



Mi Universidad

Resumen

Galia Madeline Morales Irecta

Estados Hipertensivos del Embarazo

Tercer parcial

Ginecología y Obstetricia

Dr. Miguel de Jesús García Castillo

Medicina Humana

7to. Semestre

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

ESTADOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO

LOS ESTADOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO SON UN GRUPO DE TRASTORNOS QUE SE CARACTERIZAN POR LA PRESENCIA DE HIPERTENSION DURANTE LA GESTACION, CON O SIN OTROS SÍNTOMAS QUE PUEDEN COMPROMETER LA SALUD DE LA MADRE Y DEL FETO.

EPIDEMIOLOGÍA

HIPERTENSIÓN GESTACIONAL Afecta al 6-8% de las gestantes
PREECLAMPSIA Afecta aproximadamente al 3-5% de los embarazos
ECLAMPSIA SE PRESENTA EN 1 DE CADA 2000 A 3000 EMBARAZOS
HIPERTENSIÓN CRÓNICA SE ENCUENTRA EN EL 1-2% DE LAS MUJERES EMBARAZADAS
SÍNDROME DE HELLP Afecta entre 0,5-0,9% de las mujeres embarazadas y del 10-20% de los casos de preeclampsia grave.

FACTORES DE RIESGO

- PRIMIPARIDAD
 - EDAD MATERNA AVANZADA MAYORES A 35 AÑOS O ADOLESCENTES
 - OBESIDAD IMC MAYOR A 30
 - ANTECEDENTES DE HIPERTENSIÓN CRÓNICA
 - EMBARAZO MÚLTIPLE
 - DIABETES GESTACIONAL
 - HISTORIA RECIENTE DE PREECLAMPSIA
 - ENFERMEDADES RENALES PREEXISTENTES
- FACTORES GENÉTICOS

SE PUEDEN CLASIFICAR EN:

1/HIPERTENSIÓN CRÓNICA: HIPERTENSIÓN QUE PREEXISTE ANTES DEL EMBARAZO O QUE SE PRESENTA ANTES DE LA SEMANA 20 DE GESTACION.

2.HIPERTENSIÓN GESTACIONAL: HIPERTENSIÓN QUE APARECE DESPUÉS DE LA SEMANA 20 DE GESTACION SIN PROTEINURIA. SE DEFINE COMO UNA PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA MAYOR O IGUAL A 140 mmHg O DIASTÓLICA MAYOR O IGUAL A 90mmHg EN DOS MEDICIONES SEPARADAS POR AL MENOS 4 HORAS.

CLÍNICA:

- PRESIÓN ELEVADA SIN OTROS SÍNTOMAS
- PUEDE NO EXISTIR PRESENCIA DE PROTEINURIA
- GENERALMENTE ES ASINTOMÁTICA O CON EDEMA LIGERO

-DATOS BIOQUIMICOS: SIN ALTERACIONES BIOQUIMICAS SIGNIFICATIVAS

3. PREECLAMPSIA: HIPERTENSION DESARROLLADA DESPUES DE LA SEMANA 20 DE GESTACION ACOMPAÑADA DE PROTEINURIA (MAYOR A 300MG EN 24 HORAS O MAYOR O IGUAL A 1+ EN TIRA REACTIVA), O CON SIGNOS DE AFECTACION A ORGANOS (DAÑO HEPATICO, RENAL: NEUROLOGICO: O TROMBOCITOPENIA).

CLASIFICACION:

PREECLAMPSIA **SDN** DATOS DE SEVERIDAD (LEVE): VALORES MAYORES O IGUAL A 140 mmHg CON PROTEINURIA SIN ALTERACIONES GRAVES A OTROS ORGANOS.

-CEFALEA FRONTAL

-ACUFENOS: FOSFENOS

-DOLOR EN CUADRANTE SUPERIOR DERECHO DEL ABDOMEN POR AFECCION HEPATICA

-NAUSEAS Y VOMITOS

-EDEMA

-OLIGURIA

TRATAMIENTO:

MONITOREO DE LA PRESION ARTERIAL, PROTEINURIA Y ESTADO FETAL
REPOSO RELATIVO AUNQUE NO SE HAYA COMPROBADO QUE A TERE EL CURSO DE LA ENFERMEDAD.

