

3ª jornada de Ginecología y Obstetricia con Atención Primaria

Patología hipertensiva y gestación

Dra. Carmen Rodríguez Morejón
Servicio de obstetricia y ginecología
5 de junio de 2019

Introducción

- La patología hipertensiva asociada a la gestación supone una de las principales causas de mortalidad mateno-fetal a nivel mundial.
- Se estima que la preeclampsia complica el 2-8% de todas las gestaciones.
- Aunque la mortalidad materna es mucho menor en países desarrollados, el 16% de las muertes maternas se asocian a patología hipertensiva.

Categorías de HTA en el embarazo

- HTA crónica
- HTA gestacional
- Preeclampsia
 - Eclampsia
 - Sd. HELLP
- Preeclampsia sobreañadida a HTA crónica



HTA crónica

Presente antes de la gestación o diagnosticada antes de la semana 20 de embarazo.

HTA gestacional

TAS \geq 140 o TAD \geq 90 en 2 ocasiones separadas 4 horas, a partir de las 20 semanas, en una mujer previamente normotensa, SIN proteinuria.

- Más de un 50% de gestantes con HTA gestacional desarrollará proteinuria u otra disfunción de órgano diana.
- Progresión a preeclampsia más probable si diagnóstico antes de la semana 32.

Preeclampsia sobreañadida a HTA crónica

Empeoramiento de la HTA, aparición o empeoramiento de proteinuria o aparición de signos / síntomas de disfunción de órgano diana.

Preeclampsia (PE)

Aparición de HTA + proteinuria o HTA + disfunción de órgano diana +/- proteinuria, pasadas las 20 semanas en una gestante previamente normotensa.

Sd. HELLP

Una de las formas más severas de PE.
Elevada morbilidad y mortalidad materna.

Cursa con:

- Hemólisis: LDH > 700 UI/L.
- GOT o GPT x2 veces el límite superior de la normalidad.
- Plaquetas < 100000 / microL.

El sd se considera incompleto cuando falta alguno de los 3 criterios.

Eclampsia

- Aparición de convulsiones tipo gran mal no atribuibles a otras causas.
- Manifestación más severa de la patología hipertensiva de la gestación.
- Precedida (78-83%) por síntomas como cefalea persistente, visión borrosa, fotofobia o alteración del nivel de conciencia.
- 1.9% de PE y 3.2% de PE severa.

Criterios diagnósticos de preeclampsia

- TAS ≥ 140 mmHg o TAD ≥ 90 mmHg (2 ocasiones separadas 4 horas) + proteinuria después de la semana 20.
- TAS ≥ 140 mmHg o TAD ≥ 90 mmHg + signos / síntomas de disfunción de órgano diana con / sin proteinuria:
 - Recuento de plaquetas < 100000 / microL.
 - Cr > 1.1 mg/dL.
 - Transaminasas elevadas 2 veces el límite superior de la normalidad.
 - Edema pulmonar.
 - Síntomas cerebrales o visuales (cefalea persistente, fotopsias, escotomas...).

Criterios de gravedad

- TAS \geq 160 mmHg o TAD \geq 110 mmHg + proteinuria.
- TAS \geq 140 mmHg o TAD \geq 90 mmHg +/- proteinuria y uno de los siguientes signos o síntomas:
 - Aparición de alteraciones cerebrales o visuales:
 - Fotopsias y/o escotomas.
 - Cefalea severa (incapacitante) o que persiste o progresa a pesar de analgesia.
 - Alteración del nivel de conciencia.
 - Dolor severo epigástrico o en hipocondrio derecho persistente.
 - Aumento de la concentración de transaminasas 2 veces por encima del límite superior.
 - <100000 plaquetas / microl.
 - Insuficiencia renal progresiva (Cr $>$ 1.1 mg/dl).
 - Edema pulmonar.

Prevención

- Ya que no existe tratamiento curativo de la preeclampsia que no sea la finalización de la gestación es muy importante una intervención que pueda prevenir su aparición.
- Profilaxis con ácido acetilsalicílico según:
 - Factores de riesgo.
 - Screening.

Ácido acetilsalicílico (AAS)

- En dosis bajas reduce la frecuencia de preeclampsia en un 10-20% en mujeres con riesgo moderado-alto de desarrollo de la enfermedad.
- Excelente perfil de seguridad materno-fetal.
- El AAS es el único fármaco que tiene evidencia del beneficio en la reducción del riesgo de preeclampsia.



