



Mi Universidad

Resumen.

Joshua Daniel Mazariegos Pérez.

Enfermedad Hipertensiva del Embarazo.

3° parcial.

Clínicas de ginecología y obstetricia.

Dr. Miguel de Jesús García Castillo.

Medicina Humana.

7° semestre

Comitán de Domínguez, Chiapas a 11 de noviembre del 2024.

ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO.

Un desorden hipertensivo, se diagnostica cuando las cifras tensionales están por encima de 140/90 mmHg, después de la semana 20 de gestación, en paciente previamente normotensa, sin proteinuria.

EPIDEMIOLOGÍA.

La hipertensión es el trastorno médico más común del embarazo y complica 1 de cada 10 gestantes.

En Latinoamérica la preeclampsia es causante de 25.7% de las muertes maternas.

La incidencia de la preeclampsia de 25%.

Es más común la preeclampsia en mujeres afro-caribeñas, multifetal de gestación, y primigravidas.

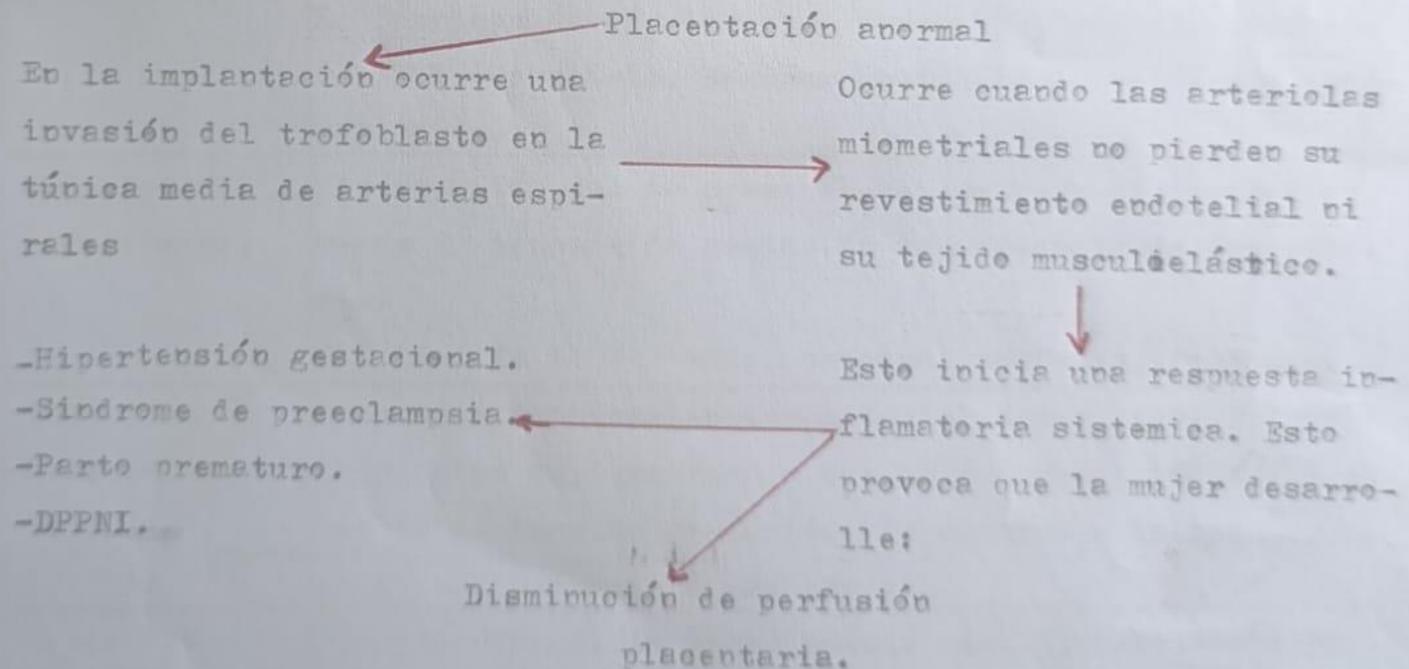
Incrementan la presencia de parto pretermiso, RCIU, bajo peso para la edad gestacional y muerte perinatal.

