

En esta oportunidad, el Dr. Edgardo Abalos, médico obstetra, Jefe del Servicio de Obstetricia de la Maternidad Martín de la Secretaría de salud pública de Rosario, Vicedirector del Centro Rosarino de estudios Perinatales (CREP), nos responde acerca de dudas frecuentes con relación al diagnóstico y tratamiento de las complicaciones hipertensivas del embarazo.



@cardiorosario ¿Qué es la pre-eclampsia?



**@edgardoabalos** La pre-eclampsia es parte del espectro de trastornos hipertensivos del embarazo y el posparto caracterizada por HTA detectada luego de las 20 semanas de gestación en mujeres previamente normotensas, acompañada de proteinuria o signos de daños en otros órganos o sistemas (hígado, riñones, SNC, placenta o sistema de la coagulación).



@cardiorosario ¿Cómo la diagnostico?



**@edgardoabalos** La actual definición incluye PA  $\geq$  140/90 mmHg, y proteinuria ( $\geq$  300 mg/24hs, o relación proteína/creatinina  $\geq$  0.3).

En ausencia de proteinuria, considerar: trombocitopenia: plaquetas  $<$  100.000/dl, insuficiencia renal: creatinina sérica  $>$  1,1 mg/dl o su duplicación en ausencia de otra enfermedad renal, función hepática alterada: transaminasas elevadas al doble de lo normal, edema pulmonar, signos neurológicos: cefalea inexplicable que no responde a la medicación (sin un diagnóstico alternativo) o síntomas visuales, retardo del crecimiento intrauterino no explicado por otras causas.



@cardiorosario ¿Existe, en las mujeres en edad fértil, algún factor que predisponga a desarrollar pre-eclampsia?



**@edgardoabalos** Son factores de alto riesgo: pre-eclampsia en embarazo previo, gestación múltiple, enfermedad renal, enfermedad autoinmune, DBT tipo 1 o 2 e HTA crónica. Son factores de riesgo moderado: primer embarazo, edad materna  $\geq$  35 años, IMC  $>$  30, antecedentes familiares de pre-eclampsia, características sociodemográficas.



@cardiorosario ¿Qué debo hacer ante una paciente con riesgo de desarrollar pre-eclampsia que se presenta a la consulta durante el embarazo?



**@edgardoabalos** Mujeres con cualquier factor de alto riesgo y aquellas con más de un factor de riesgo moderado deben recibir dosis bajas (75-100 mg/día) de aspirina para la profilaxis de pre-eclampsia, iniciada entre 12 semanas y 28 semanas de gestación (óptimamente antes de las 16 semanas de gestación) y continuar hasta el parto.



@cardiorosario ¿Cuáles son las complicaciones del progreso de la enfermedad en la mujer?



**@edgardoabalos** En la mayoría de los casos la enfermedad es leve. Sin embargo, una mujer puede progresar a un estado grave o una eclampsia (convulsiones tónico-clónicas, o ceguera cortical) muy rápidamente, incluso en cuestión de días. Las complicaciones de la pre-eclampsia grave incluyen daños en los riñones, el hígado, el cerebro y otros órganos y sistemas sanguíneos. El más severo es el Síndrome HELLP (hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y trombocitopenia), con una alta mortalidad. Estas complicaciones pueden desarrollarse durante el embarazo o detectarse por primera vez en el posparto



@cardiorosario ¿Y en el feto/neonato?



**@edgardoabalos** La pre-eclampsia también puede afectar la placenta. La afección podría provocar desprendimiento de placenta, retardo del crecimiento intrauterino, oligoamnios, parto prematuro (muchas veces inducido por el deterioro de la salud materna o fetal), pérdida del embarazo o muerte fetal.



@cardiorosario ¿Cómo es el manejo y el tratamiento de las mujeres con pre-eclampsia?



**@edgardoabalos** Los casos leves pueden manejarse de manera ambulatoria, dependiendo de la edad gestacional. Antes del término, se recomienda el monitoreo de la PA, incluyendo el tratamiento antihipertensivo para mantener las cifras tensionales por debajo de 140/90 mmHg. Las drogas más estudiadas durante el embarazo incluyen el labetalol, la metildopa y la nifedipina de liberación prolongada. Se deben monitorizar el bienestar fetal y los parámetros de laboratorio (función hemostática, hepática y renal) para vigilar el progreso de la enfermedad. Llegado al término, la indicación es la finalización del embarazo, preferentemente mediante una inducción del trabajo de parto.



