



**Universidad del Sureste
Campus Comitán de Domínguez, Chiapas
Licenciatura en Medicina Humana**

PASIÓN POR EDUCAR

**MATERIA: ANÁLISIS DE LA DECISIÓN EN LA CLÍNICA
PAOLA MONTSERRAT GARCIA AGUILAR**

**GRUPO: B
OCTAVO SEMESTRE**

CUADRO COMPARATIVO

ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS EN EL EMBARAZO

| Enfermedad | Definición | FR | Clínica | Dx | TX |
|-------------------------------------|---|---|--|---|--|
| Hipertensión crónica | PA $\geq 140/90$ mmHg antes del embarazo o antes de la semana 20 de gestación , que persiste más allá de las 12 semanas postparto. | <ul style="list-style-type: none"> Edad >35 años obesidad Diabetes mellitus Nefropatías Historia de HTA, Raza negra. | Puede ser asintomática o presentar cefalea, visión borrosa. | Medición de PA antes de la semana 20, sin proteinuria ni daño a órgano blanco. | <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 | Hipertensión que se presenta después de la semana veinte de gestación, proteinuria negativa . | <ul style="list-style-type: none"> Primigesta Embarazo múltiple, Entecedentes familiares de PE, Obesidad, Edad <20 o >35 años | Generalmente asintomática, puede haber cefalea, visión borrosa | PA elevada después de la semana 20 sin. proteinuria ni signos de daño a órgano blanco. | <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 (impregnación 4g IV en 250ml Hidralazina (segunda línea) |
| Preclamsia | presencia de cifras tensionales mayores o iguales a 140/90mmhg , proteinuria mayor a 300mg/24h , Creatinina Sérica elevada (>30mg/mmol), en la gestante con embarazo mayor a 20 semanas o hasta dos semanas posparto. | <ul style="list-style-type: none"> Primigesta Embarazo múltiple, Entecedentes familiares de PE, Obesidad, Edad <20 o >35 años | Edema, cefalea, visión borrosa, dolor epigástrico, oliguria. | T/A: 140/90mmhg , proteinuria mayor a 300mg/24h , Creatinina Sérica elevada (>30mg/mmol), | <ul style="list-style-type: none"> Dieta (norma calórica, nomosódica) Valoración de bienestar fetal Labetalol (Tercera línea) Finalización del embarazo (a partir de las 37 SDG) |
| Preclamsia c/datos severidad | Cifras tensionales mayor o igual 160x110 mmHg y síntomas con compromiso de órgano blanco | Mismos que PE, mayor riesgo con antecedentes personales de PE severa. | cefalea, visión borrosa, fosfenos, dolor en flanco derecho, vómito, papiledema, Clonus mayor o igual a 3+, hipersensibilidad hepática, Síndrome HELLP, trombocitopenia | Igual que PE + criterios de severidad. | <ul style="list-style-type: none"> Valoración del bienestar fetal Maduración fetal (Betametasona 2 dosis de 12mg IM c/24hrs; Betametasona 4 dosis de 6 mg IM c/12hrs) Antihipertensivo con cifras mayores a 160/110mmHg Iniciar con labetalol Segunda línea Hidralazina 5-10mg en bolos o infusión 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) Finalización del embarazo a partir de las 34 SDG |

CUADRO COMPARATIVO

ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS EN EL EMBARAZO

| Enfermedad | Definición | FR | Clínica | Dx | TX |
|--|---|--|---|---|--|
| Eclampsia | complicación de la pre-eclampsia severa, a frecuentemente acompañada de síntomas neurológicos | Preeclampsia no tratada o mal controlada. | convulsiones, hiperreflexia, cefalea, alteraciones visuales (fotopsia, escotomas, ceguera cortical, vasoespasmio retinal) | Clínico, antecedente de PE + convulsiones. | <ul style="list-style-type: none"> • Emergencia obstétrica • 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 • Iniciar tx antihipertensivo para normalizar la PA en caso de HTA grave • Finalización del embarazo (depende de la viabilidad fetal) |
| Sx hellp | Variante grave de PE con Hemólisis, Elevación de enzimas hepáticas y Plaquetopenia (<100,000) | PE previa o coexistente, antecedente de HELLP. | Náusea, vómito, epigastralgia, cefalea, ictericia, Petequias. | Elevación DHL, AST/ALT, bilirrubinas, anemia hemolítica, plaquetopenia | <ul style="list-style-type: none"> • Tx profiláctico con sulfato de magnesio • Antihipertensivo • Valorar estado fetal • Maduración fetal • Transfusión de plaquetas |
| HTA crónica con PE sobre agregada | Desarrollo de pre-eclampsia o eclampsia en una mujer con hipertensión crónica preexistente | HTA previa al embarazo. | Signos nuevos de PE en paciente hipertensa: proteinuria, edema, cefalea, dolor epigástrico. | Diagnóstico clínico + proteinuria ≥ 300 mg/24h o datos de severidad en paciente con HTA crónica. | <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; Bexametasona 4 dosis de 6 mg IM c/12hrs) • Antihipertensivo con cifras mayores a 160/110mmHg • Iniciar con labetalol • Segunda línea Hidralazina 5-10mg en bolos o infusión 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) • Finalización del embarazo a partir de las 34sdg |

REFERENCIA

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