



Enfermedad Hipertensiva del Embarazo

Joseph Eduardo Córdova Ramírez

Resumen Detallado

3er Parcial

Dr. Miguel De Jesús García Castillo

Clínica de Ginecología

Medicina Humana

7mo Semestre

Grupo C

11 de Noviembre del 2024 Comitán de Dominguez Chiapas

ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO

LA HIPERTENSION ES EL TRASTORNO MEDICO MAS COMUN DEL EMBARAZO Y COMPLICAN 1 DE CADA 10 GESTACIONES. LA PRINCIPAL PREOCUPACION ACERCA DE LA PRESION ELEVADA SON SUS POSIBLES EFECTOS PERJUDICIALES, TANTO PARA LA MADRE COMO PARA EL FETO.

A ESCALA MUNDIAL CADA AÑO, LOS DESORDENES HIPERTENSIVOS DURANTE EL EMBARAZO REPRESENTAN 50,000 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.

EL DESORDEN HIPERTENSIVO, SE DIAGNOSTICA CUANDO LAS CIFRAS TENSIONALES ESTAN POR ENCIMA DE 140x90mmHg, DESPUES DE LA SEMANA 20 DE GESTACION EN PACIENTE PREVIAMENTE NORMOTENSA, SIN PROTEINURIA.

LOS DESORDENES HIPERTENSIVOS EN EL EMBARAZO PUEDEN SER CLASIFICADOS COMO:

HIPERTENSION GESTACIONAL: HIPERTENSION QUE SE PRESENTA DESPUES DE LA SEMANA 20 DE GESTACION, PROTEINURIA NEGATIVA. EN EL POSPARTO (12 SEMANAS) CIFRA TENSIONALES NORMALES (HIPERTENSION TRANSITORIA) CIFRAS ELEVADAS (HIPERTENSION CRONICA)

PRE-ECLAMPSIA: HACE REFERENCIA A LA PRESENCIA DE CIFRAS TENSIONALES MAYORES O IGUALES A 140/90mmHg, PROTEINURIA MAYOR A 300mg/24HRS, CREATININA SERICA ELEVADA (+30mg/mmol), EN LA GESTANTE CON EMBARAZO MAYOR A 20 SEMANAS O HASTA DOS SEMANAS POSPARTO.

PRE-ECLAMPSIA CON DATOS DE SEVERIDAD: CIFRAS TENSIONALES MAYORES O IGUAL A 160x110 mmHg Y SINTOMAS CON COMPROMISO DE ORGANO BLANCO PUEDE CURSAR CON CEFALEA, VISION BORROSA, FOSFENOS, DOLOR EN FLANCO DERECHO, VOMITO, PAPILEDEMA, CLONUS MAYOR O IGUAL A 3+, HIPERSENSIBILIDAD HEPATICA, SINDROME DE HELLP, TROMBOCITOPENIA (PLAQUETAS MENORES A 150.000 mm³, ELEVACION DE LAS LIPOPROTEINAS DE BAJA DENSIDAD (LDL), ENZIMAS HEPATICAS ELEVADAS (ALT O AST).

ECLAMPSIA: ES UNA COMPLICACION DE LA PRE-ECLAMPSIA SEVERA, FRECUENTEMENTE ACOMPAÑADA DE SINTOMAS NEUROLOGICOS, QUE INCLUYE: CONVULSIONES (ECLAMPSIA), HIPERREFLEXIA, CEFALEA, ALTERACIONES VISUALES (FOTOPSIA ESCOTOMAS, CEGUERA CORTICAL, VASOESPASMO RETINAL), ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR, EDEMA PULMONAR, ABRUPTIO PLACENTAE, PUEDE APARECER HASTA EL DECIMO DIA POSPARTO.

HIPERTENSION CRONICA: DEFINIDA COMO LA PRESENCIA DE HIPERTENSION ARTERIAL MAYOR O IGUAL A 140x90mmHg ANTES DEL EMBARAZO, ANTES DE LA SEMANA VEINTE DE GESTACION O HASTA LA SEXTA SEMANA POSPARTO, ASOCIADA O NO A PROTEINURIA.

