



MEDICINA INTERNA  
ITINERANTE  
Itapúa 2024

# Hiperlipidemia en diferentes escenarios clínicos

*Dra. Lourdes Isabel Chamorro*

Servicio de Clínica Médica – Sanatorio La Trinidad

Dirección de Residencias Médicas – Facultad de Medicina  
UNI

Cátedra de Clínica Médica – Facultad de Medicina UNI



# Caso Clínico 1

A photograph showing a doctor in a white lab coat using a stethoscope to listen to the back of a pregnant woman. The woman is wearing a dark blue top. The doctor is holding the stethoscope with both hands, and the woman's back is visible in the foreground. The background is blurred, suggesting a clinical setting.

**"Soy hipertensa y estoy embarazada"**

**Caso Clínico: Paciente de 36  
años**

# Historia de hipertensión arterial de la paciente

Preeclampsia en su 1° embarazo  
a las 34 semanas

**1 año antes:**

**Ecocardiograma: normal**

**Ecografía Doppler renal: sin evidencia de estenosis**

Posteriormente embarazo controlado con labetalol durante un mes y luego se suspendió la medicación

A los 33 años en control con Clínica Médica se realiza el diagnóstico de hipertensión arterial y se inicia tratamiento con Valsartan 160 mg/día

# Antecedentes de la enfermedad actual

Segundo embarazo con 10 semanas de gestación.

Siete meses antes del diagnóstico del embarazo, el médico clínico realiza modificaciones del tratamiento antihipertensivo debido a los deseos de la paciente de planificar un embarazo

Se suspende el tratamiento con Valsartan y se inicia tratamiento con Labetalol

Es derivada por su obstetra al servicio de Clínica Médica para valoración por antecedentes de preeclampsia en el embarazo previo

# Examen físico

Presión arterial en consultorio:

1° medición: BD 137/83 mmHg BI 136/81 mmHg

	Parámetros	Valor	
Frecu	Hemoglobina	12,4 mg/dl	
Auscu	Plaquetas	286000/mm3	No
se au	Creatinina	0,64 mg/dl	
Extre	Ácido úrico	3,2 mg/dl	
	GOT-GPT	Normales	

Resto del examen sin particularidades

# Problemas y las interrogantes

**Sexo femenino**

**36 años**

**2° embarazo**

**10 semanas**

**Antecedente de  
HTA**

**Preeclampsia  
previa**

**Labetalol**

¿Cuál es el riesgo de preeclampsia?

¿Puede ser útil el monitoreo de la presión arterial fuera del consultorio?

¿Está controlada adecuadamente la presión arterial?

¿Cuál es la estrategia de tratamiento más apropiada?

# Paciente de alto riesgo

- Nulipara
- Adolescente y edad avanzada
- Antecedente de preeclampsia
- HTA crónica
- Sobrepeso u obesidad
- Diabetes mellitus
- Embarazo gemelar
- Enfermedades autoinmunes



# ¿Cómo diagnosticar la hipertensión en el embarazo?

- Medir la presión arterial en el consultorio en cada visita y en la consulta gineco-obstétrica.
- La presión arterial en el embarazo debe medirse en la posición sentada.
- Como alternativa, mida la presión arterial en decúbito lateral izquierdo durante el trabajo de parto.
- Utilice un manguito de tamaño adecuado ó dispositivos digitales validados.
- Sospechar trastornos hipertensivos del embarazo cuando la PAS y/o la PAD sea  $> 140/90$  mmHg.
- Distinguir la hipertensión como leve (PAS y/o PAD 140-159/90-109 mmHg) o grave (PAS y/o PAD 160/100 mmHg).

# ¿Puede ser útil el monitoreo de la presión arterial fuera del consultorio?

- Distinguir HTA de bata blanca de la verdadera HTA.
- Detectar la HTA enmascarada y nocturna en embarazos de alto riesgo, por primera vez, durante el primer trimestre del embarazo.
- Repetir MAPA o MDPA durante el segundo trimestre en embarazos de alto riesgo.
- Es útil en embarazadas de alto riesgo con HTA y especialmente con nefropatía diabética/hipertensiva, por primera vez durante el primer trimestre.

