



Mi Universidad

Resumen

Angel Diego de la Cruz Abarca

Resumen

Tercer parcial

Clínica de ginecología y obstetricia

Dr. Miguel de Jesús García Castillo

Medicina Humana

7 Semestre

La hipertención afecta entre el 5 y el 10% de los embarazos, su prevalencia a ido en aumento de enfermedades cardiometabólicas en mujeres de edad fértil es la segunda causa de mortalidad materna después de la hemorragia, corresponde al 26% de las muertes maternas en América Latina y el 16% en países desarrollados, así mismo los trastornos hipertensivos se asocian a los partos prematuros, fetos pequeños para la edad gestacional y bajo peso al nacer.

La mortalidad y morbilidad de los trastornos hipertensivos varían según la raza las mujeres afroamericanas y de los países de Norteamérica tienen más tasas de mortalidad asociada a la hipertensión estas variaciones de mortalidad asociada a hipertensión se deben principalmente a los factores sociales y falta de atención médica en algunos grupos.

La American College of Cardiology define la hipertensión cuando las cifras tensionales son 140mmHg sistólico y 90mmHg diastólica en dos oportunidades al menos, separadas por 4 horas.

Las nuevas guías de la AHA bajaron el umbral para el diagnóstico en pacientes no embarazadas con hipertensión, a 130-80 para la hipertensión estadio 1 y a 140/90 para la hipertensión en el estadio 2 lo que resultó en un mayor número de pacientes diagnosticados sin embargo los criterios diagnósticos para la hipertensión en el embarazo aun no incluyen las nuevas definiciones de la hipertensión según la AHA.

La clasificación de la hipertensión en el embarazo.

Hipertensión crónica:

se considera a la hipertensión crónica cuando la PAS es de 140mmHg y la PAD es de 90mmHg antes del embarazo, o antes de las 20 semanas de gestación, pacientes con persistencia de la hipertensión más allá de las 12 semanas postparto también son consideradas como hipertensas crónicas.

El 90% de las embarazadas con hipertensión arterial corresponden a hipertensión primaria y en un 10% es debido a una causa secundaria, factores como la edad materna menor a 35 años, hipertensión grave o resistente a tratamiento, ausencia de antecedentes familiares de hipertensión o alteraciones de laboratorio como hipocalcemia, creatinina elevada o albumina/albuminuria al principio del embarazo deben hacer sospechar una hipertensión secundaria.

se considera hipertensión gestacional cuando la presión arterial sistólica llega a los 140mmHg también a su vez una presión arterial diastólica de 90mmHg después de las primeras 20 semanas de gestación en una mujer que previamente era normotensa y en ausencia de proteinuria o otra disfunción de , si la paciente persiste hipertensa en el postparto se debe clasificar como hipertensión crónica.

La hipertensión gestacional se asocia con resultados adversos perinatales. Hasta 50% de las mujeres con hipertensión gestacional eventualmente desarrollará proteinuria u otra disfunción en algún órgano compatible con el diagnóstico de preeclampsia y esta progresión es más probable cuando la hipertensión se diagnostica antes de las 32 semanas de gestación es por esto que esta entidad requiere de mayor vigilancia durante su aparición y la buena quedada dirigida del desarrollo de preeclampsia.

por su parte las mujeres, con hipertensión gestacional que presentan presiones arteriales en rango de severidad serán manejadas como PE severas.

El desarrollo de la enfermedad hipertensiva en el embarazo esta asociado a un mayor riesgo cardiovascular futuro, mayor riesgo a infarto agudo al miocardio, insuficiencia cardíaca hipertensión crónica y accidente cerebrovascular, no se sabe aun si este mayor riesgo es determinado por daño endotelial permanente causado por la preeclampsia o por que los pacientes con preeclampsia comparten con esta patologia varios factores de riesgo con la patologia cardiovascular como son la obesidad y diabetes que predisponen de padecer preeclampsia y enfermedades cardiovasculares en el futuro.

PRECLAMPSIA:

Se diagnostica PE cuando la presión arterial sistólica es de 140 mmHg y la presión arterial diastólica es 90mmHg en dos ocasiones separadas en 4 horas después de las 20 semanas de gestación en una mujer con presiones previas normales y lo anterior asociado con una proteinuria que se define como mayor a 300 mg en 24 horas o un índice de proteinuria/creatinuria mayor o igual a 0.3mg/dl

La preeclampsia puede presentarse con criterios de severidad en ausencia de proteinuria en este caso pueden ser diagnosticada con otros criterios sugerentes de daño a órgano blanco como por ejemplo trombocitopenia un recuento inferior a 100,000x12/l alteración de funcionamiento hepático (nivel de transaminasas 2 veces el límite superior normal).

Dolor severo en el hipocondrio derecho o epigastrio que no tiene otra causa que insuficiencia renal, edema pulmonar, cefalea de inicio reciente que no responde al paracetamol, producto del desarrollo de la presión de perfusión cerebral elevada, edema cerebral, y encefalopatía hipertensiva en presencia de síntomas visuales, se considera que la preeclampsia es severa si la presión arterial sistólica es de mayor de 160 mmHg y la presión arterial diastólica es de mayor a 110 mmHg en dos ocasiones separadas en 4 horas. El síndrome de HELLP es una forma de preeclampsia con criterios de severidad que se presentan con hemólisis, aumento de las enzimas hepáticas y recuento bajo de plaquetas. Presenta mayormente en el tercer trimestre y se asocia al aumento de la mortalidad y morbilidad materna. Los criterios diagnósticos son el aumento de lactato deshidrogenasa a 600 UI/L o más; aumento de los niveles de aspartato aminotransferasa y alanina aminotransferasa más del doble del límite superior basal, recuento de plaquetas inferior a 100,000.