Población de riesgo

Factores de riesgo moderado	Factores de riesgo alto	
<ul style="list-style-type: none"> · Nuliparidad · Obesidad (IMC > 35) · AF de 1º grado de preeclampsia · Edad ≥ 40 años · PEG/CIR en gestación previa. · Muerte fetal intrauterina. · Intervalo entre gestaciones >10 años · Gestación múltiple 	<ul style="list-style-type: none"> · Preeclampsia en gestación anterior 	
<p>Si dos o más factores de riesgo moderado, profilaxis con AAS 150 mg (Tromalyt®), antes de la semana 16 y hasta la semana 36, por la noche.</p>	Riesgo de recurrencia en próxima gestación	
	> 37 S	20%
	34-37 S	30%
	28-34 S	40%
	< 28 S	50%
	HELLP	3% HELLP y 20% PE
Eclampsia	2% eclampsia y 20% PE	

Screening

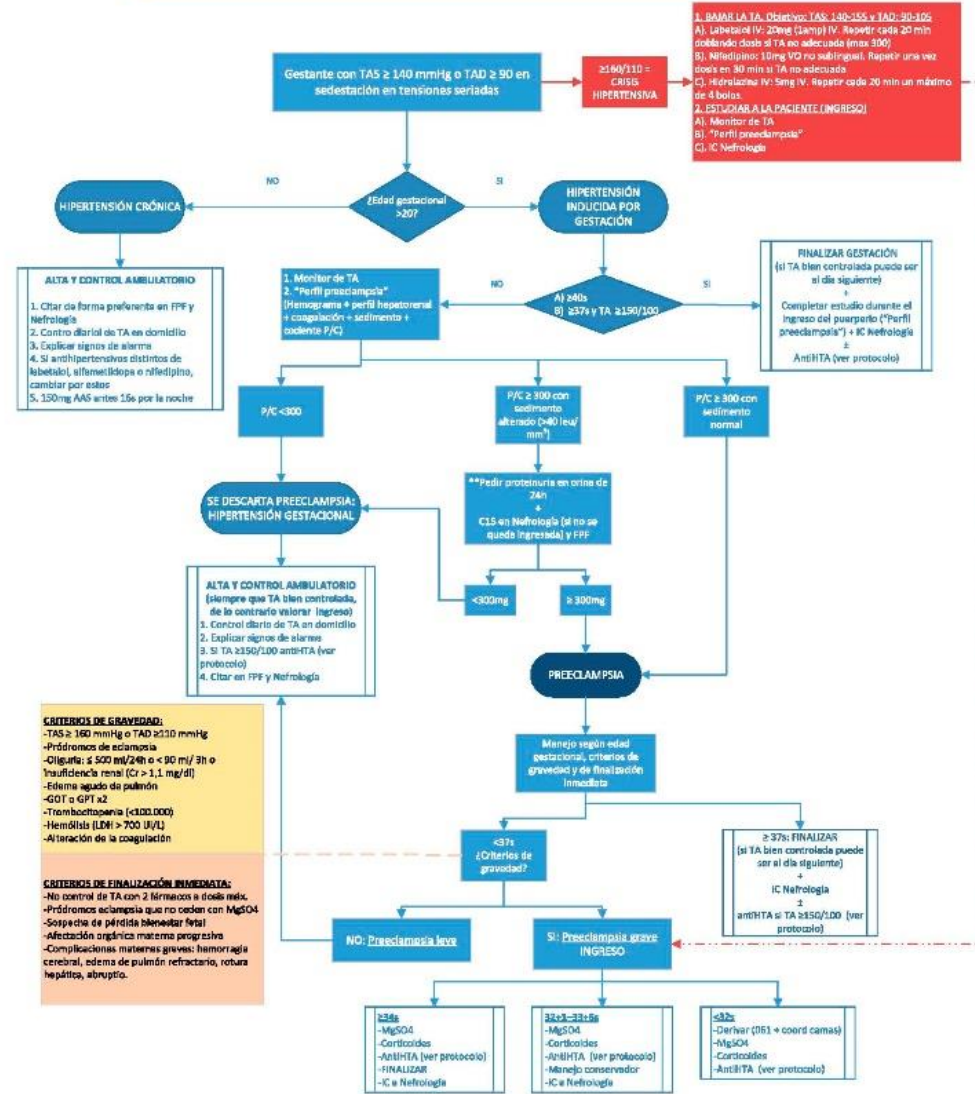
- Cálculo del riesgo individual de preeclampsia de cada gestante en función de:
 - Valores bioquímicos.
 - TA en ambos brazos.
 - Doppler de arterias uterinas.
- Si riesgo por encima del corte: profilaxis con AAS 150 mg por la noche hasta semana 36.

