



Mi Universidad

RESUMEN

Freddy Ignacio Lopez Gutierrez.

Resumen de Enfermedad Hipertensiva del Embarazo.

3er parcial

Clínica de Ginecología y Obstetricia.

Dr. Miguel de Jesús García Castillo.

Licenciatura en medicina humana

7mo semestre Grupo C

Comitán de Domínguez, 11 de Noviembre del 2024.

ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO

Es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna y perinatal a nivel mundial, incluyendo en México. Se refiere a un grupo de trastornos hipertensivos que se presentan durante el embarazo y que, en conjunto, representan un grupo de trastornos hipertensivos que se representan lo principal de un embarazo y que, en conjunto, representan un significado de riesgo para la madre y el feto. En México, la GPC Mexicana proporciona un marco detallado para el diagnóstico, manejo y tratamiento de estas enfermedades, con el objetivo de reducir las complicaciones asociadas y mejorar los resultados maternos, y neonatales. Las principales categorías de la EHE incluyen la hipertensión gestacional, preeclampsia, eclampsia y el síndrome de HELLP, cada una con características y criterios diagnósticos específicos. La detección temprana y el tratamiento adecuado de estas condiciones son fundamentales para prevenir complicaciones graves como el daño a órganos, convulsiones y la muerte materna o fetal.

HIPERTENSIÓN GESTACIONAL

La hipertensión gestacional se diagnostica cuando la hipertensión (presión arterial es mayor a 140/90 mmHg) aparece después de las 20 semanas de gestación en una mujer previamente normotensa, sin presencia de proteinuria ni signos de afectación de órganos. Este diagnóstico se confirma si la presión arterial elevada persiste en dos mediciones con al menos 4 horas de intervalo y se resuelve generalmente después del parto.

Fisiopatología:

La fisiopatología de la hipertensión gestacional no está completamente comprendida pero se cree que involucra alteraciones en la adaptación cardiovascular y renal propias del embarazo. En condiciones normales, el sistema cardiovascular sufre de adaptaciones que incluyen un incremento del volumen plasmático y una disminución de la resistencia vascular periférica. En la hipertensión gestacional, estos mecanismos de adaptación pueden estar alterados, resultando en hipertensión.

Factores como la disfunción endotelial, respuesta inmunológica alterada a antígenos placentarios, y desequilibrio entre factores vasodilatadores (como el óxido nítrico) y vasoconstrictores (como la endotelina) podrían contribuir al desarrollo de esta condición.

Diagnostico

El diagnostico de hipertension gestacional se basa en la elevacion de la presion arterial sin proteinuria ni signos de afectacion de organos;

• Presion arterial mayor de 140/90 mmHg despues del las 20 semanas de gestacion.

• Confirmacion en dos tomas separadas por al menos 4 horas de una mujer previamente normotensa.

• Sin proteinuria (proteinas en orina mayor de 300 mg en 24 horas) ni otros signos de afectacion organica, como alteraciones en el sistema renal, hepatico, neurologico o hematologico.

En varios casos es esencial monitorear a la paciente para detectar progresion a preeclampsia o eclampsia, dado que ésta puede evolucionar a estos estados si no es controlada.

Tratamiento

El tratamiento de la hipertension gestacional se orienta en controlar la presion arterial y a prevenir complicaciones para la madre y feto. La eleccion del farmaco y la dosificacion dependeran del control de la presion arterial y de la tolerancia de la paciente.

Antihipertensivos

1) Alfa-metildopa

• Dosis inicial: 250 mg por via oral cada 8 horas.

• Dosis maxima: hasta 2 gramos al dia, ajustada segun el control de la presion arterial.

• Consideracion: Es el medicamento de primera linea por su perfil de seguridad en el embarazo.

Nifedipino

• Dosis: 30-120 mg una vez al dia, ajustando de acuerdo al control de la presion.

• Consideracion: Su uso se reserva para casos donde se necesita un control adecuadamente cuando no se puede controlar con el Alfa-metildopa o si la paciente no lo tolera.

