



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

CAMPUS TUXTLA

DOCENTE: DR. ALFREDO LOPEZ LOPEZ

**ALUMNOS: CÉSAR ALEXIS GARCÍA
RODRÍGUEZ**

LICENCIATURA: MEDICINA HUMANA

SEMESTRE: 8º

**MATERIA: ANALISIS DE LA DECISION EN LA
CLINICA**

**TRABAJO: DEBEN REALIZAR UN
ALGORITMO SOBRE LAS SIGUEINTES
PATOLOGIAS**

- ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO
- PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA
- SINDROME DE HELLP



GESTANTE CON HIPERTENSIÓN

Presión arterial \geq 140/90 mmHg

> 20 semanas

Hospitalizar para protocolo de estudio a piso o Terapia Intensiva de acuerdo a gravedad

< 20 semanas

Activar e integrar sistema de respuesta inmediata.
a) Coordinador
b) Reanimador médico
c) Reanimador obstetra

Reanimador obstetra

1. Evaluación clínica inicial (actividad uterina, trabajo de parto, condiciones cervicales, etc.).
2. Ultrasonido fetal: peso fetal, volumen de líquido amniótico y flujometría Doppler de arteria umbilical (si pesó < a percentil 10).
3. Registro cardiotocográfico.
4. Evaluar manejo expectante cuando no existen contraindicaciones y sólo en centros especializados.

Hipertensión arterial crónica

1. Evaluar tratamiento antihipertensivo de acuerdo al grado de hipertensión y antecedentes.
2. Investigar si es primaria o secundaria.
3. Evaluar en conjunto obstetricia, medicina interna, cardiología y médico materno fetal.

Proteinuria

No

Hipertensión gestacional.

Si

Preeclampsia

-Proteinuria significativa (\geq 300 mg/día, cociente proteínas/creatinina $>$ 30 mg/mmol \rightarrow **preeclampsia.**

-Hipertensa crónica con aparición o aumento de proteinuria o de presión arterial \rightarrow preeclampsia agregada.

BH, QS, transaminasas hepáticas y tiempos de coagulación.

TERAPIA ANTIHIPERTENSIVA:

- a) Metildopa
- b) Labetalol
- c) Betabloqueadores (acebutolol, metoprolol, pindolol y propranolol)
- d) Calcio antagonistas (nifedipina, nicardipina)

Presencia de crisis convulsivas (**eclampsia**)

¿Existen criterios de Preeclampsia severa o síndrome de HELLP?
-**HE**: hemólisis
-**EL**: enzimas hepáticas elevadas
-**LP**: nivel bajo de plaquetas

No

- Mantener en observación hasta que existan datos de severidad
- Interconsulta a obstetricia

Si

Preeclampsia severa con crisis hipertensiva

1. Infundir 500 mL de solución Hartmann, si no hay contraindicación (edema agudo pulmonar) a goteo continuo.
2. Iniciar labetalol IV o nifedipino VO o hidralazina IV de acuerdo a emergencia o urgencia hipertensiva.
3. Administrar sulfato de magnesio 4 g en 15 minutos, luego en infusión continua 1 g por hora durante 24 horas.
4. Evaluar respuesta, cumplir metas terapéuticas y tratar complicaciones. Medir presión por lo menos cada cinco minutos. Monitoreo continuo de frecuencia cardíaca fetal.
5. Iniciar antihipertensivo por vía oral:
 - Labetalol 100 a 400 mg (máximo 1,200 mg/día)
 - Alfametildopa 250 a 500 mg (máximo 2 g/día)
 - Hidralazina 30 a 150 mg (máximo 200 mg/día)
 - Nifedipino 30 a 120 mg (máximo 180 mg/día)

Metas terapéuticas

- a) Reducir presión hasta 130-140 mmHg sistólica y 90-100 mmHg diastólica, evitando hipotensión materna.
- b) Asegurar adecuado estado hídrico.
- c) Plaquetas $>$ 75,000 cel/mm³ y tiempos de coagulación óptimos.
- d) Monitoreo continuo.

- Preeclampsia severa sin crisis hipertensiva
1. Administrar tratamiento antihipertensivo por vía oral de acuerdo al grado de hipertensión.
 2. Cumplir metas terapéuticas.

Indicaciones de interrupción

1. Estado fetal no tranquilizante.
2. Restricción del crecimiento intrauterino (de acuerdo a edad gestacional y deterioro hemodinámico).
3. Embarazo \geq 37 semanas.
4. Desprendimiento de placenta.
5. Edema agudo pulmonar.
6. Hipertensión de difícil control.
7. Trombocitopenia $<$ 100,000 cel/mm³.
8. Enzimas hepáticas elevadas o alteración de la función renal.
9. Síntomas neurológicos.
10. Epigastralgia o hepatalgia.

Estabilizar a la paciente antes de la resolución del embarazo por la vía obstétrica más adecuada.

Cuidados posteriores a la resolución del embarazo

Mantener tratamiento antihipertensivo, infusión de sulfato de magnesio por 24 horas, vigilancia y monitoreo de 2 a 4 días de la presión arterial, diuresis, exámenes de laboratorio y tratar complicaciones en caso de existir. Profilaxis para tromboembolismo venoso. Alta hasta control de presión por 24 horas y ausencia de daño orgánico.

Manejo de colapso materno

1. Secuencia ABC.
2. Sulfato de magnesio 2 a 4 g IV (pasar en 5-10 min), continuar infusión a 1 gramo por hora durante 24 horas. Vigilar datos de intoxicación (disminución de reflejos, frecuencia respiratoria, etc.) y en su caso suspender MgSO₄ y administrar gluconato de calcio 1 g IV en bolo.
3. Si persisten o reaparecen convulsiones, nueva dosis de sulfato de magnesio de 2 g IV.
4. Confirmar eclampsia y descartar otras causas neurológicas de colapso y convulsiones maternas.
5. Interconsulta a Terapia Intensiva.
6. Continuar tratamiento de preeclampsia severa hasta cumplir metas.
7. Si existe estado de coma (puntaje de Glasgow < 8 puntos) o datos de déficit motor o sensitivo solicitar tomografía de cráneo y trasladar a una Unidad de Cuidados Intensivos.
8. Interrupción del embarazo.

ANEXO

Criterios de Preeclampsia severa o síndrome de HELLP

- TA >160/110
- Prot.> 2,5 g
- GOT/GPT>70
- PLT<100.000
- LDH> 700
- Dolor epigástrico
- Oliguria
- Creat. >1,2
- St. NRL

BIBLIOGRAFIA

- Ministerio de salud República de Argentina. (2015). Manual breve para la práctica clínica en EMERGENCIA OBSTÉTRICA. Argentina: UNICEF.
- Gustavo Francisco Petro, Mauricio Alberto Bustamante García Urrego, . (2014). Guía de trastornos hipertensivos del embarazo. BOGOTA: BOGOTA HUMANA.
- José A Hernández-Pacheco, Salvador Espino-y Sosa, Ariel Estrada-Altamirano, Miguel A Nares-Torices, Verónica M de J Ortega Casitillo, Sergio A Mendoza-Calderón, Carolina D Ramírez Sánchez. (2013). Instrumentos de la Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento de la preeclampsia y eclampsia en el embarazo, parto y puerperio. Medigraphic, vol 27, 262-280.
- PROTOCOLOS SEGO. (2007). Trastornos hipertensivos del embarazo. Prog Obstet Ginecol., 50(7), 446-55.