



Hospital General  
de Villalba

# HTA y Gestación

ROCIO ZAMORA GONZÁLEZ- MARIÑO  
SERVICIO DE NEFROLOGIA

# ¿QUÉ ES PRECLAMPSIA ?



Complicación del embarazo caracterizada por:

- ❖ HTA hipertensión + proteinuria
- ó
- ❖ HTA + disfunción significativa del órgano diana con o sin proteinuria

HTA= TA sistólica  $\geq 140$  mmHg o TA diastólica  $\geq 90$  mmHg en dos ocasiones con al menos cuatro horas de diferencia

Suele presentarse después de la 20 semana de gestación en una mujer **previamente normotensa**.

También puede desarrollarse después del parto.

# ¿QUÉ NO ES PRECLAMPSIA?



- ❖ **Hipertensión crónica:** preexistente a la semana 20 de gestación o que persiste más de 6 semanas después del parto.
- ❖ **Hipertensión gestacional:** HTA sin proteinuria u otros signos/síntomas de disfunción de órgano diana.
- ❖ **Exacerbación de la enfermedad renal preexistente:** empeoramiento de la hipertensión y la proteinuria en una mujer con enfermedad renal previa. El manejo y las complicaciones son diferentes.
- ❖ **Proteinuria sin HTA**

# DIAGNÓSTICO ANALITICO



Hemograma, enzimas hepáticas, creatinina y ácido úrico, determinación plaquetaria, coagulación.



Muestra simple de orina con Cociente Albúmina/Creatinina  $\geq 300$  mg/g

Confirmar la presencia de  $\geq 0,3$  g de proteína con orina de 24h



Dx PROTEINURIA

*La excreción de proteínas puede aumentar transitoriamente en ITUs, fiebre, Insuficiencia Cardíaca, ejercicio físico y alteraciones metabólicas (hiperglucemia)*



ESC

European Society  
of Cardiology

European Heart Journal (2018) **39**, 3021–3104

doi:10.1093/eurheartj/ehy339

**ESC/ESH GUIDELINES**

---

# **2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension**

**The Task Force for the management of arterial hypertension of the  
European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of  
Hypertension (ESH)**

# TRATAMIENTO



No hay consenso en las cifras de inicio de tratamiento

Guías europeas de HTA recomiendan el inicio del tratamiento:

- \* TA persistente  $\geq 150/95$ mmHg
- \* HTA con daño orgánico subclínico, cuando la TA  $> 140/90$ mmHg.

# TRATAMIENTO



TAs <140 y TAd <90 mmHg

La elección del fármaco depende de la agudeza y gravedad de la HTA

*Evitar el tratamiento de mujeres embarazadas con hipertensión leve y sin evidencia de daño al órgano diana, especialmente en el primer trimestre*

# TRATAMIENTO

- Inicio de acción más rápido que la metildopa (2h)
- Dosis inicial 100 mg/12h → Dosis máx 800 mg/24h
- RAMs: hepatotoxicidad
- **Si hay otra opción, EVITAR EN PRIMER TRIMESTRE**

Labetalol



- Antihipertensivo leve, inicio de acción lento (de 3-6 h)
- Dosis inicial 250 mg/8h → Dosis máx 500mg/8h
- RAMs: Efecto sedante en dosis altas
- **EVITAR POSTPARTO**

Metildopa



- Dosis inicial 30-90 mg/24h → Dosis máx 120 mg/día.
- **NO DAR EL DE LIBERACIÓN RÁPIDA**
- **NO DAR AMLODIPINO** (No estudios en gestantes)

Nifedipino  
Retard



# HTA Y LACTANCIA



- ❖ Todos los fármacos antihipertensivos del tratamiento de la madre se excretan en la leche materna
- ❖ La mayoría están presentes en concentraciones muy bajas, a excepción del propranolol y el nifedipino, que tienen concentraciones en la leche materna similares a las plasmáticas de la madre
- ❖ Ante la duda: Labetalol, Nifedipino y Enalapril



## Enalapril

### Riesgo muy bajo para la lactancia

Seguro. Compatible.  
Sin riesgo para la lactancia y el lactante.

Enalapril es un Inhibidor de la enzima convertora de angiotensina (IECA) utilizado en el tratamiento de hipertensión arterial y la insuficiencia cardíaca.

Administración oral cada 12-24 horas.

Se excreta en leche materna en cantidad clínicamente no significativa (Anderson 2018, Serrano 2015, Rush 1991, Redman 1990, Kirsten 1998, Huttunen 1989) y no se han observado problemas en lactantes cuyas madres la tomaban (Anderson 2018, Rush 1991, Huttunen 1989), ni problemas en el establecimiento de la lactancia (Bach 1995).

Es una medicación de uso autorizado en lactantes pequeños y, fuera de ficha técnica, en neonatos. (FDA 2018, Kirsten 1998)

Debido a su posible toxicidad renal en prematuros, es preferible evitar su uso durante el periodo neonatal en caso de prematuridad. (Serrano 2015).

Autores expertos y asociaciones médicas como la Academia Americana de Pediatría lo consideran una medicación usualmente compatible con la lactancia (Serrano 2015, Rowe 2013, Dennis 2012, Ghanem 2008, AAP 2001, Kirsten 1998).

Se ha comprobado el papel protector de la lactancia frente a la hipertensión materna (Park 2018)

### Alternativas

No se muestran alternativas porque **Enalapril** tiene un nivel de riesgo muy bajo.

# ATENCIÓN PRIMARIA



Doctor, soy Hipertensa en tratamiento con Olmesartan y me he quedado embarazada



He padecido HTA gestacional, me dieron el alta la semana pasada y tengo dolor



Estoy embarazada, soy hipertensa, pero hoy me he levantado con 160/95mmHg



Embarazada HTA antes de la semana 20



Se me hinchan los tobillos...



Otros síntomas...

A close-up photograph of a pregnant woman's belly. She is wearing a dark, ribbed long-sleeved top. A bright red heart-shaped lollipop is placed on her belly, with the stick pointing downwards. The background is a dark, solid color.

# Thank you!

ROCIO ZAMORA GONZÁLEZ- MARIÑO  
SERVICIO DE NEFROLOGIA

 @rociozgm