

La hipertensión durante el embarazo

La presión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra el interior de las arterias (los vasos sanguíneos que transportan sangre rica en oxígeno a todo el organismo). Cuando la presión de las arterias se eleva demasiado, se le llama hipertensión.

Algunas mujeres padecen hipertensión antes del embarazo. Este tipo de hipertensión se conoce como hipertensión crónica. Muchas otras desarrollan hipertensión durante el embarazo, en cuyo caso se habla de hipertensión inducida por el embarazo (PIH). La PIH por lo general desaparece al poco tiempo después del parto. Cerca del 8 por ciento de las mujeres embarazadas tiene un cierto grado de hipertensión.

La hipertensión no suele producir ningún síntoma evidente, esté o no embarazada la mujer. No obstante, la hipertensión durante el embarazo puede provocar graves complicaciones para la madre y el bebé. Afortunadamente, por lo general es posible prevenir los problemas graves con una atención prenatal adecuada.

¿Cómo se mide la presión arterial?

En las mujeres embarazadas la presión arterial se mide en cada visita prenatal al médico, quien utiliza para dicho fin un brazalete inflable que se coloca alrededor de la parte superior del brazo. La presión arterial se mide mientras el corazón se contrae (presión sistólica) y mientras el corazón se encuentra relajado entre contracciones (presión diastólica). Los valores de la presión arterial se expresan con dos números, donde el número superior representa la presión sistólica y el inferior la presión diastólica, por ejemplo 110/80. Un valor de presión sistólica de 140 o superior o un valor de presión diastólica de 90 o superior constituyen un estado de hipertensión.

¿Qué es la hipertensión crónica?

La hipertensión crónica se define como la presión arterial alta diagnosticada antes del embarazo o después de la semana número veinte de embarazo. No desaparece después del parto.

Las causas de la hipertensión crónica no se conocen con precisión, aunque se cree que la herencia, la dieta y el estilo de vida son factores determinantes. La hipertensión sin tratar puede aumentar el riesgo de problemas graves de salud, como ataques al corazón y accidentes cerebrovasculares (derrames cerebrales).

Las mujeres que padecen hipertensión crónica deben consultar a su médico antes de intentar quedar embarazadas. Una consulta previa al embarazo permitirá al médico asegurarse de que la presión arterial se encuentre bajo control y evaluar los medicamentos que la mujer tome para controlar su presión

arterial. Si bien algunos medicamentos para reducir la presión arterial son seguros durante el embarazo, otros —incluido un grupo de drogas llamados inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ACE)— pueden ser nocivos para el feto. Algunas mujeres con hipertensión crónica pueden verse obligadas a cambiar su dosis de medicación para la presión arterial durante la primera mitad del embarazo, ya que ésta suele disminuir durante este período.

La mayoría de las mujeres que padecen hipertensión crónica tiene un embarazo saludable. No obstante, aproximadamente un 25 por ciento desarrolla una forma de PIH llamada preeclampsia (ver a continuación), que conlleva riesgos especiales.

¿Qué es la hipertensión inducida por el embarazo (PIH)?

Existen dos tipos principales de PIH. Los dos se producen después de la semana número 20 del embarazo y desaparecen sin necesidad de tratamiento después del parto. La preeclampsia es un trastorno potencialmente grave que se caracteriza por alta presión arterial y proteína en la orina. Cuando la alta presión arterial no va acompañada de proteína en la orina, se la denomina hipertensión gestacional. No obstante, este tipo de hipertensión puede evolucionar y convertirse en preeclampsia. Por esta razón, se realiza un seguimiento estricto de todas las mujeres que desarrollen hipertensión durante el embarazo.

La preeclampsia también puede ir acompañada de hinchazón (edema) en las manos y el rostro, y de un aumento repentino de peso (una libra o medio kilo o más en un día). Otros síntomas evidentes pueden incluir vista borrosa, fuertes dolores de cabeza, mareos y dolores intensos de estómago. Las mujeres embarazadas deben ponerse en contacto con su médico de inmediato si manifiestan cualquiera de estos síntomas.

Por lo general, la preeclampsia se produce después de aproximadamente 30 semanas de embarazo. La mayoría de los casos son leves, con una presión arterial de unos 140/90. Con frecuencia, la preeclampsia leve no presenta síntomas evidentes, pero si no se trata puede provocar problemas graves.

¿Qué riesgos conllevan la preeclampsia y otros tipos de hipertensión para las mujeres embarazadas y el feto?

