



ABORDAJE DEL MANEJO ANTIHIPERTENSIVO EN PREECLAMPSIA

GUÍA RÁPIDA PARA URGENCIAS, PREHOSPITAL Y MEDICINA CRÍTICA



**CADA MINUTO SIN TRATAR
↑ RIESGO DE ACV MATERNO
Y COMPLICACIONES FATALES**



URGENCIAS



PREHOSPITAL



UCI

1 CRITERIOS DE SEVERIDAD Y CLASIFICACIÓN

Diferenciar manejo no severo vs emergencia hipertensiva para decidir velocidad de tratamiento

PREECLAMPSIA SIN CRITERIOS DE SEVERIDAD

- ✓ TA $\geq 140/90$ mmHg (2 tomas con ≥ 4 h)
- ✓ Proteinuria ≥ 300 mg/24 h o índice P/C ≥ 0.3
- ✓ Sin síntomas de severidad
- ✓ Tratamiento oral si TA $\geq 140/90$ sostenida



**OBJETIVO
INMEDIATO
REDUCIR TA A
< 160/110 mmHg**

**VENTANA
TERAPÉUTICA
15 – 60 MINUTOS**

PREECLAMPSIA CON CRITERIOS DE SEVERIDAD / EMERGENCIA HIPERTENSIVA

- ⚠ TA crítica: TAS ≥ 160 o TAD ≥ 110
Confirmar en 2 tomas (diferencia ≥ 15 min)
- 🩸 Hematológica: Plaquetas $< 100,000/\mu\text{L}$
- 🩸 Renal: Creatinina > 1.1 mg/dL o duplicación
- 🩸 Hepática: Transaminasas $> 2\times$ normal o dolor epigástrico / HD
- 🩸 Pulmonar: Edema pulmonar
- 🩸 Neurológica: Cefalea intensa o alteraciones visuales



RIESGO SI NO SE TRATA: ACV HEMORRÁGICO • ECLAMPSIA • DPPNI • MUERTE MATERNA

2 METAS TERAPÉUTICAS Y MANEJO DE MANTENIMIENTO



**FASE AGUDA
TA < 160/110
mmHg**

Meta en 15–60 min



**DESCENSO SEGURO
Evitar caída
> 25%**

Durante la primera hora



**MANTENIMIENTO
130–150 /
80–100 mmHg**

Rango objetivo posterior



CLAVE DE SEGURIDAD

- No normalizar TA de forma brusca
- Vigilar síntomas maternos y bienestar fetal



TRATAMIENTO ORAL CRÓNICO: INICIAR O AJUSTAR SI TA $\geq 140/90$ mmHg SOSTENIDA

3 PRIMERA LÍNEA: NIFEDIPINO DE LIBERACIÓN INMEDIATA

VÍA ORAL



- 🕒 Dosis inicial: 10–20 mg VO
- 🕒 Repetición: 10–20 mg cada 20–30 min si TA no desciende
- ⚡ Dosis máxima: 50 mg en episodio agudo
- 🕒 Latencia: 20–30 min
- 🕒 Duración: 4–6 h
- 👁 Monitoreo: TA cada 10 min por 1 h • FCF continua



Recomendación OMS/ACOG: primera línea, especialmente útil cuando no hay acceso IV inmediato.

4 PRIMERA LÍNEA: LABETALOL INTRAVENOSO

Bolos lentos incrementales para emergencia hipertensiva



20 mg IV

Bolo lento

40 mg IV

A los 10 min

80 mg IV

Repetir cada 10 min

80 mg IV

Hasta respuesta o dosis máxima

DOSIS MÁXIMA ACUMULADA: 300 mg POR EPISODIO.



CONTRAINDICACIONES CLAVE

- Asma bronquial activa
- Bradicardia < 60 lpm
- Falla cardíaca descompensada
- Evitar también en bloqueo AV avanzado o EPOC severa.



MONITOREO

- TA cada 5 min durante fase aguda
- Frecuencia cardíaca
- SatO_2 y síntomas maternos

5 SEGUNDA LÍNEA: HIDRALAZINA INTRAVENOSA



Dosis inicial: 5 mg IV

(bolo lento en 1–2 min)



Repetición: 5–10 mg IV

cada 20 min si TA no desciende



Latencia: 10–20 min

(inicio de acción IV)



Dosis máxima: 20–25 mg

por episodio



USO RECOMENDADO

Usar si primera línea falló, no está disponible o está contraindicada.



PRECAUCIÓN CLÍNICA

Mayor riesgo de taquicardia refleja materna e hipotensión. Respuesta menos predecible que labetalol o nifedipino.

6 FÁRMACOS CONTRAINDICADOS EN EMBARAZO



IECA / ARA-II

Evitar por riesgo fetal, especialmente en segundo y tercer trimestre.



ATENOLOL

Asociado a restricción del crecimiento intrauterino.



NITROPRUSIATO DE SODIO

Riesgo de toxicidad por cianuro fetal; reservar para escenarios excepcionales.



Teratogénicos



Restricción de crecimiento



Solo último recurso

7 REFERENCIAS

- ACOG Practice Bulletin No. 222, 2020; reafirmado 2023
- OMS Guidelines for the management of hypertensive disorders of pregnancy, 2023
- SMFM Consult Series sobre manejo de trastornos hipertensivos del embarazo
- COMEGO Guía 2026 del Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia



PERLAS CRÍTICAS

- ✓ TA $\geq 160/110$ = tratar YA
- ✓ Ventana: 15–60 min
- ✓ Elegir fármaco según contexto (prehospital vs UCI)
- ✓ No descender TA $> 25\%$ en la primera hora
- ✓ Monitoreo materno y bienestar fetal continuo



**LA HIPERTENSIÓN
MATA EN MINUTOS...
EL TRATAMIENTO
OPORTUNO
SALVA DOS VIDAS**