@cardiorosario ¿Qué fármacos NO le indicaría nunca a la embarazada con HTA?



**@edgardoabalos** Los inhibidores ECA y bloqueadores de los receptores de Angiotensina II no deben usarse en el embarazo porque pueden causar anomalías o muerte fetal. Los diuréticos no están recomendados como primera elección en la prevención o tratamiento de la pre-eclampsia, sin embargo, están indicados para el tratamiento de las complicaciones de la enfermedad como la insuficiencia cardíaca congestiva o enfermedad renal. Para la HTA severa debe evitarse en lo posible el Diazóxido, pues se ha asociado a hipotensión materna grave, hiperbilirrubinemia neonatal o fetal, trombocitopenia, y alteraciones del metabolismo de los carbohidratos.



@cardiorosario Si estoy de guardia y consulta una embarazada por HTA, ¿Qué criterios utilizo para decidir la internación o el control por consultorio externo?



**@edgardoabalos** La HTA severa (PA  $\geq$  160/110) persistente (confirmada luego de 15 minutos o más) es criterio absoluto de internación. Los agentes antihipertensivos deben administrarse dentro de 30 a 60 minutos. Sin embargo, se recomienda iniciar el tratamiento tan pronto como sea razonablemente posible, y NO demorarlo debido al traslado de la mujer a otro sector o efector. Las drogas más estudiadas para el tratamiento de la crisis hipertensiva durante el embarazo o el puerperio son el labetalol o la hidralazina IV, o la nifedipina de liberación prolongada vía oral. Si la PA de la mujer se encuentra dentro de rangos leves a moderados, pero se asocian a signos o síntomas sugerentes de afección de otros órganos y sistemas, es recomendable la internación para el monitoreo clínico y de laboratorio.



@cardiorosario ¿Cuánto tiempo desde el nacimiento debe continuarse con el tratamiento de la HTA y cuando la paciente deja de tener riesgo de complicaciones?



**@edgardoabalos** El monitoreo de la PA debe continuarse durante la internación en el puerperio y luego del alta hospitalaria. Los antihipertensivos se mantendrán en los rangos de dosis que venían siendo utilizados durante el embarazo, y se irán disminuyendo progresivamente según la respuesta. La HTA detectada por primera vez durante el posparto debe tratarse. Es importante reconocer y tratar la pre-eclampsia y la eclampsia posparto porque el riesgo de complicaciones puede ser mayor que si las afecciones hubieran ocurrido durante el embarazo. La pre-eclampsia y la eclampsia posparto pueden progresar muy rápidamente si no se tratan y provocar un ACV o la muerte.



@cardiorosario Una mujer que tuvo alguna complicación hipertensiva en el embarazo, ¿Tiene más riesgo de tener complicaciones cardiovasculares en la edad adulta?



**@edgardoabalos** En la pre-eclampsia sin complicaciones, la HTA de la madre y otros síntomas generalmente vuelven a la normalidad dentro de las 6 semanas posparto. Sin embargo, las mujeres que tuvieron pre-eclampsia tienen cuatro veces más probabilidades de desarrollar HTA y tienen el doble de probabilidades de desarrollar enfermedad cardíaca isquémica, trombosis venosas profundas o ACV que las mujeres que no tuvieron pre-eclampsia.



@cardiorosario A su criterio: ¿Qué rol juega el Cardiólogo en el tratamiento y seguimiento de la paciente con pre-eclampsia?



**@edgardoabalos** La conformación de equipos multidisciplinarios entre profesionales de Obstetricia y Ginecología, Cardiología, Neonatología, Diagnóstico por Imágenes, Bioquímica, Hemoterapia, entre otros, es muy importante para el manejo de las pacientes pre-eclámpicas, cualquiera sea su grado de severidad. Fuera del embarazo, la asociación en equipos de cardiólogo-obstetra/ginecólogo puede ser un elemento crítico a la hora de identificar y modificar tempranamente aquellos factores de riesgo de enfermedad cardíaca y accidente cerebrovascular en el futuro.