suelen ser dolor en hipocondrio derecho, náuseas, vómitos, cefalea y diarrea, y a veces hemorragias intestinales o hematuria. Este síndrome puede dar lugar a cualquiera de las consecuencias ya citadas
- Muerte

## FETO:

- Crecimiento Intrauterino Retardado/ bajo peso al nacer: debido a la disminución de flujo transplacentario que se produce en esta situación
- Asfixia
- Parto prematuro en los casos de preeclampsia grave, fundamentalmente debido a la indicación de finalización de la gestación
- Muerte

## **5. CONCLUSIONES**

La evidencia acumulada indica que la hipertensión en el embarazo es una entidad subdiagnosticada y frecuentemente no bien tratada, dando origen a complicaciones cardiovasculares graves. Por lo tanto, el profesional que está en contacto con la gestante a lo largo de su periodo de embarazo debería realizar al menos una toma de tensión arterial cada vez que esta acude a cualquiera de sus consultas, aunque no presente sintomatología, para de este

modo se detecte precozmente cualquier alteración y así poder minimizar en lo posible las consecuencias que puedan derivar de esta patología.

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Garcés Hernández W, Clavel Castillo Y, Bandera Ávila E, Fayat Saeta Y. Factores de riesgo y condiciones perinatales de la preeclampsia- eclampsia. Rev 16 abril 2014; (254):17-27.

2. Suplementos de calcio durante el embarazo para la prevención de los trastornos hipertensivos y problemas relacionados (Revision Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews 2014 Issue 6. Art. No.: CD001059. DOI: 10.1002/14651858.CD001059.

3. Bergel E, Carroli G, Althabe F. Métodos ambulatorios versus métodos convencionales para el control de la presión arterial durante el embarazo (Revision Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews 2011 Issue 3. Art. No.: CD001231. DOI: 10.1002/14651858.CD001231.

4. Tratamiento con medicamentos antihipertensivos para la hipertensión leve o moderada durante el embarazo (Revision Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews 2014 Issue 2. Art. No.: CD002252. DOI: 10.1002/14651858.CD002252.

5. Álvarez Ponce VA, Alonso Uría RM, Ballesté López I, Muñiz Rizo M. El bajo peso al nacer y su relación con la hipertensión arterial en el embarazo. Rev Cub Obst Gin 2010; 30(1)23-3.

6. Sáez Cantero V, Pérez Hernández MT, Agüero Alfonso G, González García H, Dávila AA. Resultados perinatales relacionados con trastornos hipertensivos del embarazo. *Rev Cub Obst Gin* 2012;38(1):36-44.
7. Suárez González JA, Gutiérrez Machado M, Cabrera Delgado MR, Corrales Gutiérrez A, Salazar ME. Predictores de la preeclampsia/eclampsia en un grupo de gestantes de alto riesgo. *Rev Cub Obst Gin* 2011; 37(2):154-161.
8. Toirac Lamarque AS, Pascual López V, Deulofeu Betancourt I, Mastrapa CantilloK, Torres González Y. Hipertensión arterial durante el embarazo, el parto y el puerperio. *Medisan* 2010; 14(5).
9. Rozânia Bicego X, Bonan C, Carvalho Martins A, Silveira da Silva K. Riesgos reproductivos y cuidados integrales a las embarazadas con síndromes hipertensivos: estudio transversal. *Online braz. j. nurs. (Online)*2013; 12(4):21.
10. Veloso Mariño BM, Berroa Bonne A, Mederos Ávila ME, Santiesteban Garrido I, Traba Dellis N. Factores de riesgo asociados a la hipertensión inducida por el embarazo. *Medisan* 2011; 15(8):1129.
11. Guía de Práctica Clínica para el abordaje de las complicaciones hipertensivas asociadas al embarazo. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2013;64:289-326.
12. Macías Seda J, Gómez Salgado J. Atención al embarazo de riesgo. Madrid. *Enfo*; 2007. Pp 185-197.
13. Usandizaga Beriguistáin JA, de la Fuente Pérez P. Obstetricia. Madrid. *Marbán* 2011. Pp 445-465.

