



RESUMEN

Bryan Reyes González.

Resumen.

Tercer parcial.

Clínica de ginecología y obstetricia.

Dr. Miguel de Jesús García Castillo.

Licenciatura en Medicina Humana.

7° semestre grupo C

Comitán de Domínguez, Chiapas a 8 de Noviembre del 2024.

ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO.

HIPERTENSIÓN GESTACIONAL.

Esta hipertension se presenta por primera vez posterior a las 20 semanas de gestacion con ausencia de proteinuria. La presion arterial es ≥ 140 sobre 90.

Hipertension cronica en el embarazo.

Es la hipertension que esta presente antes del embarazo o que es diagnosticada antes de las 20 semanas de gestacion. De acuerdo la etiologia puede ser primaria o secundaria.

Clasificacion de enfermedad hipertensiva del embarazo.

Hipertension preexistente.

Preeclampsia.

Hipertension gestacional.

Otras formas hipertensivas.

Colegio americano de ginecologos;

Preeclampsia sin datos de severidad (leve)

Preeclampsia con datos de severidad (severa).

Etiologia;

Multifactorial.

Invasion trofoblastica defectuosa en musculo uterino.

Aumento de las resistencias vasculares (arterias espirales).

Disminucion de perfusion placentaria.

Endoteliosis glomerular y proteinuria.

Epidemiologia.

-15% de embarazadas.

-15% de muertes maternas.

-1% de complicacion en el embarazo.

Factores de riesgo.

1.- Enfermedades autoinmunes (LES, SAAF).

2.- Antecedentes de preeclampsia.

3.- DM2, HAS, nefropatia preexistente.

4.- No reposo

Recomendacion;

- No reposo.

- Menos ejercicio

- No vitamina C, D y E.

- No dieta hiponatremica.

Se recomienda administracion de aspirina de 150mg por dia de acido acetilsalicilico en las px con riesgo de preeclampsia desde las 11SDC

Preeclamsia con criterios de severidad (severa).

Signos y síntomas

- Cefalea persistente o de novo.
- Alteraciones visuales o cerebrales.
- Dolor torácico, disnea o Edema agudo pulmonar.
- Epigastralgia o dolor en hipocondrio derecho.
- Signos de disfunción orgánica.
- Hipertensión severa (sistólica igual o mayor 160 o diastólica igual o mayor a 110 mmHg..)
- Sospecha de desprendimiento placentario.

Preeclamsia con uno de los siguientes criterios:

Alteraciones de laboratorio.

- Elevación de creatinina sérica (mayor 1.1 mg x dL)
- Incremento de AST o ALT o (mayor 70 IU x L) DHL (mayor 600 IU x L)
- Disminución de plaquetas menor a 100,000 x mm³.
- Síndrome de HELLP (hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y plaquetas bajas).

Preeclamsia severa = criterios de hospitalización.

- Preeclamsia también es hipertensión en el embarazo y un criterio de severidad aún cuando no haya proteinuria demostrada en un primer momento.

Diagnóstico; medición de la presión arterial.

- se considera hipertensión en el embarazo cifras mayores de 140 a 90 en dos ocasiones con un margen de 4e 4 hrs a nivel de la arteria braquial . (mayor a 140 a 90.
- Al realizar la toma de presiones, considerar el brazo con medición mas alta.
- Realizar control de TA en casa, medición en la mañana y la noche todos los días.

DIAGNOSTICO: PROTEINURIA.

- proteínas mayor a 300mg en una recolección de orina de 24 hrs (gold standar).
- Presencia de 2= (100-300 mg x dl) en tira reactiva en una muestra tomada al azar.
- Cociente proteínas / Creatinina urinar a en una muestra de orina al azar mayor o igual a 0.3.

DIAGNOSTICO.; PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.