Puede presentarse de forma atípica en ausencia de hipertensión y proteinuria hasta en un 15% de los casos, los principales síntomas de la preeclampsia son dolor abdominal en epigastrio e hipocondrio derecho acompañado de malestar generalizado presente en el 90% de las pacientes otros de los síntomas más frecuentes son las náuseas y vómitos que se presentan en el 50% de los casos.

ECLAMPSIA:

es la manifestación neurológica más severa de la preeclampsia y consiste en la aparición de convulsiones tónico-clónicas en paciente en ausencia de otras causas como la epilepsia, isquemia e infarto arterial cerebral, hemorragia intracraneal o el uso de drogas, ocurre en una pequeña proporción de pacientes con preeclampsia y en el 3,2% de las pacientes con preeclampsia con datos de severidad, al rededor de un tercio de las eclampsias ocurren en el postparto.

Las convulsiones son causa importante de la mortalidad y morbilidad sino se cuenta con los recursos médicos para su manejo pueden generar hipoxia materna grave, traumatismo y neumonía por aspiración el daño neurológico residual es raro algunas mujeres pueden tener algunas consecuencias a corto o largo plazo como deterioro de la memoria y la función cognitiva especialmente después de convulsiones recurrentes, se ha documentado pérdida permanente de sustancia blanca.

en imágenes de resonancia magnética, después de la preeclampsia hasta un cuarto de los pacientes, sin embargo esto no se traduce a un déficit neurológico significativo.

en el 78 al 83% de los casos de eclampsia es precedida por datos de irradiación neurológica, como son cefalea occipital refractaria al tratamiento, fotopsias, fotofobia o alteraciones de la conciencia e hiperreflexia, entre un 20 a 30% de los pacientes no presentan signos premonitores de eclampsia antes de la convulsión incluso puede presentarse en ausencia de proteinuria e hipertensión.

Otras complicaciones neurológicas, de la PE es el síndrome de la encefalopatía posterior reversible que se presenta con una variedad de signos y síntomas neurológicos como pérdida de visión, convulsiones, cefalea y alteración del sensorio o conciencia. el diagnóstico de PRES se realiza por la presencia de edema vasogénico e hipertensiones en las caras posteriores del cerebro en la resonancia magnética..

durante la eclampsia hay un aumento de la contractibilidad uterina y del tono uterino lo que podría asociarse a desaceleraciones prolongadas de la frecuencia cardíaca fetal, incluso bradicardia fetal, lo que se ve exacerbado después de la convulsión, debido a la hipoxia e hipercapnia maternas, por lo que la estabilización materna es el primer paso, para recuperar el bienestar fetal, posterior a esto se debe proceder al parto por la vía más expedita.

Hipertensión arterial crónica con preeclampsia sobreagregada: entre el 20 al 50% de las pacientes hipertensas crónicas van a desarrollar una PE durante la gestación. Este riesgo aumenta en las pacientes de etnia afroamericana, obesas, fumadoras en aquellas que tienen una presión arterial diastólica de 100mmhg diagnosticada hace más de 4 años y con antecedentes de PE en un embarazo anterior.

La PE sobrecargada tiene mayor incidencia hasta en un 75% en las pacientes que tienen daño a órgano blanco o que son portadoras de hipertensión arterial secundaria.

PREVENCIÓN:

Es recomendable la identificación de los factores personales cardiovascular, metabólicos tromboticos y fetoplacentarios, para otorgar tratamientos personalizados que podrían ofrecer tratamientos personalizados de los trastornos hipertensivos del embarazo.

Se recomienda la medición del índice de pulsatibilidad de las arterias uterinas y cálculo de IP medio entre la semana 11-13.6 en caso de contar con los recursos.

DIAGNÓSTICO:

Es recomendable clasificar a la mujer con embarazo descartar la presencia de preeclampsia con o sin características de severidad de acuerdo a los criterios establecidos por el colegio americano de obstetras y ginecólogos.

Las mujeres diagnosticadas con hipertensión en el embarazo o con riesgo de preeclampsia es recomendable solicitar pruebas para la medición de proteinuria que será la recolección de orina en 24 horas en la mujer con hipertensión crónica y embarazo se recomienda evaluar el daño a órgano blanco, la evaluación depende de la gravedad pero se recomienda incluir en la evaluación de la función renal la electrocardiografía y la evaluación oftálmica.

PROFILAXIS:

se recomienda el uso de AAS en dosis bajas de 80 a 150mg administración nocturna en pacientes de alto riesgo o con screening positivo para preeclampsia antes de la semana 16.

Las recomendaciones para la suplementación de calcio se basan en ensayos controlados aleatorios que incluyen menos de un gramo de suplementos orales, para las mujeres con una ingesta directa baja de calcio, definida como menor a 600mg/día

TRATAMIENTO:

Se recomienda tomar en cuenta los posibles efectos secundarios se recomiendan bloqueadores de los canales de calcio como parte del tratamiento.

La metil dopa para mantener el control de la hipertensión arterial sistólica crónica durante el embarazo

se sugiere mantener cifras tensionales por debajo de 130/80

TRATAMIENTO

Labetalon 100-400mg V.O

alfa metil dopa 250-500mg/V.O c/8HR

Nifedipino: 20-60mgv.o c/12hr

Metoprolol:100-200mg V.O cada 12 o 8 hr

Hidralazina: 25-50mg V.O c/6hr

CRISIS HIPERTENSIVA:

Labetalon IV 20mg en bolo hasta 40mg

Nifedipino: 10mg V.O cada 10 a 15 minutos