

CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA EN LA GESTACIÓN

RESUMEN

La hipertensión arterial (HTA) durante el embarazo se presenta con relativa frecuencia y es causa importante de morbilidad y mortalidad materna y perinatal. No todas las pacientes con cuadros de HTA en la gestación van a tener una evolución similar. Establecer un sistema de clasificación único permitirá uniformizar criterios terapéuticos y pronósticos. Desde tiempo atrás, se ha propuesto diferentes sistemas de clasificación y nomenclatura. En esta revisión se propone clasificar la HTA en 2 grupos, aquella que antecede el embarazo o se mantiene 12 semanas después del parto, definida como hipertensión crónica. La HTA que ocurre después de las 20 semanas de gestación y se recupera después del parto corresponde al segundo grupo; puede ser hipertensión gestacional o transitoria cuando la HTA es el único signo clínico, o preeclampsia, un síndrome multisistémico en el cual la manifestación más frecuente es proteinuria e HTA, debiendo considerarse su diagnóstico cuando se detecta compromiso de algún órgano blanco, aún sin proteinuria. Eclampsia define al cuadro de convulsiones en una paciente con preeclampsia. Por último, una gestante con HTA crónica puede presentar un cuadro de preeclampsia sobreagregada, siendo estos los cuadros de peor pronóstico materno perinatal.

PALABRAS CLAVE: Hipertensión arterial, embarazo, preeclampsia, clasificación.

ABSTRACT

Hypertension in pregnancy is a relative frequent disease, responsible of increased perinatal and maternal morbidity and mortality. Not all patients with hypertension in pregnancy will have similar prognosis. Establishing a unique classification system will allow professionals to use similar therapeutic and prognostic criteria. Different classification systems and terms have been proposed. In this article hypertension diagnosed previous to pregnancy or persisting more than 12 weeks after delivery is termed chronic hypertension. When hypertension is diagnosed after 20 weeks gestation it can be classified as gestational hypertension -when high blood pressure is the only clinical sign- or pre-eclampsia, a multisystemic syndrome in which hypertension and proteinuria are the most

frequent clinical manifestations; its diagnosis must also be considered if there are other organs or systems affected even without proteinuria. Eclampsia will be diagnosed if seizures occur in patients with pre-eclampsia. Finally pre-eclampsia superimposed on chronic hypertension will have the worst prognosis.

KEY WORDS: Hypertension, pregnancy, pre-eclampsia, classification.

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) durante la gestación es una patología relativamente frecuente y de gran repercusión clínica. Su frecuencia se describe entre 3% y

Pedro Saona-Ugarte

Rev Per Ginecol Obstet. 2006;52(4):219-225

Jefe de Departamento de Obstetricia y Ginecología Hospital Nacional Cayetano Heredia
Profesor Principal de Obstetricia y Ginecología Facultad de Medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia
Secretario General de la SPOG

10% de todos los embarazos, dependiendo, entre otras variables, de la edad y paridad de la paciente, así como de la población evaluada⁽¹⁾.

La gestante con hipertensión arterial está expuesta a desarrollar complicaciones, con alta letalidad materna, como desprendimiento prematuro de placenta, coagulación intravascular diseminada, insuficiencia renal aguda, hemorragia cerebral y falla hepática, entre otras⁽²⁾. Estas complicaciones explican en su mayor parte las

mueres maternas en mujeres con hipertensión arterial. Los cuadros de hipertensión durante la gestación son la segunda causa de muerte materna en el Perú, con 17%, y la primera causa de muerte materna en Lima.

La HTA en la gestación no solo tiene repercusión clínica en la madre sino también en su bebe. Es considerada una causa importante de parto prematuro y otras complicaciones, como restricción de crecimiento intrauterino, que son responsables del incremento de la morbilidad y mortalidad perinatal^(1,3).

El presente artículo tiene como objetivo plantear la definición y clasificación de hipertensión arterial en la gestación, de acuerdo a la revisión de la literatura, basada en los conocimientos actuales de la fisiopatología de esta entidad, medicina basada en evidencias, opiniones y consensos de expertos.

DEFINICIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Para abordar racionalmente el problema se debe definir en primer término qué paciente presenta HTA durante la gestación. Según la evidencia y el consenso actual, se diagnostica hipertensión arterial en aquella gestante que presenta una presión arterial (PA) sistólica mayor o igual a 140 mmHg y/o una PA diastólica mayor o igual a 90 mmHg, independiente del tiempo de gestación. Los criterios que utilizaban un incremento de 30 mmHg en la PA sistólica o 15 mmHg en la diastólica sobre la presión arterial basal detectada en el primer trimestre de la gestación han sido dejados de lado, debido a que se ha demostrado

que estas pacientes, si no llegan a los valores absolutos ya mencionados, no tienen mayor riesgo de presentar eventos adversos⁽²⁾. El diagnóstico de HTA durante la gestación utilizando los incrementos mencionados mostraron un valor predictivo positivo bajo (entre 7% y 52%) y una elevada tasa de diagnósticos falsos positivos (60% a 90%).

Se acepta que existen variaciones normales de la PA en el embarazo y las condiciones en las cuales se realiza la medición pueden condicionar variaciones en las medidas de hasta 20 mmHg⁽⁴⁾. Para diagnosticar hipertensión, los niveles de presión arterial deben ser detectados por lo menos en dos oportunidades, con un intervalo mínimo de 6 horas entre uno y otro registro y dentro del lapso de una semana⁽²⁾. Es importante remarcar en este punto que, las mediciones, para que sean confiables, deben cumplir ciertos requisitos que homogenicen los criterios diagnósticos.

En primer lugar, el registro de la PA se debe realizar con la paciente en posición sentada, luego de 5 a 15 minutos de reposo, evitando crear ansiedad en la gestante.

En segundo lugar, se debe utilizar un tensiómetro idealmente de mercurio, que esté en buenas condiciones y calibrado adecuadamente. El manguito debe ser apropiado a la circunferencia del brazo de la paciente, colocado en el tercio medio del brazo y debe estar a la altura del corazón de la paciente. En los casos en los que la circunferencia del brazo de la gestante sea mayor a 33 cm, debe utilizarse el manguito grande para

adultos, de modo que cubra 80% de la circunferencia del brazo⁽⁴⁾.

En tercer lugar, el registro de la PA sistólica se realiza con la auscultación del primer sonido, al descender la presión en el manguito, y la PA diastólica, con el V ruido de Korotkoff, es decir con la desaparición del latido a la auscultación. La controversia entre utilizar el IV o V ruido de Korotkoff quedó manifiesta cuando la *International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy* (ISSHP) y la *Australasian Society for the Study of Hypertension* (ASSHP) recomendaron el uso del IV ruido y el *National High Blood Pressure Education Program* de Estados Unidos (NHBPEP) recomendó el empleo del V ruido de Korotkoff^(2,4). Los estudios de Shennan y colaboradores, en 1996, dieron término a esta discusión, al demostrar que el V ruido puede ser registrado en forma más precisa y confiable, y corresponde con mayor exactitud a la verdadera PA diastólica intraarterial en mujeres embarazadas⁽⁵⁾.

CLASIFICACIÓN

Definido el término de HTA durante la gestación, se debe clasificar esta patología en el embarazo. El sistema de clasificación de HTA en la gestación debe cumplir objetivos educacionales, estadísticos y de investigación.

Los objetivos educacionales, sobre todo, están dirigidos para aquellos profesionales en quienes los conocimientos de la fisiopatología de la preeclampsia, la complicación hipertensiva más grave en la gestante, no son bien comprendidos. El contar con un sistema de clasifica-

ción obliga a realizar, una vez detectada la HTA, un plan diagnóstico que permita establecer qué tipo de hipertensión presenta la gestante y cuál es el manejo más apropiado, de acuerdo a guías clínicas idealmente basadas en evidencias⁽⁴⁾.

