GUÍA DE MANEJO DEL SÍNDROME HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO

MADELEINE DIAZ FRANCO
GERENTE



2025
E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN
GUAMAL - MAGDALENA

JUSTIFICACIÓN

La política de atención integral en salud, propuesta en la resolución 429 de 2016, releva como centro de la atención en salud a las personas, familias y comunidades, en un contexto o ámbito territorial que incide en la situación de salud de la población. Esta relación se expresa en la existencia de características poblacionales y territoriales propias, que pueden ser factores protectores o condiciones de riesgo, que deben ser identificados e intervenidos por los diferentes sectores y actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS) en el marco de sus responsabilidades y funciones.

Tenido en cuenta que las alteraciones hipertensivas que acompañan al embarazo determinan una complicación obstétrica frecuente y de notable morbimortalidad materna y perinatal. Es una entidad de prevalencia sostenida, a pesar de los grandes esfuerzos para su control, con la búsqueda de medidas preventivas. El pronóstico es susceptible de modularse mejorando el diagnóstico temprano. La incidencia se ha calculado entre 6% y 8%, y es la primera causa de morbimortalidad materna en nuestro país.

La preeclampsia es la manifestación hipertensiva más frecuente del embarazo, siendo esta una enfermedad de gran complejidad, para la que se requiere un manejo de alto nivel de recurso técnico y humano.

El diagnóstico de preeclampsia lleva implícita, siempre, la presencia de una disfunción orgánica múltiple que conduce a vigilar los criterios de compromiso severo de cada uno de los órganos vitales. Esta condición siempre ha sido considerada la base clínica para entender la alta morbimortalidad del síndrome.

Objetivo general

Diagnosticar y controlar oportunamente las complicaciones hipertensivas del embarazo, orientar el tratamiento adecuado, ofrecer educación individual y referir al nivel de mayor complejidad cuando se requiera, para salvar la vida de la madre y su hijo.

Objetivos específicos

- Disminuir la morbimortalidad materna y perinatal.
- Disponer de un instrumento que facilite el seguimiento y mejoramiento continuo.
- Racionalizar costos.
- Unificar criterios de diagnóstico, manejo e intervención para una utilización racional de los recursos brindando una buena calidad en el servicio.

Población objeto

Toda mujer embarazada o que ha dado a luz recientemente con cefalea, visión borrosa o epigastralgia, o que sea encontrada inconciente o que sufra convulsiones o a quien se le encuentre la presión arterial elevada.

Definiciones

- **Preeclampsia**. Se define como una tensión arterial mayor o igual a 140 / 90 mm de Hg más proteinuria mayor o igual a 300 mg / 24 horas.

- **Síndrome de preeclampsia**. Se define por la presencia de criterios como TA sistólica mayor o igual a 160 mmHg; TA diastólica mayor o igual a 110 mmHg; proteinuria de al menos 5 gr / 24 horas; elevación de creatinina sérica; edema pulmonar; oliguria; hemólisis microangiopática; trombocitopenia; y aumento de las transaminasas séricas, oligohidramnios y retardo del crecimiento.

- **Eclampsia**. Es la ocurrencia de convulsiones en asociación con el síndrome de preeclampsia y puede presentarse hasta 10 días posparto.

- **Hipertensión crónica**. Es la presencia de hipertensión arterial detectada antes de la gestación o antes de la semana 20 del embarazo, que persiste después de la sexta semana posparto. Puede asociarse con proteinuria.

- **Hipertensión crónica más preeclampsia sobre agregada**. Es el desarrollo de preeclampsia - eclampsia en una mujer con hipertensión crónica preexistente.

- **Hipertensión gestacional**. Es un diagnóstico provisional que amerita reclasificación en el posparto; si el cuadro es de rápida recuperación y las cifras retornan a lo normal se clasifican como hipertensión transitoria y si las cifras tensionales permanecen elevadas por más de seis semanas se clasifica como hipertensión crónica y no se acompañan de proteinuria.

- Hipertensión. Tensión arterial sistólica mayor de 140 mmHg o diastólica mayor de 90 mmHg.