Todas las manifestaciones de la hipertensión pueden constreñir los vasos sanguíneos del útero que suministran oxígeno y nutrientes al feto. Esto puede retrasar el crecimiento del feto. La hipertensión también aumenta el riesgo de *abruptio placentae*, que es el desprendimiento prematuro de la

placenta de la pared uterina antes del parto. Cuando es grave puede provocar hemorragia abundante y shock, situaciones peligrosas para la madre y el bebé. El síntoma más común de *abruptio placentae* es la hemorragia vaginal después de las 20 semanas de embarazo. Se recomienda a las mujeres embarazadas informar siempre cualquier hemorragia vaginal a su médico de inmediato. Si bien todas las mujeres que padecen hipertensión durante el embarazo están expuestas al riesgo de padecer estos problemas, el riesgo es mayor en las mujeres con preeclampsia, incluidas aquellas que padecen hipertensión crónica acompañada de preeclampsia.

La preeclampsia puede en raros casos evolucionar rápidamente y convertirse en una condición potencialmente letal llamada eclampsia, que provoca convulsiones y estado de coma. Afortunadamente, la eclampsia es poco común en mujeres que reciben atención prenatal a intervalos regulares. En cada consulta prenatal, se mide la presión arterial y se realiza un análisis de orina para detectar la presencia de proteínas. De esta manera, es posible diagnosticar y tratar la preeclampsia antes de que evolucione y se convierta en eclampsia.

¿Cómo se trata la preeclampsia?

La única cura para la preeclampsia es el parto. Sin embargo, inducir el parto no siempre es aconsejable para el bebé. Por consiguiente, el tratamiento de la condición depende de la gravedad del problema y de la etapa del embarazo de la mujer. Si una mujer está en la etapa final (de 37 a 40 semanas) y si la preeclampsia es leve y el cuello uterino ha comenzado a disminuir de grosor y a dilatarse (señales de que está listo para el parto), su médico probablemente le recomendará un parto inducido. Esto evitará cualquier complicación potencial que pudiera desarrollarse si el embarazo continuara y la preeclampsia empeorara. Si el cuello uterino aún no está listo para el parto, el médico continuará realizando un seguimiento minucioso de la mujer y su bebé hasta que el cuello uterino parezca estar listo para el parto inducido o hasta que comience el parto naturalmente.

Si una mujer desarrolla preeclampsia leve antes de la semana número 37 del embarazo, su médico probablemente le recomendará reposo en cama en su casa o en el hospital hasta que la presión arterial se estabilice o hasta que dé a luz. El estado del bebé se controlará estrictamente a través de ultrasonido o de la monitorización del ritmo cardíaco fetal.

Si una mujer padece preeclampsia grave y ha superado 32 a 34 semanas de gestación, puede recomendársele un parto inducido.

En esta etapa del embarazo, los bebés prematuros suelen recuperarse bien. Sin embargo, antes de la inducción, el médico probablemente tratará a la mujer embarazada con un medicamento llamado corticosteroide que ayuda a acelerar la maduración de los pulmones del feto para reducir el riesgo de los problemas habituales de los bebés prematuros. En el caso de mujeres que desarrollan preeclampsia grave antes de las 32 semanas de gestación, es posible que se pueda realizar un control estricto de su condición en el hospital para prolongar el embarazo en forma segura mientras su bebé continúa madurando.

En ocasiones, la presión arterial de una mujer continúa aumentando a pesar del tratamiento y debe dar a luz a su bebé antes de lo normal para evitar los problemas graves de salud, como accidentes cerebrovasculares, daño hepático y convulsiones. Los bebés nacidos antes de las 32 a 34 semanas pueden tener problemas por ser prematuros, como dificultades respiratorias. No obstante, a la mayoría de estos bebés les conviene más estar en una sala de cuidados intensivos que permanecer en el útero.

Aproximadamente un 10 por ciento de las mujeres con preeclampsia grave también desarrolla un trastorno conocido como síndrome HELLP (hemólisis, función hepática elevada y bajo recuento de plaquetas), que se caracteriza por anomalías en la sangre y en el hígado. Los síntomas pueden incluir náuseas y vómitos, dolores de cabeza y dolor en la parte superior del abdomen. Las mujeres con síndrome HELLP, que también puede desarrollarse en las primeras 48 horas posteriores al parto, son tratadas con medicamentos para controlar la presión arterial y evitar convulsiones, y en ocasiones con transfusiones sanguíneas. Las mujeres que desarrollan el síndrome HELLP durante el embarazo casi siempre se ven obligadas a tener un parto prematuro para evitar complicaciones graves.

¿Qué tratamiento se aplica a las mujeres con hipertensión gestacional e hipertensión crónica?

La mayoría de estas mujeres suele tener embarazos exitosos y requiere de pocos cuidados adicionales. Los médicos controlan estrictamente la presión arterial y la orina para detectar síntomas de preeclampsia o de un empeoramiento de la hipertensión. Pueden recomendarse ultrasonidos y controles del ritmo cardíaco fetal para controlar el crecimiento y estado del feto. Si los resultados de las pruebas son normales, es posible que no sea necesario repetirlos a menos que cambie la condición de la madre. El médico puede recomendar a la mujer embarazada limitar sus actividades y evitar el ejercicio aeróbico.

