



**Módulo IX. GINECOLOGÍA EN HIPERTENSIÓN
PULMONAR**

A s o c i a c i ó n N a c i o n a l d e

EL CONTENIDO DEL MÓDULO HA SIDO REVISADO Y VALIDADO POR
DRA. MERITXELL GRACIA
Institut Clínic de Ginecologia Obstetrícia i Neonatologia (ICGON).
Hospital Clínic de Barcelona

En este módulo abordaremos un tema importante para las mujeres en edad fértil que padecen hipertensión pulmonar.

Como hemos comentado la población que sufre más de hipertensión pulmonar son mujeres en edades comprendidas entre 30-50 años. Esta franja de edad se corresponde con la edad fértil de las mujeres.

Culturalmente el embarazo era el estado “de realización plena de la mujer”, afortunadamente esta concepción está cambiando. Pero sigue existiendo esa presión social hacia la mujer “¿cuándo vas a tener un hijo?”, “¿no quieres ser madre”, “el reloj biológico”, etc...

Tener un hijo es una decisión muy personal que requiere de una responsabilidad personal a todos los niveles (económico, protección, etc.).

Las mujeres diagnosticadas de hipertensión pulmonar tienen que hacer frente a una realidad doblemente impactante: al diagnóstico y/o al vivir con una enfermedad grave, y en muchas ocasiones incapacitantes en el día a día, y conocer el riesgo y la contraindicación del embarazo por su cuadro clínico, de especial impacto emocional para las mujeres que tenían en sus planes ser madres. Aspecto importante a abordar de forma multidisciplinar.

No existe mucha literatura sobre este aspecto en mujeres diagnosticadas de hipertensión pulmonar pero sí existen algunos estudios.

En este tema módulo abordaremos las recomendaciones y contraindicaciones que se les ofrece a las mujeres diagnosticadas con hipertensión pulmonar.



Asociación Nacional de
HIPERTENSIÓN PULMONAR

HIPERTENSIÓN PULMONAR Y SEXUALIDAD

Como hemos visto las enfermedades crónicas, como es la hipertensión pulmonar, tienen un efecto prácticamente en todos los aspectos psicosociales. Vivir con hipertensión pulmonar puede resultar estresante debido a la incertidumbre de la evolución de la enfermedad, la complejidad de ciertos tratamientos, los efectos secundarios que puedan generar, etc.

Hemos hablado en módulos anteriores del cambio de paradigma en la atención sanitaria. Al comienzo el objetivo de la atención a una persona con una enfermedad crónica era garantizar, exclusivamente, su supervivencia. Afortunadamente esa atención ha evolucionado a dar una respuesta que mejore los indicadores de la calidad de vida de la persona.

La sexualidad es un elemento más a prestar atención para mejorar la percepción de la calidad de vida. Es un tema que aún en día, es tabú o se tiene reparos en hablarlo con los profesionales sanitarios.

En 2012 se realizó un Estudio de calidad de vida de personas con hipertensión pulmonar, realizado por la farmacéutica ACTELION. En este estudio participaron 326 personas con hipertensión pulmonar y 129 cuidadores; fue un estudio internacional en el que participaron España, Alemania, Francia, Italia y Reino Unido. En el que el 75% de las personas con hipertensión pulmonar que participaron afirmaban tener disminución de su actividad sexual, el motivo que manifestaban era por una pérdida de apetito sexual.

Nos podemos encontrar con dos motivos de esta pérdida:

1. Ciertos tratamientos tienen como efecto secundario aspectos relacionados con la falta de libido.
2. Los trastornos sexuales pueden darse como consecuencia de la preocupación o miedo a sentirse mal.

Es importante el abordaje del tema en pareja, ya que ésta también requiere de apoyo para adaptarse a los cambios producidos por la hipertensión pulmonar. Es importante ampliar el concepto de sexualidad, ya que ésta va mucho allá de lo genital o del coito. Es importante buscar conjuntamente otros tipos de placeres sin centrarse en los genitales.

Otro de los aspectos a abordar es el impacto de la imagen corporal que se pueda generar por la patología (tratamientos, etc...) que hace que la autopercepción de atractivo sexual disminuya. Y esto puede afectar a la relación afectiva con uno mismo y con los demás.

Encontrar espacios donde poder poner de manifiesto este aspecto es importante para reducir los niveles de estrés, ansiedad que la reducción de nuestra vida afectivo-sexual pueda generar. Los grupos de ayuda mutua son un buen foro.

