

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	TÍTULO	 Dirección Médica
	Fecha: NOVIEMBRE/ 2023	
	Edición: 02	

Hipertensión crónica en el embarazo

Preeclampsia sobreañadida

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

AUTORES Dr Jose Adánez	REVISORES Dra María Vázquez, Dra Marina Navarro,	AUTORIZADO Jose Adánez
Fecha: Febrero 2018		

CLASIFICACIÓN DE LOS ESTADOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO

PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA

HTA que aparece después de la semana 20 asociado a proteinuria y/o los siguientes hallazgos sistémicos:

- trombocitopenia (plaquetas < 100.000).
- insuficiencia hepática (duplicación de concentración normal de transaminasas).
- insuficiencia renal de nueva aparición ($Cr > 1,1$ mg/dl o duplicación en ausencia de enfermedad renal).
- edema pulmonar
- alteraciones cerebrales o visuales de nueva aparición

Eclampsia: convulsiones tónico clónicas en preeclampsia severa, no atribuibles a otra causa.

HTA CRÓNICA (de cualquier causa)

HTA previa al embarazo, que aparece antes de la semana 20 ó que persiste después de 12 semanas postparto.

HTA CRÓNICA CON PREECLAMPSIA SOBREAÑADIDA:

HTA preexistente que se asocia a preeclampsia.

HTA GESTACIONAL

HTA después de la semana 20 en ausencia de proteinuria y/o de los hallazgos sistémicos mencionados, que desaparece en las primeras 12 semanas postparto¹.

HTA CRÓNICA

DEFINICIÓN

HTA previa al embarazo, que aparece antes de la semana 20 ó que persiste después de 12 semanas postparto.

La preeclampsia precoz (antes de las 20 semanas) se puede presentar en casos de enfermedad trofoblástica gestacional completa o parcial

CONTROL DE TENSION

Si se sospecha HTA secundaria (10%) (mujeres jóvenes que debutan en primer trimestre con HTA grave), se recomienda enviar a especialista relacionado (Baja, cualificada). (anexo 1)

Si HTA crónica mal controlada se recomienda monitorización domiciliaria de TA (NE Moderada, R cualificada)

Si se sospecha HTA de bata blanca se recomienda monitorización domiciliaria de TA antes de iniciar tratamiento antihipertensivo (Baja, cualificada) (anexo 2)

EVALUACIÓN

En mujeres con HTA crónica se recomienda el uso de doppler de AU y cardiotocografía (Moderada, fuerte)¹.

TRATAMIENTO Y ANTIHIPERTENSIVOS EN LA HTA CRÓNICA

Se recomienda NO bajar peso ni dieta hipódica extrema (Baja, cualificada)

En mujeres con HTA crónica controlada con ejercicio se recomienda mantener el ejercicio durante la gestación (Baja, cualificada) ²

En mujeres con HTA crónica con **TAS >160 o TAD > 105** mm se recomienda iniciar tratamiento antihipertensivo (Moderada, fuerte) ²

En mujeres con HTA crónica con TAS <160 o TAD < 105 mm se recomienda NO iniciar tratamiento antihipertensivo (Baja, cualificada) ²

En el CHAP TRIAL de la SMFM se administran antihipertensivos desde el rango moderado(140-160 y 90-110), aunque esta opción no tiene beneficios claros.

Para el tratamiento inicial se recomienda labetalol, nifedipino o metildopa (Moderada, fuerte). La metildopa tiene efecto sedativo a dosis terapéuticas, por lo que su uso está más limitado.

No se recomienda IECA, ARA-II o antagonista de mineralocorticoides (Moderada, fuerte).

El objetivo es alcanzar 140-159 y 90/109. En mujeres con hipertrofia ventricular izquierda o insuficiencia renal el objetivo es alcanzar la normotensión²

La decisión de aumentar los medicamentos antihipertensivos debe basarse en más de una TA elevada.

La secuencia es:

- Aumentar labetalol en 200 mg dos veces al día o dividir la dosis en tres veces al día
- Aumentar nifedipino en 30 mg al día.
- Si está al máximo con nifedipina o labetalol comenzar con metildopa.
- No se recomienda bajar la TA por debajo de 120/80 .

HTA CRÓNICA PREVENCIÓN

En mujeres con HTA crónica se recomienda el uso de AAS a finales del primer trimestre (Moderada, fuerte) ²

HTA CRÓNICA TERMINACIÓN

No se recomienda la terminación antes de la 38 (0-7)s². Ver cuadro adjunto

HTA CRÓNICA CON PREECLAMPSIA SOBREAÑADIDA:

DEFINICIÓN

Gestante con diagnóstico de HTA crónica en la que aparecen signos y/o síntomas de preeclampsia:

Criterios diagnósticos

Cefalea

Elevación de TA e incremento de requerimiento de antihipertensivos.

