SINDROMES HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO

Profesor: Roberto Guzman Parrado

Introducción

- **OMS: 50000 mujeres mueren cada año como consecuencia de complicaciones de la HTA durante la gestación, fundamentalmente en países en vías de desarrollo.**
- **15% mortalidad materna.**
- **5-20% morbimortalidad perinatal.**

Formas Clínicas

1) **HIE (pre eclampsia – eclampsia)**
2) **Hipertensión Arterial Crónica.**
3) **HTA c + PE o Eclampsia** sobre añadida**.**
4) **HTA gestacional o transitoria**

Incidencia

- **Hipertensión Gestacional 6-7% con riesgo de conversión a preeclampsia 15 – 26%**
- **La preeclampsia global complica 5 - 6 % de embarazos**
- **HTA crónica 3-5 % de las embarazadas**
- **Hipertensión Crónica puede complicarse sobreañadiendo preeclampsia hasta un 25%**
- **Eclampsia 1-2% de embarazos con preeclampsia**

Preeclampsia-Eclampsia

- Es una vasculopatía multisistémica desencadenada por alteración placentaria y disfunción endotelial generalmente instalada en primigrávidas después de las 20 semanas que cursa con hipertensión, proteinuria y edemas pudiendo progresar a la eclampsia (convulsión) y al coma.

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL DESARROLLO DE PREECLAMPSIA

Factores de riesgo en relación a la pareja

- Nuliparidad/ primopaternidad
- Exposición limitada al esperma, inseminación de donante
- Padre que ha dado lugar previamente a gestación con preeclampsia

Factores de riesgo maternos

- Antecedente de preeclampsia
- Edad materna elevada, gran intervalo entre gestaciones
- Historia familiar
- Donación de ovocitos

Enfermedad materna subyacente

- Hipertensión crónica
- Enfermedad renal
- Obesidad, Sdr. de resistencia a la insulina
- Diabetes tipo1 y Diabetes gestacional
- Trombofilias (resistencia Proteína C activada (F V de Leyden) déficit de Proteína S)
- Síndrome anti fosfolípido

Factores de riesgo asociados a la gestación

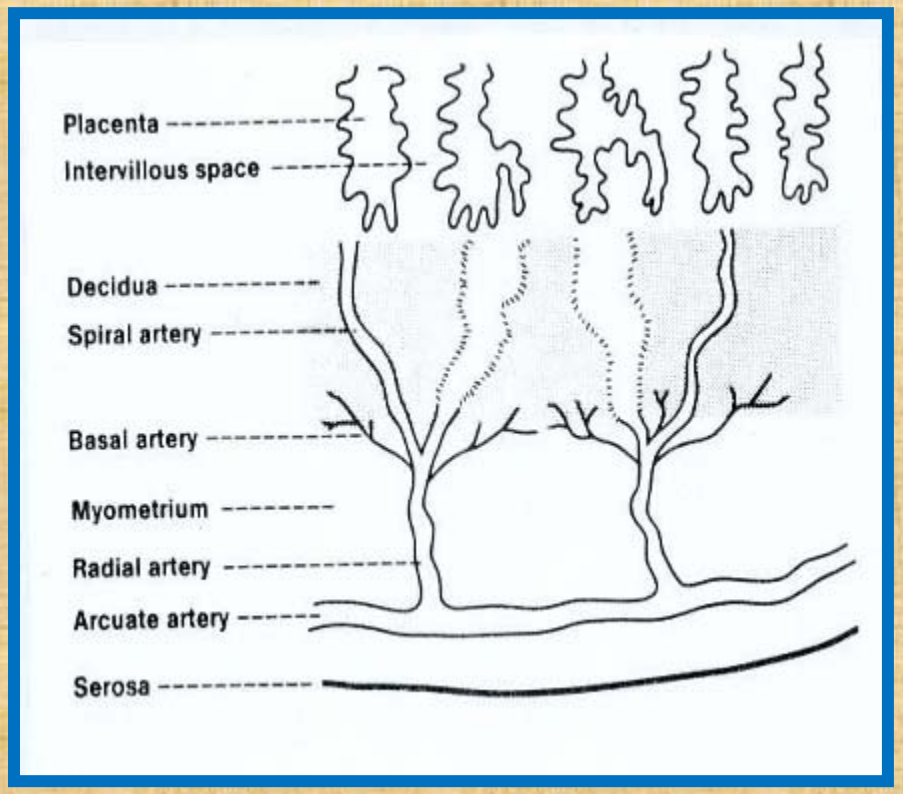
- Embarazo múltiple
- Mola hidatiforme
- Anomalias cromosómicas (trisomia 13, triploidia)
- Hidrops fetal