- Biometría hemática completa BHC, Medición plaquetaria PLACETAS.
- Pruebas de funcionamiento hepático (enzimas, tiempos, BT, DHL, Fibrinogeno)
- Medición de funcionamiento renal (creatinina sérica) CR (OS).
- Monitoreo cardiográfico fetal RCT (prueba fetal sin estrés).

Tratamiento de preeclampsia.

- En pacientes con preeclampsia son co-morbilidad la terapia antihipertensiva se indicara para mantener presion sistolica entre 155 y 130mmHg y diastolica entre 105 y 80 mmHg.

Farmacos contraindicados.

- IECA y ARA 2= Alteraciones renales fetales.
- TIAZIDAS = Nefrotoxicidad renal.
- PRAZOCIN = Riesgo de obito.
- ATENOLOL = Riesgo de obito y RCIU.

Farmacos indicados.

- Alfametildopa dosis de 250 mg via oral cada 8 horas dosis maxima 2gr dia.
- Labetalol 100-400mg via oral con dosis maxima de 1.200 md x dia.
- Nifedipino 20-60 mg via oral liberacion prolongada cada 24 horas dosis maxima 120 mg x dia.
- Metoprolol 100 - 200mg via oral cada 8 hrs a 12 hrs, dosis maxima 400mg x dia.
- Hidralazina. 25-50 mg via oral cada 6 hrs, dosis maxima 200mg x dia.

Preeclampsia sin datos de severidad.

- Valorar egreso hospitalario con terapia antihipertensiva y valoracion en mas no de 2 semanas.

Hospitalizar.

- Terapia antihipertensiva.
- Prevencion de la eclampsia (sulfato de magnesio)
- menor a 34 SGD, inductores de madurez pulmonar.
- mayor 34 SMD resolucion del embarazo.

ECLAMPSIA; convulsiones en el embarazo o puerperio.

- El sulfato de magnesio esta recomendado como primera linea para prevencion de eclampsia.
- Si esta contraindicado, no hay disponibilidad o existe falta respue utilizar FENITOINA.

Tratamiento.

- Labetalol primera linea; Dosis; 20mg en bolo hasta 40mg cada 10 a 15 minutos o en infusion 1 a 2 mg x minuto. Dosis maxima 220mg
- * Sus efectos adversos son; Nausea, vomito, bradicardia neonatal.
- Nifedipina primera linea; Dosis; 10mg cada 10-15 minutos. Dosis maxima 50 mg.
- * Efectos adversos; Uteroinhibicion, hipotension, taquicardia, cefalea
- Hidralazina segunda linea; Dosis. 5-10mg en bolos o infusion a 0.5-1.0mg por hora, Dosis maxima 30mg.
- * Efectos adversos: Cefalea, taquicardia, nausea, vomito e hipotension

SINDROME DE HELLP.

Complicación obstétrica caracterizada por la presencia de HEMOLISIS, Elevación de enzimas hepáticas y plaquetopenia. Se trata de una entidad clínica considerada como una complicación de la preeclampsia.

Fisiopatología.

= Continua siendo desconocida.

DIAGNÓSTICO; CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO.

Tennessee

Plaquetas igual o menor a 100,000 ul
AST igual o mayor a 70 ul x L
Escrístocitos (DH) igual o mayor a 600 Uil x L.

Ausencia de Haptoglobina t

Clase Mississippi.

el -plaquetas igual o menor a 50,000 x ul
-AST o ALT igual o mayor a 40 Uil x L
- LDH igual o mayor a 600 Uil x L

Plaquetas igual o menor a 100,000 ul - igual o mayor a 50,000 ul.

Plaquetas igual o menor a 150,000 ul - igual o mayor a 100,000ul.

Protocolo de mississippi para el manejo de síndrome de hellp

Componente;

- Inicio de sulfato de magnesio; Dosis; Dosis inicial de 4 a 6g seguida de 1 a 2g por hora intravenoso hasta las 24 hrs postparto.

- Terapia con corticoides ; 10mg intravenoso cada 12 hrs anteparto y postparto hasta tener recuentos plaquetarios de 100,000/mm³.

