

Repaso obstetricia

Parte 1

Ana María Caicedo Bolaños

Residente III año Ginecología y Obstetricia

Universidad de Antioquia

CONTENIDOS

- **Trastornos hipertensivos (THAE)**
- **Diabetes gestacional**
- **Restricción del crecimiento intrauterino**
- **Monitoreo fetal**
- **Trabajo de parto**
- **Síndrome de parto pretérmino**
- **Hemorragia posparto (Código rojo)**
- **Hemorragias en el embarazo**
- **Sepsis obstétrica**
- **Puerperio normal y anormal**
- **Enfermedad tiroidea y embarazo**
- **Enfermedades crónicas y embarazo: LES y SAF**

THAE



THAE

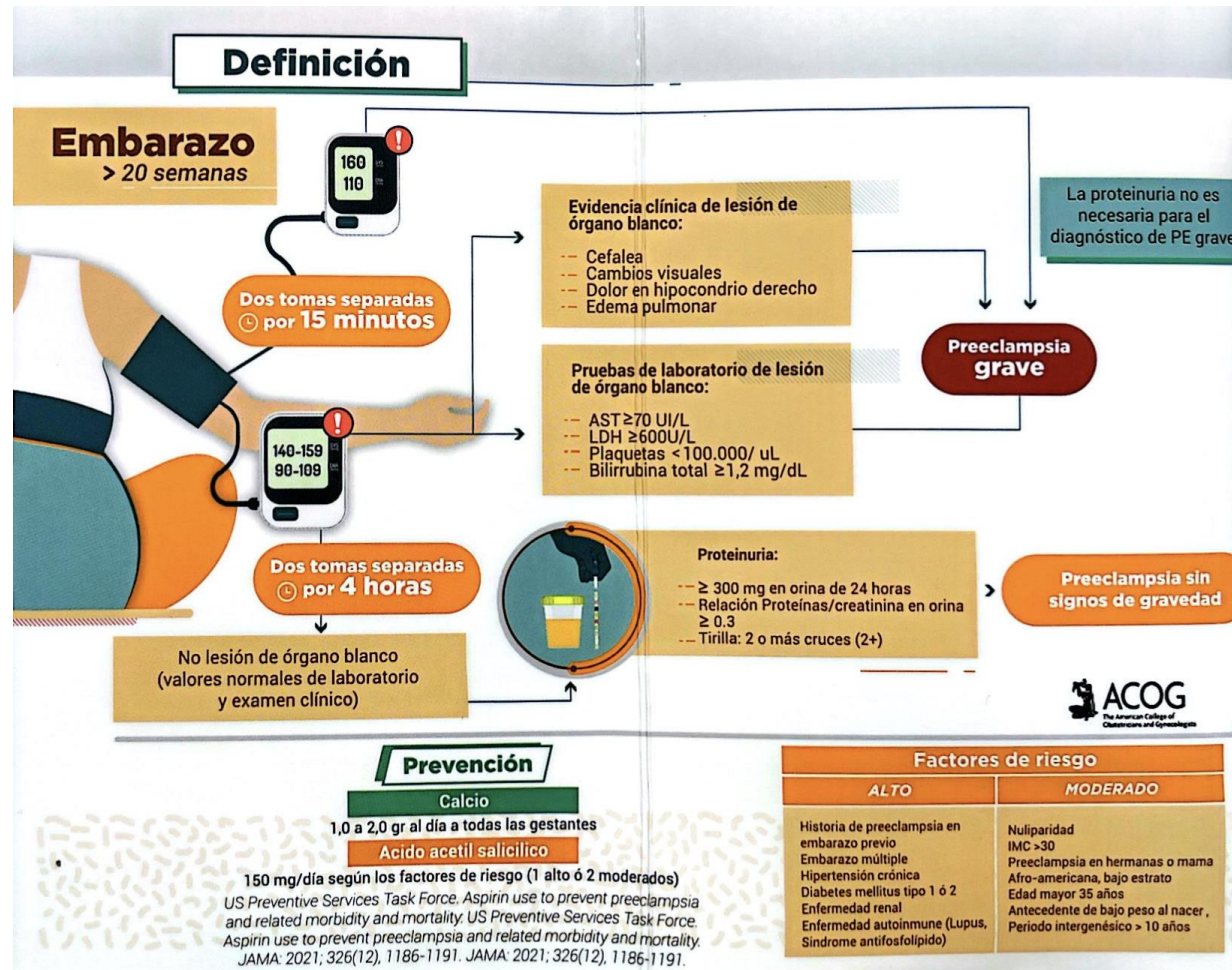
Trastornos hipertensivos afectan cerca del 6-10% de las mujeres gestantes. E una de las principales causas de aumento de la morbimortalidad materno perinatal.

