

Trastornos hipertensivos del embarazo

Diferencias, diagnóstico y tratamiento: hipertensión crónica y gestacional, preeclampsia, eclampsia y HELLP.



DOS NÚMEROS PARA RECORDAR

≥140 sistólica O ≥90 diastólica:
hipertensión obstétrica confirmada.

≥160 sistólica O ≥110 diastólica: rango grave; confirmar pronto y tratar con urgencia si persiste. [1,4,7]

TRES PREGUNTAS CLAVE

1. ¿Existía antes de 20 sdg?
2. ¿Hay proteinuria o daño orgánico?
3. ¿Hay convulsiones o la tríada HELLP?

El diagnóstico puede cambiar durante la evolución. [1,2,4]

El tiempo orienta; los órganos definen el riesgo

ANTES DE 20 sdg

Pensar en crónica

DESDE 20 sdg

Gestacional o preeclampsia

POSPARTO

El riesgo continúa

NO SE NECESITA PROTEINURIA EN TODOS LOS CASOS

Preeclampsia = hipertensión de novo desde 20 sdg **más proteinuria o disfunción materna**. ISSHP también incluye disfunción uteroplacentaria. Eclampsia y HELLP pueden aparecer sin hipertensión o proteinuria previamente reconocidas. [1,2]

RUTA DE LECTURA

- 2-5:** diferencias, criterios, órganos y estudios.
- 6-8:** control estable y urgencia hipertensiva.
- 9-11:** eclampsia, magnesio y HELLP.
- 12-14:** nacimiento, posparto y prevención.
- 15-16:** referencias verificadas.

ALARMAS QUE EXIGEN VALORACIÓN

Convulsión, cefalea intensa persistente, cambios visuales, dolor epigástrico o bajo costillas derechas, disnea, alteración de conciencia o PA en rango grave.

También después del nacimiento. [1,3,7,16]

Diferencias que sí cambian la conducta

Clasificar por momento de inicio, proteinuria, órganos afectados y complicaciones; repetir la evaluación si cambia el cuadro.

Entidad	Cómo se distingue	Conducta principal
Hipertensión crónica	Previa al embarazo o detectada antes de 20 sdg; persistencia más allá de 12 semanas posparto orienta a crónica.	Control con fármacos compatibles, evaluación basal y prevención de preeclampsia cuando está indicada. [2,4-6]
Hipertensión gestacional	De novo ≥ 20 sdg, sin proteinuria ni hallazgos de preeclampsia.	Vigilar progresión materna y fetal. ACOG: si presenta PA grave, manejar como preeclampsia con características graves. [1-4]
Preeclampsia	Hipertensión ≥ 20 sdg + proteinuria O nueva disfunción orgánica.	Vigilancia, control de PA, valorar magnesio y momento del nacimiento según riesgo y edad gestacional. [1-3]
Preeclampsia sobreagregada	Hipertensión crónica + nueva proteinuria o disfunción orgánica; ISSHP incluye disfunción uteroplacentaria.	Un aumento de PA aislado no basta. Si ya había proteinuria renal, su incremento aislado tampoco confirma el diagnóstico. [2,5]
Eclampsia	Convulsiones de nueva aparición compatibles con el contexto obstétrico, sin otra causa explicativa.	Emergencia: ABC, sulfato de magnesio, control de PA y nacimiento tras estabilizar. Puede ser posparto. [1,3,8]
Síndrome HELLP	Hemólisis + elevación de enzimas hepáticas + plaquetas bajas.	Hospital de alta capacidad; estabilizar, vigilar complicaciones y finalizar el embarazo. Puede faltar PA elevada/proteinuria. [1,8,12]

ECLAMPSIA Y HELLP: COMPLICACIONES, NO UNA ESCALERA OBLIGADA

No todas las pacientes pasan de gestacional → preeclampsia → eclampsia → HELLP. Puede haber debut abrupto, coexistencia o presentación después del parto. [1,2,12,16]

MEDIR BIEN ANTES DE CLASIFICAR

Reposo y posición sentada, brazo a nivel cardíaco, manguito adecuado y dispositivo validado para embarazo/preeclampsia.

Confirmar fuera del consultorio si se sospecha bata blanca, siempre que no haya PA grave. [2,4,8]

INTERVALOS DE CONFIRMACIÓN

ACOG, PA no grave: ≥ 2 mediciones separadas por al menos 4 h.