Etiología de la Preeclampsia

Enfermedad Heterogénea y multifactorial

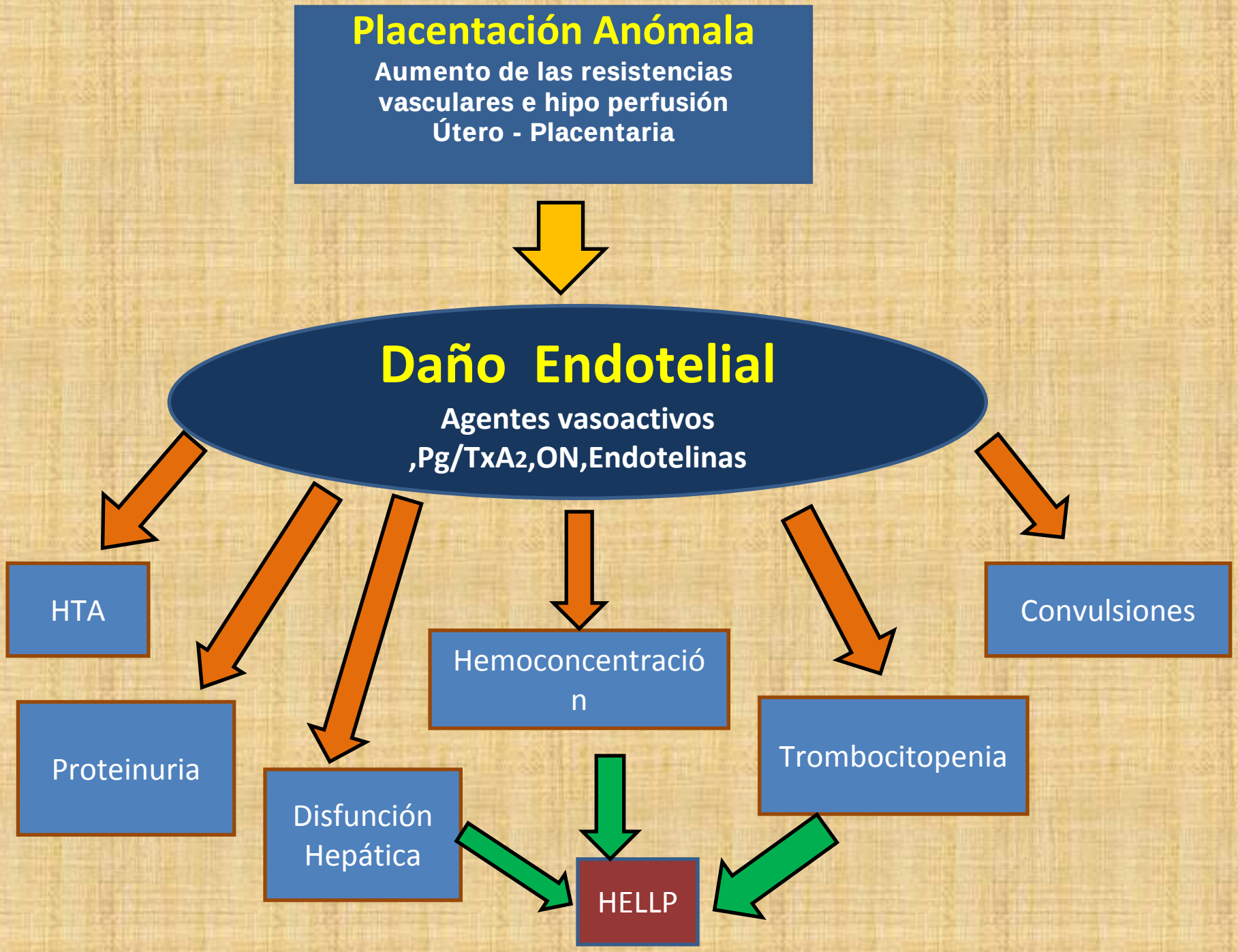
Enfermedad de las Teorías

Placentación Anómala



1era migración 10 – 16 semanas

2da migración 16 – 22 semanas (Falla)


Placentación Anómala
Aumento de las resistencias vasculares e hipo perfusión Útero - Placentaria
Daño Endotelial
Agentes vasoactivos ,Pg/TxA2,ON,Endotelinas
HTA
Proteinuria
Disfunción Hepática
Hemoconcentración
Trombocitopenia
Convulsiones
HELLP

Diagnóstico de preeclampsia

Preeclampsia/Eclampsia: Clasificación

- **<u>Pre – eclampsia: T.A.d > 90 y < 110 con ausencia de signos de agravamiento.</u>**
- **<u>Pre-eclampsia grave</u>**: **T.A. ≥ 160/110mmHg**, o **<u>presencia de</u>**:
- Oliguria, edemas generalizados, **proteinuria ≥ 2 gramos/día**.
- Elevación persistente de azoados, transaminasas, bilirrubina.
- Dolor epigástrico en barra, vómitos, hematemesis.
- Signos hemorragíparos, trombocitopenia, hemólisis, ictericia
- Cefalea intensa, hiperreflexia, *clonus*.
- Restricción del crecimiento fetal.

