



UDS

Mi Universidad

Nombre del alumno: Zahobi Bailon Peralta

Nombre del tema: FLUJOGRAMAS

3er parcial

Nombre de la materia: Clinica de Ginecologia y Obstetricia complementaria

Nombre del docente: Miguel de Jesus Garcia Castillo

Medicina Humana

7to Semestre Grupo C

Comitán de Domínguez ,10 De NOVIEMBRE 2024

LA HIPERTENSION GESTACIONAL SE PRESENTARA DESPUES DE LAS SEMANAS VEINTE DE GESTACION LA CUAL TENDRA DATOS DE PROTEINURIA NEGATIVA. EN EL POSPARTO DE LAS DOCE SEMANAS CON CIFRAS TENSIONALES NORMALES DE HIPERTENSION TRANSITORIA. CIFRAS ELEVADAS DE HIPERTENSION CRONICA.

LA PRE-ECLAMPSIA FACE REFERENCIA A LA PRESENCIA DE CIFRAS TENSIONALES MAYORES O IGUALES A $140/90$. CON PROTEINURIA DE PROTEINURIA MAYOR A $300\text{mg}/24\text{h}$ CREATININA SERICA ELEVADA MAYOR DE $30\text{mg}/24\text{h}$. EN LA GESTANTE CON EMBARAZO MAYOR A LAS 20 SEMANAS HASTA DOS SEMANAS POSPARTO.

LA PRE-ECLAMPSIA CON DATOS DE SEVERIDAD SERA AQUELLA QUE SEA MAYOR O IGUAL DE $160/110$ $\times 110\text{mmHg}$ Y SINTOMAS CON COMPROMISO DE ORGANOS BLANCO PUEDE CURSAR CON CEFALEA, VISION BORROSA, PUPILAS, DOLOR EN EL DORSO DERECHO, VOMITO PAPILEDEA, CIENAS MAYOR O IGUAL A $1:3$ POSITIVO HIPOSENSIBILIDAD HEPATICA, SINDROME DE HELLP, TROMBOCITOPENIA, PLACUETAS MENORES A 150.000mm^3 , ELEVACION DE LAS ENZIMAS DE BAJA DENSIDAD LDL, ENZIMAS HEPATICAS ELEVADAS \uparrow ALT O ASTO.

LA ECLAMPSIA ES UNA COMPLICACION DE LA PRE-ECLAMPSIA, HIPOREFLEXIA, CEFALEA, ALTERNANCIAS VISUALES FOTOPSIA, ESCOTOMAS, CEGUEZA CORTICAL, VASOESPASMO RETINAL.

HIPERTENSION CRONICA ES DEFINIDA COMO LA PRESENCIA DE HIPERTENSION ARTERIAL MAYOR O IGUAL A $140/90\text{mmHg}$ ANTES DELE EMBARAZO O HASTA LA SEMANA SEXTA POSPARTO ASOCIADA A PROTEINURIA.

HIPERTENSION CRONICA SIN PRE-ECLAMPSIA FACE REFERENCIA AL DESARROLLO DE PRE-ECLAMPSIA.

EN UNA MUJER CON HIPERTENSION CRONICA PERSISTENTE

LOS DESORDENES HIPERTENSIVOS ESTAN ASOCIADOS CON SEVERAS COMPLICACIONES MATERNALES Y CONTRIBUYEN A LA MORTALIDAD MATERNA. ASI MISMO INCREMENTAN LA PRESENCIA DE PARTO Y PRE-ECLAMPSIA HA INCREMENTADO. MUJERES CON HIPERTENSION CRONICA SE HA DEMOSTRADO TI

EL CONTROL PRENATAL DE TODA PACIENTE EMBAZADA DEBE INCLUIR LA IDENTIFICACION DE FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE LA ENFERMEDAD DE PREECLAMPSIA Y/O PREECLAMPSIA OCCASIONALES SE DEBEN RECONOCER DE FORMA URGENTE

