

TRASTORNOS HIPERTENSIVOS/ PREECLAMPSIA

PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE MATERNA EN MÉXICO

19.3% Enfermedad hipertensiva, edema y proteinuria en el embarazo, el parto y el puerperio.

18.4% Hemorragia obstétrica

9.7% Aborto

(Boletín epidemiológico Dirección General de Epidemiología. Abril 2019)

CLASIFICACIÓN

-  **Hipertensión crónica.** Inicia antes de las 20 semanas de gestación y persiste después del parto: TA > 140/90 mm Hg, embarazo < 20 semanas. Persiste 12 semanas en el post parto.
-  **Hipertensión crónica + Preeclampsia.** Elevación de cifras tensionales (presión arterial 140/90mmHg) en dos tomas, con diferencia de 6 horas, acompañado por proteinuria (mayor de 300 mg en 24 horas), generalmente después de la semana 20 de gestación.
-  **Preeclampsia:** Es el estado que se caracteriza por la presencia de hipertensión y proteinuria significativa, lo que ocurre por primera vez después de la semana 20 del embarazo, durante el parto o en el puerperio. También es preeclampsia cuando existe hipertensión en el embarazo y un criterio de severidad aun cuando no haya proteinuria demostrada en un primer momento. (Hernández-Pacheco JA, 2013)
-  **Hipertensión gestacional.** Se define como la aparición de cifras elevadas de presión arterial, después de las 20 semanas de gestación, en ausencia de hipertensión previa que se normalizan en el período post parto.



PREECLAMPSIA SEVERA O PREECLAMPSIA CON CRITERIOS DE SEVERIDAD

Es la preeclampsia con uno o más de los siguientes criterios:

-  **Síntomas maternos:** cefalea persistente o de novo; alteraciones visuales o cerebrales; epigastralgia o dolor en hipocondrio derecho; dolor torácico o disnea, signos de disfunción orgánica, y en caso de hipertensión severa (sistólica ≥ 160 y/o diastólica ≥ 110 mm Hg); edema agudo pulmonar o sospecha de desprendimiento placentario. (Hernández-Pacheco JA, 2013)
-  **Alteraciones de laboratorio:** elevación de creatinina sérica (> 1.1 mg/dL), incremento de AST o ALT (> 70 IU/L) o deshidrogenasa láctica; disminución de plaquetas $< 100,000/ \text{mm}^3$ (Hernández-Pacheco JA, 2013)



FACTORES DE RIESGO PARA PREECLAMPSIA

- ✔ Hipertensión crónica o enfermedad renal preexistente (15-40%).
- ✔ Diabetes mellitus pre-existente (10-35%).
- ✔ Enfermedades del tejido conectivo como lupus (10-20%).
- ✔ Trombofilia congénita o adquiridas (10-40%).
- ✔ Obesidad (10-15%).
- ✔ Edad mayor a 40 años (10-20%).
- ✔ Embarazo gemelar (8-20%).
- ✔ Embarazo triple (12-34%).
- ✔ Antecedentes de preeclampsia (11-22%)



FACTORES DE RIESGO PARA PREECLAMPSIA

En México, las causas más frecuentes de **morbilidad y mortalidad materna y perinatal** están asociadas al síndrome de preeclampsia-eclampsia y a las hemorragias durante el tercer trimestre de la gestación (las cuales están vinculados con los trastornos hipertensivos).

Por ello, las parteras que brinden atención a mujeres embarazadas deberán:

1. Conocer e identificar los datos de alarma obstétricos que atañen a dicha enfermedad para disminuir la morbimortalidad materna y perinatal.
2. Tener el compromiso de establecer o esclarecer los focos amarillos que se identifican en las mujeres, desde la etapa preconcepcional y durante la vigilancia del embarazo.



