



**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	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Hipertensión por primera vez</li> <li>→ Despues de las 20 SDG</li> <li>→ PAS ≥ 140mmHg y PAD ≥ 90mmHg</li> <li>→ Sin proteinuria</li> <li>→ Hasta 12 semanas posparto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Periodo intergenético &gt; 10 años.</li> <li>→ Nuliparidad</li> <li>→ Primi-Paternidad</li> <li>→ Edad materna &gt;40 años.</li> <li>→ Invasión trofoblástica anormal</li> <li>→ Trombofilias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Vigilancia de T/A           <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 tomas con intervalo de 4 hrs</li> <li>• Ambos brazos (tomar la mas alta)</li> <li>• Medición de TA en casa</li> </ul> </li> <li>→ Solicitar batería de estudios.           <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bh (enfoque en conteo plaquetario)</li> <li>• QS (enfoque en creatinina y Ac urico)</li> <li>• EGO</li> <li>• Grupo y Rh.</li> <li>• VDRL y VIH.</li> </ul> </li> <li>→ Recolección de orina de 24 hrs (enfoque en proteinuria/albuminuria)</li> <li>→ USG (enfoque en líquido y peso fetal)</li> <li>→ Daño a órgano blanco</li> </ul>	<p><b>MEDIDAS GENERALES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Dieta normosódica</li> <li>→ Suplementación con calcio</li> <li>→ Reposo relativo</li> <li>→ Control de T/A</li> <li>→ Control de diuresis.</li> <li>→ Descartar anemia</li> <li>→ Tromboembolia y alteración hepática.</li> <li>→ Tratamiento inductores pulmonares &lt;34 SDG.</li> <li>→ Resolución del embarazo entre 38 – 39 SDG.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Se recomienda el uso de AAS</li> <li>→ En pacientes de alto riesgo</li> <li>→ Antes de la 16 SDG</li> <li>→ A dosis bajas (80-150mg) administración nocturna.</li> </ul>
PRE-ECLAMPSIA	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Despues de las 20 SDG</li> <li>→ PAS ≥ 140mmHg y PAD ≥ 90mmHg</li> <li>→ Proteinuria &gt;300mg/24hrs</li> <li>→ Creatinina &gt; 0.3mg/dl</li> <li>→ Hasta 2 semanas posparto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Trastornos inmunológicos           <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lupus eritematoso sistémico.</li> <li>• Sx de Anticuerpos anti-fosfolípidos.</li> </ul> </li> <li>→ Datos de vasoespasmo           <ul style="list-style-type: none"> <li>• PAS: &gt;130 mm/hg antes de las 20 SDG.</li> <li>• PAD: &gt;80 mm/hg antes de las 20 SDG.</li> </ul> </li> <li>→ Antecedentes familiares de:           <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pre-eclampsia.</li> <li>• IMC &gt;30kg</li> <li>• DM o DM Gestacional.</li> <li>• HPTA</li> <li>• IRC</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ USG (enfoque en líquido y peso fetal)</li> <li>→ Daño a órgano blanco</li> </ul>	<p><b>HIPOTENSORES VO</b> <i>(primera línea)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Alfametildopa 250-500mg VO C/8 hrs</li> <li>→ Labetalol (No disponible en México)</li> <li>→ Nifedipino Lib. prolongada 20-60mg VO C/24 hrs</li> </ul> <p><i>(segunda línea)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Hidralazina 25-50mg VO C/6 hrs</li> </ul> <p><b>HIPOTENSORES IV-VO</b> <i>(primera línea)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Labetalol (No disponible en México)</li> <li>• Dosis Máxima: 220mg</li> </ul> <p><i>(segunda línea)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Nifedipino 10mg VO C/10-15 min.</li> <li>• Dosis Máxima: 50mg.</li> <li>→ Hidralazina 5-10 mg en bolos o infusión a 0.5-10 mg por hora dosis.