A continuación, abordaremos la parte de **contracepción y gestación en hipertensión pulmonar**.

Los profesionales en ginecología y obstetricia deben asesorar sobre métodos anticonceptivos y prevención del embarazo a sus pacientes con hipertensión pulmonar.

METODOS ANTICONCEPTIVOS

En la recomendación de la utilización de un método anticonceptivo eficaz, no hay consenso sobre el método anticonceptivo más adecuado. Los métodos de barrera son seguros, pero pueden no ser efectivos. Una opción muy útil y recomendable para los pacientes con hipertensión pulmonar es la utilización de doble método (hormonal+barrera).

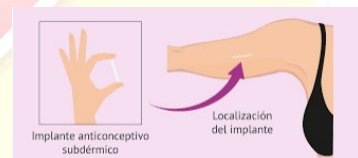
Existen las siguientes opciones:

Tratamientos hormonales:

- **Compuestos orales:** Los anticonceptivos hormonales que contienen estrógenos aumentan el riesgo de trombosis, motivo por el cual están contraindicados. Los preparados que contienen solamente derivados de la progesterona son los más adecuados. Se debe tener en cuenta que **el bosentan** puede reducir la eficacia de los anticonceptivos orales.
- **Dispositivos.** Una opción muy recomendable es el dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel de duración prolongada, que mantiene la acción hormonal durante 5 años por su alta eficacia contraceptiva y buen perfil de seguridad. Se debe tener precaución durante la implantación por el riesgo de reacciones vagales. Otra opción no oral es el dispositivo subcutáneo de etonogestrel de liberación prolongada (3 años) colocado en el brazo.



1. Dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel



2. Dispositivo subcutáneo

1

Tratamiento quirúrgico.

- La **esterilización quirúrgica** es una opción exitosa. La esterilización tubárica quirúrgica es la única opción de contracepción definitiva en la actualidad. Se realiza mediante cirugía laparoscópica y anestesia general, aunque podrían valorarse otras opciones de abordaje y anestesia según las características de las pacientes.

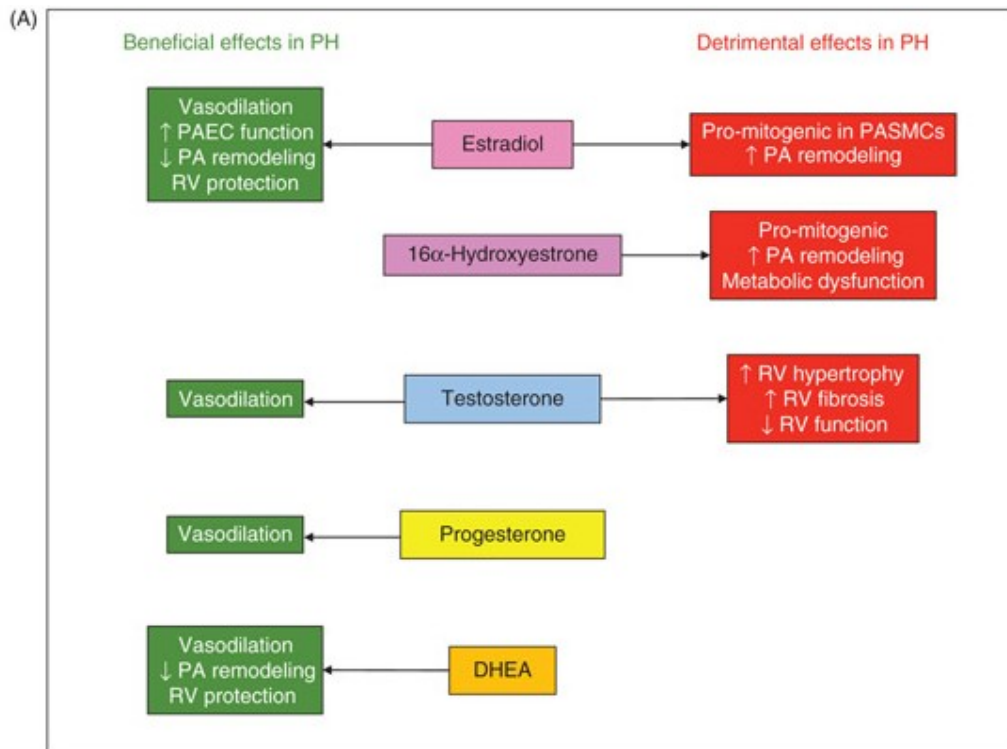


3. Ligadura de trompas

Asociación Nacional de Hipertensión Pulmonar

En cualquier caso, se recomienda que este tipo de intervenciones se lleven a cabo bajo vigilancia estricta en centros con experiencia en el manejo de la HTP, y que se tomen las precauciones necesarias. En pacientes con síndrome de Eisenmenger con hipoxemia crónica y coagulopatía asociada a poliglobulia (sangre espesa) puede ser necesario realizar flebotomía (sangría) preoperatoria para reducir estas anomalías.