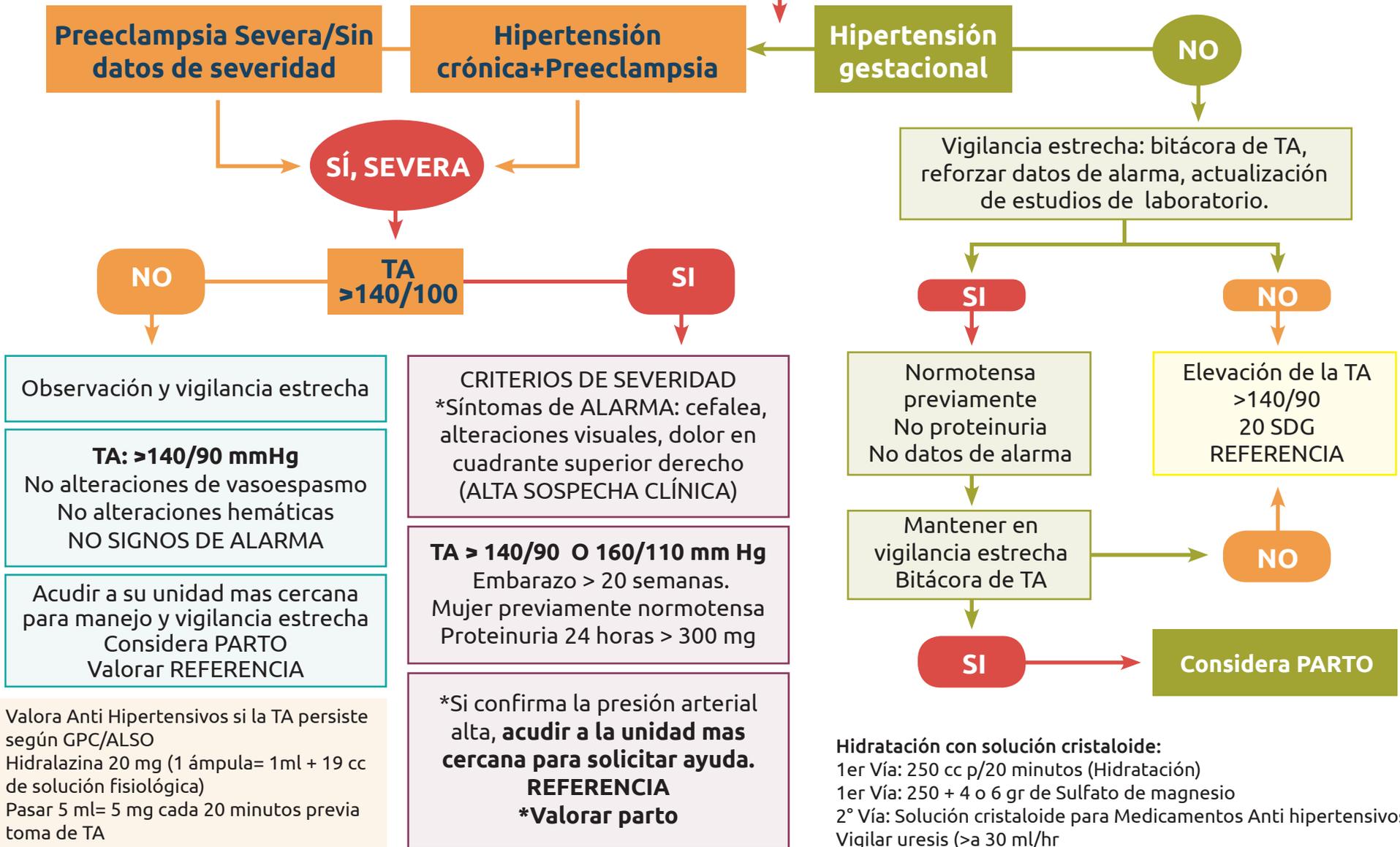
RECOMENDACIONES EN LA VIGILANCIA PRENATAL

- ❑ Tomar la presión arterial mientras la mujer está sentada y con el brazo a nivel del corazón. Inicialmente, medir la presión arterial en ambos brazos, si en uno de ellos es más alta se debe repetir la medición. Utilizar un brazalete de tamaño adecuado.
- ❑ De preferencia medir la presión arterial después de que hayan pasado 5 minutos de que la mujer esté sentada.
- ❑ Detectar la presencia de proteinuria a través de tiras reactivas, como un proceso de tamiz de preeclampsia en todas las mujeres embarazadas (aunque ésta puede ocurrir en ausencia de proteinuria). Y realizar pruebas de laboratorio cuando la sospecha de preeclampsia es mayor.
- ❑ Considerar que una muestra de orina concentrada puede dar un falso negativo. En estos casos, sugerir a la mujer que tome agua para realizar una segunda prueba.

TRASTORNOS HIPERTENSIVOS/PREECLAMPSIA

MNEMOTECNIA:
 10: Oxígeno a 10 L x´
 14: Vía venosa con punzo #14
 14: Vía venosa con punzo #14
 16: Sonda #16

La presencia de cifras tensionales mayores a 140 mm/Hg de PAS y/o 90 mm/Hg PAD durante el embarazo



Hidratación con solución cristaloides:
 1er Vía: 250 cc p/20 minutos (Hidratación)
 1er Vía: 250 + 4 o 6 gr de Sulfato de magnesio
 2° Vía: Solución cristaloides para Medicamentos Anti hipertensivos
 Vigilar uresis (>a 30 ml/hr)



RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO:

- ❑ El parto vaginal debe ser considerado, a menos que se requiera de una cesárea por indicaciones obstétricas. No todas las preeclampsias terminan en cesárea.
- ❑ La vía de resolución del embarazo dependerá de las indicaciones obstétricas, no de la preeclampsia.
- ❑ El monitoreo continuo y el tratamiento antihipertensivo se debe continuar durante el trabajo de parto, con el objetivo de mantener la presión arterial menor de 160/110 mmHg, sin disminuir las cifras diastólicas a menos de 80 mmHg.
- ❑ A partir de la situación de la mujer, referir al segundo nivel de atención para su atención.

BIBLIOGRAFÍA:

ALSO (Advanced Life Support in Obstetrics)

CENETEC. 2017. GPC. Evidencias y Recomendaciones Prevención, Diagnóstico y Tratamiento De la Preeclampsia en Segundo y Tercer Nivel de Atención.

CENETEC. 2010. GPC Detección y diagnóstico de enfermedades hipertensivas en el embarazo.

Observatorio de Mortalidad Materna en México. 2011. Preeclampsia. Documento Técnico. <http://omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/PREECLAMPSIA.pdf>

CENETEC. 2008 GPC. Atención Integral de preeclampsia en el segundo y tercer niveles de atención.