



Universidad del sureste

Campus Comitán

Licenciatura en Medicina Humana

“Enfermedades Hipertensivas Del Embarazo”

Cuadro Comparativo

IRMA NATALIA HERNÁNDEZ AGUILAR

Octavo semestre “B”

ANALISIS DE DECISION EN LA CLINICA

DR. Citlalli Berenice Fernández

Comitán de Domínguez Chiapas a 06 de abril de 2025

Enfermedades Hipertensivas Del Embarazo

ENFERMEDAD	Enfermedad hipertensiva crónica	Hipertensión gestacional	Preeclampsia	Preeclampsia con datos de severidad	Eclampsia	Síndrome de HELLP	Hipertensión crónica con preeclampsia sobreagregada
GENERALIDADES	Definida como la presencia de hipertensión arterial mayor o igual a 140x90 mmHg antes del embarazo, antes de la semana veinte de gestación o hasta la semana sexta postparto, asociada o no a proteinuria.	Hipertensión que se presenta después de la semana veinte de gestación, proteinuria negativa. En el postparto (12 semanas) cifra tensionales normales (Hipertensión Transitoria). Cifras elevadas (Hipertensión crónica).	Hace referencia a la presencia de cifras tensionales mayores o iguales a 140/90mmhg, proteinuria mayor a 300mg/24h, Creatinina Sérica elevada (>30 mg/mmol), en la gestante con embarazo mayor a 20 semanas o hasta dos semanas posparto.	Cifras tensionales mayor o igual 160x110 mmHg y síntomas con compromiso de órgano blanco.	Es una complicación de la pre-eclampsia severa, frecuentemente acompañada de síntomas neurológicos	Complicación multisistémica del embarazo que se distingue por el trastorno hipertensivo más su triada (OMS).	Hace referencia al desarrollo de pre-eclampsia o eclampsia en una mujer con hipertensión crónica preexistente.
FACTORES DE RIESGO	Presión arterial materna Paridad Historia familiar de pre-eclampsia Diabetes mellitus Hipertensión arterial crónica Edad materna Índice de masa corporal	Presión arterial materna (Presión arterial media) Edad materna Paridad Raza Historia familiar de pre-eclampsia Embarazo mediante técnicas de reproducción asistida. Indice de masa corporal	Hipertensión arterial crónica Edad materna Paridad Raza Historia familiar de pre-eclampsia Presión arterial materna (Presión arterial media) Embarazo mediante técnicas de reproducción asistida.	Índice de masa corporal Edad materna Paridad Raza Historia familiar de pre-eclampsia Presión arterial materna (Presión arterial media) Embarazo mediante técnicas de reproducción asistida.	Antecedentes de preeclampsia Paridad Historia familiar de pre-eclampsia Diabetes mellitus Hipertensión arterial crónica Presión arterial materna Edad materna Índice de masa corporal	Paridad Historia familiar de pre-eclampsia Diabetes mellitus Hipertensión arterial crónica Presión arterial materna Edad materna Índice de masa corporal	Historia familiar de pre-eclampsia Edad materna Paridad Raza Presión arterial materna (Presión arterial media) Embarazo mediante técnicas de reproducción asistida. Indice de masa corporal

		Comorbilidad : Diabetes mellitus Hipertensión arterial crónica Insuficiencia renal crónica Trastornos inmunológicos (LES , SAAF) • Trombofilias	Índice de masa corporal Comorbilidad : Diabetes mellitus Insuficiencia renal crónica Trastornos inmunológicos (LES , SAAF) ☑ Trombofilias	Comorbilidad : Diabetes mellitus Hipertensión arterial crónica Insuficiencia renal crónica Trastornos inmunológicos (LES , SAAF) ☑ Trombofilias			Comorbilidad : Diabetes mellitus Hipertensión arterial crónica Insuficiencia renal crónica Trastornos inmunológicos (LES , SAAF) ☑ Trombofilias
MANIFESTACIONES CLÍNICAS	TA igual o >140/90mmhg, <20 SDG No proteinuria Cefalea, visión borrosa, fosfenos, dolor en flanco derecho, vómito, papiledema	No proteinuria >20 SDG, sin proteinuria ni otros signos de daño orgánico. Cefalea, visión borrosa, fosfenos, dolor en flanco derecho, vómito, papiledema	TA igual o >140/90mmhg, proteinuria mayor a 300mg/24h, Creatinina Sérica elevada (>30 mg/mmol), en la gestante con embarazo mayor a 20 semanas o hasta dos semanas posparto.	TA igual o >160x110 mmHg Cefalea, visión borrosa, fosfenos, dolor en flanco derecho, vómito, papiledema, Clonus mayor o igual a 3+, hipersensibilidad hepática, Síndrome HELLP, trombocitopenia (plaquetas menores a 150.000 mm ³ , elevación de las lipoproteínas de baja densidad (LDL), enzimas hepáticas elevadas (ALT o AST).	Convulsiones , hiperreflexia, cefalea, alteraciones visuales (fotopsia, escotomas, ceguera cortical, vasoespasmo retinal), enfermedad cerebrovascular, edema pulmonar, abruptio placentae, puede aparecer hasta el décimo día postparto	<ul style="list-style-type: none"> • Hemólisis microangiopática • Elevación de enzimas hepáticas • Disminución del conteo de plaquetas Cefalea, visión borrosa, fosfenos, dolor en flanco derecho, vómito, papiledema	Hipertensión arterial TA igual o >140/90mmhg, proteinuria , y alteraciones en los niveles de plaquetas y enzimas hepáticas . Cefalea, visión borrosa, fosfenos, dolor en flanco derecho, vómito, papiledema
DIAGNÓSTICO	<ul style="list-style-type: none"> • (TA>140/90mmHg) • EGO normal (no proteinuria) • Creatinina normal 	<ul style="list-style-type: none"> • TA >140/90 mmHg en dos o más ocasiones, con al menos cuatro horas de diferencia. 	LABS (TA>140/90mmHg ó proteinuria por tira reactiva en orina > 1+ ó cuantificación de proteínas en orina de 24 horas > 300mg/24 horas o índice de proteína:creatina >0.28),	TA igual o >160x110 mmHg LABS: <ul style="list-style-type: none"> • Hemólisis microangiopática • Elevación de enzimas hepáticas 	<ul style="list-style-type: none"> • TA igual o >160x110 mmHg en dos mediones en 4 horas. • Proteinuria mayor a 300 mg en orina de 24 horas 	<ul style="list-style-type: none"> • Niveles de DHL mayor o igual a 600 U/l • AST mayor o igual a 70 U/l • Recuento plaquetario menor 	<20 sdg (TA>140/90mmHg ó proteinuria por tira reactiva en orina > 1+ ó cuantificación de proteínas en orina de 24 horas > 300mg/24 horas o índice de proteína:creatina

