



Mi Universidad

Cuadro sinóptico

Dulce Mirely Torres Narvaez

Cuadro sinóptico

Segundo parcial

Análisis de decisión en la clínica

Dra. Citlali Berenice Fernández Solís

Medicina Humana

8°C

Comitán de Domínguez a 11 de abril del 2025.

ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS EN EL EMBARAZO

Etiología

- Genética
- Inflamación
- Disfunción endotelial placentarios
- Inmunológico

Factores de riesgo

- Enfermedades autoinmunes
- Diabetes pregestacional
- Nuliparidad
- ATH de preeclampsia
- IMC > 30 Kg/m²
- Embarazo múltiple
- HAS

Hipertensión Arterial Crónica

- Antes de las 20 SDG
- Antes del embarazo
- HAS: $\geq 140/90$ mm/Hg
- Corroborada en 2 ocasiones

Hipertensión Gestacional

- Se desarrolla por primera vez > 20 SDG
- PAS: ≥ 140 mm/Hg
- PAD: > 90 mm/Hg
- Corroborada en 2 ocasiones
- Sin proteinuria

Hipertensión crónica con preeclampsia sobrecargada

- Hipertensión arterial crónica + descompensación de cifras tensionales
- Presencia de proteinuria

Preeclampsia

- > 20 SDG en 2 ocasiones con 4hrs de diferencia
- Proteinuria de nueva aparición > 300 mg en 24hrs
- Tira reactiva 2+
- Relación proteína/creatinina > 0.30 mg/dL
- 1 o más condiciones adversas

Preeclampsia con datos de severidad

- TAS: > 160 mmHg
- TAD: > 110 mmHg
- 1 o más complicaciones

Signos maternos

- Cefalea persistente
- Alteraciones visuales
- Epigastralgia
- Dolor en hipocondrio derecho
- Disnea
- Hipertensión severa
- Edema agudo de pulmón

Signos fetales

- Oligohdramnios
- Restricción de crecimiento intrauterino

Alteración bioquímica

- Creatinina > 1.1 mg/dL
- AST/ALT > 70 UI/L
- DHL > 600 UI/L
- Plaquetas $< 100,000$

Eclampsia

- Aumento de la TA
- Convulsiones
- Manifestaciones más graves

Clínica

- Convulsiones
- Hiperreflexia
- Cefalea
- Alteraciones visuales

Síndrome de HELLP

- Complicación sistémica del embarazo
- Afecta al 0.9 % de todos los embarazos

- H: hemólisis microangiopática
- EL: elevación de enzimas hepáticas
- LP: Conteo plaquetario disminuido

Diagnostico

- Laboratorios
- Tira reactiva 3+
- Cuantificación de orina en 24 hrs
- Creatinina > 1.1 mg/dL
- DHL > 600 UI/L
- Plaquetas $< 100,000$
- Monitoreo de FCF
- USG
- Bh y PFH

Tratamiento

- Alfametildopa: 250-500 mg VO C/8hrs. Dosis Maxima: 2gr/día
- Labetalol: 100- 400mg VO. Dosis Maxima: 1,200mg/día
- Nifedipino: 20-60mg VO C/24 hrs. Dosis Maxima: 120mg/día
- Hidralazina: 25-50mg VO C/6hrs Dosis Maxima: 200mg/día

Tratamiento

- Hospitalización
- Terapia antihipertensiva
- Prevención de eclampsia
- 34 SDG resolución del embarazo
- Paciente no estable, resolución del embarazo

Tratamiento

- 1ra línea sulfato de magnesio: bolo 4-6 gr IV hasta 24 hrs posparto
- 2da línea: Fenitoina: 10 mg IV c/12 hrs antes del parto y postparto, reducir a 5 mg IV c/12 hrs hasta remisión de síntomas

Bibliografía

- Guía de práctica clínica GPC, Detección, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades hipertensivas del embarazo, actualización 2017.