La imagen que se ve a continuación, es un resumen de los efectos beneficios de las hormonas sexuales que llevan los anticonceptivos.



4Sexo, género y hormonas sexuales en la hipertensión pulmonar y la insuficiencia ventricular derecha. Autores: James Hester, Corey Ventetuolo, Tim Lahm

HIPERTENSION PULMONAR Y EMBARAZO

La hipertensión pulmonar es un trastorno complejo y de difícil manejo, que consiste en el aumento de la presión arterial pulmonar.

Al inicio del módulo ya hemos mencionado que un embarazo en una mujer con hipertensión pulmonar está contraindicado por el alto riesgo que conlleva para la madre y además, la mayoría de los fármacos utilizados para el tratamiento de la HP son teratogénos, por lo que pueden causar defectos congénitos.

Ahora vamos a hacer un pequeño resumen de lo que sucede en el cuerpo de la mujer durante la gestación y de ahí el porqué de la contraindicación de la concepción.

Cualquier aumento de la función cardiovascular, como ocurre durante el embarazo, puede presentar importantes alteraciones en el tratamiento de las pacientes con hipertensión pulmonar.

Está comprobado que, durante el embarazo los cambios hemodinámicos empeoran la hipertensión pulmonar debido a la compresión del útero, los aumentos de las hormonas

sexuales y los aumentos del volumen circulatorio. El aumento del volumen sanguíneo durante el embarazo, hasta un 40-100% con respecto al valor inicial, se acompaña de una disminución en la resistencia vascular sistémica (RVS) y vascular pulmonar (RVP), con un aumento en el gasto cardíaco. En la hipertensión pulmonar, la vasculatura pulmonar no puede hacer frente a este aumento en la RVP, lo que resulta en un aumento del gasto cardíaco e insuficiencia cardíaca derecha.

El trabajo de parto y el período de recuperación (postparto) también presentan riesgos significativos, especialmente durante el puerperio (postparto). Principalmente debido a cambios drásticos de volumen y cambios de presión intravascular que hacen que en el puerperio el riesgo de mortalidad es aún más elevado. De hecho, en la mayoría de pacientes con hipertensión pulmonar ocurre en el primer mes después del parto, debido a una insuficiencia cardíaca y muerte súbita. **Las tasas de mortalidad en pacientes embarazadas con hipertensión pulmonar han mejorado ligeramente en los últimos años con tasas observadas en la literatura que oscilan entre el 12% y el 50%, aunque las tasas siguen siendo demasiado elevadas.**

Por todo ello **a las mujeres con hipertensión pulmonar se les CONTRAINDICIA el embarazo debido a las complicaciones y mortalidad asociadas.**

Cualquier duda o preocupación consúltalo con tu especialista para que pueda darte el mejor asesoramiento personalizado. Existe el supuesto de **interrupción del embarazo por enfermedad grave materna**. En el caso de la decisión de continuar con el embarazo, éste debe ser seguido por un equipo multidisciplinar debido a la alta complejidad, siendo equipos de medicina materno-fetal, anestesiología y neumología.

Una vez más, es importante el abordaje multidisciplinar en este aspecto ya que para las mujeres que tenían en sus planes tener hijos, esta situación puede ser difícil de aceptar necesitando un acompañamiento en la reestructuración de sus objetivos y sus planes de futuro.

Es importante saber que no estamos solas que buscar el apoyo de un profesional o de una persona que se encuentre en la misma situación o haya pasado por ese camino nos puede ayudar a verbalizar y desahogarnos para transitar el camino de la aceptación y normalización de la contraindicación del embarazo.

Desde la Asociación se cuenta con el departamento de psicología que ayude en este proceso.

Bibliografía

Pulmonary hypertension and pregnancy Autores: Patricia Avellanaa, Javier Segoviaa, Francisco Lópezb, Manuel Gómez-Buenoa, María Dolores García-Cosío Carmena, Luis Alonso-Pulpóna

La Unidad de Insuficiencia Cardíaca, Trasplante e Hipertensión Pulmonar, Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid, España

Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid, España