Se presenta en el 15% de las embarazadas.

Provocan el 15% de las muertes maternas.

Es una complicación del embarazo.

FISIOPATOLOGÍA.



FACTORES DE RIESGO.

-Enfermedades autoinmunes (LES, SAAF).

-Antecedente de preeclampsia.

-DM2/HAS/NEFROPATIA PREEEXISTENTE.

Enfermedades autoinmunes (LES, SAAF).

-Edad materna.

-Paridad.

CLASIFICACIÓN.

<p>Preeclampsia</p>	<p>Presencia de hipertensión y proteinuria significativa, por primera vez después de 20 SDG, durante el parto o en el puerperio.</p> <p>También es hipertensión en el embarazo y un criterio de severidad aun cuando no haya proteinuria demostrada en un primer momento.</p> <p>Proteinuria mayor a 300mg/24h, Creatinina Sérica mayor 30mg/mmol</p>
<p>Preeclampsia con datos de severidad.</p>	<p>Cifras tensionales mayor o igual 160/110 mmHg y síntomas con compromiso de órgano blanco. Con 1 síntoma o signo siguiente: cefalea persistente, alteraciones visuales y neurológicas (visión borrosa, fosfenos), dolor torácico, disnea o edema agudo de pulmón, epigastralgia o dolor en hipocondrio derecho, signos de disfunción orgánica y sospecha de desprendimiento placentario.</p> <p>Laboratorios: Creatinina sérica mayor 1.1 mg/dl, Incremento de AST o ALT mayor a 70 IU/L y DHL mayor a 600IU/L, Disminución de plaquetas menor 100,000/mm³, Síndrome de HELLP (Hemolisis, Enzimas Hepáticas elevadas y plaquetas bajas).</p>
<p>Hipertensión gestacional.</p>	<p>Hipertensión que se presenta por primera vez posterior a las 20 semanas de gestación con ausencia de proteinuria.</p> <p>Clínica: TA 140/90 mmHg, cefalea, acufenos, fosfenos.</p>
<p>Hipertensión arterial crónica.</p>	<p>Presencia de hipertensión arterial mayor igual a 140/90 mmHg antes del embarazo o que es diagnosticada antes de las 20 semanas de gestación. De acuerdo a la etiología puede ser primario o secundaria.</p>
<p>Eclampsia</p>	<p>Complicación de la preeclampsia severa, acompañada de síntomas neurológicos, que incluyen: Convulsiones, Hiperreflexia, cefalea, alteraciones visuales (fotopsia, escotomas, ceguera cortical, vasoespasmo retinal), EVC, edema pulmonar, abruptio placentae.</p>

Hipertensión crónica más preeclampsia sobreagregada.

Hace referencia al desarrollo de pre-eclampsia o eclampsia en una mujer con hipertensión crónica preexistente.

¿Cómo se puede presentar?

- También es hipertensión en el embarazo y un criterio de severidad aun cuando no haya proteinuria demostrada en un primer momento.
- Pre-eclampsia también es hipertensión en el embarazo y un criterio de severidad aun cuando no haya proteinuria demostrada en un primer momento.
- Pre-eclampsia con datos de severidad se puede presentar con tensión arterial de 140/90 mmHg o 160/110 mmHg, pero debe presentarse con un solo dato de severidad, con o sin proteinuria.
- Eclampsia puede presentarse con una tensión arterial de 140/90mmHg o 160/110 mmHg, pero con presencia de CONVULSIONES.

CLÍNICA Y ALTERACIONES EN EL LABORATORIO.

Preeclampsia c/ criterios de severidad.

Signos y síntomas.

- Cefalea persistente o de novo.
- Alteraciones visuales o cerebrales.
- Dolor torácico, disnea o edema agudo pulmonar.
- Epigastralgia o dolor en hipocondria derecho.
- Signos de disfunción orgánica.
- Hipertensión severa (sistólica mayor o igual 160 y/o diastólica mayor o igual a 160/110 mmHg).

