

SIGNOS Y SINTOMAS DE AGRAVAMIENTO

- Dolor epigástrico, vómitos, hematemesis.
- Edema pulmonar.
- Oliguria
- Cianosis, ictericia
- Oligoamnios y restricción del crecimiento fetal
- Complementarios muy elevados ?????

Complementarios

- Hb y Hto
- Coagulograma
- Ac úrico, creatinina y urea.
- Filtrado glomerular y aclaramiento de creatinina.
- TGP y TGO
- Albuminuria 24 horas (labstic 2 tomas con 4 horas de diferencia)
- EKG y us renal y hepático.
- Otros

El fondo de ojo no es complementario es parte del examen físico

ECLAMPSIA

1. ***Trastornos nerviosos***: cefalea intensa, excitabilidad e hiperreflexia.
2. ***Trastornos sensoriales visuales***: moscas volando, diplopía, amaurosis, alteraciones del oído, como vértigos y zumbidos.
3. ***Trastornos digestivos***: lengua seca y áspera, dolor epigástrico en barra y también en el cuadrante superior derecho del abdomen.
4. Elevación brusca de la tensión arterial.
5. Edemas generalizados.
6. Oliguria-anuria.
7. **Crisis convulsiva**

Concepto

La presencia de convulsiones o coma o ambas, después de la semana 20, en el parto o las primeras 48 horas del puerperio.

- La certeza aumenta en presencia de los síntomas de preeclampsia agravada.
- Diuresis que puede llegar a la anuria.
- La hipertensión la acompaña en el 85 % de los casos, el edema en el 75% y la proteinuria es frecuente igual

PREGUNTA DE CONTROL



Marque con una X las afirmaciones correctas relacionadas con los criterios diagnósticos de hipertensión durante el embarazo

- 1.____ La tensión arterial (TA) es de 140/90 mm de Hg o más, 3 veces consecutivas con 6 horas de diferencia.
- 2.____ Tensión arterial media de 105 o más.
- 3.____ Cuando existe aumento de la presión sistólica de 15 mm de Hg o más, y de 30 mm de Hg o más de la tensión diastólica sobre niveles previamente conocidos.
- 4.____ Cuando la TA es de 160/110 mm de Hg no es necesario repetir la próxima toma.
- 5.____ La proteinuria en la preeclampsia es positiva por encima e igual a los 300 mgs.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA

HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA

Es aquella enfermedad hipertensiva que:

- Se conoce de la HTA previo al embarazo
- Aparición de la HTA antes de las 20 Sem.
- Persistencia de la HTA después de 42 días del puerperio.
- Evidencia de lesión en órgano diana por HTAc.

Epidemiología

INCIDENCIA: **1-5%** en todo el embarazo.

DE LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS
REPRESENTA EL **25-50%** DURANTE EL
EMBARAZO.

ETIOLOGIA DE HTAc Y EMBARAZO.

1-HIPERTENSIÓN ESENCIAL.

2-HIPERTENSIÓN SECUNDARIA.

- RENAL:ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA,(nefropatias por Reflujo, glomerulonefritis
HIPERTENSIÓN RENOVASCULAR:(Estenosis de la arteria renal.
- ENDOCRINA:Feocromocitoma,Hiperaldosteronismo primario
Síndrome de cushing.
- NEUROLOGICAS:Aumento de la presión intracraneal.

3-HIPERTENSIÓN SISTOLICA:

- TIROTOXICOSIS.
- CIRCULACIÓN HIPERDINAMICA.

CLASIFICACIÓN

Bajo riesgo

- ❖ Niveles de TA menores de 160/100mmHg.
- ❖ Sin evidencia de lesión en ningun órgano diana (Retina, Corazon, Riñon, Cerebro.)

Alto riesgo

- ❖ Niveles de TA mayores de 160/100mmHg.
- ❖ Con evidencia sobre un órgano diana
- ❖ Con signos de afectación fetal.