HIPERTENSION CRONICA MAS PRE-ECLAMPSIA SOBREAgregada: HACE REFERENCIA AL DESARROLLO DE PRE-ECLAMPSIA O ECLAMPSIA EN UNA MUJER CON HIPERTENSION CRONICA PREEXISTENTE.

LOS DESORDENES HIPERTENSIVOS ESTAN ASOCIADOS CON SEVERAS COMPLICACIONES MATERNAS Y CONTRIBUYEN A LA MORTALIDAD MATERNA. ASIMISMO, INCREMENTAN LA PRESENCIA DE PARTO PRETERMINO, RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO INTRA-UTERINO, BAJO PESO PARA EDAD GESTACIONAL Y MUERTE PERINATAL. SE ESTIMA QUE SU INCIDENCIA ES DE 5 A 10%.

FISIOPATOLOGIA.

LA FISIOPATOLOGIA NO ESTA TOTALMENTE EXPLICADA AUN. EN EL EMBARAZO EL SISTEMA RENINA ANGIOTENSINA ESTA REGULADO Y LA RESISTENCIA VASCULAR SISTEMICA DISMINUYE. COMO RESULTADO, LA PRESION ARTERIAL INICIALMENTE DISMINUYE COMENZANDO DESDE LA SEMANA 7 DE GESTACION LA REDUCCION EN LA PRESION SISTOLICA (DIASTOLICA) TIENDE A SER MAYOR QUE LA REDUCCION EN LA PRESION SISTOLICA. LA PRESION MATERNA COMIENZA A INCREMENTAR LUEGO EN EL TERCER TRIMESTRE. EL EVENTO DESENCADENANTE PARA DESARROLLAR EVENTOS HIPERTENSIVOS EN EL EMBARAZO ES LA INVASION ANORMAL DEL CITOTROFOBlasto EN LAS ARTERIAS ESPIRALES, LLEVANDO A REDUCCION DE LA PERFUSION UTEROPLACENTARIA. LA ISQUEMIA PLACENTARIA RESULTANTE CAUSA ACTIVACION ANORMAL DEL ENDOTELIO VASCULAR MATERNO.

FACTORES DE RIESGO.

LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HIPERTENSION GESTACIONAL Y PRE-ECLAMPSIA INCLUEN:

1. EDAD MATERNA
2. PARIDAD
3. RAZA
4. HISTORIA FAMILIAR DE PRE-ECLAMPSIA
5. PRESION ARTERIAL MATERNA (PRESION ARTERIAL MEDIA)
6. EMBARAZO MEDIANTE TECNICAS DE REPRODUCCION ASISTIDA
7. INDICE DE MASA CORPORAL

COMORBILIDAD:

1. DIABETES MELLITUS
2. HIPERTENSION ARTERIAL CRONICA
3. INSUFICIENCIA RENAL CRONICA
4. TRASTORNOS INMUNOLOGICOS
5. TROMBOFILIAS

LA DETECCION DE LOS FACTORES DE RIESGO MATERNO CONTRIBUYE A DEFINIR LA VIGILANCIA ESTRICTA DEL CONTROL PRENATAL EN AQUELLAS PACIENTES CON RIESGO ALTO DE DESARROLLAR ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO. EL CONTROL PRENATAL DE TODA PACIENTE EMBARAZADA DEBE INCLUIR LA IDENTIFICACION DE FACTORES DE RIESGO PARA DESARROLLO DE HIPERTENSION GESTACIONAL O PRE-ECLAMPSIA.

LAS MUJERES QUIENES DESARROLLAN PRE-ECLAMPSIA TIENEN PERFILES DE RIESGO CARDIOVASCULAR, METABOLICO O TROMBOTICO

DIAGNOSTICO.

ES RECOMENDABLE LA IDENTIFICACION DE FACTORES DE RIESGO PARA PRE-ECLAMPSIA, IDEALMENTE EN EL PRIMER TRIMESTRE, CUANDO LA PREVENCION PUEDE TENER UN IMPACTO BENEFICIO.

