



Universidad del Sureste
Comitán de Domínguez Chiapas
Licenciatura en Medicina Humana

Tema: Cuadro comparativo.
“Enfermedades Hipertensivas en el Embarazo”

Nombre del alumno: José Alberto
Cifuentes Cardona

Grupo: “B” **Grado:** Octavo Semestre.

Materia: Análisis de la Decisión en la
Clínica.

Nombre del profesor: Dra. Citlali
Berenice Fernández Solís.

ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS EN EL EMBARAZO

CLASIFICACIÓN	CONCEPTO	FACTORES DE RIESGO	DIAGNOSTICO	TRATAMIENTO	PROFILAXIS
HIPERTENSION GESTACIONAL	→Hipertensión por primera vez →Después de las 20 SDG →PAS ≥ 140mmHg y PAD ≥ 90mmHg →Sin proteinuria →Hasta 12 semanas posparto.	→Periodo intergenésico > 10 años. →Nuliparidad →Primi-Paternidad →Edad materna >40 años. →Invasión trofoblástica anormal →Trombofilias	→Vigilancia de T/A •2 tomas con intervalo de 4 hrs •Ambos brazos (tomar la mas alta) •Medición de TA en casa →Solicitar batería de estudios. •Bh (enfoque en conteo plaquetario) •QS (enfoque en creatinina y Ac úrico) •EGO •Grupo y Rh. •VDRL y VIH. •Recolección de orina de 24 hrs (enfoque en proteinuria/albuminuria) →USG (enfoque en líquido y peso fetal) →Daño a órgano blanco	MEDIDAS GENERALES →Dieta normosodica →Suplementación con calcio →Reposo relativo →Control de T/A →Control de diuresis. →Descartar anemia →Tromboembolia y alteración hepática. →Tratamiento inductores pulmonares <34 SDG. →Resolución del embarazo entre 38 – 39 SDG. HIPOTENSORES VO <i>(primera línea)</i> →Alfametildopa 250-500mg VO C/8 hrs →Labetalol (No disponible en México) →Nifedipino Lib. prolongada 20-60mg VO C/24 hrs <i>(segunda línea)</i> →Hidralazina 25-50mg VO C/6 hrs HIPOTENSORES IV-VO <i>(primera línea)</i> →Labetalol (No disponible en México) •Dosis Máxima: 220mg →Nifedipino 10mg VO C/10-15 min. •Dosis Máxima: 50mg. <i>(segunda línea)</i> →Hidralazina 5-10 mg en bolos o infusión a 0.5-10 mg por hora dosis. •Dosis Máxima: 30mg. ANTICONVULSIVANTES <i>(Esquema Zuspan modificado)</i> →Sulfato de Mg intravenoso •Impregnación: 4g IV en 250ml glucosa 5% pasar en 20 min. •Mantenimiento: 1-2g IV hora (900ml Sol glucosa al 5% + 10 amp de Mg04 de 1gr (10 ml). Para administrar 100 a 200 ml por hora en infusión continúa. →DFH IV. •Impregnación: 15 mg/kg/do. •Mantenimiento: 6-7.5 mg/kg/día. INTOXICACIÓN •Síntomas: Anuria, Depresión respiratoria y Reflejos rotulianos disminuidos. →Valoración de niveles séricos normales de Mg: •Normal: 5-7 mg/dl. TX →Gluconato de calcio (GC)	→Se recomienda el uso de AAS →En pacientes de alto riesgo →Antes de la 16 SDG →A dosis bajas (80-150mg) administración nocturna. INDICACIONES DE RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO CAUSAS MATERNAS <ul style="list-style-type: none">•Hipertension severa•Hemolisis•Deterioro de la cuenta plaquetaria•Deterioro de la función hepática.•Deterioro de la función renal.•Síntomatología neurológica persistente.•Datos premonitorios de eclampsia CAUSAS FETALES <ul style="list-style-type: none">•Desprendimiento prematuro de placenta normoincerta.•Restruccion del crecimiento intrauterino severo.•Estado fetal no confiable.
→PRE-ECLAMPSIA CON DATOS DE SEVERIDAD	SIGNOS MATERNOS →PAS ≥ 160mmHg y PAD ≥ 110mmHg →Con compromiso de órgano blanco •Cefalea, Alteraciones visuales, Vomito, Papiledema, Disnea, Edema agudo de pulmón, Clonus ≥ 3+ e hipersensibilidad hepática. SIGNOS FETALES →Oligohidramnios →Restricción de crecimiento intrauterino	→Trastornos inmunológicos •Lupus eritematoso sistémico. •Sx de Anticuerpos anti-fosfolípidos. →Datos de vasoespasmo •PAS: >130 mm/hg antes de las 20 SDG. •PAD: >80 mm/hg antes de las 20 SDG. →Antecedentes familiares de: •Pre-eclampsia. •IMC >30kg •DM o DM Gestacional. •HPTA •IRC			
→SÍNDROME DE HELLP	ALTERACIONES BIOQUIMICAS → <i>Hemolisis microangiopática.</i> •Esquistocitos (células en plato) → <i>Elevación de enzima hepáticas.</i> •AST > 70 U/L •ALT > 50 U/L •LDL > 600 U/L → <i>Trombocitopenia.</i> •Plaquetas < 100,000 U/L				
ECLAMPSIA	→PAS ≥ 160mmHg y PAD ≥ 110mmHg →Con compromiso de órgano blanco →Complicación de pre-eclampsia severa → <i>Mas síntomas neurológicos, incluyen:</i> <ul style="list-style-type: none">•Convulsiones, Hiperreflexia, Cefalea, Alteraciones visuales, Edema pulmonar, Abruptio placentae y EVC. →Hasta decimo dia posparto.				
HIPERTENSION CRÓNICA	→Hipertensión arterial →Antes del embarazo →PAS ≥ 140mmHg y PAD ≥ 90mmHg →Asociada o no a proteinuria →Hasta 6 semana posparto.				
HIPERTENSION CRÓNICA MÁS PRE-ECLAMPSIA SOBREAGREGADA.	→Desarrollo de: <ul style="list-style-type: none">•Pre-Eclampsia o Eclampsia →En mujer con Hipertensión crónica preexistente				

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- 1.-WILLIAMS. (2019). *Obstetricia 25 Edición*. Impreso en México: McGRAW-HILL Interamericana Editores, S.A. de C.V.
- 2.-AMIR, (2019). *Manual de Ginecología y obstetricia 12° Edición*. Academia de Estudios MIR editorial.
- 3.-Mar Muñoz M, (2021). *Manual de Ginecología y obstetricia 12° Edición*. Grupo CTO editorial.
- 4.-GPC - Detección, Diagnóstico y Tratamiento DE LAS ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS DEL EMBARAZO 2017.