



Mi Universidad

Resumen

Abril Amairany Ramírez Medina

Enfermedades hipertensivas del embarazo

3er parcial

Clínica de ginecología y obstetricia

Dr. Miguel De Jesús García Castillo

Medicina humana

7mo semestre Grupo C

Comitán de Domínguez, Chiapas. 10 de noviembre de 2024

ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS DEL EMBARAZO

UN DESORDEN HIPERTENSIVO, SE DIAGNOSTICA CUANDO LAS CIFRAS TENSIONALES ESTAN POR ENcima DE 140x90MM DE HG, DESPUES DE LA SEMANA 20 DE GESTACION, EN PA CIENTE 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 (20) DE GESTACION, PROTEINURIA NEGATIVA. EN EL POSTPARTO (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 140/90MM DE HG, PROTEINURIA MAYOR A 300MG/24H, CREATININAS SERICA ELEVADA (MAYOR A 30 MG/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 160x110 MM DE HG Y SINTOMAS CON COMPROMISO DE ORGANOS BLANCOS. PUEDE CURSAR CON CEFALEA, VISION BORROSA, FOSFENOS, DOLOR EN FLANCO DERECHO, VOMITO, PAPILEDEMA, CIENUS MAYOR O IGUAL A 3+, HIPERSENSIBILIDAD HEPATICA, SINDROME DE HELLP, TROMBOSITOPENIA (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, FRECUENTEMENTE ACOMPAÑADA DE SINTOMAS NEUROLOGICOS, QUE INCLUYE: CONVULSIONES (ECLAMPSIA), HIPERREFLEXIA, CEFALEA, ALTERACIONES VISUALES (FOTOPSIA, ESCOTOMAS, CEGUERA CORTICAL, VASOESPASMO RETINAL), ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR, EDEMA PULMONAR, ABRUPTIO PLACENTA E, PUEDE APARECER HASTA EL DECIMO DIA POSTPARTO.

HIPERTENSION CRONICA

DEFINIDA COMO LA PRESENCIA DE HIPERTENSION ARTERIAL MAYOR O IGUAL A 140x90 MM DE HG ANTES DEL EMBARAZO, ANTES DE LA SEMANA VEINTE DE GESTACION O HASTA LA SEMANA SEXTA POSTPARTO, ASOCIADA O NO A PROTEINURIA.

HIPERTENSION CRONICA MAS PRE-ECLAMPSIA SOBREAgregADA

HACE REFERENCIA AL DESARROLLO DE PRE-ECLAMPSIA O ECLAMPSIA EN UNA MUJER CON HIPERTENSION CRONICA PREEXISTENTE.

SINDROME DE HELLP

EL SINDROME DE HELLP (HEMOLISIS, ENZIMAS HEPATICAS ELEVADAS Y PLAQUETAS BAJAS) ES UNA COMPLICACION DEL EMBARAZO QUE AMENAZA LA VIDA, POR LO GENERAL CONSIDERADO COMO UNA VARIANTE DE LA PRE-ECLAMPSIA. AMBAS CONDICIONES OCURREN GENERALMENTE DURANTE LAS ULTIMAS ETAPAS DEL EMBARAZO O, A VECES,

DESPUES DEL PARTO,

A PESAR DE LOS CONOCIMIENTOS Y AVANCEZ EN LA COMPRESION DE DESORDENES HIPERTENSIVOS EN EL EMBARAZO, LA CAUSA AUN NO ES DEL TODO CONOCIDA, SE ASOCIA A UNA PLACENTACION ANOMALA QUE CONDICIONA HIPOXIA E ISQUEMIA PLACENTARIA, ASOCIADO A DISFUNCION DEL ENDOTELIO MATERNO, POSIBLEMENTE INCREMENTADA POR PREDISPOSICION INMUNOGENETICA, Y UNA INAPROPIADA O EXAGERADA RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA.

FISIOPATOLOGIA

LA FISIOPATOLOGIA DE LA HIPERTENSION EN EL EMBARAZO NO ESTA TOTALMENTE EXPLICADA. EN EL EMBARAZO, EL SISTEMA RENINA ANGIOTENSINA ESTA REGULADO Y LA RESISTENCIA VASCULAR SISTEMICA DISMINUYE. COMO RESULTADO, LA PRESION ARTERIAL INICIALMENTE DISMINUYE COMENZANDO DESDE LA SEMANA 7 SIETE DE GESTACION.

LA PRESION DIASTOLICA TIENDE A SER MAYOR QUE LA REDUCCION EN LA PRESION SISTOLICA. LA PRESION MATERNA COMIENZA A INCREMENTAR LUEGO DESDE EL TERCER TRIMESTRE. EL EVENTO DESENCADENANTE PARA DESARROLLAR EVENTOS HIPERTENSIVOS EN EL EMBARAZO ES LA INVASION DEL CITOTROFOBlasto EN LAS ARTERIAS ESPIRALES, LLEVANDO A UNA REDUCCION DE LA PERFUSION UTEROPLACENTARIA.