El objetivo estadístico de utilizar el mismo sistema de clasificación de HTA en la gestación, permitirá que tanto los profesionales, establecimientos y sistemas de salud puedan reportar y comparar la incidencia de HTA y sus complicaciones, en mujeres embarazadas provenientes de diferentes grupos poblacionales. Desde el punto de vista de investigación clínica, la estandarización de la clasificación permitirá comparar los resultados maternos y perinatales de las diferentes intervenciones terapéuticas en gestantes con el mismo tipo de patología, y emplear los esquemas de tratamiento que demuestren ser más efectivos en pacientes con igual diagnóstico⁽⁴⁾.

Debemos ser conscientes que, el proponer un sistema de clasificación para los trastornos hipertensivos en la gestación no ha sido sencillo. Es así que, en el tiempo, han surgido varios esquemas propuestos por diversos grupos de investigadores, cada cual con su fundamento y justificación.

La mayoría de los sistemas de clasificación están de acuerdo en establecer dos grupos claramente definidos de HTA en la gestación. El primero, aquel en el cual se conoce que la HTA antecede el embarazo, denominando a este grupo hipertensión arterial crónica asociada a la gestación. El segundo grupo es aquel en el cual la HTA aparece por primera vez durante la gestación (1-

8). En general, esta diferenciación permite alertar al profesional de salud de la mayor probabilidad de un peor resultado materno perinatal en los embarazos en los cuales la HTA aparece por primera vez en la gestación⁽⁴⁾.

La HTA que aparece por primera vez durante la gestación ha tenido varias clasificaciones a lo largo del tiempo, utilizando terminología diversa, que muchas veces, en lugar de estandarizar los criterios y definiciones, han servido para confundir a los profesionales de la salud e investigadores. Por este motivo, en los últimos 15 años, sociedades científicas y grupos de trabajo con experiencia en HTA durante la gestación han realizado una serie de reuniones de trabajo con el objetivo de evaluar la literatura médica basada en la evidencia y proponer consensos que permitan finalmente estandarizar la definición y clasificación de la hipertensión arterial en el embarazo.

El primer grupo lo conforma la ISSHP, quien define preeclampsia como la HTA de *novo* con proteinuria en el embarazo⁽⁶⁾. La ASSHP

clasifica a toda HTA de *novo* en el embarazo como preeclampsia, distinguiendo el grado moderado si solo presenta HTA y severo si hay manifestación de compromiso multisistémico en la madre⁽⁷⁾. El *American College of Obstetrics and Gynecologists* (ACOG) utiliza en su boletín, de 1996, el término hipertensión inducida por el embarazo, clasificándola en moderada y severa, de la misma manera que la ASSHP⁽¹⁾. La *Canadian Hypertension Society* (CHS) clasifica la HTA como preexistente, hipertensión gestacional con o sin proteinuria, hipertensión preexistente con hipertensión gestacional con proteinuria sobreagregada y no clasificable anteparto, con clasificación final a los 42 días posparto⁽⁸⁾.

La clasificación propuesta por el NHBPEP de los Estados Unidos, publicada en julio del año 2000⁽²⁾, actualizó su publicación del año 1990. Esta clasificación cumple los objetivos planteados en los párrafos anteriores y se basa, de acuerdo a la evidencia actual, en la fisiopatología de la HTA durante el embarazo (Tabla 1).

Tabla 1. Clasificación de la hipertensión arterial en el embarazo. *Report of the National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy.*

- Hipertensión gestacional
HTA diagnosticada después de las 20 semanas, sin evidencia de proteinuria.
- Preeclampsia-eclampsia
HTA diagnosticada después de las 20 semanas de gestación, con proteinuria o compromiso de algún órgano blanco. Eclampsia, si se presentan convulsiones.
- Hipertensión crónica
HTA presente antes del embarazo o diagnosticada por primera vez antes de las 20 semanas de gestación.
- Hipertensión crónica con preeclampsia sobreagregada
HTA presente antes del embarazo, en quien se incrementa los niveles de presión arterial, se detecta proteinuria por primera vez o se agrava una ya existente, o se añade trombocitopenia y/o incremento de enzimas hepáticas.