</li> <li>• Dosis Máxima: 30mg.</li> </ul>	<p><b>INDICACIONES DE RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO</b></p> <p><b>CAUSAS MATERNAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipertension severa</li> <li>• Hemolisis</li> <li>• Deterioro de la cuenta plaquetaria</li> <li>• Deterioro de la función hepática.</li> <li>• Deterioro de la función renal.</li> <li>• Sintomatología neurológica persistente.</li> <li>• Datos premonitorios de eclampsia</li> </ul> <p><b>CAUSAS FETALES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desprendimiento prematuro de placenta normoincreta.</li> <li>• Restrucción del crecimiento intrauterino severo.</li> <li>• Estado fetal no confiable.</li> </ul>
→PRE-ECLAMPSIA CON DATOS DE SEVERIDAD	<p><b>SIGNOS MATERNOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ PAS ≥ 160mmHg y PAD ≥ 110mmHg</li> <li>→ Con compromiso de órgano blanco</li> <li>• Cefalea, Alteraciones visuales, Vomito, Papiledema, Disnea, Edema agudo de pulmón, Clonus ≥ 3+ e hipersensibilidad hepática.</li> </ul> <p><b>SIGNOS FETALES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Oligohidramnios</li> <li>→ Restricción de crecimiento intrauterino</li> </ul>				
→SÍNDROME DE HELLP	<p><b>ALTERACIONES BIOQUÍMICAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ <i>Hemolisis microangiopática.</i></li> <li>• Esquistocitos (células en plato)</li> <li>→ <i>Elevación de enzima hepáticas.</i></li> <li>• AST &gt; 70 U/L</li> <li>• ALT &gt; 50 U/L</li> <li>• LDL &gt; 600 U/L</li> <li>→ <i>Trombocitopenia.</i></li> <li>• Plaquetas &lt; 100,000 U/L</li> </ul>				
ECLAMPSIA	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ PAS ≥ 160mmHg y PAD ≥ 110mmHg</li> <li>→ Con compromiso de órgano blanco</li> <li>→ Complicación de pre-eclampsia severa</li> <li>→ <i>Mas síntomas neurológicos, incluyen:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Convulsiones, Hiperreflexia, Cefalea, Alteraciones visuales, Edema pulmonar, Abruptio placentae y EVC.</li> </ul> </li> <li>→ Hasta decimo dia posparto.</li> </ul>			<p><b>ANTICONVULSIVANTES</b> <i>(Esquema Zuspan modificado)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Sulfato de Mg intravenoso</li> <li>• Impregnación: 4g IV en 250ml glucosa 5% pasar en 20 min.</li> <li>• Mantenimiento: 1-2g IV hora (900ml Sol glucosa al 5% + 10 amp de MgO4 de 1gr (10 ml). Para administrar 100 a 200 ml por hora en infusión continua.</li> </ul> <p>→ DFH IV.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Impregnación: 15 mg/kg/do.</li> <li>• Mantenimiento: 6-7.5 mg/kg/dia.</li> </ul> <p><b>INTOXICACIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntomas: Anuria, Depresión respiratoria y Reflejos rotulianos disminuidos.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Valoración de niveles séricos normales de Mg:</li> <li>• Normal: 5-7 mg/dl.</li> </ul> <p style="text-align: right;">TX</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Gluconato de calcio (GC)</li> </ul>	
HIPERTENSION CRÓNICA	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Hipertensión arterial</li> <li>→ Antes del embarazo</li> <li>→ PAS ≥ 140mmHg y PAD ≥ 90mmHg</li> <li>→ Asociada o no a proteinuria</li> <li>→ Hasta 6 semana posparto.</li> </ul>				
HIPERTENSION CRÓNICA MÁS PRE-ECLAMPSIA SOBREAGREGADA.	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Desarrollo de:           <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pre-Eclampsia o Eclampsia</li> </ul> </li> <li>→ En mujer con Hipertensión crónica preexistente</li> </ul>				

#### **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.