LA ISQUEMIA PLACENTARIA RESULTANTE CAUSA ACTIVACION A NORMAL DEL ENDOTELIO VASCULAR MATERNO.

EN GENERAL LA PRE-ECLAMPSIA SE ASOCIA CON EL INCREMENTO DE LA RESISTENCIA VASCULAR SISTEMICA, INCREMENTO DE LA POSCARGA VENTRICULAR IZQUIERDA Y REDUCCION DEL GASTO CARDIACO.

LA PRE-ECLAMPSIA COMPRENDE UNA SERIE DE CAMBIOS FISIOLÓGICOS QUE INCLUYEN VASOCONSTRICCIÓN, HEMOCONCENTRACION Y POSIBLE ISQUEMIA EN LA PLACENTA Y OTROS ORGANOS MATERNOS. LA REACTIVIDAD VASCULAR ES DEBIDO AL IMBALANCE ENTRE LAS SUSTANCIAS VASODILATADORAS Y VASOCONSTRICTORAS.

LA VASOCONSTRICCIÓN RESULTANTE DISMINUYE LA PERFUSION PLACENTARIA Y LA PERFUSION DE ORGANOS, LO CUAL LLEVA AL DAÑO FINAL DE LOS ORGANOS. COMO EL FLUJO SANGUINEO DISMINUYE, SE REDUCE LA FILTRACION GLOMERULAR. LOS HEMATOMAS HEPATICOS Y RUPTURA OCURREN EN CASOS DE PRE-ECLAMPSIA ESPECIAL CON TROMBOCITOPENIA SEVERA.

LA CAUSA EXACTA DE LAS CONVULSIONES NO ESTA BIEN, PERO LA ENCEFALOPATIA HIPERTENSIVA E ISQUEMICA SECUNDARIA HAN SIDO PROPUESTAS.

LOS CAMBIOS VISUALES COMO ESCOTOMAS PUEDEN OCURRIR POR EDEMA SECUNDARIO DE LOS HEMISFERIOS CEREBRALES.

FACTORES DE RIESGO

LOS FACTORES DE RIESGO RECONOCIDOS, ASOCIADOS A HIPERTENSION GESTACIONAL Y PRE-ECLAMPSIA INCLUYEN:

-EDAD MATERNA

-PARIDAD

-RAZA

-HISTORIA FAMILIAR DE PRE-ECLAMPSIA

-PRESION ARTERIAL MATERNA (PRESION ARTERIAL MEDIA)

-EMBARAZO MEDIANTE TECNICAS DE REPRODUCCION ASISTIDA

-INDICE DE MASA CORPORAL



- COMORBILIDAD:
- DIABETES MELLITUS
- HIPERTENSION ARTERIAL CRÓNICA
- INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA
- TRASTORNOS INMUNOLÓGICOS (LES, SAA F)
- TR OMOFILIAS

ES RECOMENDABLE MANTENER CIFRAS DE PRESION ARTERIAL DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE

- SISTOLICA: 115 a 120 MMHG
- D IASTOLICA: 65 a 80 MMHG

DIAGNOSTICO

ES RECOMENDABLE CLASIFICAR A LA MUJER CON EMBARAZO, DESCARTAR LA PRESENCIA DE PRE-ECLAMPSIA CON O SIN CARACTERISTICAS DE SEVERIDAD DE ACUERDO A LOS CRITERIOS ESTABLECIDOS POR EL COLEGIO AMERICANO DE ONSTETRAS Y GINECOLOGOS.

LA APARICION DE PRPTEINURIA EN UN EXAMEN GENERAL DE ORINA ANUNCIA UN POSIBLE INICIO DE COMPLICACION HIPERTENSIVA, Y A SEA PRE-ECLAMPSIA, PRE-ECLAMPSIA SOBREGREGADA A HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA CRONICA O ENFERMEDAD RENAL. LA CANTIDAD DE PERDIDA DE PROTEINAS TIENE COMPLICACIONES TANTO DIAGNOSTICO COMO PRONOSTICAS.

A CTUALMENTE EXISTEN TRES METODOS DE ESTIMACION DE PROTEINURIA. EL MAS POPULAR ES EL ANALISIS DE LA TIRA REACTIVA EN ORINA Y ES SEMICUANTITATIVA, LA SEGUNDA ES EL "PRATRON ORO" CUANTIFICACION DE PROTEINAS EN ORINA DE 24 HORAS, PERO ESTA LIMITADO POR SU DISPONIBILIDAD Y LIMITACIONES DE TIEMPO, FINALMENTE LA TERCERA ES LA ESTIMACION DE LA RELACION PROTEINA URINARIA: CREATINA (UPCR) EN MUESTRAS DE ORINA ALEATORIA, SIN EMBARGO EL VALOR DE LOS PUNTOS DE CORTE DE ESTE ULTIMO METODO VARIA DE ACUERDO A CADA CENTRO HOSPITALARIO.