INTERVENCIONES TERAPEUTICAS PREVENTIVAS

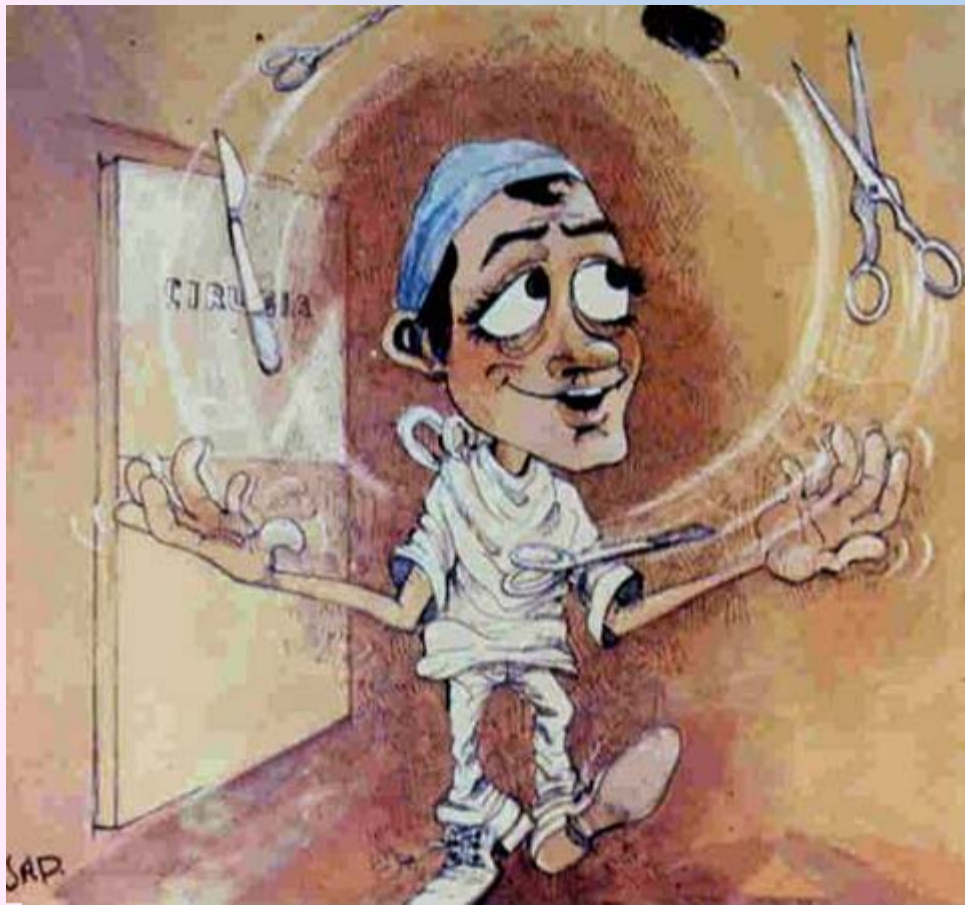
- Aceite de hígado de pescado.
- Calcio.
- Aspirina (ASA).
- Vitaminas antioxidantes (vit E y C)
- Derivados del óxido nítrico.



Hipertensión transitoria

- Es cuando se produce un aumento de la **TA al final del embarazo, en el parto o en el puerperio inmediato**, y que desaparece a las 24 horas después del parto sin ningún otro signo de preeclampsia ni de HTA crónica.
- El diagnóstico se hace después que se ha descartado la presencia de proteinuria en orina, y **no produce morbilidad materna ni fetal.**

TRATAMIENTO E INTERVENCIÓN PERINATAL OPORTUNO



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 complementarios**

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 vía 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.**

Prevencción 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

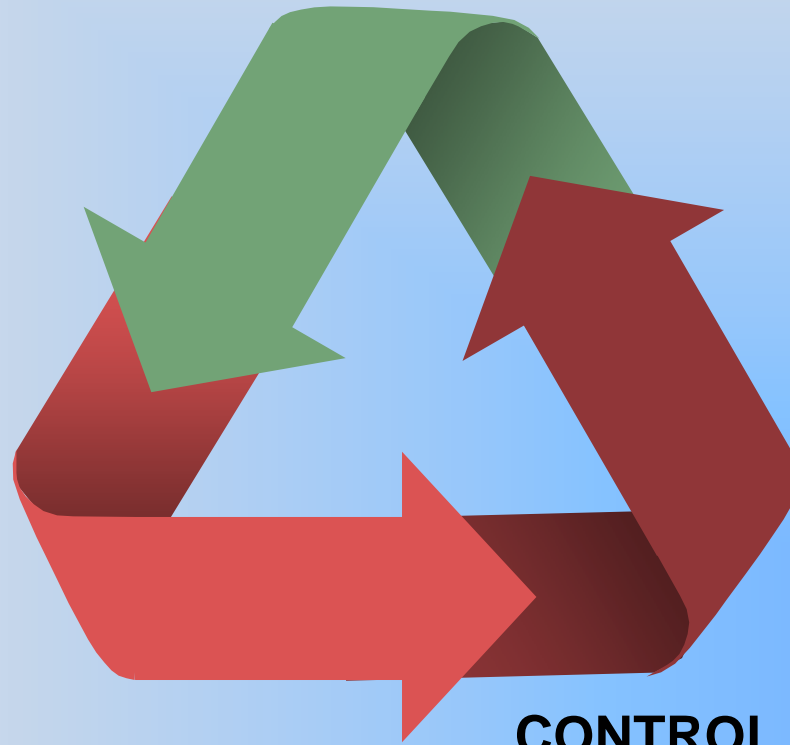
- Siempre el tratamiento apropiado es el **PARTO** de preferencia por **vía vaginal**.
- “El mejor día, del mejor modo”.
- En la preeclampsia severa la interrupción siempre es a **beneficio materno** independiente de la EG.

Conducta obstétrica en HTA crónica

- 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.

INTERVENCIÓN OPORTUNA

**RIESGO DISPENSARIZADO
(ATENCIÓN PRENATAL)**



**CLASIFICACIÓN
ADECUADA Y
OPORTUNA**

**CONTROL DE TA
EVITAR COMPLICACIONES
MATERNA Y FETAL
INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO**

Estudio individual

- Fisiopatología.(Rigol capítulo 13 pág 128 – 129)
- Predicción de la Pre-eclampsia.(pág 131)
- Tratamiento de la Pre-eclampsia Grave.(pág 133)

Literatura Docente

- A) **Básica:** "Obstetricia y Ginecología"
Orlando Rigol Ricardo.

- B) **Complementaria:** "Tratado de Obstetricia Ginecología"
Botella Llusía y Clavero Nuñez.

- C) **Auxiliar:** "Obstetricia y Perinatología. Diagnóstico y tratamiento. ECIMED 2012"
"Revistas Nacionales y Extranjeras"



Muchas gracias

alfmed@infomed.sld.cu