

Salud sexual y reproductiva

Estados Hipertensivos Graves del Embarazo



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



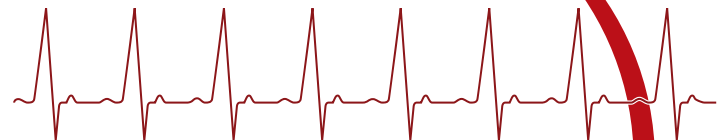
Canadian International
Development Agency



**Centro Latinoamericano de Perinatología
Salud de la Mujer y Reproductiva
CLAP/SMR**

Hospital de Clínicas, piso 16 - 11600 Montevideo, Uruguay
Dirección postal: Casilla de Correo 627 - 11000 Montevideo, Uruguay
Teléfono: +598 2487 29 29
Fax: +598 2487 25 93

www.clap.ops-oms.org
<http://perinatal.bvsalud.org/>
<http://new.paho.org/clap/>



**CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGIA
SALUD DE LA MUJER Y REPRODUCTIVA
CLAP/SMR**



**Organización
Panamericana
de la Salud**
Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

ESTADOS HIPERTENSIVOS GRAVES DEL EMBARAZO

CLASIFICACIÓN			T R A T A M I E N T O						C O N D U C T A						O B S T É T R I C A					
TA (Tensión Arterial)	TAS (Tensión Arterial Sistólica)	TAD (Tensión Arterial Diastólica)	ANTIHIPERTENSIVO			PREVENCIÓN ECLAMPSIA			PREECLAMPSIA SEVERA											
<ul style="list-style-type: none">Hipertensión crónica pregestacional: TAS ≥ a 140 y/o TAD ≥ 90mmHg en 2 tomas aisladas; previo al embarazo o antes de las 20 semanas.Preeclampsia: TAD ≥ de 90 mmHg o TAS ≥ a 140 (en 2 tomas) y proteinuria > a 300 mg en 24 horas; o un aumento de 30 mmHg o más en la TAS o de 15 mmHg o más en la TAD habitual.Hipertensión gestacional: TAS y TAD ≥ 140/90 sin proteinuria, después de las 20 semanas que desaparece luego de los 3 meses postparto.Preeclampsia sobre impuesta: hipertensión arterial crónica más preeclampsia sobreagregada.Eclampsia: convulsiones y/o coma en una mujer con preeclampsia.			Urgencia hipertensiva: TA ≥ 160/110 sin lesión de órgano blanco. <ul style="list-style-type: none">Reducción de TA en 24 a 48 horas.Antihipertensivos orales.Unidad de Cuidados Intermedios con control continuo no invasivo de la tensión arterial. Emergencia hipertensiva: elevación de TA ≥ 160/110 con lesión de órgano blanco. <ul style="list-style-type: none">Reducción de TA de manera inmediata.Vasodilatadores endovenosos y antihipertensivos orales.Meta del tratamiento en embarazo: TAS entre 140 a 150 mmHg y la TAD entre 90 y 100 mmHg. TAD < a 90 mmHg se asocia a mayor riesgo de insuficiencia uteroplacentaria.Meta del tratamiento en puerperio: TA < a 140/90 mmHg en un período menor a 24 horas.			<p>El sulfato de magnesio en mujeres con preeclampsia severa se asocia a una disminución del riesgo de eclampsia. En presencia de convulsiones, continúa siendo el tratamiento de elección. Se inicia con una dosis de carga endovenosa seguida de una infusión hasta 24 horas después del parto o de la última convulsión. En caso de convulsiones recurrentes puede ser adminstrado un segundo bolo de sulfato de magnesio en 3 a 5 minutos seguido de incremento de la infusión hasta 2 gramos/hora.</p> <p>Presentaciones: Ampollas de 10 ml con 5g al 50%, 2g al 20% o 1 g al 10%</p> <p>Plan de ataque: Endovenoso 4g al 20% a pasar en 20 minutos en 150 cc/solución salina isotónica</p> <p>Plan de mantenimiento: Endovenoso 10 ampollas al 10% en 400 cc de solución salina isotónica (2 a 3 gramos/hora) por microgotero a 15 microgotas/min. o intramuscular, inyección profunda de 5 gramos al 50% cada 4 hs.</p> <p>Controles: Diuresis, reflejos osteotendinosos y frecuencia respiratoria</p> <p>Intoxicación por Sulfato de magnesio: Se establece por la pérdida progresiva del reflejo patelar. Frecuencia respiratoria < 12 rpm y/o diuresis < 30 ml/hora</p> <p>Tratamiento de la intoxicación</p> <p>En paciente no ventilada</p> <ul style="list-style-type: none">Suspender la infusión de sulfato de magnesioVentilar en forma manual o mecánicaAdministrar Gluconato de calcio 1 gramo intravenoso al 10% <p>En paciente con ventilación asistida</p> <ul style="list-style-type: none">No es necesario suspender el tratamiento ni administrar Gluconato de Calcio			<p>Manejo expectante en ≤ de 32 semanas tras la estabilización materna con el fin de alcanzar la maduración pulmonar fetal; solo en unidades de alta complejidad, con terapia intensiva materna y alta tecnología para el monitoreo de la salud fetal y neonatal.