LOS FACTORES DE RIESGO SON: LA EDAD MATERNA, PRIMIDAD, INFECCIONES RECURRENTES, ENFERMEDADES CRONICAS DE INDUCCION ASISTIDA, UN INDICE DE MASA CORPORAL, DIABETES MELLITUS, HIPERTENSION ARTERIAL CRONICA, TRANSPLANTES IMMUNOLOGICOS LES, SAE IMMUNOFILIAS
LOS RIESGOS DE PRESION ARTERIAL EN PREECLAMPSIA SON ASOCIADOS CON UN MAYOR RIESGO DE DESARROLLO DE PREECLAMPSIA TARDIA. LA HIPERTENSION REDUCE EL RIESGO DE COMIENZO TEMPRANO O TARDIO DE LA ENFERMEDAD.

EL OBJETIVO TERAPEUTICO DE NORROTENSION EN EL PRIMER TRIMESTRE SE ASOCIA CON LA REDUCCION DEL 56% EN EL RIESGO DE DESARROLLO DE PREECLAMPSIA. ESTABLECER EL MANEJO DE SIGNOS VITALES INCLUYENDO LA PRESION ARTERIAL. ES RECOMENDABLE MANTENER CIFRAS DE PRESION ARTERIAL DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE COMO PRESION SISTOLICA 115 A 120 MMHG Y DIASTOLICA DE 65 A 80 MMHG. EN MUJERES DIAGNOSTICADAS CON HIPERTENSION ANTES DE LA GESTACION Y/O RESISTENCIA A INSULINA QUE TAMBIEN INFORMADA COMO PARTE DEL TRATAMIENTO ES RECOMENDABLE CONTINUARLO DURANTE LA GESTACION.

ES RECOMENDABLE EL MANEJO DE LA PRESION ARTERIAL INSULINO-RESISTENCIA PERIFERICA

NORMAL DE LIPIDOS PERO CON DEFICIENCIA DE CALCIO O HIPERHOMOCISTEINEMIA PARA FAVORECER LA REDUCCION DE LA TASA DE PREECLAMPSIA EN CASOS SELECCIONADOS.

LAS MUJERES DIAGNOSTICADAS CON HIPERTENSION GESTACIONAL O HIPERTENSION ARTERIAL CRONICA O MUJERES CON RIESGO ELEVADO PARA EL DESARROLLO DE PREECLAMPSIA SE DEBE

ES IMPORTANTE QUE LAS MUJERES JOVENES QUE SON DIAGNOSTICADAS CON HIPERTENSION EN ETAPAS TEMPRANAS DEL EMBARAZO, EVALUEN CAUSAS SECUNDARIAS DE HIPERTENSION. LOS EXAMENES DEL HEMOGRAMA SON RECOMENDADOS PARA MONITOREAR A LAS PACIENTES CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO SON HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITO RECuento PLACETARIO AST, ALT, DESHIDROGENASA LACTICA DAL Creatinina Y LA PRESENCIA DE PROTEINURIA CUANTIFICACION DE PROTEINAS EN URINA. EL 24HS LA MEDICION DEL ACIDO URICO SUELE UTILIZARSE COMO INDICADOR DE LA GRAVEDAD DE LA PREECLAMPSIA

PARA OTRAS MUJERES CON EMBARAZO E HIPERTENSION CRONICA, ES RECOMENDABLE QUE RECIBA A UNA VALORACION BASAL EN LA FUNCION RENAL QUE INCLUYA CREATININA SERICA NITROGENO UREICO TRASTORNOS EN CUANTIFICACION DE PROTEINURIA EN URINA CUANTIFICACION DE EN LA URINA CON HIPERTENSION CRONICA. TAMBIEN SE RECOMIENDA MONITOREAR EL DADO EN ORGANO BLANCO, PERO SE RECOMIENDA INCLUIR LA EVALUACION DE LA FUNCION RENAL LA ELECTROCARDIOGRAFIA Y EL RITMO CARDIACORRITMICA

LA MONITORIZACION DEL FETO INCLUYE ULTRASONID FETAL PARA EVALUAR LA REACTIVIDAD DEL FETO FETAL Y EL VOLUMEN DE LIQUIDO AMNIOTICO. PUEDE SIN ESTRES O LA DETERMINACION DEL PERFIL BIOFISICO PARA EVALUAR EL BIENESTAR FETAL