- Proteinuria. Es la excreción urinaria de más de 300 mg (0,3 gr) proteínas en orina de 24 horas (ideal) o podría correlacionarse con 100 mg/dl (1+) en una muestra aislada.

Características de la atención

Factores de riesgo

La preeclampsia es más probable en las pacientes con los siguientes antecedentes:

- Primigestantes adolescentes (< 16 años).
- Primigestantes mayores (> de 35 años).
- Multigestantes con primipaternidad.
- Multigestantes con antecedente de preeclampsia.
- Primigestantes de cualquier edad con antecedentes familiares de preeclampsia, en las hermanas o la madre.
- Embarazo múltiple.
- Mola hidatiforme.
- Enfermedades subyacentes como enfermedades autoinmunes, síndrome de Cushing, disfunción tiroidea, feocromocitoma, etc.
- Adicción a la cocaína.
- Hidrops fetal.
- Las mujeres con hipertensión crónica.
- Las mujeres con nefropatía.
- Las mujeres con diabetes tipo I ó II.
- Las mujeres con síndrome de anticuerpos antifosfolípidos.
- Las mujeres obesas.
- Riesgo psicosocial.

CONTROL PRENATAL PARA PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO

- Controles cada cuatro semanas hasta la 32, luego cada dos semanas hasta la 36 y cada semana hasta la 40, según evolución clínica. Valoración por GO semanas 20 y 32, como mínimo (como lo establece Guía de control prenatal).

- Laboratorio básico prenatal. Cuadro hemático trimestral, hemoclasificación, glicemia basal y posprandial, serología, parcial de orina mensual. Además, debe solicitarse: BUN, creatinina, proteinuria cualitativa en cada control prenatal durante el último trimestre.

- Al establecerse patología hipertensiva durante la gestación debe remitirse a tercer nivel para solicitar ácido úrico, plaquetas, depuración de creatinina, albuminuria de 24 horas, calciuria en muestra aislada y continuar su manejo.

- Tratamiento estricto de leucorreas, bacteriuria asintomática e infección urinaria (véanse las guías especificas).

- Ecografía trimestral. Efectuar seguimientos ecográficos según evolución clínica.

- Control diario de movimientos fetales (CDMF). > 10 movimientos/día (explicación clara a la gestante durante el control prenatal).

- Recomendar periodos de reposo mínimo de 2 horas durante el día y 8 horas nocturnas desde la semana 24.

- Formular suplementos nutricionales de ácido fólico (1 mg diario) y calcio (1,2 g diarios) durante todo el embarazo.

- Formular ASA (100 mg diario) durante todo el embarazo hasta dos semanas antes de la fecha probable de parto.

- Suplemento de ácidos omega 3.

- Dieta hiperprotéica, normosódica.

- Control prenatal por médico general que debe remitir a especialista en caso del primer indicio patológico.

Signos y síntomas premonitorios

- Cefalea persistente.
- Cambios visuales.
- Dolor epigástrico (náusea y vómito).
- Cambios mentales transitorios.
- Tinitus.

- Edemas patológicos.
- Signos de compromiso fetal: oligohidramnios, retardo de crecimiento intra uterino, alteración bienestar fetal.

MANEJO DE LAS URGENCIAS Y EMERGENCIAS HIPERTENSIVAS DEL EMBARAZO

En primera instancia se considerará a toda gestante con criterio de hipertensión debe ser remitida como urgencia a un nivel superior de complejidad donde se puedan estudiar la afectación en órgano blanco y manejar las complicaciones maternas y fetales.

PREECLAMPSIA SEVERA

Se define como cuadro clínico en el que hay hipertensión relacionada con el embarazo (un embarazo ≥ 20 semanas o en las primeras 4 semanas del puerperio con Tensión Arterial Sistólica mayor o igual a 140 mmHg y/o diastólica mayor o igual a 90 mmHg), y además alguno criterio de severidad:

‡ TAS ≥ 160 mmHg y/o TAD ≥ 110 mmHg
‡ Presencia de signos premonitorios: (cefalea global o en —casco‖, fosfenos o visión borrosa, tinitus); epigastralgia irradiada a hipocondrio derecho; clonus; oliguria (0,5 cc/kg/h en 6 horas).

