



# HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA EN EL EMBARAZO

ACADÉMICO



**MARIA ANGELICA GONZALEZ MARRUGO**

Estudiante de medicina. Universidad de Sinú - Colombia.

Correo: Mgm0411@hotmail.com

Tendremos tres formas para diagnosticar este tipo de pacientes:

1. Paciente que conoce su enfermedad (pregestacional), ya sea porque toma algún medicamento antihipertensivo o un médico le ha diagnosticado antes.
2. Paciente que presenta por lo menos dos tomas de presión arterial antes de las 20 semanas de gestación y se le encuentran cifras igual o mayor a 140/90mmHg. Separadas por un mínimo de 4 horas o 7 días. (Aquí prima la importancia del control prenatal).
3. Cuando un paciente se le diagnostica preeclampsia severa o hipertensión gestacional y luego de 2 a 3 meses posterior al parto se mantiene con cifras de presión arterial 140/90mm Hg. (se requiere de seguimiento).

Aspectos importantes que influyen en este trastorno es la obesidad y la tendencia a retrasar la edad para iniciar la procreación, esto último explica la mayor probabilidad de enfermedades del colágeno, diabetes mellitus e hipertensión crónica.

La hipertensión crónica es un significativo importante de morbilidad y mortalidad fetal, neonatal y materna.

## COMPLICACIONES MATERNAS

Elevaciones de presión arterial (crisis hipertensivas): en cualquier momento de la edad gestacional cifras tensionales de 160/100mmHg en embarazos menores de 20 semanas existen altas posibilidades que sea una descompensación de su presión arterial

Preeclampsia agregada: El diagnostico de esta no es nada fácil, se deben seguir ciertos criterios para diagnosticarla.

Desprendimiento prematuro de placenta: el riesgo aumenta de 2 a 3 veces en comparación con pacientes embarazadas sin ningún trastorno hipertensivo.

## COMPLICACIONES MATERNAS Y NEONATALES

Mortalidad perinatal: el riesgo aumenta de 2 a 4 veces en comparación con pacientes embarazadas sin ningún trastorno hipertensivo.

Nacimiento pretermino: Según una investigación realizada por Vigil de Gracia y Col, reporta que cuando hay hipertensión severa luego de 20 semanas de gestación, el 60% de los embarazos terminan antes de las 37 semanas.

Restricción del crecimiento fetal: la incidencia y severidad se relaciona directamente con la severidad de la hipertensión.

## TRATAMIENTO

El objetivo de este es reducir las complicaciones maternas y perinatales adquiriendo optima sobrevida neonatal sin aumentar el riesgo materno.

No farmacológico: Dieta balanceada, evitar sobrepeso con dieta hipo proteica, hipocalórica e implementación de actividad física pre o post gestacional, dieta hiposodica (no reduce complicaciones maternas o fetales, pero ayuda a controlar la presión en pacientes sensibles al sodio).

## FARMACOLOGICA

Alfametildopa 250mg- 500mg/dia vo cda 6-8 h

Labetalol 100mg/12h ó 2400mg/24h vo

Nifedipina 10-20mg/dia

Sulfato de magnesio 4-6 g en 20m, luego infusión continua 1 a 2g/h.

DIPLOMADO DE ESPECIALIZACIÓN PROFESIONAL

# MONITOREO ELECTRÓNICO FETAL

13 DE MARZO

ASOCIACIÓN DE OBSTETRISES DEL SUR Y NOROCCIDENTE REBAGLIATI PERU-SUR

UNDAC

REBAGLIATI DIPLOMADOS