RECOMIENDA HOSPITALIZACION URGENTE AQUELLA PACIENTE QUE PRESENTA HIPERTENSION SEVERA DOLOR EN EL EPIGASTRIO, DOLOR EN EL HIPOCONDRIO DERECHO, MAREOS Y VOMITO AN CUANDO O NO SE DEBE DE DEMOSTRAR DE MANERA INMEDIATA LA PROTEINURIA

LA DILATACION DE LAS ARTERIAS SE ASOCIA CON UNA REDUCIDA INVERSION PROFUSIONICA A LAS ARTERIAS ESPINALES POR INCREMENTO DE LA PRODUCCION DE FACTOR CRECIMIENTO

PLACENTARIO DISMINUCION DE APROPIOS DE LAS CELULAS ENDOTELIALES ASI COMO MEJOR MANEJO

SE RECOMIENDA EL USO DE NIFEDIPINA A DOSIS DE 30-150MG AL DIA EN 3 VECES

ALTERNATIVAMENTE EN PACIENTES DE ALTA RIESGO CON SINDROME PARA PREECLAMPSIA ANTES

LA RECOMENDACION PARA LA SUPLEMENTACION DE CALCIO SE BASA EN ENSAYOS CONTROLADOS AL
LEATORIOS QUE INCLUYEN MENOS DE 167 D DE SUPLEMENTOS OMBLES PARA LAS MUJERES CON
INGESTA C DIETETICAS BAJA DE CALCIO COMO MENOR O IGUAL A 600 MG/DIA

NO SE RECOMIENDA LA RESTRICCION DE CALORIAS DURANTE EL E EMBARZO PARA MUJERES CON SOBRE-
EPESO U OBESIDAD YA QUE NO SE HA ASOCIADO CON UNA MENOR INCIDENCIA DE PREECLAMPSIA O
HIPERTENSION GESTACIONAL Y LA RESTRICCION CALORICA CONTRIBUIR A LA CETOISIS
EN EL FETO. SE RECOMIENDA LA INGESTA DE DIETAS MONOSODICAS EN NIVEL DE RIESGO BAJO

SE DEBE UTILIZAR HIDRALAZINA COMO ALTERNATIVA SOB E SEGUNDA LINEA EN EL TRATAMIENTO DE LA
HIPERTENSION GESTACIONAL TOMANDO EN CUENTA LOS POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS COMO
EL USO ALTA DE ESTA MAYOR A LOS 200 MG DIA PUEDE ASOCIARSE A LUPUS LIKE

ES RECOMENDABLE EL USO DE LA SUSTITUCION DE LOS INHIBIDORES DE LA ENZIMA CONVERTIDA
DE ANGIOTENSINA ICA Y LOS ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE ANGIOTENSINA 2 RA AL
FARMETIL TOPA, NIFEDIPINO, O HIDRALAZINA PARA EL CONTROL DE LA PRESION ARTERIAL EN
LA PACIENTE CON HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA CRONICA Y EMBARAZO

SUGIERE MANTENER CIFRAS DE TENSION DE 130/80MMHG LA NIVEL NIFEDIPINO PARA MANTENER
E CONTROL DE LA HIPERTENSION ARTERIAL DURANTE DEL EMBARAZO ES EL TRATAMIENTO DE PRI-
MERA LINEA

LA VIGILANCIA PRENATAL EN LA MUJER CON HIPERTENSION GESTACIONAL O HIPERTENSION ARTERIAL
SISTEMICA CRONICA SE RECOMIENDA 2-3 SEMANAS

AMENITA HOSPITALIZACION URGENTE AQUELLA PACIENTE QUE PRESENTE HIPERTENSION SEVERA
DOLOR EN EL EPIGASTRIO, DOLOR EN EL EPICONDRIO DEBEHO, NAUSEAS DE MANERA INMEDIATA
PROTEINURIA

LA INDUCCION DE PARTO POSTERIOR A LAS TREINTA Y SIETE SEMANAS SE RELACIONA CON MEJORES
RESULTADOS PERINATALES Y MATERNA EN MUJERES HIPERTENSAS SIN INCREMENTAR EL INDICE
DE NACIMIENTO POR CESARIA

