



Cuadro sinóptico

Andrea Díaz Santiago

Cuadro Sinóptico

2º parcial

Análisis de la decisión en la clínica

Dra. Citlali Berenice Fernández Solís

Medicina Humana

8ºC

Comitán de Domínguez a 11 de abril del 2025.

Enfermedades hipertensivas del EMBARAZO



HIPERTENSIÓN GESTACIONAL

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

Etiología: Disfunción
endotelial, predisposición
genética

Clínica: Asintomática
o cefalea leve,
edema leve

Fx de riesgo: Primigesta,
obesidad, historia
familiar, embarazo
múltiple

Estudios de laboratorio:
Normal, sin proteinuria

HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA

Antes de las 20 SDG
Antes del embarazo
HAS: > 140/90 mm/Hg
Corroborada en 2
ocasiones

Etiología: Primaria (esencial)
o secundaria
(enfermedades renales,
endocrinas)

Clínica: Asintomática
o cefalea, mareo,
tinnitus.

Fx de riesgo: Edad >40 años,
obesidad, DM, ERC, historia
familiar.

Estudios de
laboratorio: Función renal
(creatinina, proteinuria),
perfil lipídico, electrolitos.

HTA + PREECLAMPSIA SOBREGREGADA

Hipertensión arterial
crónica + Descompensación de cifras
tensionales
Presencia de proteinuria

Etiología: Disfunción
placentaria adicional sobre
hipertensión preexistente

Clínica: Cefalea, edema,
proteinuria, alteraciones
visuales

Factores de riesgo:
Hipertensión crónica mal
controlada, ERC, DM

Estudios de
laboratorio:
Proteinuria,
>transaminasas,
creatinina

PREECLAMPSIA

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

Etiología: Disfunción
placentaria, estrés
oxidativo, inflamación
sistémica

Clínica: Cefalea,
fosfenos, edema,
dolor epigástrico,
proteinuria

Fx de riesgo:
Nuliparidad, edad <20
o >35 años, embarazo
múltiple, DM,
obesidad

Estudios de
laboratorio: Proteinuria
, >ácido úrico,
alteración
hepática/renal.



PREECLAMPSIA CON DATOS DE SEVERIDAD

HAS: >160/110 mm/Hg
1 ó más complicaciones

Etiología: Disfunción
placentaria grave

Clínica: Cefalea intensa,
escotomas, dolor
epigástrico, oliguria,
edema pulmonar.

Fx de riesgo: Historia
previa, trastornos
autoinmunes, ERC.

Estudios de
laboratorio: >transaminasas,
creatinina,
trombocitopenia.

tx: Hospitalización
Terapia antihipertensiva
Prevención de eclampsia
<34 SDG inductores
pulmonares
>34 SDG resolución del
embarazo

Labetalol: 20mg en bolo hasta
40mg c/10-15min o en
infusión 1 a 2 mg/min, dosis
máx: 220mg
Nifedipino: 10mg VO c/10-
15min. Dosis máx: 50 mg
Hidralazina: 5-10mg en bolos
o infusión a 0.5-10mg por
hora. Dosis máx: 30mg

ECLAMPSIA

Fase convulsiva de la
enfermedad
hipertensiva

Etiología: Isquemia
cerebral por disfunción
endotelial severa.

Clínica: Convulsiones,
coma, hipertensión
severa, hiperreflexia.

Fx de riesgo:
Preeclampsia severa,
edad extrema, historia
previa.

Estudios de
laboratorio: >transaminasas,
creatinina,
trombocitopenia.

1ª línea: Sulfato de magnesio IV
2ª línea: Labetalol o hidralazina IV.
3ª línea: Interrupción inmediata del
embarazo.



SX DE HELLP

Complicación sistémica de embarazo
H: hemólisis microangiopática
EL: elevación de enzimas hepáticas
(Liver)
LP: Conteo plaquetario disminuido
(Low)

Etiología: Disfunción
endotelial severa con
microangiopatía
trombótica.

Clínica: Dolor en CSD,
ictericia, náuseas,
petequias, sangrado.

Fx de riesgo:
Multiparidad,
preeclampsia severa.

Estudios de
laboratorio: Anemia
hemolítica, > AST/ALT,
< plaquetas.

1ª línea: Sulfato de
magnesio,
antihipertensivos.
2ª línea: Corticoides en
casos seleccionados.
3ª línea: Interrupción
del embarazo.

1º línea:

Alfametildopa (250-
500mg VO C/8hrs.

Dosis Máx: 2gr/día),
labetalol (100-400mg

VO .Dosis Máx:

1,200mg/día),

nifedipino (20-
60mg VO liberación

prolongada C/24
hrs.)

2º línea:

Hidralazina (25-
50mg VO C/6hrs.

Dosis Máx:

200mg/día)

3º línea:

Inducción del parto si
es necesario

