



Resumen Enfermedad Hipertensiva Gestacional

Llenifer Yaquelin García Díaz

Enfermedad Hipertensiva Gestacional

Parcial 3°

Clínicas complementarias de ginecología y obstetricia

Dr. Miguel de Jesús García Castillo

Licenciatura en Medicina Humana

7° semestre

Comitán de Domínguez, Chiapas. A 11 de Noviembre del 2024.

DEFINICION:

LA HIPERTENSION ES EL TRASTORNO MEDICO MAS COMUN DEL EMBARAZO Y COMPLICAN DE CADA 10 GESTACIONES. DENTRO DE ELLAS LA PRINCIPAL PREOCUPACION ACERCA DE LA PRESION ARTERIAL ELEVADA SON SUS POSIBLES EFECTOS PERJUDICIALES, TANTO PARA LA MADRES COMO PARA EL FETO. SE ESTIMA UNA INCIDENCIA DE LOS DESORDENES HIPERTENSIVOS EN LA GESTACION ESTA EN AUMENTO, 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-CARIBEÑOS, MULTIFETAL DE GESTACION Y PRIMIGRAVIDAS.

CLASIFICACION:

HIPERTENSION GESTACIONAL: ES LA HIPERTENSION QUE SE PRESENTA DESPUES DE LA SE SEMANA VEINTE DE GESTACION, PROTEINURIA NEGATIVA. EN EL POSTPARTO (12 SEMANAS) CIFRAS TENSIONALES NORMALES (HIPERTENSION TRANSITORIA).

PRE-ECLAMPSIA: CIFRAS TENSIONALES MAYORES O IGUALES A 140/90mmHg, PROTEINURIA MAYOR A 300MG/24H, CREATININA SERICA ELEVADA (MAYOR DE 30mg/mmol), EN LA GESTANTE CON EMBARAZO MAYOR A VEINTE SEMANAS HASTA DOS SEMANAS POSTPARTO.

PRE-ECLAMPSIA CON DATOS DE SEVERIDAD: SE CARACTERIZA POR CIFRAS TENSIONALES MAYOR O IGUAL A 160/110 mmhg Y SINTOMAS CON COMPROMISO DE ORGANO BLANCO.

PUEDE CURSAR CON CEFALEA, VISION BORROSA, FOSFENOS, DOLOR EN FLANCO DERECHO, VOMITO, PAPILEDEMA, CIONUS 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, ACOMPAÑADA DE SINTOMAS NEUROLOGICOS, QUE INCLUYE: CONVULSIONES (ECLAMPSIA), HIPERREFLEXIA, CEFALEA, ALTERACIONES VISUALES (FOCOPSIA, ESCOTOMAS, CEGUERA CORTICAL, VASOESPASMO RETINAL) ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR, EDEMA PULMONAR, ABRUPTIO PLACENTAE, PUEDE APARECER HASTA EL DECIMO POSTPARTO (DIAS).

HIPERTENSION CRONICA: LA CUAL ESTA DEFINIDA COMO LA PRESENCIA DE HIPERTENSION ARTERIAL MAYOR O IGUALA 140/90mmhg ANTES DEL EMBARAZO, ANTES DE LA SEMANA VEINTE DE GESTACION O HASTA LA SEMANA SEXTA POSTPARTO, ASOCIADA O NO A PROTEINURIA
HIPERTENSION CRONICA + PRE-ECLAMPSIA SOBREGREGADA: NOS INDICA UN DESARROLLO DE PRE-ECLAMPSIA O ECLAMPSIA EN UNA MUJER CON HIPERTENSION CRONICA PREEXISTENTE
POR OTRA PARTE LOS DESORDENES HIPERTENSIVOS ESTAN ASOCIADOS CON SEVERAS COMPLICACIONES MATERNAS Y CONTRIBUYEN A LA MORTALIDAD MATERNA. ASIMISMO, INCREMENTAN LA PRESENCIA DE PARTO PRETERMINO, RESTRICCION DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO BAJO PESO PARA LA EDAD GESTACIONAL Y MUERTE PERINATAL. SE ESTIMA UNA INCIDENCIA DE 5-10%.

ETIOLOGIA:

MULTIFACTORIAL

- INVASION TROFOBLASTICA DEFECTUOSA EN MUSCULO UTERINO
- AUMENTO DE LAS RESISTENCIAS VASCULARES (ARTERIAS ESPIRALES)
- DISMINUCION DE LA PERFUSION PLACENTARIA.