‡ Compromiso de órgano blanco materno:

- Paraclínico: hemograma con plaquetas menor de 100.000; LDH mayor 600 mg/dl; AST y ALT mayor 70 mg/dl (síndrome HELLP) creatinina mayor 1,2 mg/dl.

- Clínico: edema agudo de pulmón - injuria renal aguda - infarto agudo de miocardio.

‡ Compromiso fetal: Restricción crecimiento intrauterino.

Ante la presencia de uno o más criterios de severidad: se debe realizar examen físico completo, incluyendo evaluación de vitalidad fetal por auscultación o empleo de doppler fetal, además.

i. Asegurar 2 accesos venosos con catéter 16 o 18.

ii. Si se dispone de oximetría de pulso se deberá proporcionar oxígeno suplementario para alcanzar saturación de Oxígeno > 95 %. Si no se dispone de oximetría, administrar oxígeno por cánula nasal a 3 L/minuto.

iii. Colocar sonda vesical a drenaje con bolsa de recolección (sonda Foley 14 o 16).

iv. Iniciar cristaloides 1 cc/kg/h (como volumen total administrado incluido el goteo de sulfato de magnesio).

v. Iniciar sulfato de magnesio ampollas al 20% x 10 ml (2 g):
   a. Impregnación: 2 ampollas + 150 mL SSN 0.9% en 10 a 15 minutos (4 g).

   b. Mantenimiento: 4 ampollas + 500 mL SSN 0.9% por bomba de infusión a 67 mL/hora (1 g/h) o a 10 gotas/minuto por macrogotero 10 gotas = 1 mL o a 20 gotas/minuto por macrogotero.

vi. Se deberá ajustar la dosis según monitorización de reflejos osteotendinosos, gasto urinario, sensorio y frecuencia respiratoria.

vii. En caso de toxicidad por sulfato de magnesio aplique 1 gramo endovenoso de gluconato de calcio en 10 minutos.

viii. Si la TAS ≥ 150 mmHg y/o TAD ≥ 100 mmHg (pero TAS < 160 mmHg /TAD < 110 mmHg) inicie terapia antihipertensiva: Si la TAS ≥ 150 y/o TAD ≥ 100 mmHg (pero < 160/110) inicie terapia antihipertensiva:

   a. Nifedipino tabletas x 30 mg 1 tableta VO cada 8 horas o tabletas x 10 mg 1 tableta VO cada 6 horas.

ix. Tome exámenes de laboratorio: hemograma con recuento de plaquetas, pruebas hepáticas (lactato deshidrogenasa LDH, transaminasas AST y ALT) y creatinina.

b) Crisis hipertensiva

Se define como un caso en el que durante el embarazo o el puerperio presente TAS ≥ 160 mmHg y/o TAD ≥ 110 mmHg en una toma con o sin síntomas premonitorios de eclampsia. Ante esta situación se deberá:

i. Realizar examen físico completo, incluyendo evaluación de vitalidad fetal por auscultación o empleo de doppler fetal.

ii. Asegurar 2 accesos venosos con catéter 16 o 18.

iii. Si se dispone de oximetría de pulso se deberá proporcionar oxígeno suplementario para alcanzar saturación de Oxígeno > 95 %. Si no se dispone de oximetría, administrar oxígeno por cánula nasal a 3 L/minuto.

iv. Colocar sonda vesical a drenaje con bolsa de recolección (sonda Foley 14 o 16).

v. Iniciar cristaloides 1 cc/kg/h (como volumen total administrado incluido el goteo de sulfato de magnesio).

vi. Iniciar manejo antihipertensivo de inmediato hasta lograr TAS entre 140 - 150 mmHg y TAD entre 90 - 100 mmHg,

a. Labetalol ampollas de 100 mg/20cc: 20 mg (4 cc) endovenosos cada 20 minutos, y si no hay respuesta aumentar a 40 mg (8 mL), luego a 80 mg (16 mL) hasta dosis acumulada de 300 mg/día. Dejar en terapia de mantenimiento con: Nifedipino cápsulas o tabletas x 10 mg 1 cápsula o tableta vía oral cada 6 horas o Nifedipino cápsulas o tabletas x 30 mg 1 cápsula o tableta vía oral cada 8 horas.