				<ul style="list-style-type: none"> Disminución del conteo de plaquetas 	<ul style="list-style-type: none"> Creatinina sérica elevada (>30 mg/mmol) 	o igual a 100 000/mm3	>0.28), La hipertensión diagnosticada después de las 20 semanas, pero que persiste a las 12 semanas tras el parto, también se clasifica como hipertensión crónica
TRATAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> Metildopa: 250 mg a 1 g/día, en una a tres tomas al día Nifedipino: Oral 30 a 90 mg/día, fraccionada en tres tomas <p>Aumentar la dosis en períodos de 7 a 14 días hasta alcanzar el efecto deseado</p> <p>Dosis máxima 120 mg/día</p> <ul style="list-style-type: none"> Hidralazina: Iniciar con 10 mg diarios cada 6 o 12 horas, se puede incrementar la dosis hasta 150 mg/día de acuerdo a respuesta terapéutica 	<ul style="list-style-type: none"> Labetalol 100-400 mg vía oral Metildopa: 250 mg a 1 g/día, en una a tres tomas al día Hidralazina: Iniciar con 10 mg diarios cada 6 o 12 horas, se puede incrementar la dosis hasta 150 mg/día de acuerdo a respuesta terapéutica 	<ul style="list-style-type: none"> Metildopa: 250 mg a 1 g/día, en una a tres tomas al día Nifedipino: Oral 30 a 90 mg/día, fraccionada en tres tomas <p>Aumentar la dosis en períodos de 7 a 14 días hasta alcanzar el efecto deseado</p> <p>Dosis máxima 120 mg/día</p> <ul style="list-style-type: none"> Hidralazina: Iniciar con 10 mg diarios cada 6 o 12 horas, Sulfato de Magnesio Crisis: 4-6 gr IV en 5 Min diluido en 100 ml de Sol. fisiológica a pasar en 5 min <p>Mantenimiento: 1 gramo IV por hora por 24 horas</p>	<ul style="list-style-type: none"> Metildopa: 250 mg a 1 g/día, en una a tres tomas al día Hidralazina: Iniciar con 10 mg diarios cada 6 o 12 horas, se puede incrementar la dosis hasta 150 mg/día de acuerdo a respuesta terapéutica <p>Sulfato de Magnesio</p> <p>Crisis: 4-6 gr IV en 5 Min diluido en 100 ml de Sol. fisiológica a pasar en 5 min</p> <p>Mantenimiento: 1 gramo IV por hora por 24 horas (900 ml de sol. Glucosa al 5% + 10 amp de MgSO4 para admin. 100-200 ml/hr en infusión continua)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Metildopa: 250 mg a 1 g/día, en una a tres tomas al día Hidralazina: Iniciar con 10 mg diarios cada 6 o 12 horas Labetalol 100-400 mg vía oral <p>Sulfato de Magnesio</p> <p>Crisis: 4-6 gr IV en 5 Min diluido en 100 ml de Sol. fisiológica a pasar en 5 min</p> <p>Mantenimiento: 1 gramo IV por hora por 24 horas (900 ml de sol. Glucosa al 5% + 10 amp de MgSO4 para admin. 100-200 ml/hr en infusión continua)</p>	<p><34 SDG: -Betametasona 12 mg intramuscular cada 24 horas 2 dosis. -Dexametasona 6 mg intramuscular cada 12 horas por 4 dosis.</p> <p>>37 SDG: Resolución del embarazo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Metildopa: 250 mg a 1 g/día, en una a tres tomas al día Nifedipino: Oral 30 a 90 mg/día, fraccionada en tres tomas <p>Aumentar la dosis en períodos de 7 a 14 días hasta alcanzar el efecto deseado</p> <p>Dosis máxima 120 mg/día</p> <ul style="list-style-type: none"> Hidralazina: Iniciar con 10 mg diarios cada 6 o 12 horas, se puede incrementar la dosis hasta 150 mg/día de acuerdo a respuesta terapéutica

REFERENCIAS

Detección, Diagnóstico y Tratamiento DE LAS ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS DEL EMBARAZO. (2017). GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA GPC. Recuperado 8 de abril de 2025, de <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/058GER.pdf>

Prevención, diagnóstico y tratamiento DE LA PREECLAMPSIA en segundo y tercer nivel de atención. (2017). GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA GPC. Recuperado 8 de abril de 2025, de <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/020GER.pdf>