SE RECOMIENDA QUE EN MUJERES CON HIPERTENSION CRONICA Y EMBARAZO BIEN CONTROLADAS EL
NACIMIENTO SEA CONSIDERADO EN LAS SEMANAS 38 Y 39

EN LA PREECLAMPSIA EN EL EMBARAZO ES COMPLICADO POR HIPERTENSION GESTACIONAL. LA MANEJA FUNCIONA DE LA GRAVEDAD DE LA PRESTACION DE PREECLAMPSIA Y DEL TIEMPO DE GESTACION. LA PREECLAMPSIA NO SIEMPRE PUEDE SER DIAGNOSTICADA DEFINITIVAMENTE. LOS AUMENTOS EN LA PRESION ARTERIAL SISTOLICA Y DIASTOLICA PUEDEN SER CAMBIOS FISIOLOGICOS NORMALES O SIGNOS DE PATOLOGIAS. PARA LAS PACIENTES CON HIPERTENSION ESTABLE LEVE A MODERADA SE HAYA O NO CONFIRMADO PREECLAMPSIA SE CONTINUA EL MONITOREO DURANTE LA VIGILANCIA DE LA REDUCCION DE LA ACTIVIDAD FISICA EN LA MAYOR PARTE DEL DIA.

EL SULFATO DE MAGNESIO ES FARMACITA ACTIVO PARA PREVENIR CONVULSIONES EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA. SE DEBE TENER UN CONTROL EN LAS CONVULSIONES CON UNA DOSE DE SULFATO DE MAGNESIO IV SEGUIDA DE UNA DOSE DE MANTENIMIENTO Y LA ADMINISTRACION INTERMITENTE DE UN MEDICAMENTO ANTIHIPERTENSIVO SIEMPRE ES DE UN RIESGO ALTO Y SE DEBE EVITAR LOS DIURETICOS A MENOS QUE SEA OBVIO EL EDEMA PULMONAR. LIMITAR LA ADMINISTRACION DE LIQUIDOS PARA VIA INTRAVENOSA MENOS LA PERDIDA DE LIQUIDOS POR VIA INTRAVENOSA. NACIMIENTO DEL FETO PARA RESOLVER LA PREECLAMPSIA. EL SULFATO DE MAGNESIO DEBE DE SER DE 4g CON UNA SOLUCION A 20% POR VIA INTRAVENOSA A UNA VELOCIDAD QUE NO EXCEDE EL 1g SEGUIDO DE INMEDIATO CON 10g DE SOLUCION DE SULFATO DE MAGNESIO A 50% E INYECTAR LA MITAD DE 5g PROFUNDAMENTE EN EL CUADRANTE.

EL SINDROME DE HELLP ES UNA COMPLICACION MULTISISTEMICA DEL EMBARAZO QUE SE CARACTERIZA POR HEMOLISIS ELEVACION DE ENZIMAS HEPATICAS Y TROMBOCITOPENIA DEL 70% DE LOS CASOS SE MANIFIESTA ANTES DE TERMINAR EL EMBARAZO Y EL 30% SE DIAGNOSTICA EN LAS PRIMERAS 48 HRS DEL PARTO. ES UNA ENFERMEDAD INDUCIDA POR LA PLACENTA CON UN PROCESO INFLAMATORIO AGUDO GRAVE DIRIGIDO PRINCIPALMENTE CONTRA EL HIGADO AL INICIO DEL EMBARAZO. SE ENCONTRA EN LA LAMINA INTERNA Y LA CAPA MUSCULAR DE LAS ARTERIAS. LAS PACIENTES TIENEN

LA RECOMENDACION PARA LA SUPLEMENTACION DE CALCIO SE BASA EN ENSAYOS CONTROLADOS ALLEATORIOS QUE INCLUYEN MENOS DE 16/ D DE SUPLEMENTOS ORALES PARA LAS MUJERES CON INGESTA C DIETETICAS BAJA DE CALCIO COMO MENOR O IGUAL A 600 MG/DIA