EN PACIENTES QUE DESARROLLAN HIPERTENSION GESTACIONAL O PRE-ECLAMPSIA CON PRESION ARTERIAL DIASTOLICA $+80\text{mmHg}$, SE ASOCIA AL DESARROLLO DE NACIMIENTOS PRETERMINO Y BAJO PESO PARA EDAD GESTACIONAL EN LA PERSONA RECIEN NACIDA.

EL PESO Y LA MORTALIDAD PERINATAL SE HA RELACIONADO CON LAS CIFRAS DE PRESION DIASTOLICA, Y UN OPTIMO CRECIMIENTO Y PRONOSTICO PERINATAL SE HA OBSERVADO CON PRESIONES DIASTOLICAS ENTRE 70 A 80 mmHg Y SISTOLICAS DE 110 mmHg

SE RECOMIENDA MANTENER CIFRAS DE PRESION ARTERIAL DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DE:

SISTOLICA: 115 A 120 mmHg

DIASSTOLICA: 65 A 80 MMHG

INGRESO HOSPITALARIO.

ANTE EL DIAGNOSTICO CLINICO DE PRE-ECLAMPSIA, ES ACONSEJABLE INGRESAR A LA PACIENTE PARA SU ESTUDIO Y CORRECTA CATALOGACION.

POSTERIORMENTE SEGUN DE LA GRAVEDAD DEL CUADRO SE PODRA REALIZAR TRATAMIENTO AMBULATORIO (EN CASOS DE HIPERTENSION GESTACIONAL Y DE PRE-ECLAMPSIA LEVE).

EVALUACION INICIAL PARA DIAGNOSTICO..

LOS DESORDENES HIPERTENSIVOS EN EL EMBARAZO PUEDEN SER CLASIFICADOS COMO:

HIPERTENSION PREEEXISTENTE CON CONDICIONES CO-MORBIDA - CON EVIDENCIA DE PRE-ECLAMPSIA

HIPERTENSION GESTACIONAL CON CONDICION CO-MORBIDA - CON EVIDENCIA DE PREECLAMPSIA

PREECLAMPSIA

OTROS (HIPERTENSION TRANSITORIA E HIPERTENSION DE BATA BLANCA)

LOS EXAMENES DE LABORATORIO RECOMENDADOS PARA MONITOREAR A LAS PACIENTES CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO SON: HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITO, RECuento PLAQUETARIO, AST, ALT, DESHIDROGENASAS LACTICA (DLH), CREATININA Y EN PRESENCIA DE PROTEINURIA, CUANTIFICACION DE PROTEINAS EN ORINA DE 24 HORAS.

LA MEDICION DE ACIDO URICO SUELE UTILIZARSE COMO MARCADOR DE LA GRAVEDAD.

LAS MUJERES EMBARAZADAS CON BAJA SOSPECHA DE PREECLAMPSIA DEBEN SER EVALUADAS PARA LA DETECCION DE PROTEINURIA EN CADA VISITA PRE-NATAL A TRAVES DE TIRA REACTIVA, POR LO MENOS 1 VEZ AL MES.

LA APARICION DE PROTEINURIA EN UN EXAMEN GENERAL DE ORINA ANUNCIA UN POSIBLE INICIO DE COMPLICACION HIPERTENSIVA, YA SEA PREECLAMPSIA PREECLAMPSIA SOBREGREGADA A HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA CRONICA O ENFERMEDAD RENAL.

LA CANTIDAD DE PERDIDA DE PROTEINAS TIENE COMPLICACIONES (IMPLI-

IMPLICACIONES TANTO DIAGNOSTICO COMO PRONOSTICAS.

EXISTEN TRES METODOS DE ESTIMACION DE PROTEINURIA.

