



Mi Universidad

Cuadro Sinóptico

Galia Madeline Morales Irecta

Estados Hipertensivos del Embarazo

Segundo Parcial

Análisis en la Clínica

Dra. Citlali Berenice Fernández Solís

Medicina Humana

8vo. Semestre

Comitán de Domínguez, Chiapas, a 11 de abril del 2025

Enfermedades Hipertensivas del Embarazo

1. Hipertensión Crónica

≥140/90 mmHg. >20 de gestación o conocida previamente.

- Etiología: Hipertensión esencial o secundaria.
- Clinica:
- Factores de riesgo
- Estudios de laboratorio:
- Tratamiento:

- Generalmente asintomática.
- Edad materna avanzada, obesidad, antecedentes familiares de hipertensión.
- Creatinina sérica.
- Urianálisis.
- Proteinuria en 24 horas.
- Pruebas de función hepática.
- Metildopa: 250-500 mg VO cada 8 horas.
- Labeltolol: 100 mg VO cada 12 horas, ajustar hasta 200-400 mg cada 12 horas.
- Nifedipino de acción prolongada: 30-60 mg VO cada 24 horas.

2. Hipertensión Gestacional

≥140/90 mmHg. >20 SDG sin proteinuria significativa.

- Etiología:
- Clinica:
- Factores de riesgo
- Estudios de laboratorio:
- Tratamiento:

- Adaptación cardiovascular anormal al embarazo.
- Generalmente asintomática.
- Primigestas, embarazo múltiple, diabetes mellitus, obesidad.
- Monitoreo de presión arterial.
- Pruebas de función hepática y renal.
- Proteinuria en 24 horas.
- Iniciar tratamiento antihipertensivo si PA ≥150/100 mmHg.
- Control prenatal estrecho.
- Considerar maduración pulmonar fetal si riesgo de parto prematuro.

3. Preeclampsia

Hipertensión > 20 SDG acompañada de proteinuria significativa (≥300 mg en 24 horas) o signos de daño a órganos blancos.

- Etiología
- Clinica
- Factores de riesgo
- Estudios de laboratorio:
- Tratamiento:

- Disfunción endotelial y mala placentación.
- Edema, cefalea, visión borrosa, dolor epigástrico.
- Primigesta, preeclampsia previa, enfermedades autoinmunes.
- Proteinuria en 24 horas.
- Pruebas de función hepática.
- Biometría hemática.
- Hospitalización si es moderada.
- Antihipertensivos como en hipertensión gestacional.
- Vigilancia materno-fetal.
- Interrupción del embarazo si ≥37 semanas o progresión de la enfermedad.

4. Preeclampsia con Datos de Severidad

Preeclampsia + 1 o más de los siguientes: PA ≥160/110 mmHg, creatinina ≥1.1 mg/dl, elevación de enzimas hepáticas, plaquetas <100,000/mm³, edema pulmonar, síntomas cerebrales o visuales.

Factores de riesgo

Laboratorios

Tratamiento:

- Primigesta
- Edad materna <18 o >35 años
- Embarazo múltiple
- Diabetes, enfermedad renal, lupus
- Biometría hemática (plaquetas)
- EGO y proteinuria 24h
- Creatinina, ácido úrico
- AST/ALT, DHL

- Sulfato de magnesio para prevención de convulsiones
- Antihipertensivos IV si PA ≥160/110 mmHg:
- Interrupción del embarazo según la estabilidad materna y fetal.

- Dosis de carga: 4 g IV en 20 minutos.
- Mantenimiento: 1 g/h IV por 24 horas postparto.
- Hidralazina: 5 mg IV, repetir cada 20-30 minutos hasta un máximo de 20 mg.
- Labeltolol: 20 mg IV, luego 40-80 mg cada 10 minutos hasta un máximo de 300 mg.
- Nifedipino: 10 mg VO, repetir a los 30 minutos si es necesario.

5. Eclampsia

Convulsiones generalizadas en una paciente con preeclampsia sin otra causa identificable.

- Clinica
- Tratamiento

- Convulsiones tónico-clónicas, pérdida de conciencia, cefalea, visión borrosa, epigastralgia.
- Sulfato de Magnesio Carga: 4-6 g IV en 20 min
- Control de PA como en preeclampsia severa
- Interrupción del embarazo una vez estabilizada

- Mantenimiento: 1-2 g/h por 24 h tras la última convulsión
- Antídoto por intoxicación: Gluconato de calcio 10%, 10 mL IV lento
- Monitoreo FR, reflejos, diuresis

6. Síndrome de HELLP

Hemólisis, elevación de enzimas hepáticas, y plaquetopenia (por sus siglas en inglés).

- Etiología
- Clinica
- Factores de riesgo
- Laboratorios
- Tratamiento

- Variante grave de preeclampsia, con daño endotelial severo y disfunción hepática.
- Dolor epigástrico o en cuadrante superior derecho.
- Náuseas, vómito, malestar general.
- Factores de riesgo: Igual que preeclampsia severa, más común en multiparas.
- Igual que preeclampsia severa; más común en multiparas
- BH: Hb ↓
- Esquistocitos
- Plaquetas <100,000
- AST/ALT >70 U/L
- DHL >600 U/L
- Sulfato de magnesio como en preeclampsia severa.
- Transfusión de plaquetas si <50,000/mm³ y se requiere cesárea.
- Interrupción del embarazo
- Soporte intensivo: líquidos, control de PA, vigilancia de coagulación.

7. Hipertensión Crónica con Preeclampsia Sobreagregada

Embarazada con hipertensión crónica que desarrolla criterios de preeclampsia (proteinuria nueva, daño a órgano blanco, o empeoramiento clínico)

- Etiología
- Clinica
- Factores de riesgo:
- Estudios de laboratorio
- Tratamiento

- Empeoramiento de la enfermedad hipertensiva basal debido a cambios fisiológicos del embarazo.
- Incremento brusco de PA.
- Aparición de proteinuria.
- Síntomas de preeclampsia severa.
- Hipertensión crónica mal controlada.
- Enfermedad renal previa.
- Lupus eritematoso sistémico.
- Igual que en preeclampsia: creatinina, función hepática, proteinuria, BH.
- Antihipertensivos según control de PA.
- Sulfato de magnesio si hay criterios de severidad.
- Hospitalización y vigilancia intensiva.

- Interrupción del embarazo si deterioro materno o fetal.