¿Puede una mujer con preeclampsia tener un parto vaginal?

Es más aconsejable dar a luz por parto vaginal que por cesárea en el caso de mujeres

con preeclampsia, ya que así se evitan las exigencias adicionales impuestas por la cirugía. Por lo general, se aconseja el uso de la anestesia epidural a las mujeres con preeclampsia para aliviar el dolor durante los trabajos de parto y el parto en sí.

Las mujeres que padecen preeclampsia grave o eclampsia reciben tratamiento con una droga llamada sulfato de magnesio para evitar convulsiones durante los trabajos de parto y el parto. No se ha determinado con precisión si esta droga también beneficia a las mujeres con preeclampsia leve.

¿Cuáles son las causas de la preeclampsia y quiénes están en riesgo?

Los médicos desconocen las causas de la preeclampsia. Sin embargo, las mujeres son más susceptibles si tienen cualquiera de estos factores de riesgo:

- Se trata del primer embarazo
- Antecedentes familiares de preeclampsia
- Antecedentes personales de hipertensión crónica, enfermedad renal, diabetes, lupus eritematoso sistémico (enfermedad a menudo caracterizada por un anquilosamiento de las articulaciones parecido al de la artritis, una erupción cutánea con forma de mariposa en la nariz y en las mejillas, cansancio y pérdida de peso)
- Se trata de un embarazo múltiple
- Menos de 20 años de edad o más de 35
- Peso superior al normal
- Antecedentes personales de preeclampsia antes de las 32 semanas de gestación

¿Puede la preeclampsia volver a ocurrir en otro embarazo?

Las mujeres que han padecido preeclampsia son más susceptibles de desarrollarla nuevamente en otro embarazo. El riesgo de recurrencia parece ser mayor cuando la preeclampsia se ha presentado antes de la semana número 30 de gestación, y en algunos casos puede ser de hasta el 40 por ciento en otro embarazo. Menos del 10 por ciento de las mujeres blancas que ha desarrollado preeclampsia después de la semana 36 de su embarazo vuelve a desarrollarla. El riesgo puede ser superior en el caso de mujeres afroamericanas y también parece ser mayor en mujeres que han padecido preeclampsia a partir del segundo embarazo que en las que lo han padecido en el primer embarazo.

¿Puede prevenirse la preeclampsia y la hipertensión gestacional?

En la actualidad no hay manera de prevenir la preeclampsia ni la hipertensión gestacional. No obstante, los resultados de un estudio realizado recientemente en Gran Bretaña sugieren que algunas mujeres de alto riesgo (incluso mujeres que padecieron preeclampsia en un embarazo anterior) podrían reducir su riesgo tomando vitaminas C y E durante la segunda mitad del embarazo. Las mujeres de alto riesgo que

tomaron las vitaminas redujeron su riesgo de preeclampsia en aproximadamente un 75 por ciento. Los investigadores advierten que hacen falta más estudios antes de poder recomendar ampliamente este tratamiento. Los resultados de otros estudios también sugieren que tomar la vitamina B conocida como ácido fólico puede reducir el riesgo de preeclampsia. (March of Dimes recomienda a todas las mujeres que puedan quedar embarazadas tomar 400 microgramos de ácido fólico todos los días desde antes del embarazo para reducir el riesgo de algunos defectos congénitos cerebrales y de la médula espinal.) Se ha comprobado que otros tratamientos que parecían prometedores en estudios anteriores (como la aspirina y el calcio) no son útiles para la prevención de la preeclampsia.

Referencias

American College of Obstetricians and Gynecologists. Medical problems in pregnancy, en: Planning Your Pregnancy and Birth, 3rd Edition. Washington, DC, American College of Obstetricians and Gynecologists, 2000, páginas 331–352.

Chappell, L.C., et al. Effect of antioxidants on the occurrence of preeclampsia in women at increased risk: a randomized trial. Lancet, volumen 354, 4 de septiembre de 1999, páginas 810–816.

National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. Report of the National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. American Journal of Obstetrics and Gynecology, volumen 183, suplemento número 1, julio de 2000, páginas S1–S22.

Sibai, Baha. Hypertension in pregnancy, en: Gabbe, S., et al (eds.): Pocket Companion to Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies. New York, Churchill Livingstone, 1999, páginas 437–462.

Todo el material suministrado por March of Dimes sólo cumple fines informativos y no constituye asesoramiento médico.

¿PREGUNTAS?

Llame al: 1-888-MODIMES

Visite: www.nacersano.org

Para pedir múltiples ejemplares:

Llame al: 1-800-367-6630

O escriba a:

March of Dimes

P.O. Box 1657

Wilkes-Barre, PA 18773-1657

© March of Dimes Birth Defects Foundation, 2001
09-1530-01 8/01