

MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN EN EL EMBARAZO.



Dra. Ibis Castillo de la Nuez

Dra. Tamara Poymirot Beltrán

Dr. Roberto Guzmán Parrado

Dra. Ada A. Obtúzar Chirino



LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA
GESTACIONAL EN CUALQUIERA DE SUS
FORMAS CLÍNICAS DEBE RECIBIR
ATENCIÓN HOSPITALARIA PARA
ESTUDIO Y EVALUAR LA CONDUCTA A
SEGUIR, TENIENDO EN CUENTA EL
ESTADO DE SALUD MATERNO Y FETAL.



FACTORES A CONSIDERAR PARA LA SELECCIÓN DEL HIPOTENSOR IDEAL

- *EFICACIA.
- *FAMILIARIDAD Y EXPERIENCIA CON EL USO DE LA DROGA.
- *CONOCIMIENTO DE LA DOSIS, E INTERACCIONES DEL MEDICAMENTO
- *EFECTOS ADVERSOS SOBRE LA MADRE Y EL FETO.
- *EFECTOS SOBRE LA CIRCULACIÓN ÚTERO PLACENTARIA.
- *INICIO DE ACCIÓN
- *DURACIÓN DE ACCIÓN
- *FACILIDAD DE ADMINISTRACIÓN.



HIPERTENSIÓN GESTACIONAL:

¿CUANDO INICIAR TRATAMIENTO HIPOTENSOR?

-TAD>100mmHg EN 2 TOMAS CONSECUTIVAS, CON UN INTERVALO DE 4 - 6 HORAS.

- TAS>160mmHg EN 2 TOMAS CONSECUTIVAS, CON UN INTERVALO DE 4- 6 HORAS .

-TAD ENTRE 90 - 100 mmHg ,SI SE ACOMPAÑA DE CEFALEA IMPORTANTE O ALGÚN OTRO SÍNTOMA SENSORIAL.

-TAD>110mmHg, EN UNA TOMA AISLADA

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO (EHG).TA:<160_ 110.

FÁRMACO	POSOLOGÍA	DOSIS MAXIMA	CONTRA INDICACIÓN
NIFEDIPINA (10MG)	10-20MG C/ 6-8H.	60-80MG EN 24H.	ESTENOSIS AORTICA S. IMA RECIENTE ANGINA.
HIDRALAZINA (50MG)	50MG C/6-8H	200MG EN 24H.	ENF.CORONARIA. LES. CARDIOPATÍA. TAQUICARDIA. ENF.RENAL AVANZADA.
METIL DOPA (250MG).	250MG C/6-8H	2G EN 24H.	ENF.HEPATICA ACTIVA. DEPRESIÓN ANEMIA HEMOLÍTICA.



RECORDAR:

- NO ASOCIAR NIFEDIPINA Y SULFATO DE MAGNESIO, EN PREVENCIÓN A SU SINERGISMO.
- LA METILDOPA NO ACTUA DE INMEDIATO, SU MAXIMA ACCION SE ALCANZA ALREDEDOR DE LAS 72 H.
- LA HIDRALIZINA OCASIONA CON FRECUENCIA CEFALEA Y TAQUICARDIA.



TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO (PRE.E.GRAVE).TA:>160_110.

DEBE COMENZAR POR VIA ENDOVENOSA Y EN SALA DE CUIDADOS PERINATALES O PREPARTO.

HIDRALAZINA: (amp:20-25mg).5-10mg EV de entrada .
(divididos en bolo c/ 30 Min).,hasta lograr TAD <100mmhg;
luego continuar por via oral.

Dosis max:200mg/ 24H.

NIFEDIPINA: (tab: 10mg).10-20mg c/ 30min hasta 60-80mg;
hasta lograr TAD:<100mmhg; continuar con 10mg c/ 6 -8 horas.



SULFATO DE MAGNESIO. PROFILAXIS DE LA ECLAMPSI A

¿CUANDO COMENZAR A UTILIZAR LO?

