



Mi Universidad

Ensayo

Nombre del Alumno: Francisco de Jesús Álvarez Velasco

Nombre del tema: Gestosis

Parcial: 4

Nombre de la Materia: Ginecología y obstetricia

Nombre del profesor: José Mauricio Padilla Gomez

Nombre de la Licenciatura: Medicina veterinaria y zootecnia

Cuatrimestre: 8

Introducción

Entendemos por toxemia del embarazo, un síndrome que se presenta exclusivamente en la mujer embarazada, o -en los primeros días del puerperio, y que se caracteriza por la aparición de dos a tres de los siguientes síntomas o signos: hipertensión arterial, edema y proteinuria (denominándose entonces preeclampsia), a los cuales pueden agregarse convulsiones, estado de coma o ambos (en cuyo caso la enfermedad se cataloga como eclampsia).

Factores predisponentes

Existe, además, una serie de factores que, por estar frecuentemente asociados al síndrome que nos ocupa, se han calificado de predisponentes. Así, diversos cuadros patológicos adquiridos previamente a la gestación toxémica, o que se hacen aparentes en el curso de esta, actúan como factores importantes para precipitar la aparición de la toxemia; es entonces cuando el caso puede catalogarse como de una toxemia impura, secundaria, sobreagregada o sobreañadida. Pero, en un buen número de pacientes, no se encuentra ninguno de estos estados patológicos previos, o en ese momento, éstos no se pueden descubrir por estudio clínico o de laboratorio; en consecuencia, la enfermedad se denomina toxemia pura o primaria. Existe además un buen número de factores, no precisamente patológicos, sino más bien heterogéneos, tales como edad, paridad, nutrición, raza, herencia, etc., que acompañan a numerosos embarazos toxémicos. Su mecanismo de influencia suele ser variable y es difícil medir su magnitud; pero, al estimarse su frecuente asociación con la enfermedad, se les ha considerado también como factores predisponentes.

Clasificación

Actualmente, existe la tendencia a englobar en el término " nefropatías gravídicas" lo que diferentes autores han denominado y denominan aún: gestosis, toxicosis gravídicas, disgravidias, complejo edemonefrósico, etc. Juzgamos que, en realidad, por

nefropatía gravídica deben entenderse las manifestaciones patológicas que afectan a los riñones y que sobrevienen durante el embarazo. Esta enfermedad aparece con la gestación y desaparece después del parto, éste será el caso de la toxemia del embarazo verdadera. Al lado de esta afección, se sitúan las enfermedades vasculorrenales previas al estado gravidopuerperal, pero que

se manifiestan o se agravan con el embarazo, tales como glomerulonefritis, hipertensión esencial y síndrome nefrótico.

Etiología

A pesar de la intensa investigación efectuada desde hace varios decenios, esta enfermedad sigue constituyendo el gran enigma de la obstetricia. Podemos afirmar que ninguna causa conocida ha sido definitivamente aceptada, pero en general, se admite que la teoría de la isquemia uterina es la que tiene mayores visos de verosimilitud.

Dicha teoría señala que el riego sanguíneo del útero, aumentado enormemente durante la gestación, puede resultar alterado por diversas circunstancias, lo que ocasionaría hipoxia uteroplacentaria.

Fisiopatología

Si hemos aceptado la formación de probable polipéptido vasopresor como consecuencia de la hipoxia uteroplacentaria, la fisiopatología de la toxemia, o al menos el origen de sus síntomas cardinales, puede representarse esquemáticamente.

Sintomatología y criterio diagnóstico Dependiendo de la magnitud de los síntomas se han establecido varios grados de la enfermedad:

- I. Preeclampsia leve Se admite como tal cuando, después de las 24 semanas de la gestación, aparecen dos o más de los siguientes signos:
 - 1) Presión arterial sistólica de 140 mm de mercurio o más, o una elevación de 30 mm o más por arriba de su cifra habitual.
 - 2) Presión diastólica de 90 mm de mercurio o más, o una elevación de 15 mm o más por-arriba de su cifra habitual.
 - 3) Proteinuria, no mayor de un gramo por litro
 - 4) Edema persistente de manos o cara.
- II. Preeclampsia severa o grave A. Cuando están presentes dos o más de los siguientes datos:
 - 1) Tensión arterial sistólica de 100 mm de mercurio o más.
 - 2) Tensión arterial diastólica de 100 mm de mercurio o más.
 - 3) Proteinuria de más de un gramo por litro.
 - 4) Edema acentuado o generalizado.B. O bien cuando está presente sólo uno de los siguientes datos:

- 1) Tensión arterial sistólica de 185 mm de mercurio o más. 2) Proteinuria de más de 3 gramos.
- C. O también, una sola de las manifestaciones del inciso A, asociada con síntomas cerebrales, tales como cefalea continua y rebelde a la medicación analgésica habitual; visuales, fosfenos, ambliopía, visión borrosa, etc.; gastrointestinales, dolor epigástrico irradiado en cinturón, náusea o vómitos, ictericia; renales, oliguria, anuria o hematuria.
- III. Eclampsia Denota la presencia de convulsiones, estado de coma o ambas situaciones antes del trabajo de parto, en el curso del mismo o en las primeras horas o días del puerperio en una paciente embarazada que, además, sea portadora de hipertensión arterial, edema y proteinuria.
 - IV. Hipertensión esencial Se trata de una enfermedad vascular crónica hipertensiva (hipertensión esencial) cuando se encuentra hipertensión arterial antes de la vigésima cuarta semana de la gestación y permanencia indefinida de la misma después del parto.
 - V. Toxemia sobreagregada · El criterio para afirmar que se ha injertado o sobreagregado un cuadro de toxemia a una hipertensión esencial es el siguiente:
 - 1) Habiendo demostrado que se trata de una paciente hipertensa crónica, el que la tensión arterial sistólica se eleve 30 mm de mercurio o más, o una elevación de 15 mm de mercurio o más en la tensión arterial diastólica.
 - 2) Aparición de edema en cara o manos juntamente con el incremento en la presión arterial.
 - 3) Hallazgo de proteinuria, aunque sea menor de un gramo, si previamente no existía, o aumento en la cifra de la misma, sea como dato aislado o juntamente con la exacerbación de la tensión arterial.

Mortalidad

La mortalidad materna por preeclampsia probablemente no excede del uno por ciento de todos los casos, pero si se presenta eclampsia, la mortalidad sube vertiginosamente. La tasa general de muerte por eclampsia en los Estados Unidos de Norteamérica es de 10 a 15 por ciento. Sin embargo, varios autores, con base en distintas series de pacientes eclámpicas, señalan que estas cifras pueden reducirse al uno por ciento o menos, si se dispone de condiciones óptimas para el tratamiento inmediato.

Se ha calculado que la toxemia es responsable por lo menos, de cuatro fallecimientos maternos por 10,000 nacidos vivos, o sea una muerte materna por cada 2,500 nacimientos; en tanto se estima que el número de muertes fetales atribuibles a la misma causa es diez veces superior, o sea 40 muertes perinatales por 10,000 nacimientos, lo que corresponde a una muerte del producto por cada 250 nacimientos. Gran parte de esta mortalidad guarda relación con la prematura.

En cuanto a la mortalidad perinatal, ya se señaló que, incluyendo preeclampsia, se calcula una muerte perinatal por cada 250 nacidos; vivos; pero, cuando se toma en cuenta exclusivamente a la eclampsia, la mortalidad perinatal se incrementa a cifras excesivamente elevada.

La mortalidad materna en nuestros casos es más alta que la de la generalidad de los autores aludidos, pero ello obedece a que incluye a todas las pacientes que fallecieron por la enfermedad, aun las que ingresan agónicas y fallecen pocas horas después de su ingreso. Cosa similar sucede con la mortalidad perinatal; en ella incluimos a los productos que llegan muertos in útero. Si se descarta a estos grupos de pacientes, o sea a las que fallecen antes de 24 horas de haber ingresado, y a los productos muertos in útero, antes de su llegada al hospital, la mortalidad materna así corregida es de sólo 6.17 por ciento, la cual es buena y comparable a la de otros autores

Bibliografía

<https://www.reproduccionveterinaria.com/fisiologia-y-anatomiaobstetrica/fisiologia-obstetrica2/hormonas-que-regulan-la-reproduccion/>

https://www.produccionanimal.com.ar/produccion_equinos/produccion_equina_en_general/46-reproduccion_equina.pdf

https://www.fmvz.unam.mx/fmvz/publicaciones/archivos/Fisiologia_Clinica.pdf