Hidralazina (control urgente)

• Dosis: 5-10 mg intravenosos cada 20-30 min hasta alcanzar estabilizar la presion.

• Consideracion: Su uso se reserva para casos donde se necesita un control rapido debido a la severidad de la hipertension.

Monitoreo y evaluación materno-fetal

- Control de la presión arterial: Monitoreo regular para detectar cualquier aumento en la presión o progresión a preeclampsia.
- Laboratorio: Realizar análisis de hemoglobina, plaquetas, función renal (creatinina) y hepática (ALT, AST) para detectar posibles signos de preeclampsia o síndrome de HELLP.
- Monitoreo fetal: Evaluaciones ecográficas y monitoreo de la frecuencia cardíaca fetal periódicamente para asegurar el bienestar del feto.

Finalización del embarazo

- Progresión a preeclampsia o complicaciones maternas graves.
- Deterioro del bienestar fetal (retardo en el crecimiento intrauterino, sufrimiento fetal).
- Edad gestacional favorable o respuesta insatisfactoria al tratamiento.

PREECLAMPSIA

Trastorno hipertensivo específico del embarazo que se caracteriza por hipertensión arterial (140/90 mmHg) y signos de daño en órganos o sistemas, que aparecen después de las 20 semanas de gestación en mujeres previamente normotensas. Generalmente se acompaña de proteinuria (mayor de 300 mg en 24 horas o relación proteína/creatinina mayor de 0.3), aunque esta puede estar ausente en algunos casos, presentándose en cambio signos afectados multiorgánica como disfunción hepática, trombocitopenia, alteración renal o manifestaciones neurológicas.

Fisiopatología

Se considera una enfermedad de origen placentario, relacionada con una implantación anormal del trofoblasto que da lugar a una perfusión inadecuada de la placenta. Esto provoca una disfunción endotelial materna con liberación de factores proinflamatorios y antiangiogénicos, lo cual causa hipertensión y daño en órganos. Entre los principales mecanismos implicados están el aumento del estrés oxidativo, la disfunción endotelial y el desequilibrio en los factores angiogénicos.

Diagnóstico

- Presión arterial: Mayor de 140 / 90 mmHg en dos ocasiones separadas por al menos 4 horas en mujeres normotensas previas.
- Proteinuria: Mayor de 300 mg en 24 horas o relación proteína/creatinina mayor de 0.3.

Tratamiento

Los objetivos del tratamiento son controlar la presión arterial y prevenir complicaciones como eclampsia, síndrome de HELLP y otras afectaciones graves.

- Alfacetildopa: 250-500 mg vía oral cada 8 horas.
- Labetalol: 100-400 mg vía oral
- Nifedipino: 20-60 mg vía oral liberación prolongada cada 24 hrs.
- Metoprolol: 100-200 mg vía oral cada 8 a 12 hrs.
- Hidralazina: 25-50 mg vía oral cada 6 horas.

Preeclampsia sin datos de severidad **IMPORTANTE**

Valorar egreso hospitalario con terapia antihipertensiva y valoración en no más de 2 semanas.

Preeclampsia con datos de severidad **HOSPITALIZAR**

- Terapia antihipertensiva.
- Prevención de la eclampsia (sulfato de magnesio).
- Menor de 34 SDG inductores de madurez pulmonar.
- MAYOR de 34 SDG resolución del embarazo.

IMPORTANTE

Terminar embarazo en pacientes **NO** estables.

ECLAMPSIA

Es la complicación de preeclampsia caracterizada por la aparición de convulsiones generalizadas en una mujer embarazada, en trabajo de parto o en el postparto, que no pueden explicarse por otras causas neurológicas. Es una emergencia obstétrica que puede conducir a complicaciones graves como daño neurológico, insuficiencia y muerte materno-fetal.