ANTIHIPERTENSIVOS:

LABETALOSL: 100MG DOS VECES AL DIA Y SE PUEDE AUMENTAR HASTA 200-400MG

METILDOPA: 250 MG DOS VECES AL DIA Y PUEDE AUMENTAR HASTA 500 MG

NIFEDIPINO: 30MG DE LIBERACION PROLONGADA UNA VEZ AL DIA

PREECLAMPSIA SEVERA (DATOS DE SEVERIDAD): CON CIFRAS TENSIONALES MAYOR O IGUAL A 160/110mmHg) CON AFECCION DE OTROS ORGANOS, CARACTERIZADA POR ALTERACIONES HEPATICAS CON AUMENTO DE AST/ALT Y LDH: ASI COMO INSUFICIENCIA RENAL CON ELEVACION DE LA CREATININA MAYOR A 1.1MG/DL Y UNA DISMINUCION DE LA DIURESIS, ASI COMO TROMBOCITOPENIA CON VALORES DE PLACUETAS MENOS A 100,000/UL. Y PUEDEN EXISTIR SINTOMAS NEUROLOGICOS COMO CEFALEAS PERSISTENTES, VISION BORROSA, SIGNOS DE EDEMA CEREBRAL.

HOSPITALIZACION: VIGILANCIA ESTRECHA DE LA PRESION ARTERIAL, FUNCION RENAL Y HEPATICA, Y VIGILAR EL BIENESTAR FETAL.

SULFATO DE MAGNESIO: PARA LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE CONVULSIONES

-DOSIS INICIAL: 4-6 G IV EN 20-30 MINUTOS

-INFUSION CONTINUA: 1-2G/H

ANTIHIPERTENSIVOS:

-LABETALOSL: 100MG DOS VECES AL DIA Y AUMENTAR HASTA 400 DOS VECES AL

-NIFEDIPINO: 30MG EN LIBERACION PROLONGADA UNA VEZ AL DIA Y AUMENTAR SI ES NECESARIO.

-HIDRALAZINA: 5-10MG IV CADA 20-30 MINUTOS SI REQUIERE UN DESCANSO RAPIDO.

INDUCCION DE PARTO:

EN EMBARAZOS DEMAS DE 34 SDG O EN CASOS GRAVES DE PREECLAMPSIA

-SI LA PREECLAMPSIA SE DESARROLLA ANTES DE LA SEMANA 34 SE PUEDE INTENTAR ESTABILIZAR A LA MADRE CON ANTIHIPERTENSIVOS Y SULFATO DE MAGNESIO, PERO EL PARTO DEBE SER CONSIDERADO CUANDO LA CONDICION DE LA MADRE O DEL FETO SE DETERIORE.

MEDIDAS GENERALES: CONTROL PRENATAL REGULAR CON MEDICION FRECUENTE DE LA PRESION ARTERIAL, EDUCACION AL PACIENTE CON EL RECONOCIMIENTO DE LOS SINTOMAS DE ALERTA COMO DOLOR ABDOMINAL, CAMBIOS EN LA VISION, CEFALIAS SEVERAS O AUMENTO SUBITO DE EDEMA.

COMPLICACIONES:

-SINDROME HELLP

-ECLAMPSIA

-DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA

-FETO CON BAJO PESO DEBIDO A UNA INSUFICIENCIA PLACENTARIA

-INSUFICIENCIA RENAL O HEPATICA

LA UNICA CURA DEFINITIVA PARA LA PREECLAMPSIA ES EL PARTO

4. ECLAMPSIA: HIPERTENSION SEVERA CON CONVULSIONES GENERALMENTE ASOCIADA A PREECLAMPSIA NO TRATADA O MAL MANEJADA.

CLINICA:

-CONVULSIONES GENERALIZADAS TONICO-CLONICAS: LA MANIFESTACION CARACTERISTICA DE LA ECLAMPSIA ES LA APARICION DE CONVULSIONES, QUE PUEDEN SER PRECEDIDAS POR: CEFALEA INTENSA, ESTADO POSTICIAL (DEPUES DE LA CONVULSION LA PACIENTE PUEDE ESTAR DESORIENTADA Y SOMNOLIENTA), ALTERACIONES VISUALES, NAUSEAS Y VOMITOS, ALTERACION DEL ESTADO DE CONCIENCIA.