HIPERTENSIÓN GESTACIONAL

La HTA que aparece por primera vez durante la gestación y se recupera después del parto se la clasifica como hipertensión gestacional o transitoria y en preeclampsia.

El término de hipertensión gestacional es reservada para aquellos casos en los cuales se encuentra HTA en dos o más ocasiones con un intervalo de 6 horas de diferencia entre las tomas y dentro del lapso de una semana, sin ninguna otra alteración clínica o de laboratorio⁽²⁾.

La hipertensión gestacional es clasificada a su vez en moderada o severa. En la hipertensión gestacional severa, la presión arterial es mayor o igual a 160 mmHg y/o 110 mmHg en la sistólica y diastólica, respectivamente, debiendo cumplir también el criterio de dos tomas con intervalo mínimo de 6 horas y máximo de 7 días entre ambos registros⁽¹⁰⁾.

Se ha preferido emplear el término de HTA moderada en lugar de leve para llamar la atención de los profesionales de la salud y no subestimar la gravedad de los cuadros de HTA durante el embarazo.

La recuperación de la presión arterial debe ser constatada en el control 6 semanas después del parto. En los casos que la presión arterial se mantenga elevada, se evaluará hasta las 12 semanas posparto, para clasificarla finalmente como transitoria, si se ha normalizado, o crónica, si después de ese tiempo persiste elevada^(2,3).

PREECLAMPSIA

Antes de la década del 90, se consideraba que para el diagnóstico de preeclampsia se debía cumplir con una tríada que consistía en la aparición de hipertensión arterial como signo más importante asociada a la presencia de proteinuria y edema en una gestante previamente sana⁽⁴⁾. Esta definición clásica fue modificada con el tiempo y en la actualidad se acepta que el término preeclampsia comprende, desde el punto de vista fisiopatológico, un cuadro multisistémico producido por disminución de la perfusión tisular secundaria a alteración endotelial, vasoespasmo y activación de la cascada de coagulación^(2,9). Por lo tanto, su diagnóstico requiere alguna manifestación clínica o de laboratorio que demuestre el compromiso sistémico o de algún órgano blanco.

La manifestación de compromiso sistémico clásico de preeclampsia es la proteinuria y para algunos autores es requisito *sine qua non* para su diagnóstico⁽⁶⁾. Se considera proteinúrica significativa en la gestante cuando se detecta un nivel igual o mayor a 300 mg de albúmina, en una junta de orina de 24 horas⁽²⁾. Para algunos autores, el diagnóstico de proteinuria puede ser realizado con el hallazgo de 30 mg/dL de albúmina (una cruz en las tiras reactivas de orina), en dos muestras de orina colectadas al azar en un periodo mínimo de 6 horas, entre las muestras, y dentro del lapso de una semana. Sin embargo, se reconoce que existe gran variabilidad en la concentración de proteína en las muestras al azar y esto condiciona una pobre correlación con los resultados

de proteínas en orina de 24 horas. Por lo tanto, el diagnóstico definitivo de proteinuria deberá basarse en la junta de orina de 24 horas, dejando las muestras de tiras reactivas como pruebas rápidas de tamizaje^(2,4).

En relación a la necesidad de incluir la variable edema en lo que se consideraba la tercera variable de la clásica tríada de preeclampsia, debemos mencionar que por consenso este signo ha sido dejado de lado como requisito para el diagnóstico. Si bien el edema se presenta en dos tercios partes de las pacientes con preeclampsia, también se la encuentra en dos tercios de las gestantes normales^(2,4).

El edema, en la paciente con preeclampsia, se produce desde el punto de vista fisiopatológico por una alteración del endotelio vascular, lo cual incrementa la permeabilidad capilar, permitiendo el flujo de líquido del intravascular al espacio intersticial. En las gestantes normales, la integridad del endotelio capilar se mantiene y su permeabilidad es similar a la de la mujer no gestante. En estos casos, el edema refleja probablemente una retención exagerada de sal y agua, acompañada por un incremento de la presión hidrostática por cambios posturales y, en algunos casos, por la compresión de la vena cava por el útero grávido, con la consecuente disminución del retorno de la sangre venosa de la mitad inferior del cuerpo hacia el corazón⁽⁴⁾.