**¿Está controlada adecuadamente  
la presión arterial?**

# ¿Cuál es la estrategia de tratamiento más apropiada?

Fármaco de primera línea	Formulación	Dosis baja e intermedia	Dosis alta	Dosis máxima
Labetalol		100-200 mg, 3 o 4 veces al día	300 mg, 3 o 4 veces al día	1200 mg/día
Nifedipina	Acción intermedia	10-20 mg, 2 o 3 veces al día	30mg, 2 o 3 veces al día	120 mg/día
	Liberación prolongada	30 mg, 1 o 2 veces al día o 60 mg al día	30 mg cada mañana y 60 mg cada noche	120 mg/día
Alfametildopa		250-500 mg, 3 o 4 veces al día	750 mg, 3 veces al día	2500 mg/día

**Aspirina a dosis bajas (81 a 150mg/día), entre las 12 y 16 semanas, reduce el riesgo de preeclampsia y resultados adversos**

**en un 10 a 20% en mujeres con mayor riesgo**  
 Hipertension. 2022;79:e21-e41 - Hipertension. 2016;68:1447-1458

# Para tener en cuenta

- La atención en salud de la mujer previo al embarazo tiene un impacto tanto en los resultados del embarazo como en su estado de salud futuro.
- Descartar hipertensión arterial de bata blanca y oculta en la embarazada.
- Evitar descensos bruscos de la presión arterial en la embarazada.
- Cambios en el estilo de vida antes y durante el embarazo para disminuir riesgos maternos y fetales.
- Un buen diagnóstico conlleva a un mejor tratamiento y pronóstico de la enfermedad.

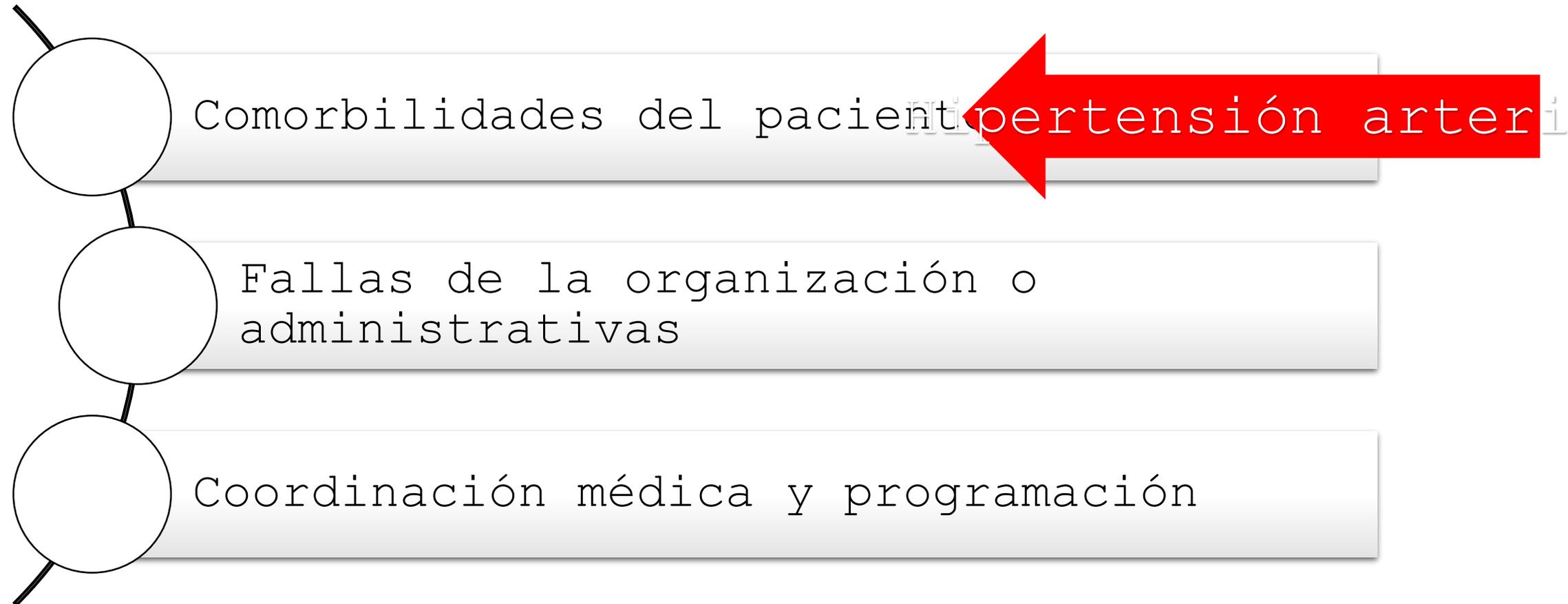
## Caso Clínico 2



**"Soy hipertenso y me cancelaron la cirugía programada"**

**Hipertensión perioperatoria como causa de cancelación quirúrgica**

# Causas de cancelación de cirugías



# Hipertensión perioperatoria



Es aquella que es manifestación de la hipertensión crónica (controlada o no controlada) o como una elevación similar en la presión arterial que ocurre en el período perioperatorio, intraoperatorio o postoperatorio, en un paciente con o sin diagnóstico previo de hipertensión arterial.

