

CUADRO COMPARATIVO

PASIÓN POR EDUCAR

Angelica González Cantinca

Grupo B

Octavo semestre

Analisis de Decisión en la Clinica

Dra.Citlali Berenice Fernandez Solis

CUADRO COMPARATIVO

ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS DEL EMBARAZO

	DEFINICIÓN	FACTORES DE RIESGO	CUADRO CLINICO	PROFILAXIS	DIAGNOSTICO	TRATAMIENTO	
ENFERMEDAD HIPERTENSIVA CRÓNICA	HTA mayor o igual a 140/90mmHg antes del embarazo, antes de la semana 20 o hasta la sexta semana postparto, asociada o no a proteinuria		<ul style="list-style-type: none"> Puede ser primaria (esencial) o secundaria a otros procesos Asociada o no a proteinuria 			<ul style="list-style-type: none"> Mantener PAS entre 130-150mmHg y PAD entre 80-95mmHg Dieta Reposo relativo Alfametildopa 250-500mg VO c/8hrs Nifedipino 20-60 mg VO c/24hrs Hidralazina 25-50mg VO c/6hrs 	
HIPERTENSIÓN GESTACIONAL	Se presenta después de la semana 20 de gestación, proteinuria negativa.		<ul style="list-style-type: none"> Proteinuria negativa TA mayor o igual 140/90mmHg en dos tomas separadas al menos 4 horas en el mismo brazo 		<p>Evaluación del riesgo, gravedad y regencia de hallazgos relevantes adicionales, incluyendo causas identificables de hipertensión o enfermedad renal.</p> <ul style="list-style-type: none"> Detección de proteinuria en cada visita prenatal a través de tira reactiva TA: Mayor a 140/90 mmHg Tira reactiva en orina mayor a 1 + Cuantificación de proteínas en orina de 24hrs mayor 300mg/24hrs Creatinina mayor 0.28 <p>MONITOREAR</p> <ul style="list-style-type: none"> Hemoglobina y hematocrito Recuento plaquetario AST ALT Deshidrogenasa lactina Creatinina <p>En caso de proteinuria; cuantificación de proteínas en orina de 24 hrs</p> <p>Marcador de pre-eclampsia; medición de ácido úrico</p> <p>Evaluar daño a órgano blanco; función renal, electrocardiografía y evaluación oftalmologica</p> <p>Monitorización del feto; ultrasonido fetal, prueba sin estrés o determinación del perfil biofisico</p> <p>Hospitalización urgente; Hipertensión severa, dolor en epigastrio, dolor en hipocondrio derecho, nauseas y vomito</p>	<ul style="list-style-type: none"> Iniciar tx farmacológico PAD arriba de 80mmHg Metildopa (primera línea) Bloqueadores de canales de calcio cuando se requiere usar sulfato de magnesio (impregnacion 4g IV en 250ml) Hidralazina (segunda línea) 	
PRE-ECLAMPSIA	Cifras tensiónales mayores o iguales a 140/90mmHg, proteinuria mayor a 300mg/24h, creatinine a serica mayor 30mg/mmol. Gestante mayor a 20 semanas o hasta 2 semanas postparto	Mujeres de "alto riesgo" para desarrollar pre-eclampsia son las que tienen al menos un factor de riesgo considerado riesgo alto, o 2 o mas factores de riesgo moderado	<ul style="list-style-type: none"> TA mayor o igual 140/90mmHg medidas 2 veces con a menos 4 hrs de diferencia Proteinuria mayor a 300mg/24hr (tiras reactivas ++) Creatinina serica elevada 30mg/mmol 	<p>Se recomienda el uso de AAS a dosis bajas (80-150mg) administración nocturna, en pacientes de alto riesgo o con screening positivo para pre-eclampsia antes de la semana 16</p>		<ul style="list-style-type: none"> Reposo relativo Dieta (norma calórica, nomosodica) Control de constantes (Conseguir tension de 140-145/90-95mmHg) Valoración de bienestar fetal Labetalol (1ra línea) Finalización del embarazo (a partir de las 37 SDG) 	
PRE-ECLAMPSIA CON DATOS DE SEVERIDAD	Cifras tensiónales mayor o igual 160/110mmHg y síntomas con compromiso de órgano blanco	<p>RIESGO ELEVADO</p> <ul style="list-style-type: none"> Trastorno hipertensivo del embarazo en gestación anterior Patología renal previa Lupus eritematoso sistémico Síndrome antifosfolipid o Diabetes mellitus HTA crónica <p>RIESGO MODERADO</p> <ul style="list-style-type: none"> Primigesta Edad materna mayor o igual a 40 años Raza Periodo intergenésico o mayor a 10 años IMC mayor a 35kg/m2 Historia familiar de pre-eclampsia Gestación múltiple 	<p>TA:160/110mmHg Disfunción orgánica clínica:</p> <ul style="list-style-type: none"> Alteraciones neurologicas (alt visuales Persistentes, estupor, cefalea o clonus) Epigastralgia o dolor en hipocondrio derecho Oliguria <p>Disfuncion analitico</p> <ul style="list-style-type: none"> Insuficiencia renal (creatinina mayor o igual 1,1mg/dl) Elevacion de transaminasas Trombocitopenia menor 100,00 udl Hemolisis CID 	<p>No se recomienda la administración de AAS en pacientes de bajo riesgo, así como el inicio de profilaxis mas allá de la semana 16</p> <p>El uso de AAS se