



Alumna: Yajaira Gpe. Méndez Guzman

Tema: Resumen Enfermedades Hipertensivas del Embarazo

Parcial: Tercer parcial

Materia: Clínica Ginecología Y Obstetricia

Catedrático: Dr. Garcia Castillo Miguel De Jesus

Licenciatura en medicina humana 7mo semestre

Grupo: C

Comitán de Domínguez

ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS DEL EMBARAZO

DETECCION, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS 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 arterial 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 constituir una predisposicion a representar complicaciones cardiovasculares en el futuro, y que los hijos puedan padecer hipertension arterial en edades tempranas asi como sindrome metabolico.

En latinoamerica y el caribe la preeclampsia es la causante de 25.7% de las muertes maternas y en los ultimas dos decadas se ha producido un aumento de su incidencia en 25% asi mismo se considera que las mujeres que padecen trastorno hipertensivos durante el embarazo, cerca de 50 a 100 de ellas desarrollan secuelas y 1 fallecera.

La incidencia de los desordenes hipertensivos en la gestacion esta aumentando, 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.

Un desorden hipertensivo, se diagnostica cuando las cifras tensionales, estan por encima de 140x90mm de Hg, despues de la semana 20 en pacientes previamente normotensa, sin proteinuria.

Los desordenes hipertensivos en el embarazo pueden ser clasificados como;

HIPERTENSION GESTACIONAL:

Hipertension que se presenta despues de la semana veinte de gestacion, proteinuria negativa. En el posparto (12 semanas) cifras 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 (mayor a 30mg/mmol), en la gestante con embarazo mayor a 20 semanas o hasta dos semanas posparto.

PRE-ECLAMPSIA CON DATOS DE SEVERIDAD:

Cifras tensionales mayor o igual 160x110mmHg 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 150.000mm³, elevacion de las lipoproteinas de baja densidad (LDL), enzimas hepaticas (ALT o AST).

ECLAMPSIA;

Es una complicación de la pre-eclampsia severa, frecuentemente acompañada de síntomas neurológicos, que incluyen: convulsiones (eclampsia), hiperreflexia, cefalea, alteraciones visuales (fotopsia, escotomas, ceguera cortical, vasoespasma retinal). enfermedad cerebrovascular, edema pulmonar, abrupcio placentea 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 semana sexta posparto, asociada o no a proteinuria.

HIPERTENSION CRONICA MAS PRE- ECLAMPSIA SOBRE AGREGADA:

Hace referencia al desarrollo de pre-eclampsia o eclampsia en una mujer con hipertension cronica preexistente.

HIPERTENSION GESTACIONAL FISIOPATOLOGIA

La hipertension gestacional puede estar relacionada con un aumento en la resistencia vascular sistematica debido aun defecto en la vasodilatacion normal durante el embarazo. Durante el embarazo normal, hay una disminucion de la resistencia vascular periferica debido a la liberacion de vasodilatadores como el oxido nitrico y prostanglandinas. En la hipertension gestacional, este proceso esta alterado, lo que contribuye a un aumento de presion arterial.

PREECLAMPSIA;FISIOPATOLOGIA:

Disminucion endotelial: en la preeclampsia se observa una disfuncion, endotelial generalizada que resulta en la actividad de las plaquetas, la liberacion de los factores vasoconstrictores y la alteracion de la coagulacion. El endotelio dañado tambien produce menor cantidad de oxido nitrico, lo que reduce la vasodilatacion y aumenta a la resistencia vascular.

Alteracion en la placentacion: se ve que en la pre-eclampsia existe un defecto como invacion trofoblastica.

JUSTIFICACION

Los desordenes hipertensivos estan asociados con severa complicacion, materna y contribuye a la mortalidad materna. asi mismo incrementan la presencia de parto pretermino, restriccion del crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer para edad gestacional y muerte perinatal. se estima que su incidencia es de 5 a 10%

En las ultimas decadas la incidencia de hipertension gestacional y preeclampsia ha incrementado mujeres con hipertension cronica se ha demostrado tienen un incremento marcado en el riesgo de pronostico adverso fetal como accidentes cerebrovasculares, desprendimiento de placenta en comparacion con mujeres con normotension.

La frecuencia ocurrencia y las potenciales secuelas de los desordenes hipertensivos en el embarazo hace necesaria su correcta identificacion, y manejo.

Por ello, el contar con una guía de prácticas clínicas que aborde la d
detección, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades hipertensivas
del embarazo permitira coadyuvar en un mejor identificación de las
enfermedades contribuyendo a un tratamiejto oportuno limitado a las
potenciales complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio.

La detección de los factores de riesgos maternos contribuye a definir
la vigilancia estricta del control prenatal en aquellas pacientes con
riesgo alto de desarrollar enfermedades hipertensivas durante el embar-
-azo,.

LOS FACTORES DE RIESGOS RECONOCIDOS? ASOCIADOS A HIPERTENSION GESTACIONAL? Y PREECLAMPSIA INCLUYEN;

- Edad materna
- Paridad
- Raza
- Historia de familiar de pre-eclampsia
- Presion arterial materna
- Embarazo mediante tecnicas de reproduccion asisitida
- IMC
- COMORBILIDAD
- Diabetes mellitus
- Hipertencion arterial cronica
- Insuficiencia renal cronica
- Trastorno inmologicos (LES, SAAF)
- Trombolofilias

Es recomendable la verificacion de los signos vitales incluyendo la presiin arterial en todas las consultas prenatales.