A pesar que el origen del edema es diferente en las mujeres con y sin preeclampsia, no existe por el momento forma de diferenciar este

problema desde el punto de vista clínico. En consecuencia, y hasta que se pueda contar con una prueba que permita distinguir la fisiopatología del edema, este signo no debe ser tomado en cuenta para el diagnóstico de preeclampsia en una gestante⁽⁴⁾.

La evidencia clínica actual ha determinado que se debe considerar también el diagnóstico de preeclampsia en aquellas pacientes con HTA durante la gestación que, a pesar de no tener proteinuria, muestran evidencia de compromiso de algún órgano o sistema, ya sea por la manifestación de síntomas, signos clínicos o de laboratorio, como alteración neurológica severa y persistente (alteración del estado mental, cefalea intensa, visión borrosa, ceguera, entre otros), dolor gravativo en hipocondrio derecho o epigastrio (acompañado o no de náuseas y/o vómitos), oligoanuria, edema agudo de pulmón, alteración de las enzimas hepáticas, trombocitopenia y/o signos de hemólisis intravascular, entre otros^(2,10).

Una vez definida que la paciente es portadora de preeclampsia, debemos evaluar si se trata de una paciente con preeclampsia moderada o severa. Se la clasifica como moderada si los niveles de PA sistólica y diastólica son menores a 160 y 110 mmHg, respectivamente, y/o la proteinuria en orina de 24 horas es menor a 5 gramos. Se la clasifica como preeclampsia severa si la PA o la proteinuria superan los límites de severidad mencionados en el párrafo anterior o se presenta evidencia clínica de compromiso de un órgano blanco, como riñón (oliguria o anuria), pulmón (edema agudo de pul-

món), encéfalo (cefalea intensa, trastorno del sensorio), ojos (desprendimiento de retina), hígado (aumento de enzimas hepáticas), endotelio (hemólisis, plaquetopenia) o placenta (restricción de crecimiento intrauterino severo), entre otros⁽¹⁰⁾.

El cuadro más grave de esta entidad es denominado eclampsia y corresponde a la presencia de convulsiones o coma en una paciente con diagnóstico de preeclampsia, en la cual no existe otra explicación clínica^(2,3).

El síndrome de Hellp, descrito por primera vez con este término por Weinstein, en 1982⁽¹¹⁾, se le describe hasta en 20% de pacientes con preeclampsia, siendo también un indicador de severidad. Sin embargo, se debe tener presente que existen reportes de casos de síndrome de Hellp en pacientes sin HTA^(12,13). En la actualidad, se acepta que el síndrome de Hellp presenta tres características: anemia hemolítica microangiopática –determinada por presencia de esquistocitos en el frotis de sangre periférico, incremento de bilirrubina y dehidrogenasa láctica (DHL)–, trombocitopenia menor a 150 000 por mL y daño hepático, con incremento de transaminasas glutámico oxalacética y dehidrogenasa láctica⁽³⁾. Se debe sospechar la presencia de síndrome de Hellp en una gestante en el tercer trimestre con síntomas de malestar general y dolor en epigastrio o hipocondrio derecho, con o sin náuseas, aún en ausencia de HTA. En estos casos, se procederá a realizar los exámenes de laboratorio que permitan confirmar o descartar la presunción diagnóstica.

HIPERTENSIÓN CRÓNICA

Una gestante es diagnosticada como portadora de hipertensión crónica cuando la HTA está presente y ha sido comunicada antes del inicio de la gestación, o es diagnosticada por primera vez en una gestante antes de las 20 semanas de embarazo, sin un cuadro de enfermedad del trofoblasto. También, debe considerarse el diagnóstico de hipertensión crónica en aquellos casos en los cuales, habiéndose detectado por primera vez la HTA durante la gestación, después de las 20 semanas, ésta se mantiene hasta después de 12 semanas de ocurrido el parto⁽²⁾.

