

MALALTIA HIPERTENSIVA DE L'EMBARAÇ



CLÍNIC

BARCELONA

Hospital Universitari

Mònica Martínez Terrón

Societat Catalana d'Obstetrícia i Ginecologia

CAS CLÍNIC

34 anys
27.3 setmanes gestació
AP: fumadora 10 cig/dia
AGO: primigesta

Derivada
del CAP

TA > **140/90**

Proteinúria qualitativa **1+**

A Ucies:

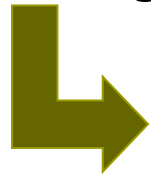
Confirmació d'HTA → Sistòlica 138-152, Diastòlica 93-104
Proteinúria qualitativa 1+; ratio proteïnes/creatinina 0.3 mg/mg[↑]
No clínica prodròmica d'eclàmpsia
ROTS presents, no exaltats



Ingrés per estudi

CAS CLÍNIC

- **Analítica:** normal.
- **Ecografia:** placenta anterior NI, LAN. Fetus podàlica, PFE 937 g (**p7**). Doppler: **IPmAUt > p95**, resta normals.



CIR tipus II

- **Proteinúria 24h:** 683 mg.
- **HTA** en rang de **no severitat** durant l'ingrés.



PE GREU (per fetus CIR)

ALTA i CONTROLS SETMANALS al Dispensari CIR-PE, amb ecografia i analítica

CAS CLÍNIC

- 28.6 s: estable
- 29.6 s: CIR amb absència de fluxe diastòlic a AU (tipus III) + proteinúria 3245 g



INGRÉS per PE GREU

Exploració física

ROTS exaltats.
Edemes a extremitats inferiors.
No clínica prodròmica d'eclàmpsia.
Sondatge vesical per control de diuresi.

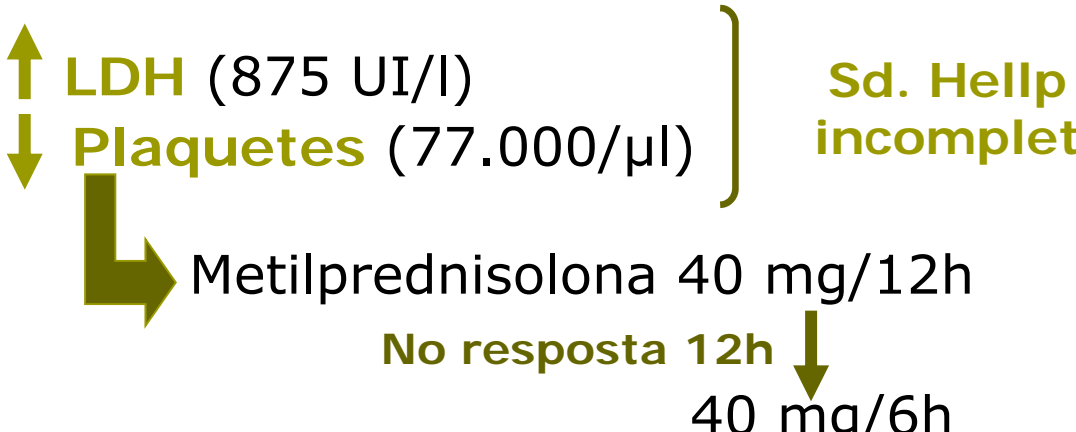
CAS CLÍNIC

Tractament:

- ▣ Sulfat de magnesi
- ▣ Betametasona 12 mg/24h x 2 dosi

Monitorització inicial: TA > 160/110; TA en rang de no severitat després de l'inici de sulfat de magnesi.

Estabilitat clínica i analítica fins 30.3 setmanes.

- ▣ 30.3 setmanes 

CAS CLÍNIC

- 30.3 s: TA rang severitat (>160/110).



bolus labetalol (20-40-80-80 mg)



no resposta

perfusió labetalol 50 mg/6h

- 30.6 s: record maduració pulmonar betametasona 12 mg.
Plaquetes 93.000/ μ l.



progressiu perfusió labetalol fins 300 mg/6h.

- 31.2 i 31.3 s: bolus hidralazina 3 mg.

CAS CLÍNIC

- **Ecografia (31.4 s):** Cefàlica. PFE 1358 (p1), persistència d'IPmAUT > p95 amb vasodilatació cerebral confirmada en dues ocasions + ICP < p5 + absència de fluxe diastòlic AU.