* posteriormente se reduce a 5mg intravenoso cada 12 hrs hasta la remisión del síndrome.

- Control de la presión arterial sistólica con antihipertensivos;

El objetivo es mantener cifras de presión arterial entre mantener la presión arterial sistólica de 140-155mmHg y diastólicas de 80-100mmHg.

INDICACIONES DE INTERRUPCION DEL EMPAFAZO.
(INDUCCION VIA VAGINAL DE ELECCION)

- Eclamsia.
- Glasgow menor a 13.
- Hipertension severa descontrolado (despues de un periodo de 12 hrs a pesar del uso de 3 agentes hipertensivos.
- Conteo plaquetario menor a 50,000.
- Daño renal agudo (crea ina mayor a 1.1 mgxdl.
- Disfuncion hepatica (INR mayor en ausencia de CID o uso de warfina

RESOLUCION VIA ORAL.

+ Causas maternas.

Hipertrofia severa.

- Deterioro en la cuenta plaquetaria.
- Hemolisis.
- Deterioro en la funcion hepatica.
- Deterioro en la funcion renal.
- Sintomas neurologicos persistentes.
- Datos premonitorios de eclamsia.

=+ Causas fetales.

- Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.
- Restriccion del crecimiento intrauterino severo.
- Estado fetal no conf

DIABETES GESTACIONAL.

Se define;

- Diabetes pregestacional - diagnostico de diabetes antes de la semana 13.
- Diabetes gestacional - Diagnostico de diabetes que se reconoce por primera vez durante el embarazo (entre la semana 24 y 28) y que puede o no resolverse despues de este.

FACTORES DE RIESGO.

- Edad materna mayor 30 años.
- IMC mayor a 30.
- Historia previa de diabetes gestacional.
- Historia familiar de diabetes.
- Macrosemia.

DIAGNOSTICO.

-Glucosa plasmatica en ayuno.

+ Toda embarazada

- 92 - 126mg x dl realizar curva de tolerancia a la glucosa CTG, Hb1ac o nueva glucosa en ayuno (solo si no se cuenta con CTG o Hb1ac)

- Algun valor de CTG esta alterado es diabetes pregestacional.

- Curva de tolerancia a la glucosa 1 paso

+ Toda embarazada entre la semana 24 a 28.

+ Algun valor de CTG esta alterado es diabetes gestacional.

- Es recomendable realizar glucosa plasmatica en ayuno en la primera visita prenatal o antes de las 13 semanas de gestacion a toda mujer embarazada, para una deteccion temprana de mujeres con DM tipo 2 no diagnosticadas antes del embarazo.

- En la mujer embarazada en primer trimestre con alteraciones de glucosa de ayuno y en ausencia de sintomas se recomienda realizar curva de tolerancia a la glucosa oral con carga de 75gr o nueva determinacion de glucosa de ayuno o si se encuentra con el recurso, determinacion de HbA1c.

- Se sugiere realizar tamizaje universal para Diabetes a todas las mujeres con riesgo bajo o moderado entre las 24-28 semanas de gestacion

COMO SE REALIZAN.

Criterios dx para diabetes pregestacional.

Condicion

- Glucosa plasmatica en ayuno

- Glucosa plasmatica al azar

- Glucosa plasmatica 2 hrs

pos carga oral de 75 grs.

- HbA1c

Valores plasmaticos de referencia.

- igual o mayor a 126mgxdl

- Igual o mayor a 200mgxdl

- igual o mayor 200mgxdl

- mayor o igual a 6.5%

METAS TERAPEUTICAS.

Diabetes gestacional

- Glucosa en ayuno menor a 95mgxdL
- Glucosa 1 hora post prandial mayor 140mgxdL o igual tambien
- Glucosa 2 horas postprandial menor o igual a 120mgxdL
- HbA1c menor o igual a 6.0%
- Glucosa antes de dormir y en la madrugada 60 mg x dL.

