



CARTA AL DIRECTOR

Diagnóstico de la hipertensión durante el embarazo y preeclampsia, los límites del control y tratamiento

Diagnosis of hypertension during pregnancy and preeclampsia, the limits of control and treatment

Sr. Director,

Lo primero quería felicitar a los autores Morales-Suarez-Varela M. Peraita- Costa I. et al. por el excelente trabajo presentado en la esta revista Semergen titulado: «*Arterial hypertension and smoking in pregnant women in the Valencian Community: maternal and neonatal outcomes*»¹. Quería aportar utilizando las recomendaciones de la Guía European Society of Hypertension (ESH) 2013 sobre manejo de la hipertensión arterial² y en concreto sobre el manejo de la hipertensión arterial y embarazo varios conceptos aclaratorios y de especial relevancia sobre este tema que me parecen de utilidad para la práctica del médico de familia al que su revista va orientada y se enfrente a esta situación clínica de hipertensión y embarazo.

La definición de hipertensión en el embarazo no difiere respecto al adulto normal y son valores de tensión sistólica ≥ 140 mmHg y/o tensión diastólica ≥ 90 mmHg. Las recomendaciones de la *International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy* (ISSHP) catalogan esa hipertensión solo dos en dos rangos: leve ≤ 140 -159/90-109 mmHg y grave ≥ 160 /110 mmHg. Según las recomendaciones de la ISSHP encontramos las siguientes definiciones: la hipertensión presente antes de las 20 semanas de gestación se llama preexistente o crónica (primaria, secundaria, bata blanca o enmascarada), la hipertensión que se desarrolla a partir de las 20 semanas y se suele resolver después del parto es la hipertensión gestacional, la hipertensión gestacional transitoria es la presencia de cifras elevadas que se corrigen de forma espontánea y cuyo seguimiento debe ser cuidadoso (mayor riesgo de hipertensión verdadera), la preeclampsia es la elevación tensional que aparece después de la 20 semana y asocia a proteinuria ≥ 300 mg/g o creatinina ≥ 1 mg/dL o compromiso hepático (transaminasas elevadas y dolor hipocondrio) o complicaciones neurológicas

o plaquetas $\leq 150.000/\mu\text{L}$ o disfunción útero. Por último puede existir una hipertensión preexistente con preeclampsia añadida y una hipertensión prenatal no clasificable³. Siendo necesario reclasificar a estas mujeres como hipertensas o no a partir de las seis semanas posparto.

El diagnóstico de hipertensión sigue teniendo como patrón oro la medición de esta con manguito y auscultación en consulta. La medición con dispositivos automatizados es menos sensible y debe realizarse con equipos homologados. La medición de presión (MAPA) durante 24 horas es muy recomendable y usada en la mayoría de los ensayos clínicos actualmente, puede servir para confirmar el diagnóstico y evitar tratamientos innecesarios, así como aportar un mayor valor pronóstico.

Ante el riesgo de preeclampsia por su frecuencia y connotaciones de gravedad. El diagnóstico debe hacerse lo antes posible a partir de la 20 semana. Ante la ausencia de biomarcadores sensibles y específicos para su diagnóstico o screening, muchos de ellos aún en fase de investigación. La definición de preeclampsia se realiza según la **tabla 1**.

Dado que para las complicaciones de la alteración de la organogénesis del feto hasta la 16 semana de embarazo no existe un riesgo cero con medicamento alguno antihipertensivo debemos plantearnos suspender la mayoría de ellos si es posible. Si la tensión es $\geq 140/90$ mmHg la embarazada siempre debe estar con tratamiento antihipertensivo sea cual sea la edad gestacional. Los controles estrictos de $\leq 135/85$ mmHg del estudio CHIPS⁴ y $\leq 129/79$ mmHg del estudio CHAP⁵ pese a que disminuían el riesgo de preeclampsia aumentaba el número de retrasos de crecimiento intrauterino, por lo que la recomendación es no disminuir la tensión diastólica por debajo de 80 mmHg.