Laboratorios.

- Creatinina sérica mayor o igual a 1.1 mg/dL.
- AST o ALT mayor o igual a 70IU/L y DHL mayor 600IU/L.
- Plaquetas menor a 100000/mm³.

Eclampsia.

Clínica.

- Tensión arterial mayor o igual a 160/110 o 140/90 mmHg.
- Convulsiones/Hiperreflexia/alteraciones visuales.

TRATAMIENTO.

Pre-eclampsia.

- 1# Labetalol 100-400 mg VO.
- 2# Hidralazina 25-50 mg VO c/6hrs.
- 3# Nifedipino 20-60 mg VO liberación prolongada c/24hrs.
- 4# Alfametildopa 250-500 mg VO c/8hrs.
- 5# Metoprolol 100-200 mg VO c/8-12hrs.
- Tratamiento estrella: terminación del embarazo.

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

Pre-eclampsia con datos de severidad/Eclampsia.

Hospitalizar

- 1# Nifedipino 10 mg VO cada 10-15 minutos (max. 50 mg).
- 1# Labetalol 20 mg en bolo hasta 40 mg c/10-15 minutos, o en infusiones 1 a 2 mg/minuto. Dosis máxima 220 mg.
- 2# Hidralazina 5-10 mg en bolos o infusión a 0.5-10 mg por hora. Dosis máxima 30 mg.
- Sulfato de Magnesio (prevención de eclampsia): bolo inicial de 4 a 6 gramos seguidos de 1 a 2 gramos por hora IV hasta las 24 hrs postparto.
 - /2# Fenitoína: 15-20 mg/kg (dosis ataque).
 - /Antídoto: Gluconato de Calcio 1 gramo IV diluido en 100 cc SF.
- Canalizar/hidratar/O2.
- Soda Urinaria.
- Paso a quirófano.

Se debe valorar reflejo ROTULIANO para abolición Intoxicación por sulf. de Mg.

No debe bajar Tensión Arterial Media mayor a 15%.

- Menor 34 SDG: inductores de madurez pulmonar.
- Mayor 34 SDG: resolución del embarazo.

Farmacos contraindicados

- IECA/ARA2:ALT. Renal Fetal
- Tiazidas:Nefrotoxicidad renal.
- Prazocin:Riesgo de obito.
- Atenolol:Riesgo de obito y RCIU.

Indicaciones de interrupción del embarazo (Inducción via vaginal).

- Eclampsia.
- Glasgow menor a 13.
- Hipertensión severa descontrolada (después de un periodo de 12hrs a pesar del uso de 3 agentes hipertensivos).
- SaT02 menor del 90%.
- ☉Conteo plaquetario menor a 50,000.
- Daño renal agudo (creatinina mayor a 1.1 mg/dl).
- Disfunción hepática (INR mayor a 2 en ausencia de CID o uso de warfarina).

Indicaciones de interrupción del embarazo (inducción via abdominal).

-Causas Maternas.

- ∟Hipertensión severa.
- ∟Deterioro en la cuenta plaquetaria.
- ∟Hemolisis.
- ∟Deterioro de la función hepática.
- ∟Deterioro de la función renal.
- ∟Síntomas neurológicos persistentes.
- ∟Datos premonitorios de eclampsia.

-Causas Fetales.

- ∟Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.
- ∟Restricción del crecimiento intrauterino severo.
- ∟Estado fetal no confiable.

SINDROME DE HELLP

Complicación obstétrica caracterizada por la presencia de HEMÓLISIS, ELEVACIÓN DE ENZIMAS HEPÁTICAS y PLAQUETOPENIA.

Se trata de una entidad clínica considerada como una variante o una complicación de la preeclampsia.

EPIDEMIOLOGÍA.