Diabetes pregestacional

- Glucosa en ayuno 60-99⁰mgxdL
- Glucosa 1 hora postprandial 100-129mgxdL j
- HbA1c menor o igual a 6.0%
- Glucosa antes de dormir y en la madrugada. 60mgxdL.

TRATAMIENTO NUTRICIONAL.

- La dieta debe ser proporcionada por nutriologo o dietista.
- Calcular IMC y clasificar.
- 3 comidas y 2 colaciones.
- Ejercicio aerobico 30min al dia.

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO.

- Utilizar insulina de inicio (primera linea de tratamiento)
- Iniciar cuando: La dieta y el ejercicio no logran las cifras meta en un periodo de 2 semanas.
- Paciente diabetica que usan metformina. No suspender.
- Pacientes diabeticas con hipoglucemiante, cambiar a metformina.
- Utilizar metformina solo en pacientes que reusen insulina y despues de 20 SDG.
- En aquellas embarazadas con diabetes pregestacional con adecuado control metabolico, que esten utilizando metformina, se recomienda no suspenderlo. En caso de utilizar otros hipoglucemiantes considerar el cambio a metformina.
- En pacientes que no logran cumplir con la meta de control hipoglucemico con cambios de estilo de vida y terapia medica nutricional, se recomienda el inicio de terapia con insulina NPH.

INSULINA.

- Se recomienda combinar insulina accion rapida y accion intermedia por su mejor efecto fisiologico.

GENERALIDADES DE INSULINA.

- La mayor dosis de insulina se administra por la mañana.
- La principal insulina es NPH por duracion de efecto.
- La insulina rapida se añade para mejorar la fisiologia.
- Recordar que se divide en 3 tercios.
- 2 tercios por la mañana 1 tercio por la tarde.
- 2 tercios de NPH por 1 tercio de rapida (mañana).
- 1 medio NPH 1 medio rapida (tarde) (unica que se divide en medios)
- Si se ajusta insulina, ajustar aumentando insulina rapida.

AUTOMONITOREO CON TIRA REACTIVA.

- 3-4 veces al dia.
- 1.- ayuno
- 2, 3, 4.- postprandial.
- El automonitoreo de la glucosa es recomendado para todas las mujeres embarazadas con diabetes de 3 a 4 veces al dia.
- + Ayuno; una diaria, con un periodo de ayuno minimo 8 hrs.
- + Postprandial (1-2 hrs): 2-3 veces al dia en diferentes horarios.
- En pacientes DM1 y de dificil control se agregaria el automonitoreo 2 determinaciones mas: una antes de acostarse y otra entre las 2-4 am (por lo menos una vez cada 15 dias para identificar periodos hipoglucemias)

CRITERIOS DE HOSPITALIZACION.

± Embarazadas con di DMG que no cumpla con las metas terapeuticas posterior al tratamiento HOSPITALIZAR PARA AJUSTE Y EDUCACION.

* Mujer con embarazo y diabetes que presente:

- Glucemia en ayuno mayor a 140mgxdL y o postprandial a la hora mayor o igual a 180mg x dL.
- Sospecha de desarrollo de complicaciones medicas materno fetales no obstetricas con cifras de glucosa en ayuno o postprandial descontroladas (cetoacidosis diabetica, estado hiperosmolar)
- Hipoglucemia ~~mayor~~ en ayuno (menor a 60mgxdL) con o sin datos de neuroglucopenia.
- Inestabilidad metabolica manifestada por episodios de hipoglucemia (menor a 60mgxdL) seguidos de hiperglucemia postprandial (mayor 300mgxdL).

Manejo de puerperio.

- Mujeres con glucosa controlada - suspender tratamiento hipoglucemiante inmediatamente despues del nacimiento.
- Realizar curva de tolerancia a la glucosa para reclasificacion a las 6 o 12 semanas.
- Realizar CTG cada 3 años en mujeres con antecedente de DMG.