



Mi Universidad

ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO

Derlin Guadalupe Castillo Gonzalez  
Enfermedad hipertensiva del embarazo  
3er Parcial  
Clinica de Ginecologia y Obstetricia  
Dr. Miguel de Jesus Garcia Castillo  
Licenciatura en medicina humana  
7mo Semestre  
Grupo "C"

## ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO

las enfermedades hipertensivas del embarazo (EHE) incluyen un conjunto de trastornos que se presentan durante el embarazo, como la hipertension gestacional, preeclampsia, eclampsia, hipertension cronica y sx de Hellp. Estas condiciones son una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

### HIPERTENSION GESTACIONAL

la hipertension gestacional se define como la elevacion de la presion arterial mayor o igual a 140/90 mmHg que aparece despues de la semana 20 de gestacion en mujeres sin antecedente de hipertension previa. No se acompaña de proteinuria ni de signos de afectacion sistémica.

### FISIOPATOLOGIA

La fisiopatologia no está completamente aclarada, aunque se cree que puede estar relacionada con factores placentarios y vasculares que afectan la adaptacion cardiovascular y renal al embarazo. La resistencia vascular y los cambios en la respuesta inmune tambien juegan un papel en el aumento de la presion arterial.

### DIAGNOSTICO

El diagnostico se basa en la medicion de la presion arterial sistolica y diastolica en al menos 2 ocasiones, separadas por al menos 4 horas, despues de la semana 20 de gestacion.

### TRATAMIENTO

- 1) Metildopa: primera linea de tratamiento, con una dosis inicial de 250 mg cada 8 horas, que puede ajustarse hasta un maximo de 2-3 g/dia.
- 2) Labetalol: 100-400 mg VO, dosis maxima de 1,200 mg/dia.
- 3) Nifedipino: 20-60 mg VO, liberacion prolongada cada 24 hrs, que puede ajustarse con una dosis maxima de 120 mg/dia.

## PREECLAMPSIA

La preeclampsia es una complicación del embarazo caracterizada por presencia de hipertensión y proteinuria significativa, por primera vez después de 20 semanas de gestación, durante el parto o en el puerperio. También es llamado "preeclampsia con datos de severidad" cuando hay una o más complicaciones severas.

## FISIOPATOLOGIA

La preeclampsia es una complicación que se relaciona con una inadecuada adaptación de las arterias espirales del útero, lo que lleva a una disfunción endotelial sistémica y estrés oxidativo. Esto genera vasoconstricción, activación de la coagulación y daño en órganos.

## DIAGNOSTICO

Presión arterial mayor o igual 140/90 en dos ocasiones separadas por al menos 4 horas o mayor o igual 160/110 mmHg en una medición.

presencia de proteinuria mayor 300mg en una recolección de orina de 24 horas (estándar de oro).

Elevación de creatinina sérica (mayor 1.1 mg/dL).

Incremento de AST o ALT (mayor 70 UI/L). DHL (mayor 600 IU/L)

Disminución de plaquetas menor 100,000/mm<sup>3</sup> (trombocitopenia).

Preeclampsia también es hipertensión en el embarazo y un criterio de severidad aun cuando no haya proteinuria demostrada en un primer momento.

## TRATAMIENTO

El tratamiento principal de la preeclampsia consiste en el manejo de la presión arterial y prevención de convulsiones.

1. antihipertensivos:

1) Labetalol 100-400 mg VO, dosis máxima 1,200 mg/día.

2) Hidralazina 25-50 mg VO cada 6 horas, dosis máxima 200 mg/día.

3) Nifedipino 20-60 mg VO liberación prolongada cada 24 horas

dosis máxima 120 mg/día.

## 2. Anticonvulsivantes (profilaxis de eclampsia)

1) Sulfato de magnesio: dosis de carga de 4-6 g IV en 20-30 minutos, seguida de una infusion de mantenimiento de 1-2 g/h. En paciente con preeclampsia sin comorbilidades la terapia antihipertensiva se indicara para mantener presion sistolica y diastolica. sistolica entre 155 y 130 mmHg, y diastolica entre 105 y 80 mmHg.

3. Maduracion pulmonar fetal (si es menor de 34 semanas de gestacion).

1) Betametasona: 12 mg IM cada 24 horas por 2 dosis.

2) Dexametasona: 6 mg IM cada 12 horas por 4 dosis.

4. Terminacion del embarazo: indicada si la preclampsia es severa o si hay riesgo para la madre o el feto.

## ECLAMPSIA

La eclampsia es una complicacion grave de la preeclampsia caracterizada por la aparicion de convulsiones tonico-clonicas generalizadas en una mujer con preeclampsia, en ausencia de otras causas neurologicas. Pueden ocurrir durante el embarazo, el parto o el puerperio.

## FISIOPATOLOGIA

Se asocia con disfuncion endotelial severa, incremento de la permeabilidad vascular y edema cerebral, lo que aumenta la presion intracraneal y el riesgo de convulsiones. Se cree que el desequilibrio entre factores proangiogenicos y antiangiogenicos contribuye al daño vascular cerebral.

