

CLASIFICACIÓN, CONTROL Y MANEJO DE LA HTA EN EL EMBARAZO

1.- CLASIFICACIÓN DE LOS ESTADOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO:

- **HTA CRÓNICA:**

HTA presente antes de la gestación, que debuta antes de la semana 20 o que persiste después de 12 semanas posparto.

- **HTA GESTACIONAL:**

HTA que aparece después de la semana 20 de gestación, desaparece en las primeras 12 semanas posparto. - Sin proteinuria ni otras manifestaciones orgánicas- .

- **PREECLAMPSIA:**

Criterios diagnósticos de preeclampsia
Tensión arterial sistólica (TAS) ≥ 140 mmHg o tensión arterial diastólica (TAD) ≥ 90 mmHg en 2 ocasiones, separadas al menos de 4 horas, después de la semana 20 de gestación en pacientes previamente normotensas
Si a TAS ≥ 160 mmHg o la TAD ≥ 110 mmHg las 2 tomas se realizaran de manera consecutiva
Y
Proteinuria ≥ 0.3 grs in orina de 24h o Índice Albumina/Creatinina ≥ 0.3
Proteinuria de 1(+) mediante tira si análisis cuantitativo no es posible

CRITERIOS DE PREECLAMPSIA GRAVE (Alguno de los siguientes)
Síntomas de afectación del SNC: • Fotopsias, escotomas, vasoespasma retiniano. • Cefalea severa o que persiste y empeora tras tratamiento analgésico.
Alteración hepática: • Dolor epigástrico o en hipocondrio derecho, no explicado por otra causa. • Elevación transaminasas 2 veces su valor normal
TAS ≥ 160 mmHg o la TAD ≥ 110 mmHg en 2 ocasiones separadas al menos por 4 horas estando la paciente acostada (excepto si ya lleva tratamiento antihipertensivo, suficiente con una toma)

Plaquetas < 100.000 plaquetas/micromol
Creatina > 1.1 mg/dl o elevación 2 veces su valor anterior, en ausencia de enfermedad renal
Edema pulmonar

SINDROME DE HELLP

Variante de la Preeclampsia grave que se diagnostica cuando aparece:

- Hemólisis/LDH > 600 UI/L
- GOT o GPT > 62 UI/L
- PLAQUETAS < 100.000

• ECLAMPSIA:

Aparición de convulsiones, no atribuibles a otra causa.

• HTA POSPARTO:

Continuación de una HTA preparto o intraparto, de nueva aparición, por el hiperaldosteronismo primario, por preeclampsia o Hellp.

2.- MANEJO DE LA HTA EN EL EMBARAZO:

CRITERIOS PARA EL MANEJO AMBULATORIO:

- La paciente debe cumplir correctamente los controles
- PA ≤ 150/100 mmHg; según otras publicaciones 145/95 mmHg con la medicación oral
- Hemograma y Bioquímica normales
- Paciente asintomática
- Pruebas de bienestar fetal correctas y su Crecimiento.

TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO:

Indicaciones:

PA > 150/100 mmHg

En dos tomas separadas al menos 4 horas, estando en reposo.

Objetivo:

PA: 120-150/80-100 mmHg. De la misma forma siempre superior a 110/80 mmHg, si se está dando medicación oral.

En HTA Crónica, si la PA es < o = 120/80 suspender el tratamiento.

Fármacos:

1. Mujer hipertensa que desea tener un embarazo.

INDICADOS:

- METILDOPA (Fármaco de elección en el primer trimestre)
- LABETALOL/NIFEDIPINO OROS/HIDROCLOROTIAZIDA

CONTRAINDICADOS: IECA/ARA II

2. Mujer embarazada con HTA.

1º Escalón:

METILDOPA (Aldomet® 250 mg/500mg) Es un alfa agonista de acción central.
Dosis habitual: 250mg/8-12h, en caso necesario podemos aumentar la dosis habitual de 250-1000mg/día, a 3000 mg/día como máximo.

LABETALOL (Trandate ®100-200mg). Alfa- Beta bloqueante.
Dosis habitual: 100mg/12h. Habitual: 200-800mg repartidos en dos dosis.
Máxima dosis 2400 mg.