Tratamiento

Control del estado Materno

- **Ingreso hospitalario**
- **Reposo en Decúbito Lateral Izquierdo.**
- **Dieta libre (normosódica, normocalórica,hiperproteica)**
- **Medir TA cada 6 horas**
- **Peso materno cada 72 horas.**
- **Medir diuresis de 24 horas**
- **Realizar complementario**s

Control del estado Fetal

- Realizar Doppler de arterias uterinas (22 – 24 sem).
- Biometría fetal con estimado de peso
- Cardiotacografía
- Perfil biofísico modificado 2 veces por semana.
- Doppler Umbilical (casos Restricción del crecimiento fetal severo

¿Cuándo usar los hipotensores ?

- Expertos sugieren cuándo la **Tensión Arterial Diastólica** sea mayor o igual **100** mmHg por vía **oral** (tabletas)
- Cuándo la **tensión Arterial diastólica** es mayor o igual a **110** mmHg la via es **endovenosa**

AGENTES ANTIHIPERTENSIVOS EN EL EMBARAZO.

AGENTE MECANISMO de ACCION

- ☹ **Tiazidas : Reduce el Vol. Plasmático y GC así como de la resistencia periférica Total.**
- ☺ **Alfa Metil dopa: Neurotrasmision falsa efecto en el SNC.**
- ☺**Hidralazina :Vasodilatador Periférico directo**
- ☺**Nifedipina: Bloqueador de los canales del calcio**
- ☺**Atenolol: Bloqueador Beta adrenérgico**
- ☺**Labetalol: Bloqueo alfa y beta adrenérgico.**

Prevención de las Convulsiones

- **Según el método de Zuspan y Sibai**
  - **4-6 gr en bolo y continuar con 1-2 gr por hora en bomba de infusión por 24 horas después del parto o la última convulsión.**
- **Según el método de Pritchard**
  - **Una dosis de ataque de 10gr(5gr en cada nalga con 1 cc de Lidocaina) seguida por una de sostén de 5gr c/4h por vía IM logrando una magnesemia de 4,8-8,4 mg/dl**

Conducta Obstétrica en los trastornos hipertensivos

Hipertensión gestacional o transitoria

- Generalmente de buen pronóstico materno fetal, valorando su interrupción a las 41 semanas de no iniciar espontáneamente el trabajo de parto.
- Debe vigilarse que no progrese en preeclampsia.

Preeclampsia

- Siempre el tto apropiado es el **PARTO** de preferencia por **vía vaginal.**
- **“El mejor día, del mejor modo”.**
- En la preeclampsia severa la interrupción siempre es ha **beneficio materno** independiente de la EG que tenga el embarazo, estado fetal y más de haber rebasado las 34 semanas.

Preeclampsia

- Para obtener una menor morbimortalidad perinatal se debe administrar **corticoides (inductores de la madurez pulmonar)** antes de las 34 semanas
- En la PE severa con inicio precoz **antes de las 24 semanas** se debe ofertar la terminación de la gestación.

Preeclampsia

- En la mayoría se debe intentar la **inducción del trabajo de parto.**
- En ocasiones pueden usarse las prostaglandinas para la **maduración cervical.**
- Sí en el transcurso de **12 horas del inicio de la inducción** no se ha establecido el trabajo de parto, entonces **valorar la vía alta.**
- La **analgesia epidural continua** es la apropiada en la preeclampsia.

Conducta obstétrica en HTA crónica

- Descartar en consulta pre concepcional o en la 1ra consulta que la HTA no sea secundaria a una causa tratable y sea potencialmente peligrosa para la madre y el feto.
- Controlar adecuadamente la TA durante el embarazo.
- Detectar precozmente la PE sobreañadida.
- Control y Evaluación del crecimiento y bienestar fetal.
- Interrupción a las 41 semanas.

Complicaciones de la preeclampsia

Maternas

- AVE, crisis convulsiva.
- Insuficiencia Cardiaca.
- E. A. Pulmón.
- I. Renal Aguda.
- CID
- Rotura Hepática
- Falla multisistema
- Muerte

Fetales

- CIUR.
- Prematuridad.
- DPPNI
- Sufrimiento fetal
- Muerte Fetal.

Estudio individual

- Fisiopatología.(Rigol capitulo 13 pag 128 – 129)
- Predicción de la Pre-eclampsia.(pag 131)
- Diagnóstico diferencial de la Pre-eclampsia.
- Tratamiento de la Pre-eclampsia Grave.(pag 133)

Bibliografía

- Obstetricia y Ginecología. Rigol (versión en pdf)
- Manual de Procedimientos de Diagnóstico y Tratamiento en Obstetricia y Perinatología, 1997.
- Tratado de Obstetricia, Williams.
- Tratado de Obstetricia, Schwarcz.
- Internet:
  - www.preeclampsia.org
  - www.perinatal.sld.cu

TODA MUJER MERECE UN EMBARAZO Y UN PARTO FELIZ

FIN