## DIAGNOSTICO

El diagnostico es clinico y se basa en la presencia de convulsiones en una paciente con preeclampsia. Las convulsiones pueden ser precedidas por sintomas como cefalea intensa, alteraciones visuales (como fosfenos o vision borrosa) y dolor epigastrico.

## TRATAMIENTO

### 1. control de convulsiones

1) Sulfato de magnesio: Es el tratamiento de primera línea se administra una dosis de carga de 4-6 g IV en 20-30 minutos, seguida de una infusión de mantenimiento de 1-2 g/h. En caso de recurrencia de convulsiones, puede administrarse un bolo de adicional de 2 g IV.

### 2. control de la presión arterial

1) Labetalol: 20-40 mg IV en bolo, seguido de 20-80 mg cada 10-15 minutos hasta un máximo de 300 mg o en infusión continua de 1-2 mg/min.

2) Hidralazina: 5-10 mg IV cada 20-30 minutos según respuesta.

3) Nifedipino: 20-60 mg VO liberación prolongada cada 24 horas dosis máxima 120 mg/día.

### 3. Soporte vital y monitoreo

1) oxígeno suplementario y medidas de soporte si hay compromiso respiratorio o cardiovascular.

2) monitoreo estricto de signos vitales, función renal, y niveles de sulfato de magnesio para evitar toxicidad (signos de toxicidad incluyen pérdida de reflejos tendinosos profundos, depresión respiratoria, y paro cardíaco.).

### 4. Terminación del embarazo

1) La resolución del embarazo es el tratamiento definitivo y debe considerarse una vez estabilizada la paciente.

## SINDROME DE HELLP

Es una complicación grave de preeclampsia que se caracteriza por hemólisis (H), elevación de enzimas hepáticas (EL) y plaquetopenia (LP). Este síndrome es una emergencia obstétrica que aumenta significativamente el riesgo de complicaciones maternas y fetales.

## FISIOPATOLOGIA

La fisiopatología del síndrome de HELLP incluye una disfunción endotelial severa, activación de la coagulación y daño microvascular, que causan hemólisis intravascular, disfunción hepática y trombocitopenia. Estos cambios suelen ser consecuencia de una mala perfusión y una reacción inflamatoria sistémica asociada con la preeclampsia.

## DIAGNOSTICO

El diagnóstico se basa en criterios de laboratorio, que incluyen:

- 1) Hemólisis: esquistocitos en el frotis de sangre periférica, bilirrubina mayor o igual a 1.2 mg/dL, o LDH mayor 600 UI/L.
- 2) Elevación de enzimas hepáticas: AST o ALT mayor 70 UI/L.
- 3) Plaquetopenia: recuento de plaquetas menor 100,000 mm<sup>3</sup>

## TRATAMIENTO

### 1. Estabilización del paciente

1) Hospitalización en una unidad de cuidados intensivos o intermedios, con monitoreo continuo de signos vitales, función renal, y estado neurológico.

### 2. Control de la presión arterial

- 1) Labetalol: 20-40 mg IV en bolo, seguido de 20-80 mg cada 10-15 minutos o infusión continua de 1-2 mg/min.
- 2) Hidralazina: 5-10 mg IV cada 20-30 minutos según respuesta.
- 3) Nifedipino: 10-20 mg VO cada 4-6 horas.

### 3. Profilaxis de convulsiones.

1) Inicio de sulfato de magnesio: bolo inicial de 4-6 gramos seguidos de 1-2 gramos por hora intravenoso hasta las 24 horas postparto.

2) Terapia con corticosteroides: 10 mg IV cada 12 horas anteparto y postparto hasta tener recuentos plaquetarios de 100,000/mm<sup>3</sup>.

posteriormente se reduce a 5 mg IV cada 12 horas hasta la remisión del síndrome.

3) Control de la presión arterial sistólica con antihipertensivo: El objetivo es mantener cifras de presión arterial entre mantener la presión arterial sistólica de 140-155 mmHg y diastólica de 80-100 mmHg.

4) Transfusión de plaquetas: se recomienda en pacientes con plaquetas menor a 50,000/mcL si se anticipa la necesidad de cesarea o si hay sangrado activo.

4. Terminación del embarazo: La resolución del embarazo es el tratamiento definitivo y debe considerarse tan pronto como sea seguro para la madre y el feto. En casos severos, puede ser necesaria la interrupción del embarazo independientemente de la edad gestacional, priorizando la estabilidad materna.

5. Maduración pulmonar fetal (si menos de 34 semanas):

1) Betametasona: 12 mg IM cada 24 horas por 2 dosis.

2) Dexametasona: 6 mg IM cada 12 horas por 4 dosis.

#### FARMACOS EXTRAS QUE SE UTILIZAN PREECLAMPSIA:

1) Alfametildopa: 250-500 mg VO cada 8 horas. dosis máxima 2 gr/día.

2) Metoprolol: 100-200 mg VO cada 8 a 12 horas. dosis máxima 400 mg/día.

## BIBLIOGRAFIA

- GPC, prevención, diagnóstico y tratamiento de la preeclampsia en el segundo y tercer nivel de atención
- GPC. diagnóstico de enfermedad hipertensiva del embarazo