Retomando el artículo objeto de esta carta no hemos encontrado en nuestra revisión de las Guías referenciadas en el texto (ESH, ISSHP) recomendaciones ni relaciones causales entre el consumo de tabaco durante el embarazo y el desarrollo de hipertensión en sus distintas denominaciones, siendo el consumo cero de este la única recomendación posible. Tampoco hemos encontrado evidencias de no tratar farmacológicamente si la cifra de tensión es superior a 140/90 mmHg en cualquier momento de la gestación.

En la **tabla 1** presentamos un mapa de riesgo y opciones de tratamiento y seguimiento para los distintos escenarios de hipertensión que pueden aparecer durante una gestación.

Tabla 1 Tabla de diagnóstico, manejo y control evolutivo de la hipertensión y embarazo. Elaborado por el autor

	Sin factores de riesgo	Riesgo moderado (dos o más)	Riesgo alto (al menos una)	Preeclampsia (al menos uno)
	Sin síntomas preeclampsia	<ul style="list-style-type: none"> -Nuliparidad -> 40 años -Intervalo intergenésico > 10 años -IMC > 35 kg/m² -Antecedentes familiares -Embarazo múltiple 	<ul style="list-style-type: none"> -Trastornos hipertensivos otros embarazos -Hipertensión crónica -Enfermedad renal crónica -Diabetes mellitus -Enfermedades autoinmunes (lupus, antifosfolípido) -Terapia de reproducción asistida en este embarazo 	<ul style="list-style-type: none"> -Proteinuria (CAC > 300 mg/g -Creatinina > 1 mg/dl -GOT y/o GPT > 40 UI/l -Complicaciones neurológicas (ictus, ceguera, migraña severa, clonus) -Plaquetas < 150.000/mL -CID, hemólisis -CIR, <i>doppler</i> anómalo arteria umbilical
Normal Alta 130-139 mmHg / 85-89 mmHg	Supervisión Control TA	Supervisión Control TA	Supervisión Control TA	Ingreso
Leve 140-159 mmHg / 90-109 mmHg	Tratamiento HTA Control TA	Aspirina Tratamiento HTA Control TA	Aspirina Tratamiento HTA Control TA	Ingreso
Grave > 160 mmHg /> 110 mmHg	Tratamiento HTA Control TA Valorar Ingreso	Aspirina Tratamiento HTA Control TA	Aspirina Tratamiento HTA Control TA Valorar ingreso	Ingreso

CAC: cociente albumina creatinina; CID: coagulación intravascular diseminada; CIR: crecimiento intrauterino retardado; GOT: glutámico oxalacético transaminasa; GPT: glutámico pirúvica transaminasa; HTA: hipertensión arterial; IMC: índice de masa corporal; PA: presión arterial.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Bibliografía

- Morales-Suárez-Varela M, Peraita-Costa I, Guerrero Cervera B, Llopis-Morales A, Botella Juan L, Marcos Puig B. Arterial hypertension and smoking in pregnant women in the Valencian Community: maternal and neonatal outcomes. *Semerg.* 2023;50:102171, <http://dx.doi.org/10.1016/j.semurg.2023.102171>.
- Mancia G, Kreutz R, Brunström M, Burnier M, Grassi G, Januszewicz A, et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension: Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA). *J Hypertens.* 2023;41:1874-2071, <http://dx.doi.org/10.1097/HJH.000000000003480>.
- Brown MA, Magee LA, Kenny LC, Karumanchi SA, McCarthy FP, Saito S, et al. International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy (ISSHP). Hypertensive Disorders of Pregnancy: ISSHP Classification, Diagnosis, and Management Recommendations for International Practice. *Hypertension.* 2018;72:24-43, <http://dx.doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.117.10803>.
- Magee LA, von Dadelszen P, Rey E, Ross S, Asztalos E, Murphy KE, et al. Less-tight versus tight control of hypertension in pregnancy. *N Engl J Med.* 2015;372:407-17, <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1404595>.
- Tita AT, Szychowski JM, Boggess K, Dugoff L, Sibai B, Lawrence K, et al. Chronic Hypertension and Pregnancy (CHAP) Trial Consortium. Treatment for Mild Chronic Hypertension during Pregnancy. *N Engl J Med.* 2022;386:1781-92, <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa2201295>. Epub 2022 Apr 2.

M.A. María-Tablado

Centro de Salud de Canillejas, Madrid, España
Correo electrónico: docencialosfresnos@hotmail.com