Antioquia (2012-2020) 14,2% muertes por THAE:

- 39.47% eclampsia
- 31.58% síndrome HELLP
- 23.68% hemorragia intracerebral
- 5.26% abrupcio de placenta y coagulación intravascular diseminada.

En el 34% de casos no hubo uso adecuado de sulfato de magnesio, 50% no recibió manejo antihipertensivo estando indicado y 44.7% no tuvo manejo antihipertensivo adecuado

THAE

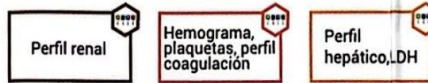


Tratamiento de la emergencia hipertensiva y eclampsia

S Soporte **S** Seguridad **S** Sulfato **A** Antihipertensivos **O** Obstétrico

Soporte

- Iniciar monitoreo hemodinámico no invasivo
- Vigilar gasto urinario (no es necesario pasar sonda)
- Canalizar dos accesos venosos con catéter 16 o 18
- Exámenes según la disponibilidad de laboratorio:



Manejo de líquidos endovenosos

No ordene bolo de líquidos para manejo de la hipertensión severa



Administración de líquidos totales:
• 80 mL/hora o
1 mL/Kg/hora

Seguridad

La paciente debe estar acompañada y con barandas de la camilla elevadas

Decúbito lateral izquierdo

Vía aérea permeable

Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas*. OPS/OMS (2019). Hypertension in pregnancy: diagnosis, blood pressure goals, and pharmacotherapy. a scientific. Hypertension, 2022; 79(2), e21-e41.

Sulfato de Magnesio

Prevención y manejo de la eclampsia

- Dosis de impregnación: 4 a 6 gramos intravenosos.
- Dosis de mantenimiento: 1 a 2 gramos/hora IV hasta 24 horas postparto
- Vigilar signos de toxicidad: Bradipnea, disminución de reflejos osteotendinosos, alteración del estado de conciencia, oliguria.

Anti-hipertensivos

- Evitar la hemorragia intracraneana y la encefalopatía hipertensiva
- ¿Cuánto reducir?: 20-25% de Presión arterial media en 24 a 48 horas
- Meta del tratamiento: 135/85 mmHg

Manejo obstétrico

Maduración fetal

24-36 semanas y 6 días



Bienestar fetal

Vigilancia fetal estrecha



Finalizar la gestación

PE no grave: 37 semanas
PE grave: 34 semanas*



*Antes de la complicación grave

Otras recomendaciones

Toma de presión arterial y vigilar premonitorios periódicamente

Comunicación con anestesiólogo y neonatólogo.

THAE

Medicamentos en preeclampsia grave

Medicamentos usados en preeclampsia grave		
Medicamento	Dosis	Comentarios
Nifedipino	10-20-20 mg c/20 min. Luego 10-20 mg c/2-6 h. Máximo 180 mg/día	Causa taquicardia refleja y cefalea
Labetalol	20-40-80 mg c/10 min, máximo 300 mg/día, o infusión 1-2 mg/min Máximo 300 mg/día	Betabloqueador no selectivo, causa taquicardia. Evite en asma, enfermedad cardíaca, BAV. Bloqueo aurículo-ventricular, bradicardia
Hidralazina	5-10 mg c/20 min, máximo 20 mg/día	Vasodilatador arteriolar Puede causar hipotensión, cefalea, FCF anormal
Sulfato de magnesio	Bolo de 4 a 6 gr IV, mantenimiento 1-2 g/hora	Vigilar signos de toxicidad: reflejos osteotendinosos, frecuencia respiratoria, diuresis

TODAS las pacientes clasificadas como preeclampsia grave deben recibir sulfato de magnesio

La vía del parto será definida según las condiciones obstétricas, maternas y fetales, la preeclampsia per se **No** es indicación de cesárea

El parto debe ser atendido idealmente en un tercer nivel de atención

Se recomienda trombotoprofilaxis farmacológica/no farmacológica en el posparto según factores de riesgo

THAE

Meta del tratamiento en embarazo

PAS 135 - 140 mmHg

PAD 85 - 90 mmHg

(La disminución de PAD por debajo 85 mmHg esta asociada a un mayor riesgo de insuficiencia uteroplacentaria).

