	GESTIÓN DE CALIDAD	Código: F-GEC-007
	FORMATO ACTA	Versión: 01 Fecha de Aprobación: 26/09/2018 Página 1 de 7

		AÑO	MES	DIA
		2025	07	24
Reunión: TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL)	HORA INICIAL: 05:45 PM	HORA FINAL:08:00PM		
AGENDA <ol style="list-style-type: none"> 1. Factores de riesgo asociados a pre eclampsia severa y eclampsia 2. Asociación entre pre eclampsia/ eclampsia y resultados maternos 3. Asociación entre pre eclampsia/ eclampsia y resultados perinatales 4. Paraclínicos para diagnóstico y seguimiento en pre eclampsia 5. Criterios de severidad en pre eclampsia 6. Manejo de pre eclampsia severa en embarazo 7. Esquema de uso del Sulfato de magnesio 	ASISTENTES: MEDICOS GENERALES. GINECOLOGOS.			
FACILITADOR: WINSTON ENRIQUE MENDOZA QUINTANA (GINECOLOGO)	RESPONSABLE ACTA: SHEYLA SIMANCA SIERRA			
GENERALIDADES DE LA REUNIÓN / DESARROLLO AGENDA / CONCLUSIONES Y DECISIONES				
<p>La presente guía tiene como objetivo establecer el diagnóstico y manejo de los trastornos hipertensivos del embarazo, prevenir complicaciones materno-fetales y evitar la falla orgánica multisistémica, estandarizando su atención en las instituciones prestadoras de salud. Estos trastornos afectan entre el 10% y 20% de los embarazos y representan una causa significativa de morbimortalidad. Los factores de riesgo incluyen edad mayor de 40 años, antecedentes de preeclampsia, enfermedades crónicas como diabetes o hipertensión, y embarazos múltiples. La preeclampsia y eclampsia generan complicaciones severas como edema pulmonar, síndrome HELLP, eclampsia, falla renal, y están asociadas con altas tasas de muerte materna y perinatal, especialmente en países de bajos recursos. El diagnóstico se basa en la presencia de hipertensión ($\geq 140/90$ mmHg), proteinuria o daño en órganos blanco, siendo los principales síntomas la cefalea, alteraciones visuales y dolor epigástrico. Se deben realizar pruebas de laboratorio como hemograma, función renal y hepática, y la índice proteinuria/creatininuria, descartando enfermedades similares. La clasificación incluye hipertensión crónica, gestacional, preeclampsia, eclampsia y preeclampsia sobreimpuesta. El manejo incluye antihipertensivos (nifedipina, labetalol, metildopa), prevención de eclampsia con sulfato de magnesio, control de líquidos, y decisiones obstétricas sobre la finalización del embarazo según edad gestacional y gravedad clínica. Se recomienda parto vaginal con monitoreo adecuado si las condiciones lo permiten. En emergencias hipertensivas se usa manejo intensivo en unidades especializadas. La educación a la paciente y familia es clave para reconocer signos de alarma y garantizar adherencia al tratamiento, seguimiento médico, lactancia y planificación familiar. Ante falta de adherencia, se activa el trabajo social y el asegurador. La adherencia a esta guía será evaluada por la dirección médica de cada institución.</p>				

FORMATO ACTA

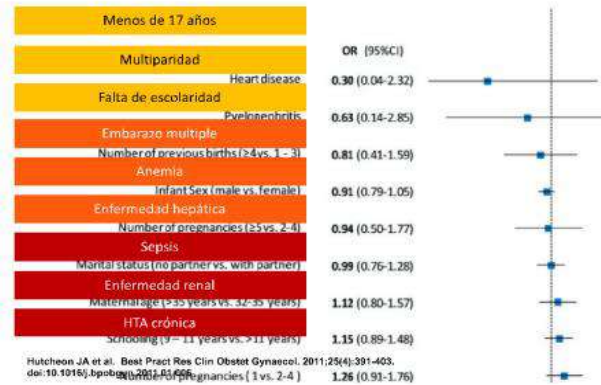
	AÑO	MES	DIA
	2025	07	24

Reunión:
TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL)

HORA INICIAL: 05:45 PM

HORA FINAL:08:00PM

Factores de riesgo para la aparición de complicaciones hipertensivas del embarazo (nivel de evidencia b)	
Factores de riesgo moderado	Factores de alto riesgo
Primer embarazo	Trastorno hipertensivo en embarazo anterior
Edad mayor o igual a 40 años	Enfermedad renal crónica
Intervalo intergenésico mayor a 10 años	Enfermedad autoinmune como LES o SAAF
IMC mayor o igual a 35 kg/m ²	DM tipo 1 y 2
Embarazo múltiple	Hipertensión crónica
Antecedente familiar de preeclampsia	



Resultados	OR ajustado para preeclampsia	OR ajustado para eclampsia
Muerte materna	3.7 (2.16 - 6.47)	42.4 (25.14 - 71.44)
Morbilidad materna extrema	7.8 (6.49 - 9.42)	59.4(44.91 - 78.52)
Morbilidad materna	7.5 (6.26 - 8.95)	66.8 (51.61 - 86.30)

Resultado	OR ajustado para preeclampsia	OR ajustado para eclampsia
Muerte fetal	3.12 (2.77 - 3.51)	3.92 (3.16 - 4.87)
Muerte fetal temprana	2.71 (2.82 - 3.21)	6.58 (4.91 - 8.81)
Muerte perinatal	3.02 (2.71 - 3.44)	4.91 (4.08 - 5.91)
Parto pretérmino	4.51 (4.23 - 4.80)	6.57(5.60 - 7. 71)
Admisión a UCI neonatal	3.45 (3.21 - 3.71)	7.83 (4.48 - 9.56)