b. Si se dispone de Hidralazina, se puede usar como medicamento de primera línea en bolo IV de 5 mg. Cada 20 minutos Si con la dosis de 20 mg IV no hay respuesta, debe pasarse a otro antihipertensivo.

c. Nifedipina cápsulas o tabletas de 10 mg cada 20 minutos por 3 dosis y luego 10 mg cada 6 horas. Si no se dispone de vía venosa.

d. Inicie maduración pulmonar fetal con betametasona 12 mg IM cada 24 horas si edad gestacional es de 26 a 34 semanas.

e. Si no se alcanza control de cifras tensionales se deberá remitir a la mujer, al mayor nivel de complejidad de acuerdo con las condiciones de la paciente.

vii. Inicie sulfato de magnesio ampollas al 20%-10 ml (2 g) de la siguiente forma:

I. Impregnación: 2 ampollas + 150 mL SSN 0.9% en 10 a 15 minutos (4 g) y continuar.

II. Mantenimiento: 4 ampollas + 500 mL SSN 0.9% por bomba de infusión a 67 mL /hora (1 g/h) o a 10 gotas/minuto por macrogotero a 10 gotas = 1 mL o 20 gotas/minuto por macrogotero 20 gotas = 1 mL.

viii. Tomar exámenes de laboratorio: hemograma con recuento de plaquetas, pruebas hepáticas (lactato deshidrogenasa LDH, transaminasas AST y ALT) y creatinina.

c) Eclampsia

Se define como un caso de gestante con embarazo de 20 semanas o más o en las primeras tres semanas del puerperio con criterios de trastorno hipertensivo del embarazo que presenta convulsión o coma.

En este caso se deberá:

Iniciar sulfato de magnesio ampollas al 20%-10 ml (2 g) de la siguiente forma:

- Impregnación: 2 ampollas + 150 mL SSN 0.9% en 10 a 15 minutos (4 g) y continuar.

- Mantenimiento: 4 ampollas + 500 mL SSN 0.9% por bomba de infusión a 67 mL /hora. (1 g/h) o a 10 gotas/minuto por macrogotero a 10 gotas = 1 mL o 20 gotas/minuto por macrogotero 20 gotas = 1 mL.

En presencia de crisis hipertensiva iniciar manejo antihipertensivo de inmediato, hasta lograr TAS entre 140 - 150 mmHg y TAD entre 90 - 100 mmHg con:

a. Labetalol ampollas de 100 mg/20cc: 20 mg (4 cc) endovenosos cada 20 minutos, y si no hay respuesta aumentar a 40 mg (8 mL), luego a 80 mg (16 mL) hasta dosis acumulada de 300 mg/día. Dejar en terapia de mantenimiento con: Nifedipino cápsulas o tabletas x 10 mg 1 cápsula o tableta vía oral cada 6 horas o Nifedipino cápsulas o tabletas x 30 mg 1 cápsula o tableta vía oral cada 8 horas.

b. Si se dispone de Hidralazina, se puede usar como medicamento de primera línea en bolo IV de 5 mg. Cada 20 minutos Si con la dosis de 20 mg IV no hay respuesta, debe pasarse a otro antihipertensivo.

c. Nifedipina cápsulas o tabletas de 10 mg cada 20 minutos por 3 dosis y luego 10 mg cada 6 horas. Si no se dispone de vía venosa.

d. Inicie maduración pulmonar fetal con betametasona 12 mg IM cada 24 horas si edad gestacional es de 26 a 34 semanas.

e. Si no se alcanza control de cifras tensionales se deberá remitir a la mujer, al mayor nivel de complejidad de acuerdo con las condiciones de la paciente.

Ante la ausencia de crisis hipertensiva se deberá garantizar manejo antihipertensivo con:

Nifedipina cápsulas o tabletas de 10 mg 1 VO cada 6 horas o Nifedipina tabletas de 30 mg 1 VO cada 8 horas.