Meta del tratamiento en puerperio

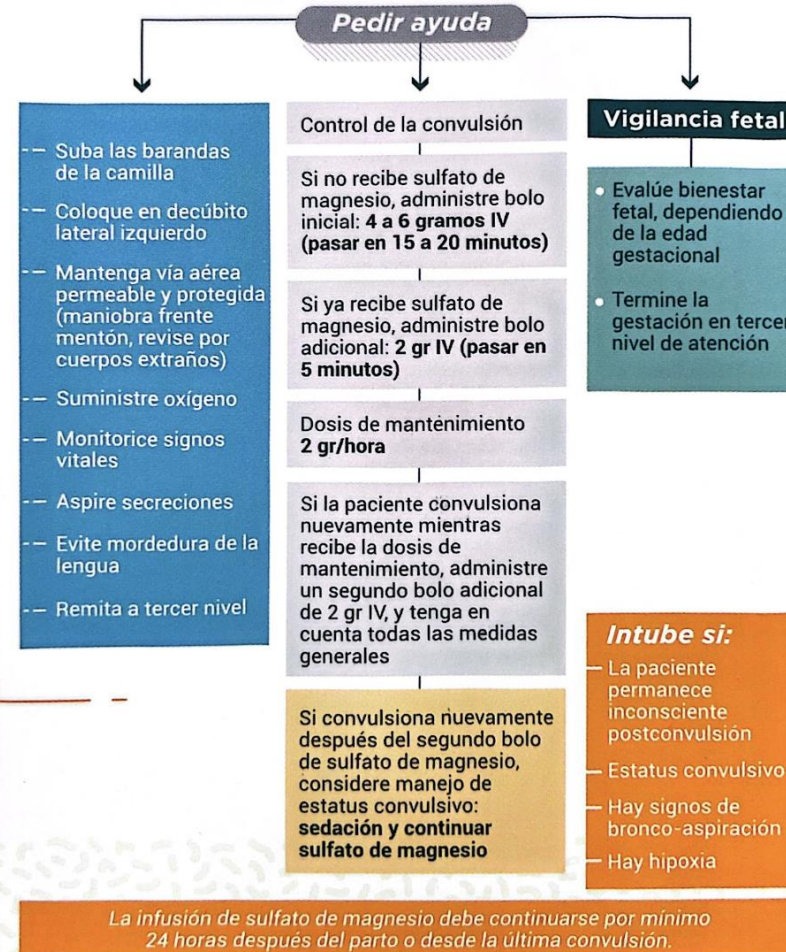
> 135/85 mmHg (en un periodo menor a 24 horas).



THAE

Tratamiento de la eclampsia

Mujer con convulsiones tónico clónicas generalizadas y/o coma sin antecedente de epilepsia, con embarazo de más de 20 semanas o en el puerperio.



Bartal, M. F., & Sibai, B. M. Eclampsia in the 21st century. American journal of obstetrics and gynecology, 2022; 226(2), S1237-S1253.

DIABETES GESTACIONAL

Diabetes detectada en el segundo o tercer trimestre de la gestación, y que no corresponde a una condición previa evidente.

Tamizaje: Carga 75g entre las 24-28 semanas	
Ayunas	≥ 92 mg/dL
1 hora posprandial	≥ 180 mg/dL
2 horas posprandiales	≥ 153 mg/dL

Diagnóstico con solo **UN valor alterado**

Iniciar seguimiento con **ecografía obstétrica cada 2-4 semanas** y valoración con obstetricia.

Glucometría diaria en **ayunas y 1h posprandial**.

DIABETES GESTACIONAL

TRATAMIENTO

1. Primera línea: Manejo médico (Actividad física, control de peso, alimentación).

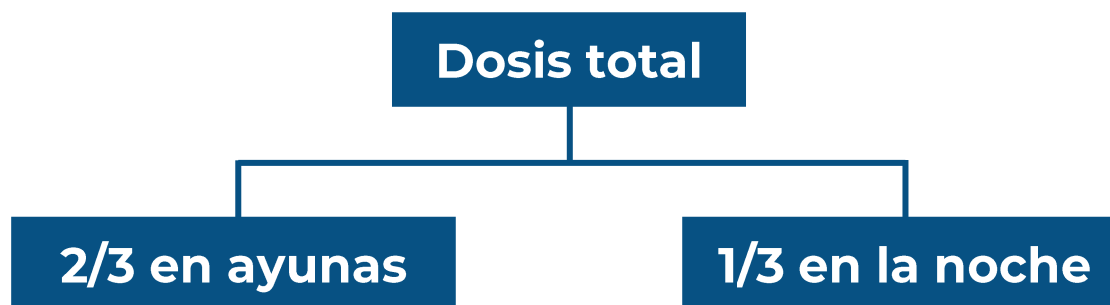
2. Manejo farmacológico: INSULINA

- 2 semanas de manejo médico con $> 10\%$ de glucometrías fuera de metas.
- Circunferencia abdominal fetal \geq percentil 75%.
- Al diagnóstico glicemia en ayunas ≥ 140 mg/dL o posprandial ≥ 200 mg/dL.