FACTORES DE RIESGO:

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 DURANTE EL EMBARAZO.

- 1- TRASTORNOS INMUNOLOGICOS (LES, SAAF)
- 2- ANTECEDENTES DE PRE-ECLAMPSIA
- 3- DIABETES M2, HIPERTENSION ARTERIAL CRONICA, NEFROPATIA PREEXISTENTE.
- 4- EDAD MATERNA, PARIDAD, INDICE DE MASA CORPORAL.
- 5- EMBARAZO MEDIANTE TECNICAS DE REPRODUCCION ASISTIDA
- 6- TROMBOFILIAS

FACTORES FETO-PLACENTARIOS ASOCIADOS AL DESARROLLO DE PRE-ECLAMPSIA SON:
EMBARAZO MULTIPLE, HIDROPS FETALIS NO INMUNES, ENFERMEDAD TROFOBLASTICA GESTACIONAL, TRIPLOIDIAS.

LA PREECLAMPSIA TEMPRANA ES LA FORMA MENOS PREVALENTE DE LA ENFERMEDAD, PERO ES LA QUE MAS CONTRIBUYE CON LAS COMPLICACIONES MATERNAS Y NEONATALES.

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.

ACTUALMENTE EXISTEN TRES METODOS DE ESTIMACION DE PROTEINURIA. DE LOS CUALES EL MAS POPULAR ES EL ANALISIS DE LA TIRA REACTIVA EN ORINA DE TIPO SEMICUANTITATIVA, LA SEGUNDA ES EL ESTANDAR DE ORO EL CUAL ES LA CUANTIFICACION DE PROTEINAS EN ORINA DE 24 HORAS Y ES LIMITADO EN CUANTO A SU DISPONIBILIDAD, POR ULTIMO LA TERCERA ESTIMACION DE LA RELACION PROTEINA URINARIA: CREATININA (UPCR) EN MUESTRAS DE ORINA ALEATORIA.

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 DE LA PREECLAMPSIA.

LA MONITORIZACION DEL FETO INCLUYE ULTRASONIDO FETAL (PARA EVALUAR EL PESO FETAL Y EL VOLUMEN DEL LIQUIDO AMNIOTICO), PRUEBA SIN ESTRES (PARA EVALUAR LA REACTIVIDAD DEL RITMO CARDIACO FETAL) 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 HIPOCONDRIO DERECHO, NAUSEA Y VOMITO, AUN CUANDO NO SE DEMUESTRE DE MANERA INMEDIATA LA PROTEINURIA.

LAS DOSIS BAJA DE ASPIRINA (AAS) SE ASOCIAN A UNA MEJOR INVASION TROFOBlastICA A LAS ARTERIAS ESPIRALES POR INCREMENTO DE LA PRODUCCION DE FACTOR DE CRECIMIENTO PLACENTARIO, DISMINUCION DE LA APOPTOSIS DE LAS CELULAS TROFOBlastICAS ASI COMO UN MEJOR BALANCE EN EL PERFIL DE CITOSINAS.

LA PROFILAXIS CON AAS A DOSIS BAJAS PUEDE REDUCIR LA TASA DE PREECLAMPSIA Y RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO HASTA EN UN 50% EN PACIENTES DE ALTO RIESGO, CUANDO SE ADMINISTRA ANTES DE LA SEMANA 16. A PESAR DE ESTA REDUCCIÓN SIGNIFICATIVA, LA ASPIRINA NO REDUCE EL RIESGO DE PREECLAMPSIA A LAS MISMAS TASAS EN PACIENTES DE BAJO RIESGO.

LA DOSIS DE ASPIRINA QUE HAN DEMOSTRADO UNA REDUCCIÓN SIGNIFICATIVA DE RIESGO DE PREECLAMPSIA OSCILAN ENTRE 80-150MG/DIA. DOSIS MENORES NO SE ABOGIAN CON DISMINUCIÓN DEL RIESGO.

EL INICIO TARDIO, DESPUES DE LA SEMANA 16 DE LA ADMINISTRACION DE AAS SE ASOCIA CON DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINCERTA Y ANTES DE LAS 12 SEMANAS SE ASOCIA CON DEFECTOS CONGENITOS DE PARED ABDOMINAL.

TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO

SE RECOMIENDA LA INGESTA DE DIETAS NORMOSODICAS EN MUJERES DE RIESGO BAJO.