Una vez estabilizada la paciente, se remitirá a un nivel superior que garantice la atención por especialista tanto a la madre como al neonato. El traslado se realizará en ambulancia con profesional de medicina o de enfermería o paramédico que:

‡ Vigile continuamente los signos vitales (presión arterial, sensorio, frecuencia cardiaca y respiratoria), frecuencia cardiaca fetal y reflejos osteotendinosos cada 15 minutos.

‡ Asegure el suministro de oxígeno suplementario durante el transporte para mantener %satO2 > 95 si se dispone de oximetría de pulso o a 3Lt/minuto por cánula nasal.

‡ Evalúe continuamente la presencia de síntomas premonitorios o de encefalopatía hipertensiva. Así mismo que controle y registre diuresis horaria.

‡ Aplique protocolo de crisis hipertensiva, si TAS ≥ 160mmHg y/o TAD ≥ 110mmHg.

‡ Garantice ABC (vía aérea-ventilación circulación), aplique nuevo bolo de sulfato de magnesio 2 ampollas + 150mL SSN 0.9% en 10 a 15 minutos (4g) y continúe infusión o goteo de sulfato de magnesio, pero con un incremento a 2g/h, si presenta episodio convulsivo (eclampsia)

EDUCACIÓN E INFORMACIÓN AL PACIENTE Y FAMILIA

- Se debe brindar educación a la paciente y familia sobre su estado de salud, el manejo médico planteado y las posibles complicaciones con el fin de obtener su colaboración en las medidas propuestas.

- Se informará sobre los signos premonitorios que pueden presentarse aún en la casa como visión borrosa, dolor epigástrico, fosfenos, tinnitus o cefalea intensa. En caso de presentarse consultar por urgencias o informar al personal de salud si se encuentra en la institución.

- Pacientes gestantes de alto riesgo con diagnóstico de preeclampsia en manejo médico, deben asistir a sus controles médicos estrictos máximo a los 8 días posteriores al egreso hospitalario y a sus controles subsecuentes programados.

- Recalcar la importancia de tomar los medicamentos y tener en cuenta todos los signos de alarma para consulta.

- Reforzar información sobre lactancia materna no está contraindicada cuando la madre ha tenido preeclampsia a menos que tenga condiciones específicas que lo prohíban.

- Establecer la planificación familiar después del parto e informar el riesgo de recurrencia de la preeclampsia en un nuevo embarazo.

INTERVENCIÓN DE LA ADHERENCIA DEL PACIENTE Y LA FAMILIA A LAS RECOMENDACIONES DE LA GPC

Cuando se identifique falta de adherencia del paciente y/o familiares en seguir las recomendaciones o formulación médica, se realizará una intervención a través de trabajo social institucional y una notificación al asegurador, con el fin de que despliegue acciones de seguimiento que faciliten el compromiso.

MEDICIÓN DE ADHERENCIA A LA GUÍA MÉDICA:

La medición de la adherencia a la guía se realizará según lo definido por la dirección médica institucional.

ACTUALIZACIÓN

A nivel institucional cada cuatro años.

BIBLIOGRAFIA

RESOLUCION NUMERO 3280 DE 2018. Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación.

LINEAMIENTO TÉCNICO Y OPERATIVO DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD MATERNO PERINATAL, Ministerio de Salud y Protección Social. Noviembre de 2017.

Guía de manejo del síndrome hipertensivo del embarazo, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C. Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología (Asbog)

Proyectado por:

OMAR RICARDO MEDINA RAMIREZ
Técnico área de la salud - calidad
27-MAYO-2025.

Revisado por:

YESENIA FIGUEROA CAMARGO
Profesional apoyo coordinación medica
27-MAYO-2025.

Aprobó:

MADELEINE DIAZ FRANCO
Gerente E.S.E.
27-MAYO-2025

"GESTION Y CONTROL DE LA CALIDAD"

Historia del Cambio: Segunda Versión, Actualización de normatividad y derogación de la Resoluciones 412 de 2000.

27-MAY-2025.
27-MAY-2019.