EL MASS POPULAR ES EL ANALISIS DE LA TIRA REACTIVA EN ORINA Y ES SEMICUANTITATIVA

LA SEGUNDA ES EL PATRON ORO : CUANTIFICACION DE PROTEINAS EN ORINA DE 24 HRS, PERO ESTA LIMITADO POR SU DISPONIBILIDAD Y LIMITACIONES DE TIEMPO

LA TERCERA ES LA ESTIMULACION DE LA RELACION PROTEINA URINARIA: CREATINA (UPCR) EN MUESTRAS DE ORINA ALEATORIA.

EL USO DE DOPPLER DE LAS ARTERIAS UTERINAS EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO TIENE UNA TASA DE DETECCION PARA PE PRECOZ DE 47% (FALSOS POSITIVOS 10%) CUANDO SE UTILIZA INDIVIDUALMENTE, COMPARADO CON UNA TASA DE DETECCION RESPECTIVAMENTE PARA PE TARDIA AUMENTA DE 41 a 45%.

SE RECOMIENDA LA IDENTIFICACION DE FACTORES DE RIESGO MATERNOS, EL CALCULO DE IMC Y PRESION ARTERIAL MEDIA DESDE LA PRIMERA CONSULTA DE CONTROL PRENATAL.

SE DEBERA HACER MEDICION DEL INDICE DE PULSATILIDAD DE LAS ARTERIAS UTERINAS Y CALCULO DE IP MEDIO ENTRE LA SEMANA 11 - 13.6 EN CASO DE CONTAR CON LOS RECURSOS (ULTRASONIDO, DOPPLER Y OPERADOR CAPACITADO) ADEMAS DE LA MONITORIZACION DE LA PRESION ARTERIAL, LA INVESTIGACION POR LABORATORIO TAMBIEN ES NECESARIA PARA MONITOREAR CUALQUIER CAMBIO EN PARAMETROS BIOQUIMICOS (PRUEBAS DE FUNCION RENAL Y HEPATICAS) QUE PUEDA AFECTAR EL PRONOSTICO FETAL MATERNO.

EN LA MUJER CON HIPERTENSION CRONICA Y EMBARAZO SE RECOMIENDA EVALUAR EL DAÑO EN ORGANO BLANCO.

LA EVALUACION DEPENDE DE LA GRAVEDAD Y SE RECOMIENDA INCLUIR EVALUACION DE LA FUNCION RENAL, ELECTROCARDIOGRAFIA Y EVALUACION OFTALMOLOGICA:

LA MONITORIZACION DEL FETO INCLUYE ULTRASONIDO FETAL (PARA EVALUAR LA ACTIVIDAD DEL RITMO CARDIACO FETAL UNA PRUEBA SIN ESFUEZOS) O LA DETERMINACION DEL PERFIL BIOFISICO (PARA EVALUAR EL BIENESTAR FETAL) AMERITA HOSPITALIZACION URGENTE AQUELLA PACIENTE QUE PRESENTE: HIPERTENSION SEVERA, DOLOR EN EPIGASTRIO, DOLOR EN HIPOCONDRIOS DERECHO NAUSEA Y VOMITO, AUN CUANDO NO SE DEMUESTRE DE MANERA INMEDIATA PROTEINURIA!

EFICACIA DE LA PROFILAXIS CON ACIDO ACETILSALICILICO PARA PREVENCION LA EVIDENCIA SUGIERE QUE LA ASPIRINA ADMINISTRADA ANTES DE DORMIR TIENEN MEJORES RESULTADOS EN LA PREVENCION DE PREECLAMPSIA.

LA DOSIS DE ASPIRINA QUE HAN DEMOSTRADO UNA REDUCCION SIGNIFICATIVA DE RIESGO DE PREECLAMPSIA OSCILAN ENTRE 80 - 150 mg/DIA. DOSIS MENORES NO SE ASOCIAN CON DISMINUCION DEL RIESGO.

SE RECOMIENDA EL USO DE AAS SE ASOCIA CON DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSIERTA Y ANTES DE LAS 12 SEMANAS SE ASOCIA CON DEFECTOS CONGENITOS DE PARED ABDOMINAL.

TRATAMIENTO.

FARMACOLOGICO.

