


# HTA en APS

Dra. Deborah Pérez Valdés -Dapena.  
Especialista de 1er grado en Ginecología y Obstetricia.  
Máster en Atención Integral a la Mujer.  
Policlínico Universitario Jorge Ruiz Ramírez.

- 
- **La hipertensión es un problema de salud en todo el mundo y constituye una de las tres primeras causas de muerte materna.**
  - **Cada hora mueren en el mundo 7 mujeres por trastornos relacionados con la hipertensión y embarazo.**



## Concepto:

- ▶ La denominación de trastornos hipertensivos en la gestación reúne una extensa variedad de procesos que poseen como característica común la **HIPERTENSIÓN ARTERIAL**, referida a ésta la presión arterial diastólica, sistólica o ambas.

# CLASIFICACION

- **Trastornos hipertensivos dependientes del embarazo:**
  - **Pre-Eclampsia**
  - **Eclampsia**
- **Hipertensión arterial crónica (primaria o secundaria)**
- **H.T.A. crónica con PRE-eclampsia sobreañadida.**
- **Hipertensión transitoria o tardía.**

# HTA Y EMBARAZO

1. T.A. mayor o igual a 140/90mmhg (dos tomas consecutivas con intervalo de 6 horas o más).
2. Incremento de tensión arterial sobre los niveles basales (TA diastólica: 15mmhg, TA sistólica: 30mmhg).
3. Tensión arterial media mayor o igual a 105mmhg.

$$PAM = \frac{T.A \text{ sistólica} + 2 T.A \text{ diastólica}}{3}$$

4. Una sola toma de TA  $\geq$  160 /110mmhg.





# PROFILAXIS

## Preconcepcional

- ▶ Dispenzarizar las pacientes con FR de HTA para modificarlos o controlarlos.
- ▶ En caso de HTA crónica, CONTROL RRPC para compensar y ajustar tratamientos y decidir el momento adecuado para el embarazo.
- ▶ Uso de Ac. Fólico 6 meses antes del embarazo.

## Atención Prenatal

- ▶ Detectar FR durante el embarazo.
  - ▶ Evitar que las formas ligeras progresen a las formas graves.
- ↓
- ▶ Dosis bajas de aspirina desde inicios del segundo trimestre.
  - ▶ Suplemento dietético de calcio.
  - ▶ Multivitaminas y folatos.
  - ▶ Doppler en las gestantes de riesgos.
  - ▶ Diagnóstico y tto precoces .



# Medidas en la Atención Prenatal:

## Factores de Riesgo Mayor de Preeclampsia:

- Enfermedad hipertensiva durante el embarazo previo.
- Hipertensión Crónica.
- Enfermedad Renal Crónica.
- Enfermedad Autoinmune como LES o Síndrome Ac Antifosfolipídicos.
- Diabetes Tipo I o 2.

## Factores de Riesgo Moderado:


- Nulípara.
- Mayor de 40 años.
- Periodo Intergenésico mayor de 10 años.
- IMC mayor de 28,6 Kg/m<sup>2</sup> en la primera visita.
- Historia familiar de Preeclampsia.
- Embarazo Múltiple.


1 Factor de los de Alto Riesgo o más de un factor de los de moderado es indicación del uso de Aspirina antes de las 16 semanas. Tienen indicación para medición frecuente de la Tensión arterial y de indicar proteinuria.

## Medidas que se incluyen en varias causas:

- Todo caso que al evaluarse se detecte riesgo de Preclampsia, Prematuridad o RCIU, debe ser Interconsultada a las siguientes semanas: 18-24- 26 -30 y 32.
- En el caso de riesgo de Preeclampsia debe tener perfil de hipertensión y hepático en cada uno de los controles señalados anteriormente.
- Evaluación por Medicina Interna, Nutrición y otras especialidades antes de las 18 semanas estableciendo plan de conducta y manejo.
- Indicar la Aspirina a dosis bajas ante toda paciente con riesgo de RCIU y/o Preeclampsia antes de las 16 semanas, así como el carbonato de calcio.
- Toda paciente con riesgo social debe ser ingresada en el hogar Materno.



- 
- ▶ **Las pacientes con riesgo de Preeclampsia y RCIU debe indicarse Ultrasonido Doppler de la Arteria Uterina entre las 23 a 24 semanas y de ser patológico debe enviarse a las consulta de HTA y Bajo Peso de los Hospitales para mayor evaluación e indicar perfil de Hipertensión incluido hepático y hematológico y seguimiento por el nivel secundario.**
  - ▶ **Las pacientes con riesgo elevado de RCIU, Preeclampsia y /o Doppler de la arteria uterina patológico debe iniciarse desde las 28 semanas evaluación ecográfica con cálculo de peso y doppler de la umbilical c/15dias.**

- 
- ▶ Las pacientes con Doppler de la arteria uterina alterado y factores de riesgo de preeclampsia debe tener evaluación de la tensión arterial 3v/semanas hasta las 32 semanas y posteriormente 2 veces/ semana.
  - ▶ Paciente que después de las 20 semanas comience con cifras de tensión arterial  $> 140/90$  debe ingresarse para estudio y evaluación y definir si continua de forma ambulatoria en consulta del Hospital , Ingresa en Hogar Materno o se mantiene ingresada al confirmarse el diagnostico de preeclampsia.

## ***CRITERIOS PARA USO DE ANTIHIPERTENSIVOS***

- ▶ Si presión arterial sistólica (PAS) alcance 150 mm de Hg o la diastólica (PAD) sea 100 mm de Hg.
- ▶ Evitar la hipotensión el objetivo es lograr TAS 130 a 150mm de Hg y la TAD e/ 80 – 105 mm de Hg.
- ▶ En caso de comorbilidad con afectación a órganos dianas debe permitirse una TAS e/ 130-145 mm de Hg. y TAD e/ 80- 95 mm de Hg.
- ▶ Usar desde la dosis mínima e ir incrementando hasta las dosis máximas se considera no controlada cuando necesite hasta un 3er hipotensor.

# CRITERIOS PARA REMITIR A LA ATENCIÓN SECUNDARIA

- **Eclampsia.**
- **T A en 100 de diastólica tomada por el medico de guardia.**
- **T A 160/110 ó más aunque sea referida.**
- **T A elevada y signos de gravedad.**
- **H T A con afectación del bienestar fetal.**
- **Diagnóstico de Preeclampsia.**