Manejo HTA en urgencias

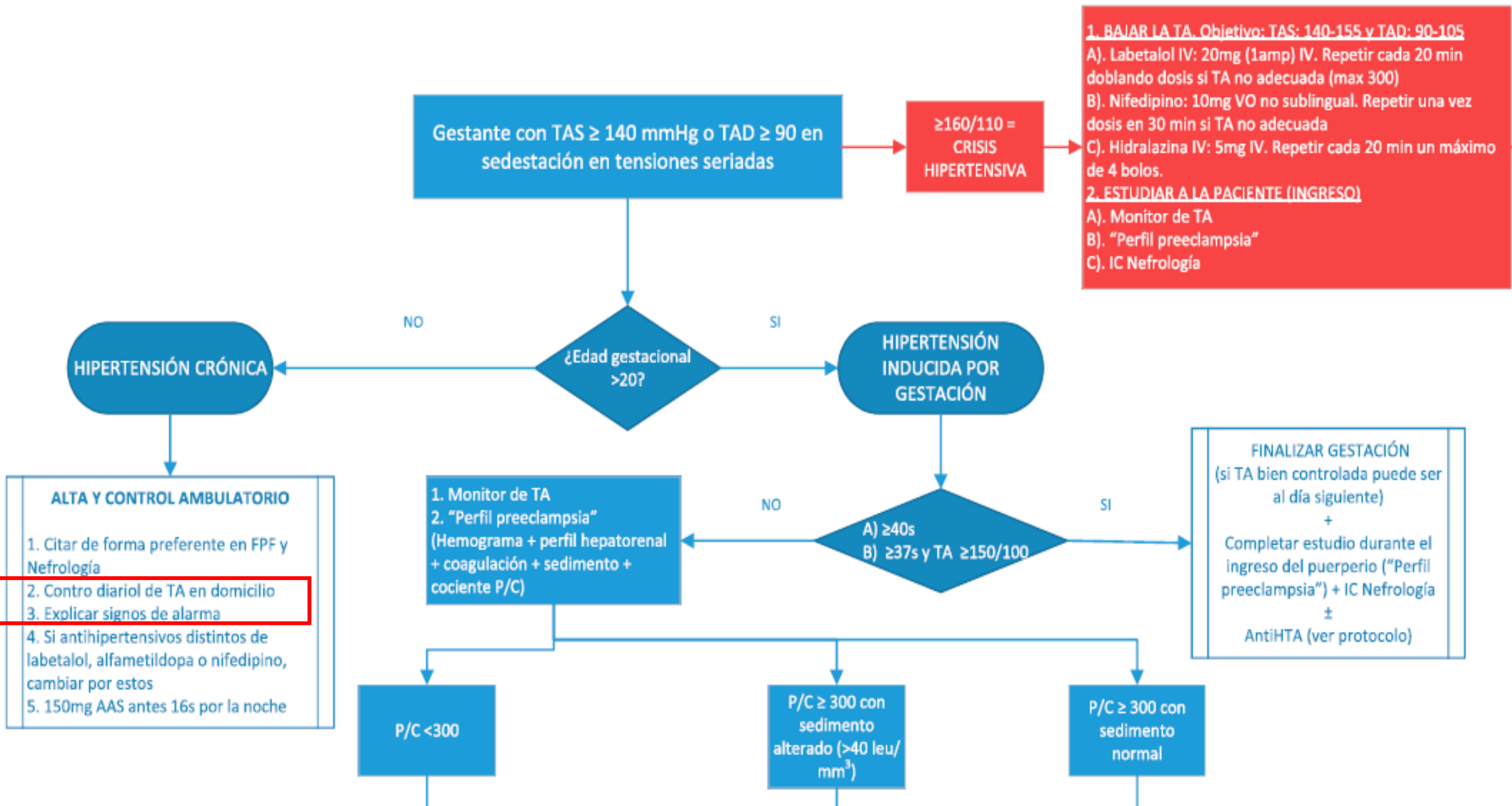
Toda gestante con un debut de HTA o empeoramiento de una HTA preexistente, después de las 20 semanas, debe ser estudiada para descartar preeclampsia.

MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN DURANTE LA GESTACIÓN EN URGENCIAS

MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN DURANTE LA GESTACIÓN EN URGENCIAS

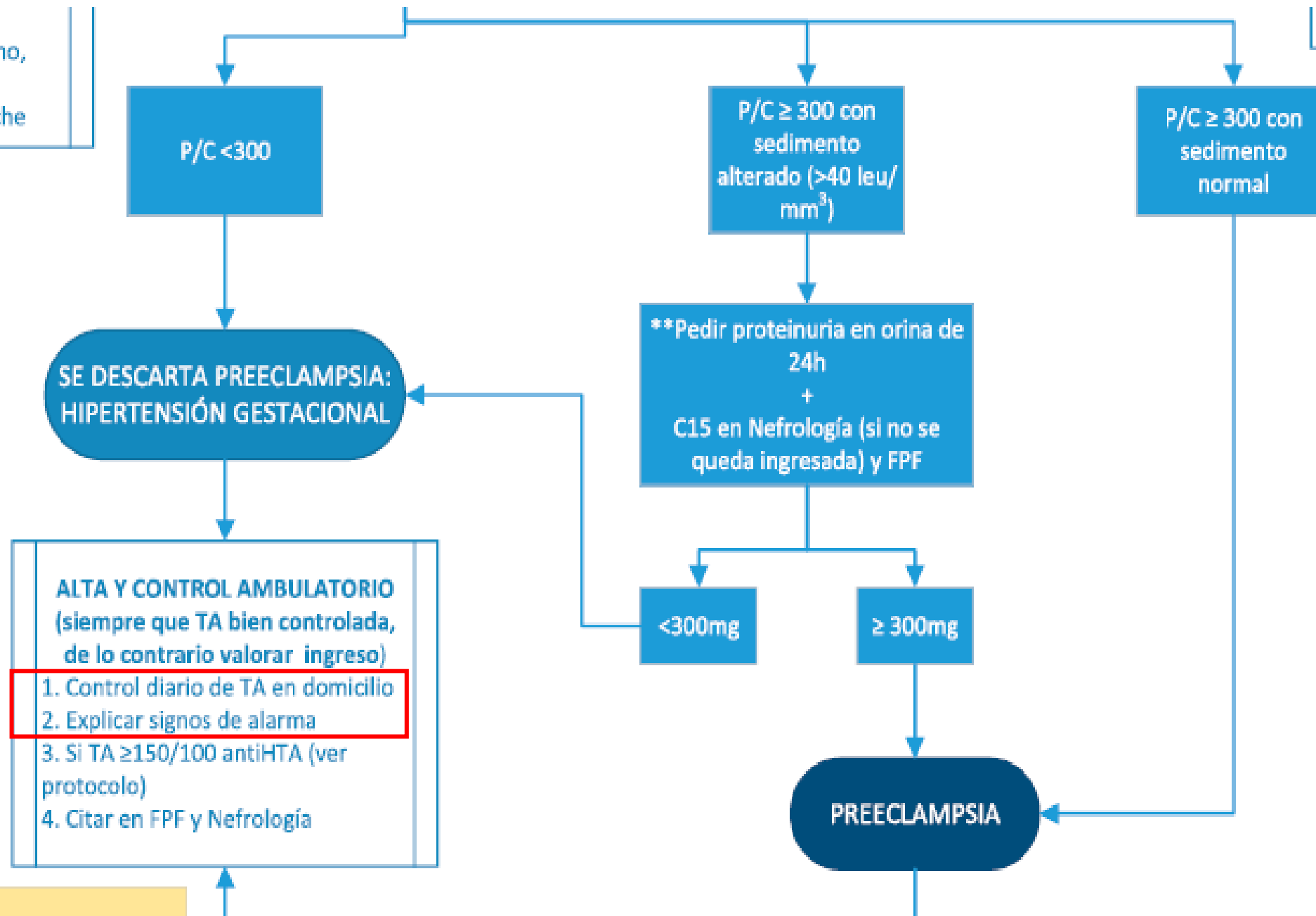


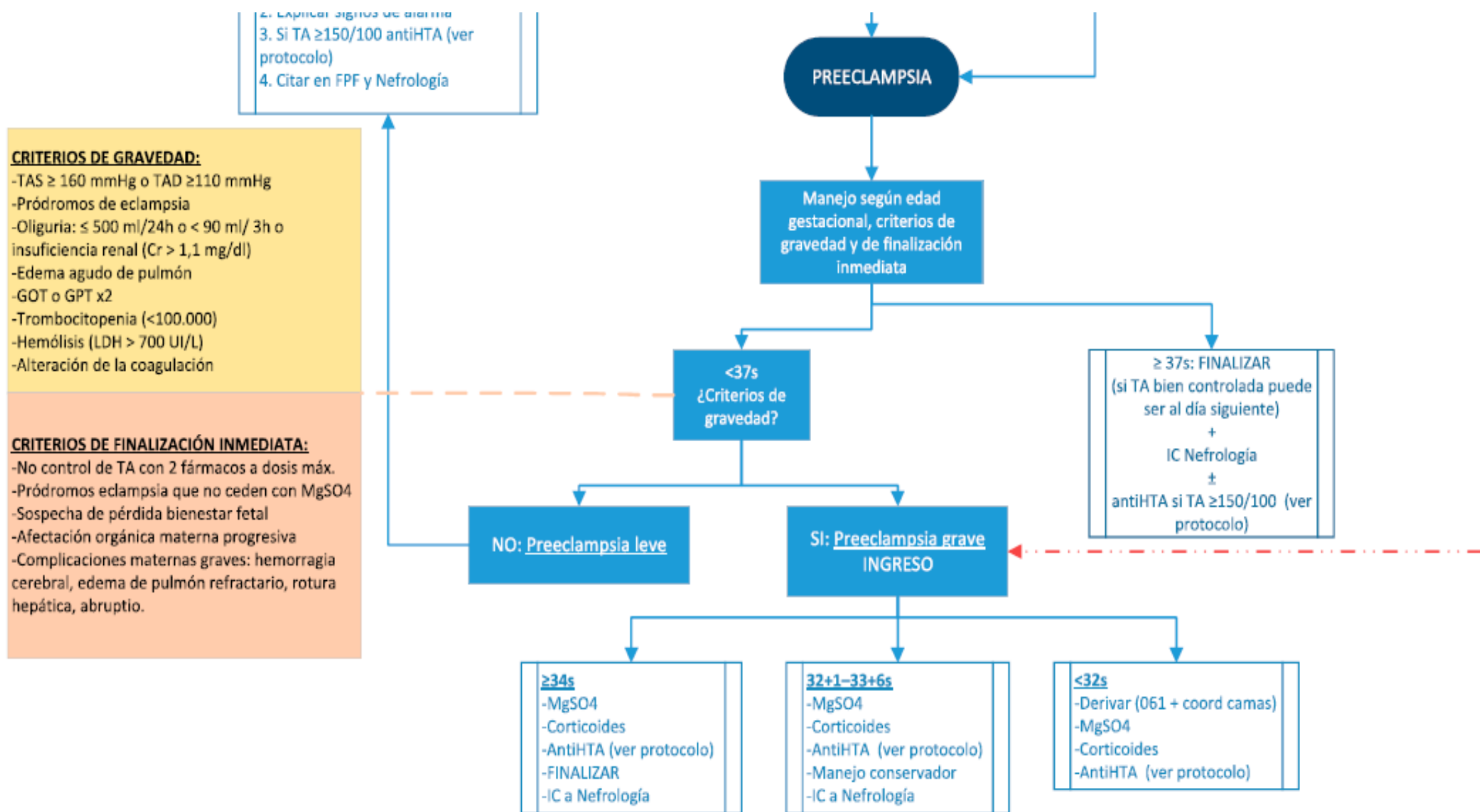
****CÓMO RECOGER LA ORINA DE 24H?**
 1. Entregar bote grande (hay en urgencias) y otro de sedimento.
 2. Realizar petición "preeclámpsia".
 3. La primera orina del día que se empieza a recoger la orina de 24h se desecha, el resto se recogen en el bote y la primera del día que se entrega también se recoge en el bote.
 4. La paciente viene de 07.30-10.30 en ayunas, con muestra de los 2l en un bote de sedimento y apuntado en el volante de petición el volumen de orina total.
 DIDI) Laboratorio está abierto de lunes a viernes, luego si vemos a la paciente un viernes, tendrá que recoger la orina el domingo para entregarla el lunes.
 Si la paciente tiene la TA mal controlada, o ha venido muchas veces por urgencias, valorar dejar ingresada mientras recoge la orina de 24h y hacer IC a Nefrología.



15 mg distintos de
clonidina o nifedipino,
25 mg
antes 16s por la noche

AntiHTA (ver





Finalización de la gestación

El diagnóstico de preeclampsia no condiciona la vía del parto. La vía de parto preferible es la vaginal, siempre que no comporte inducciones largas de más de 24 horas.

- HTA crónica: 37-40 semana.
- HTA gestacional: 37-40 semana.
- PE leve: 37-38 semana.
- PE grave:
 - < 32 semanas: derivar vía 061.
 - 32+1 – 33+6 semanas: manejo conservador.
 - ≥ 34 semanas: finalizar.
 - Criterios de finalización inmediata independientemente de la EG.

Conducta clínica al alta

- Resolución completa tras el parto. Algunos síntomas desaparecen en horas (cefalea) mientras otros tardan semanas o meses (proterinuria).
- La HTA puede empeorar en las 2 primeras semanas postparto y se normaliza tras la cuarta semana.
- Control postparto en consulta de nefrología con analítica previa.



GRACIAS



Nº 6





Nº 7