Sintoma	Prevalencia
Dolor de cabeza	50 al 70%
Cambios visuales	19 al 32%
Dolor hipocondrio derecho o epigástrico	12 al 19%
Al menos uno de los anteriores	59 al 75%

Paralínicos	Cambios en preeclampsia
Hemoglobina	Aumento en estados de hemoconcentración disminuida en estados de hemólisis (HELLP)
Leucocitos	Incremento como manifestación de respuesta sistémica
Creatinina	Incremento en hemoconcentración o falla renal
AST, ALT, Bilirrubinas	Incremento en disfunción hepática (HELLP)
LDH	Incremento en disfunción hepática y/o hemólisis (HELLP)
PTT, INR	Incremento en coagulación intravascular diseminada
Índice proteinuria/creatininuria.	Incremento en disfunción renal

			AÑO	MES	DIA
			2025	07	24

Reunión:
TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL)

HORA INICIAL: 05:45 PM


HORA FINAL:08:00PM

Sistema	Criterio de severidad		
Cardiovascular	<ul style="list-style-type: none"> Crisis hipertensiva: TAD igual o mayor a 110 mm Hg o más, ó TAS igual o mayor a 160 mm Hg en dos tomas 	Respiratorio	<ul style="list-style-type: none"> Accidente cerebrovascular Desprendimiento de retina Edema pulmonar
Renal	<ul style="list-style-type: none"> Oliguria menor de 0.3 cc/kg/hora en 6 horas (menos de 500 cc/día) Creatinina mayor de 1.1 mg/dL Elevación al doble del nivel sérico de creatinina en ausencia de otra enfermedad renal 	Hematológico	<ul style="list-style-type: none"> Trombocitopenia (menor de 100.000 por microlitro) Hemoglobina aumentada en estados de hemoconcentración o disminuida en estados de hemólisis (HELLP). Tiempo Parcial de Tromboplastina (PTT) y/p Razón Internacional Normalizada (INR) prolongados Coagulación intravascular diseminada
Neurológico	<ul style="list-style-type: none"> Síntomas de inminencia de eclampsia: fosfenos, cefalea, visión borrosa u otras alteraciones cerebrales o visuales. Eclampsia. 	Hepático	<ul style="list-style-type: none"> Elevación de los niveles de Aspartato Aminotransferasa (AST) o Alanina Aminotransferasa (ALT) dos veces por encima del valor normal Láctico Deshidrogenasa (LDH) > 600 UI/L Dolor en cuadrantes superior derecho. Epigastalgia Hematoma Subscapular Ruptura hepática
		Placentarias	<ul style="list-style-type: none"> Desprendimiento de placenta

Droga	Presentación	Dosificación	Vía				
Nifedipina	Cápsulas x 10 mg	Manejo de crisis hipertensivas 10 mg dosis inicial 20 mg a los 20 minutos y cada 20 minutos hasta completar 3 dosis	Oral	Aifa-metildopa	Tabletas x 500 mg	0.5-3 gramos/día dividido en cada 6 a horas	Oral
Labetalol	Ampollas	Manejo de crisis hipertensivas 300 mg dosis máxima	Endovenoso	Sulfato de magnesio	Ampollas x 10 ml al 20%	4 g inicial y mantenimiento 1 g/hora durante 24 horas	Intravenoso
Nifedipina larga acción	Tabletas x 30 mg	30 mg cada 8 horas	Oral	Betametasona	Ampolla x 4 mg	12 mg cada 2 horas. (2 dosis)	Intramuscular

FORMATO ACTA

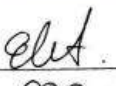
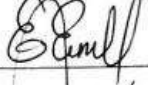



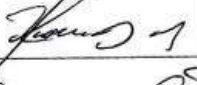
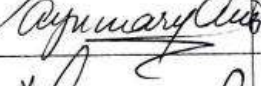
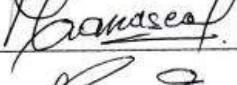




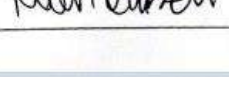


 Clínica Salud Social S.A.S.	GESTIÓN DE CALIDAD	Código: F-GEC-007
		Versión: 01
	FORMATO ACTA	Fecha de Aprobación: 26/09/2018
		Página 5 de 7

		AÑO	MES	DIA
		2025	07	24
Reunión: TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL)		HORA INICIAL: 05:45 PM		HORA FINAL:08:00PM
COMPROMISOS	RESPONSABLES	AÑO	MES	DIA
Como compromiso institucional, se garantiza la implementación integral de esta guía clínica por parte del equipo de salud, promoviendo la excelencia en la atención, el cumplimiento riguroso de los lineamientos establecidos y la mejora continua de la calidad asistencial, con el propósito de reducir la morbilidad materna y perinatal asociada a los trastornos hipertensivos del embarazo.	Médicos, enfermeros, especialistas, auxiliares de enfermería.	2025	07	24

FIRMAS ASISTENTES

FIRMAS ASISTENTES

NOMBRE	FIRMA	CARGO INSTITUCIÓN
Elieth P. Velasquez vlu.		Med G
Emma I Espinosa Massry		Ginecologa
MILAN RANETH P.		G/o.-
Miguel Godoy Diaz		Ginecologo
Jose f. Mallo		Ginecologo.
DANOS DIAZ J		G/O
Aymary Añez		Ginecologa
MARCO CARASCAL SUAREZ		Ginecologas.
JORGE MARIO OTUNA CONTRERAS.		Medico General.
Amylter Gary Rys.		intensiva
Brenda Gomez Perez		Dir. Adm. y
Jesús J. Dorin D.		Ginecologo.
Ruth Isabell Imbett C		Medico General