debe suspender a la semana 36 de gestación debido a sus efectos en la capacidad de coagulación neonatal</p> <p>No se recomienda el uso de anticoagulantes como profilaxis</p>		<ul style="list-style-type: none"> Reposo relativo Dieta Control de constantes Control de peso diario Valoración del bienestar fetal Maduración fetal (Betametasona 2 dosis de 12mg IM c/24hrs; Bexametasosna 4 dosis de 6 mg IM c/12hrs) Antihipertensivo con cifras mayores a 160/110mmHg <ul style="list-style-type: none"> Iniciar con labetalol Segunda línea Hidralazina 5-10mg en bolos o infusion a 0.5-10mg por hora dosis Sulfato de magnesio (Inicial de 4 a 6g de 20a 30 minutos; mantenimiento 1 a 2g por hora y continuar durante 24 hrs) Finlización del embarazo a partir de las 34 SDG 	
ECLAMPSIA	Complicacion de pre-eclampsia severa, frecuentemente acompañada de síntomas neuologivos, etc. Puede aparecer hasta el decimo dia postparto		<p>Convulsiones Hiperreflexia Cefalea</p> <p>Alt. Visuales (fotopsia, escotomas, ceguera cortical, vasoespasmo retinal)</p> <p>Enf. Cerebro vascular Edema pulmonar Abruption placentae</p>			<p>En caso de proteinuria; cuantificación de proteínas en orina de 24 hrs</p> <p>Marcador de pre-eclampsia; medición de ácido úrico</p> <p>Evaluar daño a órgano blanco; función renal, electrocardiografía y evaluación oftalmologica</p> <p>Monitorización del feto; ultrasonido fetal, prueba sin estrés o determinación del perfil biofisico</p> <p>Hospitalización urgente; Hipertensión severa, dolor en epigastrio, dolor en hipocondrio derecho, nauseas y vomito</p>	<ul style="list-style-type: none"> Emergencia obstetrica ABCDE Anticonvulsivo con sulfato de magnesio SI NO HAY RESPUESTA Diazepam 5-10mg EV en 1-2 min (mantenimiento 10mg/h) Fenitoina 15mg/kg EV en 1 hora mas 250-500 mg/12h EV o VO Inicar tx antihipertensivo para normalizar la PA en caso de HTA grave Finalización del embarazo (depende de la viabilidad fetal)
SÍNDROME DE HELLP	Trombocitopenia menor a 150,000 m3, elevación de lipoproteinas de baja densidad y enzimas hepaticas elevadas		<p>Anemia hemolitica mas elevacion de enzimas hepaticas mas plaquetopenia</p> <ul style="list-style-type: none"> Trombocitopenia menos de 100.000/dl Hemolisis 			<p>En caso de proteinuria; cuantificación de proteínas en orina de 24 hrs</p> <p>Marcador de pre-eclampsia; medición de ácido úrico</p> <p>Evaluar daño a órgano blanco; función renal, electrocardiografía y evaluación oftalmologica</p> <p>Monitorización del feto; ultrasonido fetal, prueba sin estrés o determinación del perfil biofisico</p> <p>Hospitalización urgente; Hipertensión severa, dolor en epigastrio, dolor en hipocondrio derecho, nauseas y vomito</p>	<ul style="list-style-type: none"> Tx profiláctico con sulfato de magnesio Antihipertensivo Valorar estado fetal Maduración fetal Transfusion de plaquetas
HIPERTENSIÓN CRÓNICA CON PRE-ECLAMPSIA SOBREGREGADA	Desarrollo de pre-eclampsia o eclampsia en una mujer con H. Crónica preexistente.		<p>Aparición o empeoramiento de proteinuria o aparición de signos o síntomas de afectación multiorganica</p>			<p>En caso de proteinuria; cuantificación de proteínas en orina de 24 hrs</p> <p>Marcador de pre-eclampsia; medición de ácido úrico</p> <p>Evaluar daño a órgano blanco; función renal, electrocardiografía y evaluación oftalmologica</p> <p>Monitorización del feto; ultrasonido fetal, prueba sin estrés o determinación del perfil biofisico</p> <p>Hospitalización urgente; Hipertensión severa, dolor en epigastrio, dolor en hipocondrio derecho, nauseas y vomito</p>	<ul style="list-style-type: none"> Reposo relativo Dieta Control de constantes Control de peso diario Valoración del bienestar fetal Maduración fetal (Betametasona 2 dosis de 12mg IM c/24hrs; Bexametasosna 4 dosis de 6 mg IM c/12hrs) Antihipertensivo con cifras mayores a 160/110mmHg <ul style="list-style-type: none"> Iniciar con labetalol Segunda línea Hidralazina 5-10mg en bolos o infusion a 0.5-10mg por hora dosis Sulfato de magnesio (Inicial de 4 a 6g de 20a 30 minutos; mantenimiento 1 a 2g por hora y continuar durante 24 hrs) Finlización del embarazo a partir de las 34 SDG

REFERENCIA

Detección, Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades Hipertensivas del Embarazo. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, IMSS; 2017.

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (2020). Trastornos hipertensivos en la gestación. Revista oficial de la sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.