2º Escalón:

NIFEDIPINO OROS (Adalat Oros® 30- 60 mg). Calcio antagonista.
Dosis habitual: 30-60mg/24h. Habitual: 30-90 mg/24h.
Dosis Máxima: 120 mg.
No Usar: IECA/ARA II

3. Fármacos durante la lactancia.

Beta bloqueantes: Labetalol
Calcio Antagonistas: Nifedipino Oros, Verapamilo, Diltiazem
IECAS: Captopril, Enalapril
Diureticos Hidroclorotiazida.

Es aconsejable interrumpir la metildopa tras el parto por el riesgo demostrado de depresión materna.

La HTA que permanece más de 12 semanas posparto será ya Crónica.

El tratamiento antihipertensivo se suspenderá tras 48 horas de PA normales en el posparto.

SI PA > O IGUAL A 160/110 ES UNA URGENCIA HOSPITALARIA.

ACTIVIDAD

El consejo sobre actividad física debe ser individualizado, ya que la restricción de la actividad física si bien mejora la circulación feto-placentaria y previene el incremento de TA en pacientes con preeclampsia, no existe evidencia de que

mejore los resultados finales en la madre o el feto, y por otra parte produce pérdida de masa ósea y aumenta el riesgo de eventos tromboembólicos.

3.- PREVENCIÓN REECLAMPSIA:

El objetivo del tratamiento con AAS, es reducir el riesgo de preeclampsia, parto prematuro y RCIU, por eso **desde primaria, podemos iniciar 100 mg/día de AAS, si hay riesgo elevado de preeclampsia** aunque luego derivemos a la paciente, o si ya conocemos que sus antecedentes son de riesgo moderado (varios de ellos): Historia previa de Preeclampsia (grave o precoz, antes de la sem. 24), HTA Crónica, DM, Enfermedad Renal, Enfermedad Autoinmune.

4.- PE GRAVE, ECLAMPSIA, HELLP, DEBERÁN SER SEGUIDOS POR LA UNIDAD DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL HOSPITALARIA CORRESPONDIENTE.

5.- ACTITUD ANTE UNA PROEINURIA:

PROTEINURIA (Rango de Preeclampsia) SIN HTA NI OTRAS ALTERACIONES DE PREECLAMPSIA

Criterios:

- Proteínas en orina de 24 horas ≥ 300 mg (de elección)
- Tira reactiva con ≥ 2 o ≥ 30 mg/dl en sedimento, en dos muestras de orina separadas un mínimo de 4-6 horas pero no más de 7 días.
- Cociente Albúmina/Creatinina ≥ 30 g/mg.

Actitud:

- Descartar ITU con urinocltivo.
- Valorar posible enfermedad renal.
- En ausencia de itu y enfermedad renal: **PROTEINURIA GESTACIONAL:**
Desarrollo de proteinuria durante el embarazo, sin otras alteraciones propias de preeclampsia ni de enfermedad renal, se corrige al finalizar la gestación.

BIBLIOGRAFÍA:

Podymow T., August P. Update on the use of antihypertensive drugs in pregnancy. *Hypertension* 2008; 51:960-969.

Regitz-Zagrosek V, Blomstrom Lundqvist C, Borghi C, Cifkova R, Ferreira R, Foidart JM, *et al.* ESC Guidelines on the management of cardiovascular diseases during pregnancy: the Task Force on the Management of Cardiovascular Diseases during Pregnancy of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J.* 2011;32(24):3147-97.

Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Böhm M, *et al.* ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *J Hypertens.* 2013;31(7):1281-357
AHA/ACC/CDC. American Heart Association, The American College of Cardiology, and the Centers for Disease Control and Prevention. An effective approach to high blood pressure control. *J Am Coll Cardiol.* 2014;63(12):1230-8.

August P. Management of hypertension in pregnant and postpartum women. UpToDate 2015.

August P: Preeclampsia: prevention. UpToDate 2015.

Autores:

Gemma M^a Canales Esteve. C.S Economista Gay. Valencia.

Victoria Gosalbes. C.S Salvador Pau. Valencia.

Juan José Jimenez. Cardiología. Hospital La Fe

Fecha de actualización: Mayo 2015.