- 5 a 9 de cada 1,000 gestaciones.
- 10 a 20% de los casos con Preeclampsia severa.
- ∟70% de los casos aparecen antes del parto.
- ∟80% de los casos aparecen debajo de la semana 37 de gestación.
- ∟10% de los casos aparecen debajo de la semana 27 de gestación.

ETIOPATOGENIA.

- Continua siendo desconocida.

DIAGNOSTICO.

-Se considera hipertensión en el embarazo con cifras mayores de: 140/90 mmHg en dos ocasiones con un margen de 4 horas a nivel de la arteria braquial.

∟Al realizar la toma de presión, considerar el brazo con medición más alta.

Diagnóstico: proteinuria.

-GOLD STANDART: Recolección de Orina de 24 hrs con proteinuria mayor a 300 mg.

-Tiras Reactivas: en una muestra tomada al azar con presencia de 2(+) que equivale a 100-300 mg/dl.

-Cociente proteínas/creatinina urinaria: en una muestra de orina al azar mayor o igual a 0.3.

Diagnóstico: pruebas complementarias (a todo paciente c/sospecha de preeclampsia).

-Biometría Hemática: medición de PLAQUETAS.

-Pruebas de Función Hepática: enzimas, tiempos, BT, DHL, fibrinógeno.

-Medición de función renal (creatinina sérica) en la química sanguínea.

-Monitoreo cardiográfico fetal RCT: prueba fetal sin estrés.

-Ultrasonografía.

Tira reactiva y Excreción de orina.	
Negativo	Excreción de proteínas.
Trazas	Entre 15 a 30 mg/dl
1+	Entre 30 a 100 mg/dl
2+	Entre 100 a 300 mg/dl
3+	Entre 300 a 1000 mg/dl
4+	Entre más 1000 mg/dl.

TRATAMIENTO.

-En paciente con preeclampsia sin co-morbilidad la terapia antihipertensiva mantendrá:

∟Sistolica entre 155/130 mmHg.

∟Diastolica entre 105/80 mmHg.

-Paciente con preeclampsia con comorbilidades mantener:

∟Sistolica 139/130 mmHg ∟Diastolica 89/80 mmHg

-Su desarrollo estaría relacionado con una anomalía en la placentación que desencadena un desequilibrio entre factores angiogénicos y antiangiogénicos.

-Podrían estar relacionados con microangiopatías trombóticas, causadas por disregulación del complemento.

PRESENTACIÓN CLÍNICA.

- Dolor epigástrico.
- Dolor abdominal en CSD.
- Nauseas y Vómitos.

DIAGNÓSTICO.

Criterios DX.

Tennessee	Clase	Mississippi.
-Plaquetas menor o igual 100,000/ UL, AST mayor o igual 70 UI/L.	1	-Plaquetas menor o igual 50,000/ UL, AST o ALT mayor o igual a 40UL/L y LDH mayor o igual 600 UI/L.
-Esquistocitos (LDH mayor o igual 600 UI/L.	2	-Plaquetas menor/= 100,000/UL- mayor/= 50,000/UL.
-Ausencia de haptoglobina. -Bilirrubina indirecta mayor/=1,2	3	-Plaquetas menor/= 150,000/UL- mayor/= 100,000/UL.

Presencia de 2 datos de laboratorio + clínica de hipertensión.

TRATAMIENTO.

-Sulfato de Magnesio: Bolo inicial 4 a 6 gramos seguidos de 1 a 2 gramos por hora IV hasta las 24 horas postparto.

-Metilprednisolona (Corticosteroides): 10 mg IV c/12hrs anteparto y postparto hasta tener recuento plaquetario de 100,000/mm³.

/Posteriormente se reduce a 5 mg IV c/12 hrs hasta remisión del síndrome.

-Interrumpir el embarazo.

Bibliografía.

- CENETEC. (2017). Detección, Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades Hipertensivas del Embarazo. *Guía de Referencia Rápida: Guía de Práctica Clínica. México, CENETEC.*
- Arigita Lastra M. & Martínez Fernández G. S. (2020). Síndrome de HELLP: controversias y pronóstico. *SEH-LELHA. EL SERVIER.*