DIABETES GESTACIONAL

TRATAMIENTO CON INSULINA

Primer trimestre	0,7 U/Kg/día
Segundo trimestre	0,8 U/Kg/día
Tercer trimestre	0,9 U/Kg/día

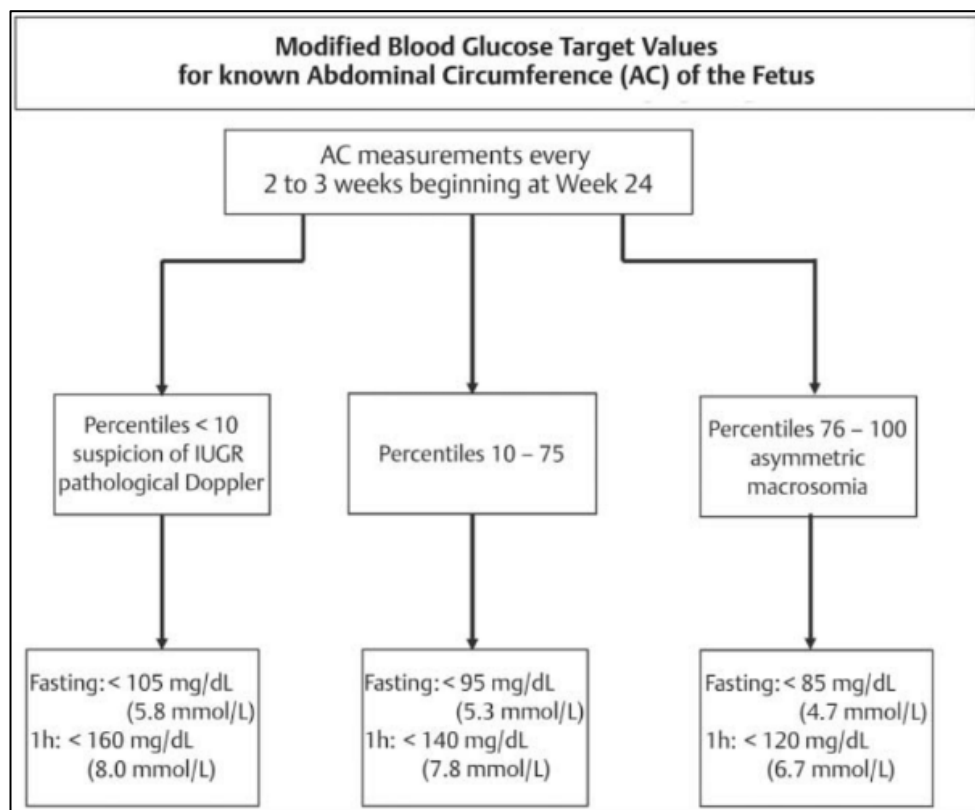


DIABETES GESTACIONAL

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

ADA 2021

- Ayunas <95 mg/dL
- 1 hora postprandial <140 mg/dL
- 2 horas postprandial <120 mg/dL



DIABETES GESTACIONAL

FINALIZACIÓN DE LA GESTACIÓN

DMG A1 con adecuado control metabólico	39 – 40+6 semanas
DMG A2 con adecuado control metabólico	39 – 39+6 semanas
Control glicémico subóptimo	37 – 38+6 semanas/individualizado

RCIU

Feto pequeño para la edad gestacional

- Peso fetal estimado MENOR DEL PERCENTIL 10%
- **Doppler normal**

Finalización a término

- Peso fetal estimado MENOR DEL PERCENTIL 10%
- Doppler ALTERADO

Restricción del crecimiento intrauterino

RCIU

PFE (Peso fetal estimado) – ICP (Índice cerebroplacentario) – AU (Arteria umbilical) – ACM (Arteria cerebral media) – ArtUt (Arterias uterinas) – DV (Ductus venoso) – MFE (Movimientos fetales estimados) – IAo (Ingurgitación aórtica)

Estadio	Correlación fisiopatológica	Criterio (cualquiera)	Seguimiento	Finalizar
I	Bajo peso grave o insuficiencia placentaria moderada	PFE P <3 ICP P <5 IP AU P >95 IP ACM P <5 IP ArtUt P >95	Semanal	37s
II	Insuficiencia placentaria grave	Flujo diastólico ausente en la AU Flujo reverso en el IAo	Dos veces a la semana	34s
III	Baja sospecha de acidosis fetal	Flujo diastólico reverso en la AU IP DV P >95	24 – 48 horas	30s
IV	Alta sospecha de acidosis fetal	Flujo diastólico reverso en el DV MFE con <3 movimientos Desaceleraciones	12 horas	24s