DIAGNOSTICO:

-PRESENCIA DE CONVULSIONES EN UNA MUJER CON PREECLAMPSIA

-CIFRAS TENSIONALES MAYOR O IGUALES A 150/110 mmHg

-PROTEINURIA MAYOR O IGUAL A 300MG EN ORINA DE 24 HORAS O MAYOR O IGUAL A 1+ EN TIRA REACTIVA

-PRUEBAS DE FUNCION HEPATICA CON ELEVACION DE AST, ALT, LDH

)CREATININA ELEVADA

-PLAQUETAS BAJAS (TROMBOCITOPENIA)

TRATAMIENTO :

EL TRATAMIENTO DE LA ECLAMPSIA DEBE SER INMEDIATO Y SE ENFOCA EN PREVENIR MAS CONVULSIONES CONTROLAR LA PRESION ARTERIAL Y ESTABILIZAR AL BIENESTAR.

1. MANEJO DE LAS CONVULSIONES :

-SULFATO DE MAGNESIO ES EL TRATAMIENTO DE ELECCION PARA PREVENIR Y TRATAR LAS CONVULSIONES

DOSIS INICIAL/ IMPREGNACION: 4-6 G IV EN 20-30 MINUTOS

INFUSION CONTINUA: 1-2G/H

-DIAZEPAM O LORAZEPAM PUEDEN SER USADOS SI NO SE CONTROLA LA CONVULSION CON SULFATO DE MAGNESIO.

2. CONTROL DE LA HIPERTENSION:

-LABETALOL 100MG CADA 12 HORAS

-NIFEDIPINO DE LIBERACION PROLONGADA 30 MG DIARIOS

-HIDRALAZINA 5-10 MG IV EN 20-30 MINUTOS

-INDUCCION DEL PARTO

-SOPORTE CON OXIGENO Y TRASFUSION SI ES NECESARIO

-MEDIDAS GENERALES : MONITOREO DE LAS CIFRAS TENSIONALES: FUNCION RENAL.

-COMPLICACIONES: HEMORRAGIA, DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA, HEMODISFUNCION RENAL, SINDROME HELLP, MORTALIDAD MATERNA Y FETAL.

5. SINDROME DE HELLP: ES UNA COMPLICACION GRAVE ASOCIADA PRINCIPALMENTE CON LA PREECLAMPSIA DEVERA, AUNQUE TAMBIEN PUEDE CARACTERIZARSE PRINCIPALMENTE POR SUS SIGLAS QUE SIGNIFICAN:

H: HEMOLISIS

L: ELEVACION DE LAS ENZIMAS HEPATICAS (AST, ALT)

P: TROMBOCITOPENIA

CLINICAMENTE SE CARACTERIZA POR LA PRESENCIA DE LOS SIGUIENTES SIGNOS:

DOLOR ABDOMINAL EN CUADRANTE SUPERIOR DERECHO (UNO DE LOS SINTOMAS MAS COMUNES Y SE ASOCIA A DISTENSION DE LA CAPSULA HEPATICA.

NAUSEAS Y VOMITOS

ICTERICIA

EDEMA GENERALIZADO

HIPERTENSION CON CIFRAS TENSIONALES DE MAYOR O IGUAL A 160/110 mmHg

CEFALEA Y ALTERACIONES VISUALES
HEMORRAGIAS POR LA TROMBOCITOPENIA QUE SE PRESENTA Y ESTO PUEDE PRESE
NTARSE CON EQUIMOSIS Y PETEQUIAS.