PA grave: repetir en unos 15 min para confirmar persistencia; no esperar 4 h ni resultados de laboratorio para tratar. [1,4,7]

Preeclampsia: diagnóstico y gravedad

Los criterios de “características graves” de esta lámina corresponden a ACOG. La ausencia de síntomas no excluye enfermedad.

DIAGNÓSTICO: PA ≥140 O ≥90 DESDE 20 sdg + UNO DE ESTOS

Proteinuria o nueva trombocitopenia, lesión renal, daño hepático, edema pulmonar o síntomas neurológicos/visuales definidos por la guía. Excluir explicaciones alternativas cuando corresponda. [1,4]

PROTEINURIA: CUANTIFICAR

≥300 mg en orina de 24 h O
proteína/creatinina ≥0.3 mg/mg (ACOG).

ISSHP/NICE usan ≥30 mg/mmol; ACR ≥8 mg/mmol es otra opción.

Tira 2+ solo si no hay cuantificación disponible. [1-3]

DOS ERRORES FRECUENTES

El **edema** y la cantidad de proteinuria, por sí solos, no definen gravedad.

La preeclampsia puede diagnosticarse **sin proteinuria** cuando hay disfunción orgánica compatible.

No esperar orina de 24 h ante una urgencia. [1-3]

Una sola característica grave cambia el manejo [1]

Característica	Criterio ACOG / interpretación
Presión arterial	Sistólica ≥160 O diastólica ≥110 mmHg, confirmada con prontitud cuando requiere tratamiento urgente.
Plaquetas	<100,000/μL (equivale a <100 × 10 ⁹ /L). No confundir con el umbral de <150,000/μL de otras definiciones.
Hígado	AST/ALT >2 veces el límite superior normal, O dolor persistente intenso epigástrico/hipocondrio derecho sin otra causa y no aliviado por tratamiento.
Riñón	Creatinina >1.1 mg/dL O duplicación del valor basal, sin otra enfermedad renal explicativa.
Pulmón	Edema pulmonar.
Cerebro / visión	Cefalea nueva persistente, que no responde a tratamiento ni se explica por otra causa, O alteraciones visuales.

LAS GUÍAS NO SON IDÉNTICAS

ISSHP: incorpora restricción del crecimiento fetal, Doppler umbilical anormal u otros datos de disfunción uteroplacentaria; usa umbrales orgánicos propios y evita llamar “leve” a una preeclampsia en curso. En esta guía, “con/sin características graves” identifica el marco ACOG. [2]

Fuentes clínicas y actualizaciones

Solo guías, recomendaciones de sociedades médicas y publicaciones clínicas. Enlaces activos; consulta documental: 4 octubre 2026.

1

ACOG. Gestational Hypertension and Preeclampsia. Practice Bulletin 222. Obstet Gynecol. 2020;135:e237-e260. Reafirmado 2026.

Criterios, características graves, magnesio, HELLP y momento del nacimiento. Se revisó el texto íntegro disponible en SMFM.

[ABRIR FUENTE ↗](#) DOI: 10.1097/AOG.0000000000003891

2

Magee LA et al. ISSHP 2021 classification, diagnosis & management recommendations. Pregnancy Hypertens. 2022;27:148-169.

Clasificación, disfunción uteroplacentaria, vigilancia, magnesio (tabla 9) y seguimiento.

[ABRIR FUENTE ↗](#) DOI: 10.1016/j.preghy.2021.09.008

3

NICE. Hypertension in pregnancy: diagnosis and management. NG133. 2019; actualización 17 abril 2023.

Control estable, magnesio, líquidos, nacimiento, posparto y lactancia. Recomendaciones activas consultadas.

[ABRIR FUENTE ↗](#)

4

AHA/ACC et al. Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults. Circulation. 2025;152:e114-e218.

Sección 5.5, embarazo; tablas 20-23: clasificación y fármacos. Actualización 2025.

[ABRIR FUENTE ↗](#) DOI: 10.1161/CIR.0000000000001356

5

ACOG. Clinical Guidance for the Integration of the Findings of the CHAP Study. Practice Advisory. 2022; reafirmado marzo 2025.

Umbral ≥140/90 para iniciar o ajustar tratamiento de hipertensión crónica. Diferencia entre umbral y meta.

