



En los países subdesarrollados, la hipertensión inducida por el embarazo sigue siendo la primera causa de muerte materna, y la segunda en países desarrollados (15%) luego del embolismo pulmonar. Los trastornos hipertensivos se presentan en 6 - 8 % de los embarazos. En esta entrega de Punto Informativo le brindamos a nuestra Área Asistencial un interesante recuento sobre factores de riesgo, condiciones adversas, complicaciones y otros.

Toda paciente embarazada que presenta un trastorno hipertensivo asociado, debe ser manejada en la consulta de alto riesgo obstétrico, ya que la morbimortalidad materna y fetal están incrementadas. del adecuado manejo y seguimiento de estas pacientes depende el resultado final del binomio materno fetal.

LA IDENTIFICACION DE **FACTORES DE RIESGO** PERMITE PRESTAR LA ATENCION EN EL NIVEL DE COMPLEJIDAD NECESARIO PARA LA PACIENTE:

- Adolescencia
- Primigestante
- Antecedente de preeclampsia en cualquier embarazo previo
- Edad materna avanzada (>40 años)
- Historia familiar o personal de preeclampsia
- Anticuerpos antifosfolípidos
- Hipertensión esencial
- Enfermedad renal crónica
- Diabetes Mellitus
- Enfermedades auto inmunes
- embarazo molar
- Embarazo múltiple
- Enfermedad trofoblástica gestacional
- Obesidad
- Isoinmunizacion Rh



Factores que indican remisión al médico especialista en el embarazo temprano:

- Embarazo múltiple.
- Presencia de una o más condiciones médicas preexistentes (hipertensión, diabetes, enfermedad renal, síndrome antifosfolipidos).
- Dos o más de los otros factores señalados

CONCEPTOS A TENER EN CUENTA

- **Proteinuria:** La proteinuria se define como la presencia de 300 mg en una muestra de orina recolectada durante 24 horas.
- **Preeclampsia leve:** hipertensión después de la semana 20 de gestación TA: $\geq 140/90$ mm Hg. y/o proteinuria > 300 mg en orina de 24 horas y/o alguna condición adversa y/o alguna condición comorbida
- **Preeclampsia severa:** Cifras tensionales sistólicas mayor o igual de 160 y/o diastólica mayor o igual a 110, con proteinuria severa (mayor de 3 grs. en 24 horas) y/o con alguna condición adversa y/o alguna condición comorbida.
- **Hipertensión:** elevación de la presión arterial en cifras iguales o superiores a 90 mm Hg. en la presión diastólica en 2 tomas sucesivas.
- **Hipertensión gestacional:** hipertensión descubierta posterior a las 20 semanas de gestación y sin proteinuria.
- **Hipertensión crónica (pre - existente):** hipertensión diagnosticada antes del embarazo o durante las primeras 20 semanas de gestación o hipertensión que se diagnostica por primera vez durante el embarazo y no se resuelve en el posparto.

Con condiciones adversas corresponde a:

Hallazgos que nos permiten definir diagnóstico y clasificar la severidad del cuadro clínico y corresponden:

1. Síntomas maternos con cefalea persistente o nueva e inusual
2. Disturbios visuales como la presencia de escotomas.
3. Dolor abdominal persistente o a nivel del cuadrante superior derecho
4. Dolor torácico o disnea
5. Náusea severa o vómito agudo
6. Eclampsia
7. Hipertensión severa
8. Edema pulmonar
9. Abruption de placenta
10. Elevación de creatinina en suero
11. Elevación de AST, ALT O LDL.
12. Recuento de plaquetas menor de 150.000
13. Oligoamnios
14. Restricción del crecimiento intrauterino
15. Ausencia o reversión del flujo diastólico en la arteria umbilical
16. Muerte fetal



Con condiciones de comorbilidad corresponde a:

Condiciones que requieren un manejo antihipertensivo más agresivo y están constituidos por factores de riesgo cardiovascular como:

- Diabetes
- Enfermedades del parénquima renal
- Enfermedades vasculares o cerebrovasculares

RECUERDA:

La toma adecuada de la tensión arterial permite diagnosticar adecuadamente una gestante con hipertensión inducida por el embarazo

- **Eclampsia:** una o más convulsiones repentinas en un asociación con un preeclampsia y no puede ser atribuida a otra causa.
- **Síndrome HELLP:** Síndrome conformado por la presencia de anemia hemolítica, aumento de las enzimas hepáticas y bajo recuento de plaquetas.

Toma correcta de la tensión arterial:

- La embarazada debe permanecer sentada, con los pies apoyados, por 2 - 3 minutos.
- Debe usarse un brazalete de tamaño adecuado para el diámetro del brazo.
- Palpar la presión arterial sistólica en la arteria braquial e insuflar el balón 20 mmHg por encima del nivel en que se deja de palpar el pulso.
- El balón del brazalete debe desinflarse lentamente, aproximadamente a 2 mmHg por segundo.
- La presión arterial debería ser medida con un tensiómetro de mercurio o anerode con el brazo a la altura del corazón.
- Se debería registrar la presión arterial sistólica y la diastólica. Registrar la presión arterial diastólica en la fase V de los ruidos de Korotkoff (cuando los ruidos desaparecen). Si la fase V no está presente, se debería registrar la fase IV (cuando los ruidos se amortiguan o se hacen menos intensos).
- No se deberían usar equipos automáticos, ni monitoria ambulatoria de presión arterial en la práctica clínica.

¡IMPORTANTE!

Las pacientes a quienes en la consulta externa o en las urgencias se le encuentre la tensión arterial elevada, proteinuria o condiciones adversas de acuerdo a los parámetros especificados por el protocolo de manejo deben ser remitidas inmediatamente a urgencias de III Nivel para ser estudiadas y clasificadas. No se deben solicitar paraclínicos en la consulta externa ante la sospecha de algún trastorno hipertensivo ya que la espera ante esta patología aumenta el riesgo de complicaciones, siempre debe ser remitida para estudio en urgencias.



ALERTAR A LA PACIENTE PARA ASISITIR A URGENCIAS EN CASO DE PRESENTAR:

- Dolor de cabeza
- Dolor en la boca del estomago
- Nauseas y/o vómito
- Ver luces
- Escuchar zumbidos
- Alteraciones en la orina (disuria, cambio de coloración)
- Fiebre
- Flujo o sangrado
- Disminución o ausencia de los movimientos del bebe
- Contracciones
- Hormigueo en manos y pies

COMPLICACIONES DE LA HIPERTENSION INDUCIDA POR EL EMBARAZO

- Síndrome HELLP
- Abruption de placenta
- Coagulación intravascular diseminada
 - Insuficiencia renal aguda
 - Edema pulmonar
 - Neumonía aspirativa
 - Paro cardiorrespiratorio
 - Trastornos neurológicos

El manejo médico y farmacológico de estas pacientes se indica de acuerdo a la clasificación y se debe realizar según lo establecido por el protocolo de manejo.



**TU SALUD NO ES A MEDIAS,
DEBE SER TOTAL.**

Es imposible saber lo que le va a pasar a tu cuerpo en unos años, pero puedes prevenirlo. No esperes a enfermarte. Ven y chequéate. Nosotros trabajamos para mantenerte saludable.

PORQUE TU SALUD NO ES A MEDIAS, DEBE SER TOTAL.

Salud Total EPS-S

www.saludtotal.com.co • Línea atención al cliente 01 8000 914524