

## **Mi Universidad**

*Nombre del Alumno: Erwin Avelino Bastard Alvarado.*

*Nombre del tema: Mapa conceptual de embarazo de alto riesgo.*

*Parcial: III parcial.*

*Nombre de la Materia: Ginecología y obstetricia.*

*Nombre del profesor: Viktor Manuel Nery González.*

*Nombre de la Licenciatura: Enfermería.*

*Cuatrimestre: 5.*

*Pichucalco, Chiapas a 11 de Marzo del 2022.*

# EMBARAZO DE ALTO RIESGO

No todas las mujeres gestantes y sus hijos tienen la misma posibilidad de enfermar y morir durante el embarazo o a consecuencia del mismo; a quienes tienen mayores posibilidades de que esto les ocurra se les designa como gestantes de alto riesgo. En la obstetricia moderna se ha incorporado el concepto de embarazo de alto riesgo para señalar algunos factores que complican el embarazo y hace que este represente un riesgo mayor para la madre o el producto. Este término deriva del adjetivo alto que significa elevado y riesgo cuyo significado es la contingencia o proximidad de un daño. Esta entidad se puede definir como la elevada "contingencia" o proximidad de un daño durante la gestación, o bien la asociación de embarazo con problema de la gestación o del parto, que aumenta los peligros para la salud de la madre o su hijo.

## FACTORES IMPORTANTES

### Factores maternos generales:

#### Edad materna:

- Menor de 16 años.
- Mayor de 35 años.

#### Peso al inicio de la gestación:

- Menor de 45 kg.
- Mayor de 90 kg.

#### Condición socioeconómica:

- Embarazo no deseado.
- Madre soltera.
- Desnutrición.
- Alcoholismo.
- Tabaquismo.

#### Antecedentes obstétricos:

- Aborto.
- Parto prematuro.
- Muerte fetal.
- Muerte neonatal.
- Anomalía congénita.

### Patología específica:

- Hipertensión.
- Nefropatía.
- Cardiopatía.
- Enfermedades endocrinas.
- Enfermedades infecciosas.
- Embarazos prolongados.
- Toxicomanía.
- Tuberculosis.

### Factores placentarios:

- Implantación anómala de placenta.

### Factores placentarios:

- incompatibilidad al sistema ABO o al factor Rh.
- embarazo múltiple.

## CONSEJO GENÉTICO

El propio médico que atiende el embarazo y el parto o un especialista en genética puede ser consultado por los padres de un niño que presenta algún defecto congénito sobre la conveniencia de tener o no más hijos. Es por esto que el médico debe conocer el riesgo de recurrencia que tiene ese defecto y además estar consciente de lo que el problema significa para un paciente, su familia y la sociedad en la que se desenvuelve. Por ejemplo, las enfermedades con herencia multifactorial tienen un riesgo de recurrencia de 5 %; en el labio y el paladar hendido es de un 4 a 7 %.

## TOXEMIA (PREECLAMPSIA)

Consiste en una enfermedad de causa desconocida asociada al embarazo. Su cuadro clínico se caracteriza por la presencia de edema, hipertensión y proteinuria, que aparece entre la semana 20 de gestación y el final de la primera semana de posparto. Se denomina eclampsia cuando se acompaña de cuadro convulsivo, lo que condiciona la mayor morbilidad obstétrica en la actualidad.

## CAUSAS

Aumento de prostaglandinas.

**Alteraciones nutricias** (anemia, deficiencia de ácido fólico).

**Raza** (más frecuente en raza negra).

**Psicológicos** (rechazo al embarazo, madres solteras o abandonadas).

**Clima frío** (invierno, países fríos).

**Presencia de enfermedades preexistentes** (nefropatía, hipertensión).

Multiparidad o primigravidez.

**Edad** (pacientes muy jóvenes o de edad avanzada).

**Sobre distensión uterina por:** embarazos múltiples, polihidramnios o macrosomía fetal.

## ETIOLOGÍA

Se han propuesto varias teorías que sugieren, como origen de la preeclampsia, a las sustancias presoras del riñón, a la placenta, al cerebro, al feto, a las prostaglandinas; sin embargo, no se ha demostrado una correlación directa de ninguna de ellas.

## PROFILAXIA

La aparición de la preeclampsia puede disminuir adoptando ciertas medidas higiénicas y dietéticas que comprenden el control prenatal periódico. Con dichas medidas, la toxemia de primer y segundo grado, pueden controlarse impidiendo que se produzcan lesiones más severas en la madre i en el feto, si esta patología progresa.

## CAMBIOS FISIOPATOLÓGICOS

- **Hipovolemia** (hemoconcentración).
- Aumento de las resistencias periféricas vasculares.
- Aumento de la angiotensina II.
- Incremento de la angiotensina II.
- Incremento de la noradrenalina.
- Disminución de la prostaciclina.
- Aumento de la actividad adrenérgica.

## CAUSAS DE LA PREECLAMPSIA

### PREECLAMPSIA DE PRIMER GRADO

**Sitio de atención:** consulta externa.

- **Reposo:** descansar 2 horas a media mañana y otras 2 en la tarde.
- **Dieta:** hiperproteínica (60 a 70 gramos de proteínas) y normosódica.
- **Medicamentos:** fenobarbital, 100 mg VO, cada 12 o 24 horas.
- **Medidas generales:** control médico cada 7 días, que comprenda:
  - Registro de la tensión arterial.
  - Determinación de proteinuria.
  - Control del peso corporal.
  - Valoración del estado fetal.
  - Exámenes de la laboratorio: proteinuria, hemoglobina, hematocrito, glucosa, urea, creatinina, ácido úrico y proteínas en sangre.
  - Examen de fondo de ojo.