UN RESULTADO POR TIRA REACTIVA DE 1+ REQUIERE CONFIRMACION A TRAVES DE RECOLECCION DE ORINA DE 24 HORAS PARA CUANTIFICAR LA CANTIDAD DE PROTEINURIA, DEBIDO A QUE SE CORRELACIONA CON 0.3 G O MAS DE PROTEINURIA,

LOS EXAMENES DE LA BORATORIO RECOMENDADOS PARA MONITOREAR A LAS PACIENTES CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO SON: HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITO, RECUENTO PLAQUETARIO, AST, ALT, DESHIDROGENASA LACTICA (DLH), CREATININA Y EN PRESENCIA DE PROTEINURIA, CUANTIFICACION DE PROTEINAS EN ORINA DE PROTEINURIA, CUANTIFICACION DE PROTEINAS EN ORINA DE 24 HORAS.

LA MEDICION DE ACIDO URICO SUELE UTILIZARSE COMO MARCADOR DE LA GRAVEDAD DE LA PRE-ECLAMPSIA.

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 PROTEINURIA. LA DOSIS BAJA DE ASPIRINA (AAS) SE ASOCIA A UNA MEJOR INVASION TROFOBlastica A LAS ARTERIAS ESPIRALES POR INCREMENTO DE LA PRODUCCION DE FACTOR DE CRECIMIENTO 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 DOSIS DE ASPIRINA QUE HA DEMOSTRADO UNA REDUCCION SIGNIFICATIVA DE RIESGO DE PRE-ECLAMPSIA OSCILAN ENTRE 80-150 MG/DIA . DOSIS MENORES NO SE ASOCIAN CON DISMINUCION DEL RIESGO.

LA EVIDENCIA SUGIERE QUE LA ASPIRINA ADMINISTRADA ANTES DE DORMIR TIENEN MEHORES RESULTADOS EN LA PREVENCION DE PRE-ECLAMPSIA .

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

SE CONSIDERA HIPERTENSION EN EL EMBARAZO CIFRAS MAYORES DE 140/90 MMHG EN DOS OCASIONES CON UN MARGEN DE 4 HORAS A NIVEL DE ARTERIA BRACIAL.

PROTEINURIA: PROTEINAS MAYOR A 300 MG EN UNA RECOLECCION DE ORINA DE 24 HORAS (ESTANDAR DE ORO), PRESENCIA DE 2+ (100-300 MG/DL) EN TIRA REACTIVA EN UNA MUESTRA TOMADA AL AZAR. EL COCIENTE DE PROTEINA / CREATININA URINARIA EN UNA MUESTRA DE AZAR MAYOR O IGUAL A 0.3 "UNA TIRA REACTIVA NO NEGATIVA NO DESCARTA PROTEINURIA Y REQUIERE CONFIRMACION POR METODO CUANTITATIVO. ADEMAS SIEMPRE HAY QUE CONSIDERAR LA CLINICA Y TENER EN CUENTA LO SIGUIENTE:

-CEFALEA PERSISTENTE O DE NOVO

-ALTERACIONES VISUALES O CEREBRALES

-DOLOR TORACICO, DISNEA O EDEMA AGUDO DE PULMON

-EPIGASTRALGIA O DOLOR EN HIPOCONDRIO DERECHO

-SIGNOS DE DISFUNCION ORGANICA

-HIPERTENSION SEVERA (SISTOLICA MAYOR A 160 Y/O DIASTOLICA MAYOR A 110 MMHG)

-SOSPECHA DE DESPRENDIMIENTO PLACENTARIO

A DEMAS DE ESO HAY QUE CONSIDERAR PRUEBAS COMPLEMENTARIAS COMO:

-ELEVACION DE CREATININA SERICA

-INCREMENTO DE AST O ALT (MAYOR A 70 IU/L) DHL (MAYOR A 600 UI/L)

-DISMINUCION DE PLAQUETAS MENOS DE 100,000/MM³

-SINDROME DE HELLP (HEMOLISIS, ENZIMAS HEPATICAS ELEVADAS Y PLAQUETAS BAJAS)

TRATAMIENTO

SE RECOMIENDA INICIAR TRATAMIENTO FARMACOLOGICO ANTIHIPERTENSIVO CUANDO LA PRESION ARTERIAL DIASTOLICA SE ENCUENTRE PERSISTENTEMENTE POR ARRIBA DE 90 MMHG EN LAS PACIENTES CON HIPERTENSION GESTACIONAL.

