



RV-38. - LA PRESIÓN ARTERIAL NOCTURNA COMO PREDICTOR DE PREECLAMPSIA

M. Adrián Martín¹, J. Sobrino Martínez¹, B. Batalla Insenser¹, L. Casañas Zaragoza¹, J. Ruiz Izquierdo², M. García Reyes¹, E. Niño Aragón², N. Msabri²

¹Unidad Hipertensión, ²Servicio de Medicina Interna. Hospital de l'Esperit Sant. Santa Coloma de Gramenet (Barcelona).

Resumen

Objetivos: Analizar que parámetro de la medición de la presión arterial predice mejor la aparición de preeclampsia en mujeres gestantes con riesgo de hipertensión gestacional.

Métodos: Se evaluaron todas las gestantes con riesgo de presentar hipertensión gestacional: hipertensión preexistente, antecedente de HTA gestacional en embarazo previo, una determinación de PA clínica > 140/90 durante la gestación actual, o un flujo de arterias uterinas > 1,5 (índice de pulsatilidad) de nuestra área de influencia. A todas ellas se les realizó una determinación de la PA clínica según las recomendaciones de la ESH y una monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) de 24 horas durante el segundo trimestre de gestación, sin tratamiento antihipertensivo. Se definió HTA clínica si la media de 3 determinaciones de PA \geq 140/90 mmHg, HTA por MAPA si PA media de 24 horas \geq 130/80 mmHg, HTA de bata blanca (HBB) si PA clínica \geq 140/90 y MAPA 24h < 130/80 mmHg, HTA enmascarada (HTAE) si PA clínica < 140/90 y PA MAPA 24 h \geq 130/80 mmHg y HTA nocturna si PA media de periodo de descanso de la MAPA \geq 120/70 mmHg.

Resultados: Se incluyeron 59 gestantes, con una edad media (DE) de 31,9 años (4,9), en el 41,4% era su primer embarazo y en el 39,7% era su segundo embarazo. El 11,9% eran hipertensas previas a la gestación actual y el 30,5% presentaron alguna PA clínica elevada. Durante el segundo trimestre de gestación presentaron HTA clínica el 16,9%, HTA por MAPA 24 h 23,7%, HBB el 6,8% y HTAE el 16,9%. Al final de la gestación desarrollaron preeclampsia 7 gestantes (11,9%), no encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre las gestantes que desarrollaron preeclampsia y las que no en la prevalencia de HTA clínica (20% vs 10,2%; p = 0,383), HTA MAPA 24 h (21,4% vs 8,9%; p = 0,205), HTA nocturna (21,1% vs 7,5%; p = 0,133), HBB ni HTAE (14,3% vs 5,8%; 28,6% vs 15,4%; p = 0,429). Los valores de PA fueron más elevados en las gestantes que desarrollaron preeclampsia aunque solo la PA diastólica nocturna mostró diferencias estadísticamente significativas.

Tabla (RV-38)

	Preeclampsia (n = 7)	No preeclampsia (n = 52)	p
PAS/PAD clínica	122,5 \pm 15,6/79,9 \pm 11,5	121,9 \pm 12,6/77, 7 \pm 9,9	0,911/0,591

PAS MAPA 24h	122,7 ± 14,2	118,5 ± 10,2	0,335
PAD MAPA 24h	74,8 ± 7,4	71,1 ± 7,5	0,231
PAS MAPA día	124,7 ± 14,1	122,6 ± 10,4	0,644
PAD MAPA día	78,5 ± 8,4	75,1 ± 7,5	0,275
PAS MAPA noche	116,5 ± 15,7	110,4 ± 10,6	0,182
PAD MAPA noche	70,2 ± 10,6	63,4 ± 7,9	0,044

Conclusiones: Una de cada 8 gestantes de riesgo presenta preeclampsia a lo largo del embarazo. De los valores de presión arterial obtenidos por distintos métodos, unas cifras de PA diastólica nocturna durante el segundo trimestre más elevadas son los que confieren mayor riesgo.