### PREECLAMPSIA DE SEGUNDO GRADO

**Sitio de atención:** hospitalización en piso.

- **Reposo:** absoluto.
- **Dieta:** hiperproteínica, normosódica.
- **Medicamentos:** fenobarbital (sedilin), en dosis de 100 mg cada 12 horas por VO.
- **Medidas generales:** se debe valorar diariamente:
  - Proteinuria cada 8 horas (en tira).
  - Examen general de orina cada tercer día.
  - La diuresis en cada turno.
  - Las condiciones del feto mediante pruebas de reserva fetal.
  - Exámenes de laboratorio: proteinuria en cada turno y todas las pruebas anteriores.
  - Examen de fondo de ojo.

### PREECLAMPSIA DE TERCER GRADO

**Sitio de atención:** paciente hospitalizada en piso, de contar con el recurso en la unidad de cuidados intensivos.

- **Reposo:** absoluto.
- **Dieta:** hiperproteica, normosódica o parenteral.
- **Medicamentos:**

### PREECLAMPSIA DE CUARTO Y QUINTO GRADO

**Sitio de atención:** unidad de cuidados intensivos.

Manejo individual según las condiciones del paciente para:

- Controlar las crisis hipertensivas.
- Mantener la T.A estable.

\*fenobarbital, en dosis única de 0.333 mg por IM o 100 mg por VO cada 8 horas.

\*solución glucosada al 5 % para hidratación IV.

\*alfa metil-dopa (**aldomet**) hasta 500 mg o hidralacina (**apresolina**) cada 6 horas si la tensión arterial es mayor de 105 mm Hg.

\*hidralacina (**apresolina**) o clorpromacina (**largactil**), diluidas en solución glucosada al 5 % administradas por goteo intravenosos hasta obtener respuesta (**mantener T.A. diastólica en 100 mm Hg**).

\*sulfato de magnesio, en dosis única de 4 g IM, si hay hiperreflexia.

- Disminuir la viscosidad sanguínea.

- Dar tratamiento a las alteraciones que indiquen los exámenes del laboratorio.

- Evitar que se presenten las complicaciones de la toxemia gravídica.

La dieta hiperproteínica ofrece las características siguientes:

\*valor calórico normal adicionado con 550 calorías más.

\*adición de 20 gramos de proteínas (66 % de origen animal).



### MANEJO DEL RECIÉN NACIDO

El recién nacido de una madre con preeclampsia, generalmente no requiere medidas especiales de manejo. La hipertensión crónica, sobre todo, ocasiona productos de bajo peso al nacer; a este bajo peso puede asociarse la Prematurez. En casos de que la interrupción del embarazo ocurra antes del término, siempre es conveniente contar con incubadora.

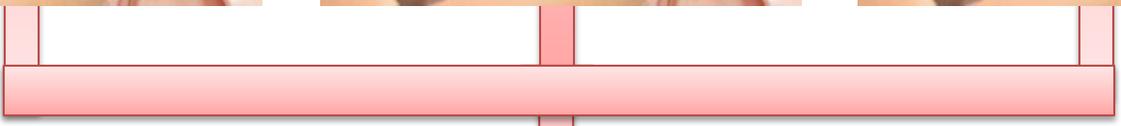
### CONTROL POSPARTO

Si persisten elevadas las cifras de tensión arterial, siempre resulta conveniente efectuar un control posparto cuidadoso en las pacientes, realizando estudios de fondo de ojo, función renal y silueta cardíaca, a fin de descartar alguna patología hipertensiva no evidente antes del embarazo.

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Es necesario en toda paciente que presenta hipertensión arterial durante el embarazo, hacer el diagnóstico diferencial con padecimientos hipertensivos crónicos como:

- \*hipertensión esencial.
- \*feocromocitoma.
- \*coartación de la aorta.
- \*estenosis arterial renal.



### DIABETES Y EMBARAZO

La asociación de la diabetes con el embarazo siempre es un riesgo, ya que el embarazo produce aumentos de hormonas, como lactogeno placentario, cortisol y prolactina, que ejercen un efecto antiinsulínico y por tanto, diabetogénico. Este hecho explica la llamada diabetes gestacional, descrita por Duncan en pacientes que pueden desarrollar una diabetes permanente.

## CLASIFICACIÓN



## DIAGNOSTICO



## TRATAMIENTO

La paciente diabética embarazada puede controlarse con una dieta adecuada de 25 a 30 calorías por kilogramos y por día. En caso de que esta medida no sea suficiente, se recurre a la administración de insulina en pacientes que no respondan a hipoglucemiantes orales, que tengan infección agregada, se encuentren en estado de coma o sea candidata para cirugía. La dieta en la paciente diabética que recibe insulina se ha simplificado con el uso de las glucosurias y glucómetro que determina automáticamente las cantidades de glucosa existentes y los requerimientos de insulina.



## BIBLIOGRAFÍA

- Obstetricia básica ilustrada de Héctor Mondragón Castro.