Es recomendable mantener cifras de presiin arterial durante el primer trimestre

SISTOLICA; 115 a 120mmHg

DIASTOLICA; 65 a 80 mmHg

Es recomendable identificar grupos de riegos para desarrollo de trastor no, hipertensivos del emmarazo estableciendo un diagnostico temprano de las enfermedades y reduccion de las complicaciones asociadas con el

Es recomendable clasificar a la mujer embarazada, descartar la cpresencia de preeclampia con o sin severidad de acuerdo a los criterios establecidos por el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecologos.

La aparición de proteinuria en unexamen general de orina anuncia un posible inicio de complicaciones hipertensivas ya sea preeclampsia, preeclampsia sobrecargada a hipertension arterial sistemica cronica o enfermedad renal. La cantidad de perdida de proteinas tiene implicaciones, tanto diagnostico como pronostico.

Actualmente existen 3 metodos de estimacion de proteinuria. El mas popular, es el analisis de latira reactiva de orina y es semicuantitativa, la segunda es el patron oro cuantificacion de proteinas en orina en 24hrs, pero esta limitado por su disponibilidad y limitacion de tiempo, finalmete la tercera es la estimacion de la relacion proteina urinaria; creatinina (UPCR) en muestras de orinas aleatorias sin embargo, el valor de los puntos de corte de este ultimo metodo varia de acuerdo, a cada centro de salud.

Un resultado por tira reactiva de 1+ requiere confirmacion a traves de recoleccion de orina en 24hrs para cuantificar la cantidad de proteinuria, debido a que se correlaciona con 0.3g o mas de proteinuria.

Los exámenes de laboratorio recomendados para monitoriar a las pacientes, con trastornos hipertensivos del embarazo son;

-Hemoglobina y hematocrito

-Recuento plaquetario

-AST

-ALT

-DLH

-creatinina.

-Presencia de proteinuria

-Cuantificacion de proteinas en orina en 24hrs.

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 y el volumen de liquido amniotico, prueba sin estres para evaluar la reactividad del ritmo cardiaco fetal.

Indica hospitalizacion urgente aquella paciente que presente; hipertension severa, dolor de epigastrio, dolor en hipocondrio derecho, nauseas, y vimitos aun cuando no se demuestre de manera inmediata proteinuria.

La dosis de aspirina que han demostrado una reduccion significativa de riesgo de preeclampsia oscilan entre 80-150mg/dia dosis menores no se asocian con disminucion del riesgo.

La evidencia sugiere que la aspirina administrada antes de dormir tienen, mejores resultados en la prevencion de preeclampsia.

El inicio tardio despues de la semana 16 de la administracion de AAS se asocia con desrendimiento prematuro de placenta normoinserta y antes de las 12 semanas se asocia con defectos congenitos de pared abdominal.

TRATAMIENTO

La terapia farmacologica durante el embarazo puede prevenir la progresion, a hipertension arterial severa y complicaciones maternas como falla cardiaca y eventos vasculares cerebrales.

Se recomienda iniciar tratamiento farmacologico antihipertensivos cuando la presion arterial distolica se encuentra persistente por arriba

De 90 mmHg en las pacientes con hipertension gestacional.
Para su seguridad para el uso durante el embarazo se recomienda la metildopa como medicamento de primera linea en el tratamiento de hipertension gestacional.

Se recomienda el uso de bloqueadores de canales de calcio como parte del tratamiento de hipertension gestacional.

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.

Se sugiere mantener las cifras tensionales arterial por debajo de 130/80mmHg.

En pacientes con hipertension cronica el objetivo es mantener la presion arterial 140/90mmHg.

FARMACOS ANTIHIPERTENSIVOS UTILIZADOS EN EL CONTROL DE TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN EL EMBARAZO.

ALFAMETILDOPA 250mg via oral cada 8hrs dosis maxima 2gr/dia

LABETALOL 100- 400mg via oral dosis maxima 1200md/dia

NIFEDIPINO 20-60mg via oral liberacion prolongada en 24hrs dosis maxima ,120mg/dia.

HIDRALAZINA 25-50 mg via oral cada 6hrs con dosis maxima de 200mg/dia

LOS INHIBIDORES DE LA ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA Y LOS ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE ANGIOTENSINA NO SE DEBE DE USAR DURANTE EL EMBARAZO.

Maduraciin pulmonar en caso de tener menos de 34 sdg

El tratamiento de las enfermedades hipertensivas en el embarazo debe ser individualizado y dependera de la severidad de la condicion la edad, gestacional la presencia de complicaciones antes mencionadas y bienestar de lamadre y el feto. El manejo incluye la monitorizacion frecuente de la presion arterial, el uso de farmacos antihipertensivos apropiados y en caso grave la administracion de sulfato de magnesio para prevenir convulsiones y la interrupcion del embarazo cuando sea necesario. La cesarea o induccion del trabajo de parto se realiza cuando la condicion de materna o fetal lo justifique .
la prevencion y el control adecuado de la hipertension son esenciales para minimizar el juego de complicaciones graves

BIBLIOGRAFIA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL? GUIA DE PRACTICA CLINICA
DETECCION? DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS ENFERDADES
HIPERTENSIVAS DEL EMBARAZO ACTUALIZACION 2017.