



Mi Universidad

Andrea Díaz Santiago

Resumen Enfermedades Hipertensivas del Embarazo

Tercer parcial

Clinica de ginecología y obstetricia

Dr. Miguel de Jesús García Castillo

Medicina Humana

7 semestre

Cómitán de Domínguez, 11 de noviembre, 2024.

ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS EN EL EMBARAZO

La hipertension es el transtorno medico mas comun de l embarazo y complica l de cada 10 gestaciones. La principal preocupacion acerca de la presion arterial elevada son sus posibles efectos perjudiciales, tanto la madre como para el feto.

A escala mundial, cada año. los desordenes hipertensivos durante el embarazo representan 50000 muertes maternas y 900,000 perinatales, ademas de construir una predisposicion a presentar complicaciones cardiovasculares en el futuro, y de que los hijos puedan padecer hipertension arterial (HTA) en edades tempranas, asi como sindrome metabolico (Napoleón D, 2016)

En latinoamerica y el Caribe la preeclampsia es la causante de 25.7% de las muertes maternas y en las ultimas decadas se han producido un aumento de su incidencia en un 25% asi mismo se considera que mujeres que padecen transtorno hipertensivo durante el embarazo, cerca de los 50 a 100 de ellas desarrollaran secuelas y l fallecera.

la incidencia de los desordenes hipertensivos en la gestacion esta aumentada entre otros factores, debido a un incremento global de la edad materna, la obesidad, la tecnologia de reproduccion asistida, y las comorbilidades medicas que predisponen a la preeclampsia como la diabetes, la hipertension y la enfermedad renal. La preeclampsia es mas comun en las mujeres afro-caribeñas, multifetal de gestacion y primigravidas.

Un desorden hipertensivo, se diagnostica cuando las cifras tensionales estan por encima de 140x90 mm deHg despues de la semana 20 de gestacion en pacientes previamente normotensas sin proteinuria

los desordenes hipertensivos en el embarazo su pueden clasificar con HIPERTENSION GESTACIONAL: es la hipertension que se presenta despues de la semana 20 de gestacion con proteinuria negativa. En el postparto (12 semanas) cifras tensionales normales (hipertension transitoria) cifras elevadas (hipertension cronica)

PRE-ECLAMPSIA; hace referencia a la presencia de cifras tensionales mayores o iguales a 140- 90 mmhg con proteinuria mayor a 300mg/24h creatinina serica elevada (mayor a 30 mg/mmol) en la gestante con embarazo mayor a 20 semanas o hasta dos semanas postparto.

PRE-ECLAMPSIA CON DATOS DE SEVERIDAD: cifras tensionales mayor o igual a 160/110 mmHg y sintomas con compromiso de organos blanco. pueden causar con cefalea, vision borrosa, dolores, dolor en flanco derecho, vomito, papiledema, clonus mayor o igual a 3+. hipersensibilidad hepatica, sindrome de HELLP, trombocitopenia (plaquetas menores a 150,000/mm³, elevada de las lipoproteinas de baja densidad (ldh), enzimas hepaticas elevadas (ALT o AST)!

ECLAMPSIA: es una complicación de la pre/eclampsia severa, frecuentemente acompañada de síntomas neurológicos que incluyen: convulsiones (eclampsia), hiperreflexia, cefalea, alteraciones visuales (fotopsia, escotomas, ceguera, cortical, vasoespasmos retinales) enfermedad cerebrovascular edema, pulmonar abruptio placentae, puede aparecer hasta a el decimo día postparto.

HIPERTENSION CRONICA: definida como la presencia de hipertension arterial mayor o igual a 140x90 mmHg antes del embarazo, antes de la semana veinte de gestacion o hasta la semana sexta postparto, asociada o no a proteinuria.

HIPERTENSION CRONICA MAS PREECLAMPSIA SOBREGREGADA: hace referencia al desarrollo de la preeclampsia o eclampsia en una mujer con hipertension cronica preexistente.

Apesar de los conocimientos avances en la comprensión de desordenes hipertensivos en el embarazo, la causa aun no es del todo conocida se asocia a una placentacion anomala que condiciona hipoxia e isquemia placentaria, asociado a disfuncion del endotelio materno posiblemente incrementada por predisposicion inmunogenica, y una inapropiada o exagerada respuesta inflamatoria sistematica.

JUSTIFICACION:

Los desordenes hipertensivos estan asociados con severas complicaciones maternas y contribuyen a la mortalidad materna. Asimismo incrementa la presencia de parto prematuro/restriccion de crecimiento intrauterino bajo peso para la edad gestacional y muerte perinatal. Se estima que su incidencia es de 5 a 10%.

En las ultimas decadas la incidencia de hipertension gestacional y preeclampsia han incrementada. Mujeres con hipertension cronica se ha demostrado que tiene un incremento marcado en el riesgo de pronostico adverso fe tal como accidentes cerebrovasculares desprendimiento de placenta, en comparacion con mujeres con normotension.

La frecuencia y potenciales secuelas de desordenes hipertensivos en el embarazo hacen necesaria su correcta identificacion y manejo.

Por ello contar con una Guia de Practica Clinica que aborde la deteccion diagnostico y tratamiento permitira coadyuvar en una mejor identificacion de las enfermedades contribuyendo a un tratamiento oportuno limitando las potenciales complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio.

Dentro de las evidencias: la deteccion de los factores de riesgo maternos contribuyen a definir la vigilancia estricta del control prenatal en aquellas pacientes con riesgo alto de desarrollar enfer-

medades hipertensivas durante el embarazo.