Las mujeres con HTA crónica idealmente deberían ser evaluadas antes de la gestación, para recibir consejería en relación al impacto de una gestación en el curso de su enfermedad, así como el riesgo de complicaciones durante la gestación, como consecuencia de su HTA. De las gestantes con hipertensión crónica, cerca de 95% es portadora de HTA esencial y 2% a 5% presenta HTA secundaria (por enfermedad renal, enfermedad renovascular, aldosteronismo, síndrome de Cushing, enfermedad de tejido conectivo o feocromocitoma)⁽³⁾.

Se recomienda que el diagnóstico de HTA antes del embarazo haya sido realizado en más de una ocasión, con múltiples controles de presión arterial e incluso con medidas de presión arterial fuera de los ambientes hospitalarios o de consultorio, aún en el propio domicilio de la pa-

ciente, para disminuir el impacto de la llamada 'hipertensión de bata blanca'. En los casos que se confirma la HTA, especialmente si es severa (presión sistólica mayor de 180 mmHg y diastólica mayor a 110 mmHg), se debe hacer los estudios que permitan determinar la etiología de la HTA, para descartar y tratar de solucionar las causas reversibles de HTA antes del embarazo⁽²⁾.

Es conveniente, además, en las pacientes con hipertensión crónica, establecer si ya existe daño en algún órgano blanco antes del embarazo, incluyendo hipertrofia ventricular izquierda, retinopatía y/o enfermedad renal. De ser el caso, se debe explicar detenidamente a la paciente la probabilidad de un mayor deterioro del órgano ya afectado^(2,3).

Se ha observado un mayor riesgo de resultados perinatales adversos en las mujeres con hipertensión crónica, cuando se detecta proteinuria antes del embarazo o al inicio del mismo, incluso en los casos que no llega a diagnosticarse preeclampsia sobreagregada. El riesgo de pérdida fetal y/o deterioro acelerado de la función renal se incrementan cuando los niveles de creatinina sérica son mayores a 1,4 mg/dL antes del embarazo⁽²⁾.

La paciente con hipertensión crónica que manifieste su deseo de embarazo debe recibir recomendaciones en relación a cambios en su estilo de vida, así como evaluar la medicación que está recibiendo. En relación a la actividad física en gestantes con hipertensión crónica, a pesar que no existe evidencia de la seguridad o no del

ejercicio regular en estos casos, algunos autores recomiendan evitar el ejercicio aeróbico por las gestantes hipertensas, ante el riesgo teórico de un compromiso de la circulación útero placentaria en mujeres que tienen mayor riesgo de preeclampsia⁽²⁾.

En cuanto al uso de medicamentos, se debe recomendar suspender el tratamiento con medicamentos del grupo de inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA), así como antagonistas de receptores de angiotensina II. Existen comunicaciones sobre restricción del crecimiento fetal intrauterino, oligohidramnios, insuficiencia renal y muerte neonatal, en los casos en los que las pacientes recibieron este grupo de medicamentos durante el embarazo. En estas pacientes, se recomienda reemplazar los IECA por medicamentos seguros durante la gestación, como la alfa-metildopa, labetalol o los antagonistas del calcio^(2,3).

HIPERTENSIÓN CRÓNICA CON PREECLAMPSIA SOBREGREGADA

Establecer que una paciente con HTA crónica está desarrollando un cuadro de preeclampsia sobreagregada es importante para el manejo y pronóstico de la gestación. Existe evidencia que, la evolución de la madre y el feto se deterioran significa-

tivamente cuando una paciente con hipertensión crónica presenta preeclampsia sobreagregada y en estos casos el pronóstico es peor que con cada entidad por separado⁽²⁾.

Diferenciar un cuadro de preeclampsia sobreagregada de un deterioro de la HTA crónica durante el embarazo, puede ser difícil y requiere habilidad y experiencia en el manejo de gestantes con HTA⁽²⁾.

Los criterios que se debe utilizar para diagnosticar la presencia de preeclampsia sobreagregada en una paciente con HTA crónica se enumera en la Tabla 2.