 **CIR tipus IV** → Control ecogràfic 24-48h

- **RCTG** diaris: normals (baixa variabilitat) fins les 31.5 setmanes.

Posteriorment silents (tractament amb sulfat magnesi).

Finalització electiva **32.0** setmanes mitjançant cesària

Nen 1437 g, APGAR 8/10, pH 7.21/7.29

CAS CLÍNIC

□ PUERPERI

Sulfat de magnesi 48h

Metilprednisolona en pauta descendent ($\frac{1}{2}$ dosi/48h) quan
> 100.000 plaquetes/ μ l.

Labetalol ev 300 mg/6h \longrightarrow 300 mg/6h vo \longrightarrow 150 mg/6h
48h Alta 5 dies

MANEIG PREECLÀMPSIA: definició

PREECLÀMPSIA: aparició d'hipertensió i proteinúria en gestants a partir de les 20 setmanes.

- **HTA:** ≥ 140 mmHg i/o ≥ 90 mmHg en 2 preses separades 6h, 10 minuts de repós amb la gestant sentada.
i
- **Proteinúria:** > 300 mg proteïnes en orina 24h.
i/o
- **Doppler uterí patològic:** índex pulsatilitat mig $> p95$.

CRITERIS GRAVETAT:

- TA $\geq 160/110$.
- Proteinúria orina 24h $\geq 2g$.
- AST/ALT > 62 i/o Plaquetes $< 100.000 \mu l$ i/o LDH > 600 UI/l.
- Edema pulmó, oligúria i/o IR, pròdroms eclàmpsia.
- CIR

MANEIG PREECLÀMPSIA: seguiment

Gestant amb HTA + proteinúria



Ingrés per estudi i estabilització



Control TA i diuresi (pes)

Proteinúria 24h

Analítica

Estudi fetal

PE lleu i estable: possible control ambulatori

Repós relatiu i dieta normal.

Control **diari** pròdroms, TA, pes, proteinúria qualitativa, mov. fetals.

Control **setmanal** analític i benestar fetal.

Finalització 37-40 setmanes

MANEIG PREECLÀMPSIA: seguiment

Gestant amb **preeclàmpsia greu**



□ Control matern estricte

- Repós relatiu, dieta normal, pròdroms.
- Control TA/5 min → estabilització (objectiu: TA diastòlica 90-105mmHg)
- Fluidoterapia, control diuresi, balanç, PVC 24/72h si precisa.
- Analítica/24-72h.
- Tractament hipotensor (**labetalol**, hidralazina, nifedipino).
- Prevenció i tractament d'eclàmpsia (sulfat magnesi).

□ Control fetal estricte

- Ecografia Doppler/24-72h.
- NST/24h.
- Maduració pulmonar (**betametasona**).

MANEIG PREECLÀMPSIA: finalització

- TA incontrolable
- Pròdroms d'eclàmpsia persistents
- Complicacions maternes greus
 - Eclàmpsia
 - Edema pulmonar
 - Ruptura hepàtica
 - Despreniment de placenta
- Pèrdua de benestar fetal
- Baix risc prematuritat (37 s lleu – 32 s greu)

MANEIG PREECLÀMPSIA: puerperi

- Control matern estricte 24-48h:
 - Balanç hídric i saturació O₂ (↑ risc EAP).

 - Profilaxi TVP amb HBPM:
 - Cesària
 - Associació factor risc TVP en part vaginal

 - Tractament hipotensor oral 24-48h postpart si estabilitat.
 - Labetalol (dosi màxima 1200 mg/24h).
 - ↓ **si persistència HTA, associar:**
 - IECA (contraïndicat si lactància materna < 32 s).
 - Nifedipino

 - Tractament sulfat de magnesi 24-48h o si persisteixen pròdroms.

MANEIG PREECLÀMPSIA: puerperi

- Quarentena al nostre centre, a partir dels 2 mesos, amb analítica + proteinúria 24h.

- Debut PE <32 setmanes:
 - Estudi de **trombofílies**.
 - S'aconsella, en futures gestacions (de forma preconcepcional i durant la gestació), inici d'**AAS** 100 mg/dia i **calci** 1g/24h en dones amb baixa ingesta.

GRÀCIES



PER L'ATENCIÓ