TRATAMIENTO

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

UNO DE LOS MEDICAMENTOS ESTUDIADOS EN EL EMBARAZO ES LA METILDOPA. ESTUDIOS DE SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DE PERSONAS RECIEN NACIDAS DE MUJERES TRATADAS CON METILDOPA DURANTE EL EMBARAZO DEMOSTRO QUE NO HAY INCREMENTO EN LA INCIDENCIA DE PROBLEMAS DE SALUD O COGNITIVOS EN GENERAL EN ESA POBLACION.

LA METILDOPA PUEDE TENER EFECTOS SECUNDARIOS COMO SEDACION Y ALTERACION DE LOS PATRONES DE SUEÑO POR SU EFECTO POTENCIAL A NIVEL CENTRAL QUE DISMINUYE EL TONO SIMPATICO. UN POTENCIAL EFECTO SECUNDARIO ES LA LIGERA ELEVACION DE ENZIMAS HEPATICAS, LO QUE PUEDE CAUSAR CONFUSION EN EL DIAGNOSTICO DE COMPLICACIONES HEPATICAS.

LOS BLOQUEADORES DE CALCIO (CANALES) HAN DEMOSTRADO SER SEGUROS EN EL TRATAMIENTO DE HIPERTENSION GESTACIONAL DEMOSTRANDO UNA REDUCCIÓN SIGNIFICATIVA DE LA PRESION ARTERIAL MATERNA, VALORES SERICOS DE CREATININA, UREA Y PROTEINU-

NURIA URINARIA DE 24 HORAS, SIN REDUCIR LOS FLUJOS DE LA ARTERIA UMBILICAL SE RECOMIENDA EL USO DE BLOQUEADORES DE CANALES DE CALCIO COMO PARTE DEL TRATAMIENTO DE HIPERTENSION GESTACIONAL.

EL USO DE DOSIS ALTAS DE HIDRALAZINA (MAYOR A 200MG/DIA) O CUANDO SE UTILIZA EN FORMA PROLONGADA (MAYOR DE 6 MESES) A DOSIS BAJAS COMO 50 MG/DIA PUEDE ASOCIARSE A LUPUS LIKE Y NEUROPATIA PERIFERICA.

SE DEBE UTILIZAR HIDRALAZINA COMO ALTERNATIVA DE SEGUNDA LINEA EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSION GESTACIONAL TOMANDO EN CUENTA LOS POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS Y LA DOSIFICACION.

HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA CRONICA: LA MUJER CON PADECIMIENTOS CRONICOS DEBE RECIBIR CONSEJERIA PREVIO AL EMBARAZO Y ADECUAR SU TRATAMIENTO TOMANDO EN CUENTA LAS IMPLICACIONES SOBRE EL FETOS, PARA TENER UN EMBARAZO MAS SEGURO Y MEJORAR EL PRONOSTICO PERINATAL.

DURANTE EL EMBARAZO EL TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE LA ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA Y LOS ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE ANGIOTENSINA 2 ESAN 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. ES RECOMENDABLE SUSTITUIR LOS INHIBIDORES DE LA ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA (IECA) Y LOS ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE ANGIOTENSINA 2 (ARA 2), POR ALFAMEPILDOPA, NIFEDIPINO O HIDRALAZINA PARA CONTROL DE LA PRESION ARTERIAL EN LA PACIENTE CON HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA CRONICA Y EMBARAZO. SE SUGIERE MANTENER LAS CIFRAS DE TENSION ARTERIAL POR DEBAJO DE 130/80 MMHG. EL OBJETIVO PRIMARIO DEL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO ES LA REDUCCION DE LA MORBILIDAD MATERNA Y LIMITAR LOS EPISODIOS DE HIPERTENSION SEVERA. LA VIGILANCIA PRENATAL EN LA MUJER CON HIPERTENSION GESTACIONAL O HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA CRONICA SE RECOMIENDA CADA 2 A 3 SEMANAS. LA VIGILANCIA PARA LA RESTRICCCION DEL CRECIMIENTO FETAL QUE COMIENZAN EN EL TERCER TRIMESTRE POR MEDIO DE ULTRASONIDO SE RECOMIENDA REALIZARLOS A

DE 2 a 4 SEMNAS, DEPENDIENDO DE LA PRESION ARTERIAL MATERNA, LOS MEDICAMENTO
LAS COMPLICACIONES Y LOS HALLAZGOS EN LAS EXPLORACIONES PREVIAS.

Bibliografías:

(S/f). Gob.mx. Recuperado el 12 de noviembre de 2024, de <https://imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/058GER.pdf>