[ABRIR FUENTE ↗](#)

6

SMFM. Antihypertensive therapy for mild chronic hypertension in pregnancy: The CHAP trial. 2022; reafirmado 2024.

Meta <140/90 para hipertensión crónica y continuidad de tratamiento compatible.

[ABRIR FUENTE ↗](#)

7

ACOG. Emergent Therapy for Acute-Onset, Severe Hypertension During Pregnancy and the Postpartum Period. Committee Opinion 767. 2019.

Tratamiento urgente dentro de 30-60 min, opciones de primera línea y escalamiento.

[ABRIR FUENTE ↗](#) DOI: 10.1097/AOG.0000000000003075

8

SOMANZ. Hypertension in Pregnancy Guideline 2023. Documento completo, aprobación NHMRC.

Manejo estable, urgencia, eclampsia y estudios. Se consultó la versión disponible en el sitio oficial.

[ABRIR FUENTE ↗](#)

Fuentes clínicas y actualizaciones

Solo guías, recomendaciones de sociedades médicas y publicaciones clínicas. Enlaces activos; consulta documental: 4 octubre 2026.

9

Diagnosis and Treatment of Eclampsia. J Cardiovasc Dev Dis. 2024;11(9):257.

Revisión médica: estabilización durante convulsiones, diagnóstico diferencial y neuroimagen.

[ABRIR FUENTE ↗](#)

10

ACOG. Clinical Practice Update: Biomarker Prediction of Preeclampsia With Severe Features. 2024.

Uso complementario de biomarcadores para riesgo de progresión en determinadas pacientes hospitalizadas.

[ABRIR FUENTE ↗](#)

11

NICE. PIGF-based testing to help diagnose suspected preterm pre-eclampsia. HTG630 (antes DG49). 2022.

Ensayos validados entre 20 y 36+6 sdg, junto con valoración clínica; no sustituyen el juicio clínico.

[ABRIR FUENTE ↗](#)

12

Giannubilo SR et al. HELLP Syndrome and Differential Diagnosis with Other Thrombotic Microangiopathies in Pregnancy. Diagnostics. 2024;14:352.

Revisión médica de hemólisis, HELLP, PTT, SHU atípico e hígado graso agudo.

[ABRIR FUENTE ↗](#) DOI: 10.3390/diagnostics14040352

13

ACOG. Optimizing Postpartum Care. Committee Opinion 736. 2018.

Evaluación de PA dentro de 72 h si grave y a más tardar 7-10 días en trastornos hipertensivos; transición de cuidados.

[ABRIR FUENTE ↗](#)

14

ACOG/SMFM. Low-Dose Aspirin Use for the Prevention of Preeclampsia and Related Morbidity and Mortality. Practice Advisory. 2021.

Selección por riesgo y pauta 81 mg/día desde 12-28 sdg, idealmente antes de 16, hasta el nacimiento.

[ABRIR FUENTE ↗](#)

15

OMS. WHO recommendations on maternal health guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee. 2.ª ed. 2025. Recomendación de calcio.

Suplementación en baja ingesta de calcio. Detalles de administración: recomendación OMS de calcio, 2018.

[ABRIR FUENTE ↗](#)

16

Hauspurg A, Jeyabalan A. Postpartum preeclampsia or eclampsia: defining its place and management among HDP. Am J Obstet Gynecol. 2022.

Revisión médica: inicio de novo posparto, ventana habitual de 48 h-6 semanas y principios de manejo.

[ABRIR FUENTE ↗](#)

TU PRÓXIMO REPASO

Trastornos hipertensivos del embarazo · 2026

Guía visual de hipertensión crónica y gestacional, preeclampsia, eclampsia y HELLP, desde la evaluación hasta el posparto.

3 páginas de contenido en esta muestra. La guía completa contiene 18 páginas.

LO QUE ENCONTRARÁS EN LA VERSIÓN COMPLETA

- Clasificación y criterios diagnósticos
- Evaluación materna y fetal
- Control de la presión arterial
- Eclampsia, magnesio y HELLP
- Nacimiento, posparto y prevención

Precio individual: \$160 MXN

[Leer versión completa](#)

Abre la ficha de la guía para preparar tu compra. Las promociones vigentes se aplican en el carrito.