</p> <p>Finalización del embarazo en > de 32 semanas o en ≤ de 32 semanas que no sean pasibles de manejo expectante. El parto vaginal debe ser monitorizado de manera continua y no hay contraindicación para el uso de la analgesia obstétrica o anestesia regional si el conteo de plaquetas está por encima de 75.000 por cc 6 horas antes del parto.</p>											
La preeclampsia se clasifica en grave según cumpla cualquiera de los siguientes criterios:									ECLAMPSIA											
<ul style="list-style-type: none">TAD ≥ a 110 mmHg o TAS ≥ a 160 mmHg.Proteinuria de 5.0 g. o más en 24 hs (+++ en prueba cualitativa).Oliguria < de 0.3 cc/kg/hora en 6 horas (menos de 500 cc/día).Creatinina aumentada.Síntomas de inminencia de eclampsia: fosfenos, cefalea, epigastralgia, visión borrosa u otras alteraciones cerebrales o visuales.Dolor en cuadrantes superior derecho.Eclampsia.Edema pulmonar y/o cianosis.Trombocitopenia (< de 150.000 por cc).Hemoglobina aumentada en hemoconcentración o disminuida en hemólisis (HELLP).Tiempo parcial de Tromboplastina (PPT), prolongado.Razón Internacional Normalizada (INR) prolongado.Aspartato Amino Transferasa (AST) ≥ 40 UI/L.Alanino Amino Transferasa (ALT) ≥ 40 UI/L.Láctico Dehidrogenasa (LDH) ≥ 600 UI/L.Bilirrubinas aumentadas.									Las pacientes no deben ser llevadas a cesárea de emergencia si hay inestabilidad materna, la primera meta es buscar la recuperación de la gestante. Si después de 10 minutos de la convulsión hay bradicardia fetal persistente, se debe proceder a la interrupción de la gestación.											
Criterios diagnósticos para síndrome HELLP									Esquema de manejo de la preeclampsia severa/eclampsia en el embarazo o en las primeras 4 semanas del puerperio											
<ul style="list-style-type: none">Plaquetas ≤ 100.000/mm3AST y/o ALT ≥ 70 UI/LLDH ≥ 600 UI/L									ECLAMPSIA											
Diagnósticos diferenciales									ECLAMPSIA / PREECLAMPSIA GRAVE											
<ul style="list-style-type: none">Hígado graso del embarazo.Microangiopatías trombóticas (púrpura trombocitopenica trombótica y síndrome urémico-hemolítico).Lupus eritematoso sistémico.Síndrome anticuerpo antifosfolipídico catastrófico.									1. Asegurar vía aérea colocando cánula de Mayo o similar, para evitar mordedura de lengua, mantener vía aérea libre y asegurar la ventilación											
									2. Iniciar soporte con oxígeno de 5 Lt/min para lograr saturación de oxígeno mayor a 95%.											
									ECLAMPSIA / PREECLAMPSIA GRAVE											
									3. Asegurar 2 accesos venosos con catéter 16 o 18.											
									4. Iniciar cristaloides 1 cc/k/h (volumen total administrado incluido el goteo de sulfato de magnesio).											
									5. Colocar sonda vesical.											
									6. Iniciar sulfato de magnesio											
									7. Iniciar tratamiento antihipertensivo con combinación de vasodilatador endovenoso más antihipertensivo oral hastal lograr TAD de 90 mHg antes de finalizar el embarazo.											
									8. Tomar exámenes: hemograma con recuento de plaquetas, pruebas hepáticas (LDH, Trasaminansan, AST y ALT) y Creatinina.											
									9. Remitir a nivel de alta complejidad en ambulancia con médico o personal de enfermería o paramédico que realice:											
									1. Toma de presión arterial cada 5 a 10 minutos durante el transporte											
									2. Nueva dosis de Nifedipina o Labetalol o Hidralazina si la TAS es ≥ 160 mmHg y/o TAD ≥ 110 mmHg.											
									3. Bolo de sulfato de magnesio 2g al 20% a pasar en 20 minutos en 150 cc ssolución salina isotónica, si presenta nuevo episodio convulsivo.											