**¿Existe relación entre la hipertensión y el riesgo cardiovascular en el perioperatorio?**

# La HTA perioperatoria es un factor de riesgo

- Isquemia miocárdica intraoperatoria.
- Arritmias.
- Infarto agudo de miocardio.
- Accidente cerebrovascular.
- Deterioro de la función renal.
- Prolonga la estadía hospitalaria.
- Alta tasa de reingresos.
- Mayor riesgo de mortalidad operatoria y morbilidad quirúrgica.

# Hipertensión perioperatoria

```
graph TD; A[Hipertensión perioperatoria] --> B[Características del paciente]; A --> C[Tipo de cirugía];
```

Características  
del paciente

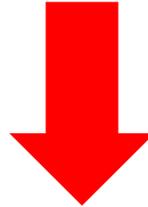
Tipo de  
cirugía

# Paciente con diagnóstico previo de HTA



# Urgencia hipertensiva

**DESCARTAR LAS 8 CAUSAS \*REVERSIBLES\***



Dolor, ansiedad, hipotermia, hipoxia, hipercapnia,  
hipo-hipervolemia, distensión vesical,  
suspensión de los anti-hipertensivos básicos

### PRIMER ESCENARIO:

Paciente con hipertensión arterial controlada que presenta PAS <180 mmHg y PAD <110 mmHg el día de la cirugía.

**¿SE SUSPENDE O NO SE SUSPENDE?**

- No hay contraindicaciones para la intervención quirúrgica.
- Estas cifras de presión arterial no representan un factor de riesgo de complicaciones cardiovasculares perioperatorias en cirugía no cardíaca, por lo cual no es necesario posponer el procedimiento.

## SEGUNDO ESCENARIO:

Paciente hipertenso controlado en tratamiento regular, ingresado en espera de colecistectomía por CVL con PAS  $\geq$  180 mmHg y/o PAD  $\geq$  110 mmHg.

**¿SE SUSPENDE O NO SE SUSPENDE?**

- Buscar las causas comunes tales como haber dejado de tomar una dosis del antihipertensivo.
- En este caso, considere un control agudo de la HTA y administre el medicamento o un antihipertensivo endovenoso comparable.
- También puede administrarse una pequeña dosis de midazolam. Cambiar la orden para realizar la cirugía mientras se espera a que hagan efecto los medicamentos.

### TERCER ESCENARIO:

Paciente con HTA que se presenta el día de la cirugía con una PAS  $\geq 180$  mmHg y/o PAD  $\geq 110$  mmHg, y cuya causa no es haber olvidado una dosis del medicamento y no mejora con midazolam.

**¿SE SUSPENDE O NO SE SUSPENDE?**

- La evidencia disponible es inconclusa: sopesa el beneficio de la cirugía contra el riesgo de complicaciones cardiovasculares.
- Proceder con la cirugía a pesar de estos niveles de presión arterial exige cuidado extremo; de acuerdo con el American College of Cardiology 2017, estos valores se encuentran dentro de la categoría de crisis hipertensiva.
- Si la PAS está en 200 mmHg o más, se recomienda posponer la cirugía de ser posible.
- Un gran estudio retrospectivo mostró que los pacientes preoperatorios con una PAS por encima de 200 mmHg tenían un riesgo de más del doble de una troponina elevada o muerte perioperatoria hipertension. Colombian Journal of

# Hipertensión operatoria y su manejo

La cirugía no cardíaca no debe posponerse de forma rutinaria en pacientes con hipertensión de grado 1 o 2 (PAS  $\leq$  180 mmHg y PAD  $\leq$  110 mmHg) (2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension) (10)

III

C

# XVII CONGRESO LATINOAMERICANO DE *Aterosclerosis*

14, 15 y 16 de Noviembre 2024

ORGANIZAN:



SOLAT



**MUCHAS GRACIAS**



Escuela de Postgrado de la  
Universidad Nacional de Itapúa  
Encarnación - Paraguay