ALFAMETILDOPA - 250-500 mg, VIA ORAL CADA 8 HORAS. DOSIS MAXIMA: 2 GRAMOS/DIA

LABETALOL - 100-400 mg, VIA ORAL. DOSIS MAXIMA: 1.200 mg/dia

NIFEDIPINO - 20-60mg, VIA ORAL? LIBERACION PROLONGADA CADA 24

HRS. DOSIS MAXIMA: 120 mg/dia

HIDRALACINA: 25-50 mg VIA ORAL CADA 6 HORAS. DOSIS MAXIMA: 200 mg-dia

NO TODAS LAS PACIENTES CON HIPERTENSION GESTACIONAL REQUIEREN TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO.

EL TRATAMIENTO DEBE SER CONSIDERADO CUANDO LA PRESION ARTERIAL SE ENCUENTRA PERSISTENTE POR ARRIBA DE 90 mmHg.

LA TERAPIA FARMACOLOGICA DURANTE EL EMBARAZO PUEDE PREVENIR LA PROGRESION A HIPERTENSION ARTERIAL SEVERA Y COMPLICACIONES MATERNAS COMO FALLA CARDIACA Y EVENTOS VASCULARES CEREBRALES.

POR LA SEGURIDAD DE LA PACIENTE SE RECOMIENDA LA METILDOPA COMO MEDICAMENTO DE PRIMERA LINEA EN EL TRATAMIENTO DE HIPERTENSION GESTACIONAL.

LA METILDOPA PUEDE TENER EFECTOS SECUNDARIOS COMO SEDACION Y ALTERACION DE LOS PATRONES DE SUEÑO POR SU EFECTO A NIVEL CENTRAL QUE DISMINUYE EL TONO SIMPATICO.

UN POTENCIAL EFECTO SECUNDARIO ES LA LIGERA ELEVACION DE ENZIMAS HEPATICAS, LO QUE PUEDE SER CAUSA DE CONFUSION EN EL DIAGNOSTICO DE COMPLICACIONES HEPATICAS.

LOS BLOQUEADORES DE CANALES DE CALCIO HAN DEMOSTRADO SER SEGUROS EN EL TRATAMIENTO DE HIPERTENSION GESTACIONAL DEMOSTRANDO UNA REDUCCION SIGNIFICATIVA DE LA PRESION ARTERIAL MATERNA, VALORES SERICOS DE CREATININA, UREA Y PROTEINURIA URINARIA DE 24 HRS, SIN REDUCIR LOS FLUJOS DE LA ARTERIA UMBILICAL

DURANTE EL EMBARAZO EL TRATAMIENTO CON ENHIBIDORES DE LA ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA Y LOS ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE ANGIOTENSINA SON CONTRAINDICADOS, YA QUE SE ASOCIA A DAÑO FETAL

EL USO DE DIURETICOS EN LA PACIENTE CON HIPERTENSION CRONICA DURANTE EL EMBARAZO SE ASOCIA CON DISMINUCION VOLUMEN DE PLASMA MATERNO, LO QUE PUEDE CONDICIONAR REDUCCION DE LA PERFUSION PLACENTARIA

RECORDAR: LA METILDOPA PARA MANTENER EL CONTROL DE LA HIPERTENSION ARTERIAL DURANTE EL EMBARAZO ES EL TRATAMIENTO DE PRIMERA LINEA.

COMPLICACIONES.

SX HELLP: ES UNA COMPLICACION DE LA PREECLAMPSIA GRAVE QUE INVOLUCRA HEMOLISIS, ELEVACION DE ENZIMAS HEPATICAS Y BAJO CONTEO DE PLAQUETAS PUEDE LLEVAR A UNA INSUFICIENCIA HEPATICA, SANGRADO Y FALLA RENAL.

Bibliografías

[https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/gu-
iasclinicas/058GER.pdf](https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/gu-
iasclinicas/058GER.pdf)

[https://www.elsevier.es/index.php?
p=revista&pRevista=pdf-
simple&pii=13108003&r=151](https://www.elsevier.es/index.php?
p=revista&pRevista=pdf-
simple&pii=13108003&r=151)