

Actualizaciones terapéuticas en el embarazo

**Preeclampsia, predicción y pronóstico:
una visión actualizada**

**Nutrición en el embarazo y trastornos
hipertensivos**

**Embarazo a través del espectro de la
enfermedad renal crónica**

Coordinación y revisión científica
Prof. Dra. Liliana Voto

Auspicia

BiasCor[®]

Labetalol Clorhidrato

El tratamiento de Elección para
las Crisis Hipertensivas del Embarazo



Preeclampsia, predicción y pronóstico: una visión actualizada



Prof. Dra. Liliana Susana Voto

Departamento Materno Infanto Juvenil, Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández. Profesora Emérita, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

En la hipertensión y el embarazo nos enfrentamos a tres situaciones diferentes: a) mujeres que tienen hipertensión crónica que se embarazan; b) embarazadas que presentan hipertensión gestacional pura, sin impacto clínico ni fetal, y c) embarazadas con preeclampsia (PE), que es siempre grave, porque impacta simultáneamente a la madre y al feto poniendo en riesgo a ambos, y que puede ocurrir en una paciente normotensa o con hipertensión crónica o gestacional (en ese caso hablamos de PE sobreimpuesta).

Las diferentes formas clínicas de la hipertensión arterial en el embarazo –hipertensión crónica, hipertensión gestacional, PE y sus formas más graves, emergencia hipertensiva, HELLP (por su siglas en inglés: *hemolysis, elevated liver enzymes and low platelets count*) y eclampsia– conllevan un riesgo aumentado de morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Por lo tanto, el diagnóstico y el reconocimiento temprano de los factores de riesgo y los marcadores clínicos, físicos y químicos, en especial de las formas clínicas más graves de PE, eclampsia y HELLP, son fundamentales para prevenir la morbimortalidad materna y fetal e iniciar los tratamientos preventivos y sintomáticos cuanto antes.

A nivel mundial, por PE se producen 30 000 muertes maternas por año y aproximadamente 250 000 muertes fetales o neonatales. El 99% de los fallecimientos por PE se producen por:

- Retraso en el diagnóstico de gravedad.
- Falta de traslado a centros de alta complejidad (aproximadamente el 50% de las muertes ocurren en los domicilios).
- Mala articulación entre seguimiento y decisión de finalizar el embarazo.

Hay una gran necesidad de ensayos clínicos para comparar cabeza a cabeza la eficacia de los fármacos para el tratamiento de la hipertensión grave en el embarazo. Las limitaciones encontradas son:

- Diferencias entre los valores de presión arterial pretratamiento.
- La diferencia entre la respuesta de primigrávidas y multigrávidas no fue analizada.
 - No se efectuó informe de fracasos.
 - No se analizó el efecto sobre el feto, como dificultad respiratoria, anomalías congénitas, restricción del crecimiento intrauterino (RCIU):
 - No se consideró en los trabajos una definición estricta de preeclampsia.

Aún hay un largo camino por andar para poder avanzar en la fisiopatología y el diagnóstico precoz y certero de la PE. Lo importante hoy es el seguimiento de toda embarazada que padezca esta complicación, la conducta a seguir, los tratamientos que se recomienden y el momento oportuno de la finalización del embarazo para alcanzar un buen resultado para la madre y su hijo.



↑ Acceda al texto completo

Nutrición en el embarazo y trastornos hipertensivos



Prof. Dr. Giancarlo Di Renzo

Médico ginecólogo; presidente del Colegio PREIS; director del Centro de Investigación de Medicina Reproductiva y Perinatal, Universidad de Perugia, Florencia, Italia

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) hace énfasis en las recomendaciones sobre estilo de vida que deben seguir las mujeres antes, durante y después del embarazo. Entre ellas se destaca el aporte adecuado de micronutrientes ya que la nutrición materna es un elemento fundamental para lograr resultados obstétricos y de parto óptimos. Dado que la nutrición es un factor modificable, el embarazo puede considerarse como una oportunidad para mejorar la calidad de la dieta y el estado nutricional, reduciendo así la posibilidad de presentar eventos adversos. Además, las intervenciones dietarias realizadas durante los períodos pregestacionales y gestacionales probablemente sean rentables, reduciendo la carga económica proyectada.

Las recomendaciones de la FIGO pueden resumirse en: tener una nutrición apropiada y estilo de vida saludable antes del embarazo y considerar el peso y el índice de masa corporal preconcepcional como factores de riesgo modificables. Reconocer de manera temprana las deficiencias en micronutrientes y corregir con dieta o, si es necesario, con suplementos. Eliminar el tabaquismo y el consumo de alcohol y de otras sustancias tóxicas antes del embarazo y durante este. Realizar ejercicio moderado 30 min/día y evitar el ejercicio físico extremo en las últimas etapas del embarazo. Aumentar el consumo de kilocalorías diarias (340-450 kcal/día) durante el segundo y el tercer trimestre. Promover la lactancia exclusiva durante los primeros 6 meses de vida del neonato.



↑ Acceda al texto completo

Embarazo a través del espectro de la enfermedad renal crónica



Dra. Michelle Hladunewich

Médica, directora de la División de Medicina Obstétrica, Sunnybrook Health Sciences Centre, Toronto, Canadá

Años atrás se creía que el embarazo podría empeorar la función renal en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) subyacente. Dado el vínculo entre la función renal y la morbilidad maternofetal, en el pasado, a las mujeres con ERC generalmente se les aconsejaba buscar un embarazo después del trasplante renal luego de haber alcanzado una función renal estable. Sin embargo, este concepto ha evolucionado debido a la evidencia emergente. Se ha demostrado que el embarazo no tiene efectos adversos en la función renal, especialmente en las etapas iniciales de la ERC. El asesoramiento preconcepcional es una oportunidad para discutir los posibles riesgos del embarazo con la provisión de atención personalizada y preparación psicológica para un embarazo complicado; tiene como objetivo ayudar a establecer expectativas realistas, hablar sobre los posibles riesgos maternos y fetales, ajustar la medicación y optimizar los tiempos. Es importante tratar la proteinuria y utilizar inmunosupresión que sea segura, usar bloqueantes del sistema renina-angiotensina antes del embarazo, tratar la hipertensión arterial y prevenir la preeclampsia (PE), por lo que, en poblaciones de riesgo, se recomienda ácido aminosalicílico (ASA) 81-150 mg/día antes de la semana 16 y calcio 1000 mg/día. El diagnóstico de PE es un reto en esta población, y se debe trabajar de la mano con nefrología.



↑ Acceda al texto completo