- **PREECLAMPSIA GRAVE +CEFALEA PERSISTENTE E INTENSA.**
- **PREECLAMPSIA GRAVE+ALTERACIONES VISUALES.**
- **PREECLAMPSIA GRAVE+DOLOR ABDOMINAL Y VOMITOS.**
- **PREECLAMPSIA GRAVE +ALTERACION DE LA FUNCION HEPATICA.**



SULFATO DE MAGNESIO. PROFILAXIS DE LA ECLAMPSIA A

¿CUANDO COMENZAR A UTILIZAR LO?

- **PREECLAMPSIA GRAVE+ALTERACION DE LA FUNCION RENAL.**
- **PREECLAMPSIA GRAVE +TROMBOCITOPENIA.**
- **HIPERREFLEXIA CON CLONUS.**
- **SÍNDROME DE HELLP.**

SULFATO DE MAGNESIO.

DOSIS TERAPEÚTICA

PRECLAMPSIA		ECLAMPSIA		CONTRAIN DICACIONES
ATAQUE	MANTENI MIENTO	ATAQU E	MANTENIM IENTO	
2-4g EV (a pasar en 5- 10 min.)	1,5g/ H EV (en perfusión continua)	4_6g EV (a pasar en 5-10 min.)	2g/H EV (en perfusión continua)	MIASTENIA GRAVIS
				IMA RECIENTE.
				BLOQUEO CARDIACO
				AFECTACION RENAL



RECORDAR:

- NO ADMINISTRAR EL SULFATO POR MÁS DE 24H.
- REQUISITOS PARA SU ADMINISTRACIÓN:

1. ABRIR HBHM

2. COLOCAR SONDA VESICAL.

3. VIGILANCIA ESTRECHA DE :

- REFLEJOS ROTULIANOS(8mEq/L)
- FREC. RESPIRATORIA (10mEq/L)>14MIN.
- DIURESIS (12 mEq/L)>30ML/H.

- DISPONER DE SU ANTIDOTO:

GLUCONATO DE CALCIO (10%): 1G EV. en 10 ML
(a pasar en 3- 4 min)



CRITERIOS DE FINALIZACION DEL EMBARAZO: (MATERNOS)

- CEFALEA PERSISTENTE, ALTERACIONES VISUALES.
- ECLAMPSIA, O APARICIÓN DE SIGNOS PRODRÓMICOS
- EPIGASTRALGIA O DOLOR EN EL HEMIABDOMEN SUP.
(con elevación de las transaminasas el doble de su valor)
- APARICION DE INSUF.RESPIRATORIA O EDEMA AGUDO DEL PULMON.
- HIPERTENSIÓN SEVERA NO CONTROLADA CON DOSIS MAXIMA
- OLIGURIA $<500\text{ML}/24\text{H}$ O CREATININA $>132\text{ MLG}$
- PLAQUETOPENIA <100000
- SOSPECHA DE HRP, DE T.DE PARTO ,O DE RPM



CRITERIOS DE FINALIZACION DEL EMBARAZO: (FETALES)

- CIUR SEVERO
- OLIGOAMNIO SEVERO
- PBF<4 PERSISTENTE
- DOPPLER DE ARTERIA UMBILICAL CON INVERSION DEL DIASTOLE.
- OBITO FETAL.



CONCLUSIONES:

TANTO EL PARTO COMO EL ALUMBRAMIENTO CONSTITUYEN EL UNICO TRATAMIENTO CURATIVO. LA RAZON DE RETRASAR EL PARTO ES DISMINUIR LA MORBIMORTALIDAD PERINATAL GRACIAS A UNA MAYOR EDAD GESTACIONAL, Y EN MENOR GRADO CONSEGUIR UN CERVIX MAS FAVORABLE, SIEMPRE Y CUANDO EXISTAN CONDICIONES ESTABLES PARA LA MADRE Y EL FETO.

MUCHAS GRACIAS