Fisiopatología

Se desarrolla como resultado de la disfunción endotelial y un incremento en la permeabilidad vascular, lo que lleva a edema cerebral y una respuesta vasoconstrictora exagerada. La causa exacta de la Preeclampsia y eclampsia es compleja, pero se cree que implica una respuesta inmune anormal de la placenta, que provoca inflamación sistémica, disfunción del endotelio y aumento de la presión arterial. Esto culmina en hipoxia e isquemia en el cerebro, con potencial para convulsiones y edema cerebral.

Diagnostico

Convulsiones generalizadas en una paciente con preeclampsia sin otra causa neurológica conocida.

Evolucion clinica: hipertension significativa (mayor de 160/110 mmHg)

Tratamiento

Sulfato de magnesio (TRATAMIENTO DE ELECCION)

Si esto contraindicado, no hay disponibilidad o existe falta de respuesta, utilizar FENITOINA.

Valorar REFLEJO ROTULIANO, abolicion; intoxicacion y antidoto, GLUCONATO DE CALCIO.

Dosis: 1 gramo intravenoso administrado lentamente en 3 min.

Finalización del embarazo

Tratamiento definitivo y debe ser considerada tan pronto como la paciente este estabilizada, ya que reduce el riesgo de complicaciones maternas y fetales. Si es posible se debe de realizar el parto vaginal, pero la cesarea se recomienda en casos de urgencia o falta de progresion.

SINDROME DE HELLP

Es una complicacion grave de la preeclampsia, que afecta a entre el 10-20% de las mujeres con preeclampsia severa. Es caracterizado por 3 características clinicas principales: HEMOLISIS, ELEVACION DE ENZIMAS HEPATICAS, y PLAQUETOPENIA. Este se suele aparecer en el tercer trimestre del embarazo y se asocia a un alto riesgo de morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

Fisiopatologia

Es el resultado de una disfuncion vascular endotelial que causa alteracion en la coagulacion, daño en los globulos rojos (hemolisis) y disfuncion hepatica. La preeclampsia subyacente provoca un estado proinflamatorio e hipoperfusion en organos clave, lo que desencadena un estado inflamatorio e hipoperfusion en organos lo que desencadena una cascada de alteraciones:

Hemolisis: La destruccion de globulos rojos debido a daño endotelial y paso de las celulas a traves de vasos estrechos o lesionados.

Elevacion de enzimas hepaticas: La hipoperfusion y daño celular provocan isquemia hepatica, necrosis y aumento de enzimas hepaticas (AST, ALT).

Plaquetopenia: Se da por el consumo de plaquetas en areas de daño vascular, favoreciendo un estado de coagulacion diseminada.

Diagnostico

	Clase	Mississippi
<i>Tennessee</i> plaquetas menor de 100,000 / ul AST mayor de 70 U/L Esquitocitos (LDH) mayor de 600 U/L	1	Plaquetas menor de 50,000/ul AST o ALT mayor de 40U/L LDH mayor de 600 U/L
Ausencia de Hepatoglobina Bilirrubina indirecta mayor 1,2	2	Plaquetas menor de 100,000/ul Mayor de 50,000/ul
	3	Plaquetas menor de 150,000/ul Mayor de 100,000/ul

Tratamiento

Inicio de sulfato de magnesio ²; Bolo inicial de 4 a 6 gramos seguidos por hora intravenoso hasta las 24 horas postparto.

Terapia con CORTICOSTEROIDES; 10 mg intravenoso cada 12 horas anteparto y postparto hasta tener recuentos plaquetarios de 100,000/mm³. Posteriormente se reduce a 5mg intravenoso cada 12 hrs hasta la remision del sindrome.

Control de la presion arterial sistolica con antihipertensivo; El objetivo es mantener cifras de presion arterial entre mantener la presion arterial sistolica de 140-155 mmHg y diastolica de 80-100mmHg.

BIBLIOGRAFIA

- .GR prevención diagnostico y tratamiento de la preeclampsia en el segundo y tercer nivel de atención.
- .GR diagnostico de enfermedad hipertensiva del embarazo.