DENTRO DE LOS DATOS BIOQUIMICOS ENCONTRAMOS HEMOLISIS CON ELEVACION DE EL LACTATO DESHIDROGENASA (LDH) MAYOR A 600U/L, LA BILIRRUBINA INDIRECTA ELEVADA, AL MISMO TIEMPO ELEVACION DELAS ENZIMAS HEPATICAS: AST Y ALT GENERALMENTE MAYOR A 70 U/L Y LAS PLAQUETAS CON UN VALOR MENOR A 100,000/UL

DIAGNOSTICO:

EL DIAGNOSTICO DE SINDROME HELLP SE BASA EN LA PRESENCIA DE LOS SIGUIENTES TRES CRITERIOS, QUE DEBEN SER CONFIRMADOS CON PRUEBAS DE LABORATORIO:

1. HEMOLISIS: AUMENTO DE LDH Y BILIRUBINA INDIRECTA
2. ELEVACION DE LAS ENZIMAS HEPATICAS: ASTL/ALT
3. BAJO RECuento DE PLAQUETAS

SE DEBE REALIZAR UN SEGUIMIENTO CERCANO ADE A LA FUNCION HEPATICA Y RENAL EN MUJERES CON DIAGNOSTICO DE PREECLAMPSIA SEVERA, YA QUE EL SINDROME HELLP PUEDE DESENCADENARSE RAPIDAMENTE EN SU PRESENCIA.

TRATAMIENTO:

EL TRATAMIENTO DE SINDROME HELLP SE ENFOCA EN CONTROLAR LA HIPERTENSION, PREVENIR LAS COMPLICACIONES MAS GRAVES Y FACILITAR EL PARTO LO ANTES POSIBLE. YA QUE LA UNICA CURA DEFINITIVA ES EL PARTO.

1. HOSPITALIZACION PARA EL CORRECTO MONITOREO ESTRECHO DE LAS CIFRAS TENSIONALES
 - 2/ SULFATO DE MAGNESIO PARA PREVENIR LAS CONVULSIONES
 3. ANTIHIPERTENSIVOS COMO LABETALIS, NIFEDIPINO o HIDRALAZINA
 4. PARTO: EL TRATAMIENTO DEFINITIVO ES EL PARTO. DEBE CONSIDERARSE DE INMEDIATO ESPECIALMENTE SI EL PACIENTE TIENE SIGNOS DE DETERIORO HEPATICO O RENAL. INDUCCION AL PARTO (34 SDG) Y CESAREA SI HAY SUFRIMIENTO FETAL O SI EL PARTO VIVIANO NO ES POSIBLE O SEGURO.
- EN EMBARAZOS PREMATUROS (MEORES A 34 SEMANAS) SE DEBE INTENTAR ESTABIL

LIZAR A LA MADRE (CON ANTIHIPERTENSIVOS Y SULFATO DE MAGNESIO) ANTES DE PROCEEDER AL PARTO.

5. TRASFUSION DE PLAQUETAS

6. SOPORTE RESPIRATORIO

COMPLICACIONES:

- DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA
- HEMORRAGIA INTRACRANEAL
- INSUFICIENCIA RENAL AGUDA
- EDEMA PULMOJAR
- INSUFICIENCIA HEPATICA
- COAGULACION INTRAVASCULAR DISEMINADA (CID) POR LATROMBOCITOPENIA Y E DAÑO HEPATICO
- MORTALIDAD MATERLA Y FETAL

PRONOSTICO: SIS SE DETECTA A TIEMPO Y SE TRATA A TIEMPO LA MAYORIA DE LAS MUJERES SE RECUPERAN COMPLETAMENTE AUNQUE ALGUNAS PUEDEN DESARROLLAR INSUFICIENCIA TANTO RENAL COMO HEPATICA A LARGO PLAZO. EL RIESGO DE MUERTE FETAL ES MAS ALTO EN CASOS DE PARTO PREMATURO O SI HAY AFECCION GRAVE DEL BIENESTAR FETAL DEBIDO A LAS COMPLICACIONES QUE PUEDE PRESENTAR LA MADRE.

BIBLIOGRAFÍA

*GPC Detección, Diagnóstico y Tratamiento DE LAS ENFERMEDADES
HIPERTENSIVAS DEL EMBARAZO.*