Como corolario de lo anterior, se recomienda utilizar criterios de HTA con alta sensibilidad y especificidad. La HTA durante el embarazo se la define como una PA sistólica y/o diastólica mayor o igual de 140/90 mmHg, respectivamente. La medición de la PA será realizada en una paciente reposada, en posición sentada y en un ambiente idealmente tranquilo, tomando en cuenta las recomendaciones técnicas para una adecuada medición.

La clasificación de la HTA en la gestación considera a la HTA gestacional y la preeclampsia como aquellas exclusivas del embarazo que aparecen después de las 20 semanas y revierten completamente dentro de las primeras 12 semanas después del parto. La HTA gestacional solo presenta clínicamente

Tabla 2. Hipertensión crónica con preeclampsia sobreagregada. Criterios diagnósticos.

- Aparición de proteinuria por primera vez, después de las 20 semanas de gestación.
- Incremento súbito de la proteinuria en pacientes que la presentaban antes del embarazo.
- Incremento súbito de la presión arterial en la gestante que la tenía bien controlada.
- Trombocitopenia (menos de 100 000 plaquetas/mL)
- Incremento de enzimas hepáticas por encima de valores normales

HTA, mientras que en el caso de la preeclampsia, como enfermedad multisistémica, debe tener proteinuria o alguna manifestación clínica o de laboratorio que demuestre el compromiso sistémico.

La HTA diagnosticada antes del embarazo o en las primeras 20 semanas, en pacientes sin enfermedad de trofoblasto, corresponde a cuadros de HTA crónica. El demostrar en estas pacientes la aparición de un síntoma o signo que sugiera compromiso de algún órgano blanco, o el agravamiento de su HTA o proteinuria preexistente, plantea el diagnóstico de HTA crónica con preeclampsia sobreagregada, debiendo recibir por su complejidad el cuidado de especialistas con experiencia en el manejo de esta severa complicación en la mujer gestante.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Committee on Technical Bulletins of The American College of Obstetricians and Gynecologists. Hypertension in pregnancy. American College of Obstetricians and Gynecologists. Technical Bulletins N° 219. *Int J Gynaecol Obstet.* 1996;53:175-83.
2. Report of the National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2000;183:S1-S21.
3. Pridjian G, Puschett JB. Pre-eclampsia. Part I: Clinical and pathophysiologic considerations. *Obstet Gynecol Survey.* 2002;57(9):598-618.
4. Brown MA, De Swiet M. Classification of hypertension in pregnancy. *Balliere's Clinical Obstetrics and Gynaecology.* 1999;13:27-39.
5. Shennan A, Gupta M, Halligan A, et al. Lack of reproducibility in pregnancy of Korotkoff phase IV as measured by mercury sphygmomanometry. *Lancet.* 1996;347:139-42.
6. Davey DA, Mac Gillivray. The classification and definition of the hypertensive disorders of pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 1988;158:892-8.
7. Australian Society for the Study of Hypertension in Pregnancy. Management of hypertension in pregnancy: consensus summary. *Med J Australia.* 1993;158:700-2.
8. Helewa ME. Report of the Canadian Hypertension Society Consensus Conference: 1. Definitions, evaluation and classification of hypertensive disorders in pregnancy. *CMAJ.* 1997;157(6):715-25.
9. Redman CWG, Sacks GP, Sargent IA. Preeclampsia: An excessive maternal inflammatory response to pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 1999;180:499-506.
10. Sibai BM. Diagnosis and management of gestational hypertension and pre-eclampsia. *Obstet Gynecol.* 2003;102:181-92.
11. Weinstein L. Syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count: A severe consequence of hypertension in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 1982;142:159-67.
12. Sibai BM, Taslimi MM, El Nazer A, et al. Maternal-perinatal outcome associated with the syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets in severe pre-eclampsia-eclampsia. *Am J Obstet Gynecol.* 1986;150:1-7.
13. Aarnoudse JG, Houthoff HF, Weits J, et al. A syndrome of liver damage and intravascular coagulation in the last trimester of normotensive pregnancy. A clinical and histopathological study. *Br J Obstet Gynaecol.* 1986;93:145-55.