Dolor en hipocondrio derecho

Aparición de proteinuria

Elevación de transaminasas.

Trambocitopenia

Oliguria

Hemoconcentración,

Elevación del ácido úrico sérico ($> 5,5$ mg / dL).

Elevación de la creatinina

CORTICOIDES

En mujeres con preeclampsia sobreañadida y < 37 semanas se recomiendan los corticoides (Alta, fuerte)^{1,6}

TERMINACIÓN

En mujeres con preeclampsia sobreañadida sin complicaciones materno fetales se recomienda esperar hasta la 37 s (Baja, cualificada)

Terminación inmediata tras estabilización si

- Inestabilidad tensional a pesar de antihipertensivos
- Criterios de acidosis fetal: CTG III,
- Edema agudo de pulmón
- Abruption
- Eclampsia
- CID

(NE Moderada, R fuerte)

En mujeres con preeclampsia sobreañadida grave no se recomienda manejo expectante más allá de la 34 (0-7) s (moderada, fuerte).

TERMINACIÓN DE LOS DIFERENTES ESTADOS DE HTA CRÓNICA

El momento oportuno no sólo se basa en si el paciente está tomando antihipertensivos sino también en la presencia o ausencia de comorbilidad, preeclampsia superpuesta, restricción del crecimiento fetal o HTA no controlada a pesar del tratamiento.

Hipertensión crónica	Semana de terminación
Sin antihipertensivos	38-39 (0-7)
Con antihipertensivos	37-39 (0-7)
Feto muerto previo	37 o antes si madurez documentada
TA difícil de controlar	36-37
Preeclampsia sobreañadida	37
Preeclampsia grave sobreañadida	34

(3)

ANEXO 1 CAUSAS DE HTA CRÓNICA SECUNDARIA

Etiología	Pruebas recomendadas
Feocromocitoma	Metanefrinas plasmáticas Evaluación de orina de 24 horas para metanefrinas, catecolaminas no conjugadas RNM o TAC de la glándula suprarrenal
Aldosteronismo primario	Evaluación del nivel de potasio en suero Actividad de la renina plasmática, evaluación de la excreción de aldosterona en orina de 24 horas
Síndrome de Cushing	
Apnea del sueño	
Uso de metanfetamina o cocaína	
Estenosis de la arteria renal	Ultrasonografía renal Flujo Doppler o angiografía por resonancia magnética

ANEXO 2 OBTENCIÓN DE UNA MEDIDA DE TA CORRECTA

PASO 1: PREPARE EL EQUIPO

- El esfigmomanómetro de mercurio es el estándar de oro. Se pueden utilizar equipos automatizados equivalentes validados.
- Corregir el tamaño del manguito: el ancho de la vejiga debe ocupar el 40% de la circunferencia y rodear el 80% del brazo

PASO 2: PREPARE AL PACIENTE

- Posición sentada o semirreclinada con respaldo.
- El brazo en el nivel del corazón
- Paciente sentado en silencio durante 5 minutos antes de la medición
- Brazo superior desnudo, libre de cualquier ropa restrictiva.
- Los pies deben estar planos, no colgando y las piernas sin cruzar

Bibliografía

- 1) ACOG. Hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists Task Force on Hypertension in Pregnancy. 2013 Nov.
- 2) ACOG Practice Bulletin. Chronic hypertension in pregnancy. 2012
- 3) ACOG Medically Indicated Late-Preterm and Early-Term Deliveries 2013
- 4) SEGO. Implantación del cociente sFlt-1/PIGF para la predicción y el diagnóstico en embarazos únicos: implicaciones para la práctica clínica. Prog Obstet Gynecol 2017; 60 (1) 1-6
- 5) Consensus Statement, National Partnership for Maternal Safety Consensus Bundle on Severe Hypertension During Pregnancy and the Postpartum Period. American College of Obstetricians and Gynecologists, Society for Maternal-Fetal Medicine, Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology. Obstet Gynecol 2017;130:347–53
- 6) Protocolo del servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Central de Asturias. **Maduración pulmonar fetal**. 2017. <http://www.hca.es/huca/web/contenidos/servicios/dirmedica/0mi.html>
- 7) Society for Maternal-Fetal Medicine Statement: Antihypertensive therapy for mild chronic hypertension in pregnancy—The Chronic Hypertension and Pregnancy trial. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* April 19, 2022