

# HIPERTENSIÓN EN EL EMBARAZO

## CONCEPTOS GENERALES

La hipertensión arterial (HTA) es una de las primeras causas de mortalidad en la gestante (40%) y la primera causa de prematuridad electiva. La incidencia es del 5 al 7% de todos los embarazos. La causa es desconocida.

Existe HTA en el embarazo si se cumple alguno de los siguientes criterios:

- Presión arterial > 140/90 mmHg.
- Aumento de la PAS  $\geq$  30 mmHg, o de la PAD  $\geq$  15 mmHg, sobre los valores medios medidos al inicio de la gestación.
- Presión arterial media  $\geq$  105 mmHg, o > 20 mmHg, respecto a los valores previos.

La elevación de la presión arterial debe aparecer por primera vez después de la semana 20 de gestación o en los 42 días siguientes al parto. Debe medirse en dos tomas distintas separadas en 6 horas. Ojo! La medición de la presión arterial en decúbito supino puede dar lugar a cifras falsamente bajas por la compresión del útero sobre la vena cava inferior.

## CLASIFICACIÓN DE LOS ESTADOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO (EHE)

La SEGO clasifica a los EHE en:

- HTA crónica previa al embarazo. Es una HTA diagnosticada antes de la semana 20 de gestación y, por tanto, independiente del embarazo.
- HTA inducida por el embarazo:
  - **Preeclampsia**. Se acompaña de **proteinuria** ( $\geq$  300mg/l en orina de 24 h., o  $\geq$  30 mg/dl o más de dos cruces en la tira reactiva de orina, realizadas en dos muestras separadas por un mínimo de 6 h.) y **edemas** generalizados (incremento de peso superior a 1 kg por semana), aunque estos no tienen valor diagnóstico.
  - **Eclampsia**. Es la preeclampsia acompañada de **crisis convulsivas** no atribuibles a otras causas.
- HTA crónica con preeclampsia/eclampsia añadida. Es la aparición de preeclampsia o eclampsia en mujeres con HTA crónica.
- HTA transitoria. Es la HTA durante el embarazo o en los primeros 42 días posparto sin proteinuria y sin HTA persistente.
- Alteraciones hipertensivas no clasificables: cuando no existen criterios suficientes para la clasificación en algunos de los grupos anteriores.

## FACTORES DE RIESGO

- Edad < 16 años o > 35 (nulíparas jóvenes > 85%).
- Gemelaridad.
- Hidramnios.
- Patología cardiovascular o renal previa.
- Antecedentes familiares de EHE.
- Enfermedad trofoblástica.

- Hiperuricemia (> 5 mg/dl).
- Alcoholismo (>30 gr/día).
- Proteinuria significativa de repetición.
- Obesidad (> 20%).
- HTA previa al embarazo.
- Incremento de peso > 500 gr/semana.
- Estrés sociolaboral durante el primer trimestre del embarazo.
- Estados nutritivos carenciales.
- Diabetes mal controlada.

## CRITERIOS CLÍNICOS DE GRAVEDAD

- PAD  $\geq$ 110 mmHg y/o PAS  $\geq$ 160 mmHg.
- Cefalea de localización frontal y rebelde a analgésicos, hiperexcitabilidad, hiperreflexia, vértigo, somnolencia, acúfenos, alteraciones visuales (escotomas, diplopía, visión oscura, centelleos, amaurosis), hemorragia retiniana, papiloedema.
- Crisis convulsivas.
- Edema agudo de pulmón.
- Oliguria (< 500ml/24h) e insuficiencia renal.
- Retraso del crecimiento fetal.
- Hemoconcentración.
- Coagulación intravascular diseminada (CID).
- Anemia hemolítica microangiopática.
- Hiperuricemia: marcador muy precoz (normal < 3'5 mg/dl).

## FASES EVOLUTIVAS

- **FASE I.** Paciente asintomática, sin HTA ni proteinuria. Su duración es de 2-3 meses. Existen factores de riesgo asociados. Sólo es posible detectarla mediante determinados marcadores biofísicos y bioquímicos.
- **FASE II.** HTA sin proteinuria.
- **FASE III.** HTA con proteinuria.
- **FASE IV.** Aparición de complicaciones:
  - Eclampsia.
  - Síndrome HELLP (anemia hemolítica, elevación de enzimas hepáticas, trombocitopenia).
  - CID.
  - Edema agudo de pulmón.
  - Síntomas neurológicos o visuales ya citados.
  - Síntomas digestivos (nauseas, vómitos, epigastralgia, dolor en HCD).
  - Oliguria

## DIAGNÓSTICO

### ANAMNESIS

- Precisar si existía hipertensión previa al embarazo y como eran las TA al inicio de la gestación.
- Si existen causas aparentes de la hipertensión.