FACTORES DE RIESGO RECONOCIDOS:

asociados a hipertension gestacional y preeclampsia incluyendo:

- . Edad materna
- . Paridad
- . Historia familiar de preeclampsia
- . Presion arterial materna (presion arterial media)
- . Embarazo mediante tecnicas de reproduccion asistida
- . IMC
- . Comorbilidad:
 - . Diabetes melÿitus
 - . Hipertension arterial cronica
 - . Insuficiencia renal cronica
 - . Trastornos inmunologicos (LES, SA AF)
 - . Trombofilias

Los rasgos de presion arterial en pre- hipertension son asociados con 2 veces el riesgo de desarrollo de pre-eclampsias mientras que la normotension reduce el riesgo de comienzo temprano o tardio de la enfermedad.

Existe un consenso de que la hipertension cronica (preexistente) la preeclampsia previa, la enfermedad autoinmune anticuerpos anti-foaf olipidos la enfermedad renal cronica y diabetes melÿitus preexistentes confieren de sa cuatro el riesgo de preeclampsia en la gestacion actual.

La combinacion de factores de riesgo con presion arterial subótima confiere mayor susceptibilidad para el desarrollo de enfermedad cardiovascular. En el contexto del embarazo, estos factores pueden potenciar cada uno el incremento de riesgo para preeclampsia en mujeres aparentemente mentetsanas.

Las mujeres quienes desarrollan preeclampsia tiene perfiles de riesgo cardiovascular, metabolico- y / o trobolico.

Es recomendable la identificacion de factores de riesgo para preeclampsia idealmente e nel primeer trimestre cuando la prevencion puede tener un impacto benefito.

Se recomienda la banyeda intencionada de los siguientes factores de riesgo asociados al embazazo:

- .Paridad
- .Historia familiar de preeclampsia
- .Diabetes mellitus
- .Hipertension arterial cronica
- .Presion arterial materna
- .Edad materna
- .Indice de masa corporal

Scholten y cols. En un estudio de cohortes que evaluo la prevalencia de perfiles de riesgo cardiovascular metabolico y protrombotico en mujeres con historia de preeclampsia, demostraron que el perfil cardiovascular es el mas prevalente (66.1) seguido de hipercolesterolemia (18.7%), sindrome metabolico (15.4%) y trombofilias (10.8%).

En pacientes que desarrollan hipertension gestacional o preeclampsia con presion arterial diastolica, mayor a 80 mmHg, se asocia al desarrollo de nacimientos prematuros y bajo peso de edad gestacional en la persona recién nacida.

El peso y la mortalidad perinatal parece estar relacionado con las cifras de presion diastolica y un optimo conocimiento y pronostico perinatal se ha observado con presiones diastolicas entre 70 a 80 mmHg y sistolica de 110 mmHg.

Es recomendable la verificacion de los signos vitales incluyendo la presion arterial en todas las consultas prenatales.

Es recomendable mantener las cifras de presion arterial durante el primer trimestre:

- .sistólica: 115 a 120 mmHg
- .diastolica: 65 a 80 mmHg

DIAGNOSTICO:

La evaluacion de los trastornos hipertensivos en el embarazo incluye la evaluacion de riesgo de preeclampsia, la gravedad de la misma y la presencia de hallazgos relevantes adicionales, incluyendo causas identificables con hipertension o enfermedad renal.

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 ginecologos.

La aparicion de proteinuria en un examen general de orina (EGO) anuncia un posible inicio de complicacion hipertensiva, ya sea preeclampsia, preeclampsia agregada a hipertension arterial sis-

temica crónica o enfermedad renal. La cantidad de pérdida de proteínas tiene implicaciones tanto diagnósticas como pronósticas.

Actualmente existen tres métodos de estimación de proteinuria. El más popular es el análisis de la tira reactiva en orina y semicuantitativa, la segunda es el "patrón oro" cuantificación de proteínas en orina en 24 horas pero está limitado por su disponibilidad y limitaciones de tiempo, finalmente la tercera es la estimación de la relación proteína urinaria: creatinina (UPCR) en muestras de orina aleatoria, sin embargo el valor de los puntos de corte de estos últimos métodos varía de acuerdo a cada centro hospitalario.

Las mujeres embarazadas con diagnóstico de hipertensión gestacional o hipertensión arterial crónica y embarazo o mujeres con riesgo elevados para el desarrollo de preeclampsia es recomendable utilizar pruebas para la medición de proteinuria (recolección de orina de 24 horas para cuantificar la cantidad de proteinuria) en cada visita de control prenatal.

Un resultado por tira reactiva de 1+ requiere confirmación a través de recolección de orina de 24 horas para cuantificar la cantidad de proteinuria debido a que se relaciona con 0.3 g o más de proteinuria.

Si se detecta hipertensión durante el embarazo con mujeres previamente sanas o en aquellas con alto riesgo de preeclampsia (mayor 140-90 mmHg) o proteinuria por tira reactiva en orina de 24 horas mayor a 300 mg/24 horas o índice de proteína: creatinina mayor 0.28) se sugiere evaluar la hospitalización a corto plazo para distinguir la hipertensión gestacional preeclampsia o hipertensión arterial crónica secundaria y en caso de confirmarse el trastorno hipertensivo iniciar el tratamiento adecuado.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO:

se recomienda la ingestión de dietas normosódicas en mujeres de riesgo bajo.

Establecer un plan de ejercicio de forma individual.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

Se recomienda iniciar tratamiento farmacológico antihipertensivo cuando la presión arterial diastólica se encuentre persistentemente por arriba de 90 mmHg en paciente con hipertensión gestacional.

Uno de los medicamentos estudiados en el embarazo es la DOPAMINA, de mostró que no hay incremento en la incidencia de problemas de salud.