NO SE RECOMIENDA LA RESTRICCION DE CALORIAS DURANTE EL EMBARAZO PARA MUJERES CON SOBREPESO U OBESIDAD YA QUE NO SE HA ASOCIADO CON UNA MENOR INCIDENCIA DE PREECLAMPSIA O HIPERTENSION GESTACIONAL Y LA RESTRICCION CALORICA CONTRIBUIR A LA CETOISIS EN EL FETO. SE RECOMIENDA LA INGESTA DE DIETAS HOMOGENEAS EN MUJERES DE RIESGO BAJO

SE DEBE UTILIZAR HIDRALAZINA COMO ALTERNATIVA DE SEGUNDA LINEA EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSION GESTACIONAL TOMANDO EN CUENTA LOS POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS COMO EL USO ALTA DE ESTA MAYOR A LOS 200 MG DIA PUEDE ASOCIARSE A LUPUS LIKE

ES RECOMENDABLE EL USO DE LA SUSTITUCION DE LOS INHIBIDORES DE LA ENZIMA CONVENCIONAL DE ANGIOTENSINA I Y LOS ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE ANGIOTENSINA 2

AMFETIL DOPA, NIFEDIPINO, O HIDRALAZINA PARA EL CONTROL DE LA PRESION ARTERIAL EN LA PACIENTE CON HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA CRONICA Y EMBARAZO

SUGIERE MANTENER CIFRAS DE TENSION DE 130/80MMHG LA META METILDOPA PARA MANTENER E CONTROL DE LA HIPERTENSION ARTERIAL DURANTE DEL EMBARAZO ES EL TRATAMIENTO DE PRIMERA LINEA

LA VIGILANCIA PRENATAL EN LA MUJER CON HIPERTENSION GESTACIONAL O HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA CRONICA SE RECOMIENDA 2/- 3 SEMANAS

AMERITA HOSPITALIZACION URGENTE AQUELLA PACIENTE QUE PRESENTE HIPERTENSION SEVERA DOLOR EN EL EPIGASTRIO, DOLOR EN EL EPICONDIO DEBELE, NAUSEAS DE MANERA INMEDIATA PROTEINURIA

LA INDUCCION DE PARTO POSTERIOR A LAS TREINTA Y SIETE SEMANAS SE RELACIONA CON MEJORES RESULTADOS PERINATALES Y MATEROS EN MUJERES HIPERTENSAS SIN INCREMENTAR EL INDICE DE NACIMIENTO POR CESARIA

SE RECOMIENDA QUE EN MUJERES CON HIPERTENSION CRONICA Y EMBARAZO BIEN CONTROLADAS EL NACIMIENTO SEA CONSIDERADO EN LAS SEMANAS 38 Y 39

LA CLASIFICACION DEL SINDROME DE HELLP SE ESTABLECE CON BASES CLINICAS PRINCIPALMENTE EXISTEN VARIAS CLASIFICACIONES COMO LA DE M. SISI SPPI CLASIFICA A LA ENFERMEDAD EN TRES GRUPOS BASANDOSE PRINCIPALMENTE EN LA CUENTA DE PLAQUETAS CON BASE A LA CLASIFICACION DE TENNESSE PUEDE DIAGNOSTICARSE EL SINDROME DE HELLP LO QUE CATALOGA EL SINDROME DE HELLP COMO COMPLETO SE SE ENCUENTRA LOS TRES CRITERIOS O INCOMPLETO SI SOLO EXISTE UNO O DOS DE ESTOS CRITERIOS

EL TRATAMIENTO DE ESTA ENFERMEDAD PUEDE LLEGAR DESDE LA INTERUPCION DEL EMBARAZO HASTA LA PRESCRIPCION DE ESTEROIDES LA TRANSFUSION DE PLASMA FRESCO, LA PLASMAFERESIS EN CAMBIO CUANDO EL EMBARAZO SE ENCUENTRE EN LA SEMANA 24 Y 32 PUEDE SER CONSERVADOR SIN EMBARGO DEBE DE VALORARSE DE FORMA INDEPENDIENTE