POR 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 CALCIO COMO PARTE DEL TRATAMIENTO DE HIPERTENSION GESTACIONAL.

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

SE SUGIERE MANTENER LAS CIFRAS DE TENSION ARTERIAL POR DEBAJO DE 130/80 MMHG.

EN PACIENTES CON PRE-ECLAMPSIA SIN COMORBILIDAD LA TERAPIA ANTIHIPERTENSIVA INDICADA PARA MANTENER PRESION SISTOLICA ENTRE 135 y 130 MMHG, Y DIASTOLICA ENTRE 105 y 80 MMHG Y EN PACIENTES CON COMORBILIDADES MANTENER MANTENER UNA PRESION SISTOLICA DE 139 A 130 MMHG Y UNA PRESION DIASTOLICA



DIASTOLICA DE 89 A 80 MMHG.

ALFAMETIDOPA 250-500 MG VO C/8 HORAS CON DOSIS MAXIMA DE 2G/DIA

LABETALOL 100-400 MG VO CON DOSIS MAXIMA DE 1.200 MG/DIA

NIFEDIPINO 20-60 MG VO LIBERACION PROLONGADA CADA 24 HORAS CON UNA DOSIS MAXIMA DE 120 MG/DIA

HYDRAZINA 25-50 MG VO C/6 HORAS CON DOSIS MAXIMA DE 200 MG/DIA

NIFEDIPINO DE ACCION CORTA 10 MG VO C/8 HORAS

MADURACION PULMONAR EN PRODUCTOS MENORES DE 34 SEMANAS DE GESTACION

PREVENCION DE ECLAMPSIA CON SULFATO DE MAGNESIO

EL SULFATO DE MAGNESIO ESTA RECOMENDADO COMO PRIMERA LINEA PARA PREVENCION

DE ECLAMPSIA: SI ESTA CONTRAINDICADO, NO HAY DISPONIBILIDAD O EXISTE

FALTA DE RESPUESTA, UTILIZAR FENITOINA.

-SULFATO DE MAGNESIO 4 G EN 250 ML PARA 20 MINUTOS (TERAPIA DE ATAQUE)

-SULFATO DE MAGNESIO 10 G EN 900 ML PARA 1 G POR HORA SOLUCION PARA 10 HORAS

COMPLICACIONES:

DEPRESION RESPIRATORIA, HIPORREFLEXIA, Y PACIENTE RUBICUNDO CON BRADICARDIA !

EN CASO DE PRESENTAR HIPERSENSIBILIDAD A LA TERAPIA PARA EL TRATAMIENTO

DE SINDROME DE HELLP, ADMINISTRAR 10 MG DE CORTICOSTEROIDES IV CADA

12 HORAS ANTEPARTO Y POSTPARTO HASTA UN RECuento PLAQUETARIO DE 100-

100,000 MM³.

EL TRATAMIENTO DEFINITIVO SE LLEVA A CABO MEDIANTE LA RESOLUCION DEL EMBARAZO POR VIA ABDOMINAL, CONSIDERANDO LO SIGUIENTE:

CAUSAS MATERNAS: HIPERTENSION SEVERA, DETERIORO EN LA CUENTA PLAQUETARIA,

HEMOLISIS? DETERIORO DE LA FUNCION HEPATICAS, DETERIORO DE LA FUNCION

RENAL, SINTOMAS NEUROLOGICOS PERSISTENTES, DATOS PREMONITORIOS DE

PRE-ECLAMPSIA.

CAUSAS FETALES: DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA,

RESTRICCION DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO SEVERO Y ESTADO FETAL NO

CONFIABLE.

CONCLUSION

LA PREVENCION Y EL MANEJO ADECUADO, A TRAVES DE UN CONTROL PRENATAL RIGUROSO, SON FUNDAMENTALES PARA REDUCIR LOS RIESGOS ASOCIADOS A ESTAS PATOLOGIAS.

LA IDENTIFICACION TEMPRANA Y EL TRATAMIENTO OPORTUNO, QUE PUEDEN INCLUIR MEDICACION ANTIHIPERTENSIVA Y EN ALGUNOS CASOS, LA INDUCCION DEL PARTO, SON ESENCIALES PARA MEJORAR LOS RESULTADOS MATERNOS Y FETALES.

EN RESUMEN, LAS ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS DEL EMBARAZO CONSTITUYEN UN RETO SIGNIFICATIVO PARA LA SALUD PUBLICA, PERO CON UN ADECUADO SEGUIMIENTO Y UNA INTERVENCION MEDICA OPORTUNA, LA MAYORIA DE LAS MUJERES AFECTADAS PUEDEN TENER UN EMBARAZO EXITOSO Y UN PARTO SEGURO.

Bibliografía

Instituto Mexicano De Seguro Social, Guía De Práctica Clínica (GPC).

Detección, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades hipertensivas del embarazo, actualización 2017.