### EXPLORACIÓN FÍSICA

- Clasificación de la etapa evolutiva y aparente grado de gravedad.
- Exploración del fondo de ojo.
- Exploración cardiovascular, abdominal y neurológica.
- Evaluación obstétrica adecuada, debe incluir ecografía.

### EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

- Hemograma con fórmula y recuento leucocitarios.
- Bioquímica sanguínea: glucosa, iones, urea, creatinina, GOT, GPT, LDH, FA, bil. total y directa, calcio, proteínas totales, ac.úrico.
- Estudio de coagulación.
- Electrocardiograma.
- Orina completa con sedimento y determinación de sodio y creatinina.
- Proteinuria y calciuria en orina de 24 horas.

## TRATAMIENTO

### HIPERTENSIÓN CRÓNICA

Dieta de 2.000- 2.200 cal/día, normoproteica. No se recomienda la reducción excesiva de peso ni la restricción de sal, ya que provoca una depleción de volumen plasmático que podría ser peligroso para la madre. Se evitará la cafeína, alcohol y tabaco.

Mismo tratamiento hipotensor que la paciente venía tomando antes del embarazo **excepto diuréticos, IECA, ARA II, atenolol y propanolol.**

### PREECAMPSIA SIN CRITERIOS DE GRAVEDAD

Control ambulatorio.

Reposo relativo (no estricto en cama), preferible en decúbito lateral izquierdo.

Las mismas recomendaciones dietéticas que en la hipertensión crónicas.

Tratamiento farmacológico para mantener una PAD < 90. Se puede utilizar uno o más de los siguientes fármacos por vía oral:

- Alfametildopa (*Aldomet*, comp. de 250 y 500 mg) en dosis inicial de 250 mg/8 horas.
- Hidralazina (*Hydraprés*, comp. de 25 y 50 mg) en dosis inicial de 25 mg/8 horas.
- Labetalol (*Trandate*, comp. de 100 y 200 mg) en dosis inicial de 100 mg/8 horas (máximo 800 mg/día).
- Nifedipino (*Adalat*, caps. de 10 mg) en dosis de 10 mg/8 horas.

## PREECLAMPSIA CON CRITERIOS DE GRAVEDAD

Esta entidad requiere ingreso hospitalario. Generalmente son necesarios hipotensores por vía intravenosa:

- Labetalol (*Trandate*, ampollas de 20 ml con 100 mg). Se administra en bolo iv. lento en dosis de 20 mg (4 ml) cada 5 min hasta el control de las cifras tensionales o hasta la administración de 100 mg. De ser necesario se iniciará perfusión, para lo cual se diluyen 2 ampollas (200 mg) en 200 ml de glucosado al 5% a un ritmo de 36-144 ml/h. hasta la normalización de la presión arterial.
- Hidralacina (*Hydraprés*, ampollas de 1 ml con 20 mg). Se diluye una ampolla (20 mg) en 100 ml de glucosado 5% y se pasa en 20-40 min. Esta dosis se puede repetir de ser necesario a los 30 min.

## ECLAMPSIA

Requiere ingreso hospitalario. Se tomarán las siguientes medidas:

- Medidas generales.
- Tratamiento farmacológico de la eclampsia grave.
- Sulfato de magnesio (*Sulmetín*, ampollas de 10 ml con 1.500 mg) para prevenir y tratar las crisis convulsivas. Se administra por vía intravenosa en dosis inicial de 6 gr. (4 ampollas) en 15 min. Posteriormente se continua en perfusión a dosis de 1'5 gr. (1 ampolla)/hora. Este fármaco se suspenderá si aparece depresión respiratoria y se administrará por vía intravenosa 1 gr. de gluconato cálcico (10 ml de solución al 10%).
- Si las crisis convulsivas no se controlan con el sulfato de magnesio se tratarán con diazepam, midazolam o fenitoína.

## INTERRUPCIÓN DE LA GESTACIÓN

1. Preeclampsia grave que no mejora tras 48 horas de hospitalización.
2. Preeclampsia aparentemente controlada, pero que empeora de forma brusca.
3. Trombocitopenia progresiva.
4. Eclampsia manifiesta.
5. Sufrimiento fetal crónico.
6. Crecimiento fetal retardado.
7. Rotura prematura de membranas.