

## Hipertensión arterial en el embarazo: Diagnóstico, objetivos de presión arterial y farmacoterapia.

**Dra. Mariana Galarza**

Medica Cardióloga. Servicio de Cardiología Sanatorio Allende. Córdoba - Posgrado en HTA U.C.C. Secretaria Distrito Centro SAHA

### Comentario del artículo:

*Garovic VD, Dechend R, Easterling T, et al.- Hypertension in Pregnancy: Diagnosis, Blood Pressure Goals, and Pharmacotherapy: A Scientific Statement From the American Heart Association - Hypertension 2022;79:e21–e41.*

Los trastornos hipertensivos del embarazo están en aumento debido a la edad materna más avanzada, obesidad y otros factores de riesgo cardiovascular; estos trastornos abarcan a la hipertensión crónica, la gestacional, la preeclampsia/eclampsia y la preeclampsia sobreimpuesta. La incidencia varía entre 7.5% y 15.3% por embarazo o por mujer respectivamente.

Son una de las principales causas de morbi-mortalidad materna y fetal relacionadas con el embarazo. Además, las mujeres afectadas también tienen mayor riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular. Las recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de los estados hipertensivos de la gestación, al contrario de lo que ocurrió con la población general, poco se han modificado en los Estados Unidos y en el mundo en los últimos años.

Se define hipertensión en el embarazo como una presión arterial (PA)  $\geq 140/90$  mmHg en 2 mediciones separadas al menos por 4 horas.

Para prevención es importante el control preconcepcional de factores de riesgo. Se recomienda el uso de aspirina comenzando entre las semanas 12 y 16 de gestación, en dosis de 81 a 150 mg/día en mujeres con riesgo de preeclampsia. Hay estudios no concluyentes con pravastatina y se cree que metformina disminuye la secreción de sFlt1 (tirocin kinasa 1).

Las guías actuales recomiendan el manejo con la PA de consultorio y control domiciliario en hipertensas crónicas o con hipertensión gestacional. Recordar que la hipertensión de bata blanca está presente entre el 4 al 30% de las gestantes y que esto predispondría a la preeclampsia; que la hipertensión secundaria representa menos del 10%, es más frecuente en menores de 30 años, y está asociada a peores resultados maternos y fetales; también debido al aumento de la obesidad, las apneas del sueño tomaron un papel mayor en la hipertensión secundaria entre las embarazadas.

La hipertensión posparto (6 a 12 semanas post parto) se presenta en el 8% de los embarazos normales y hasta en el 50% de mujeres con antecedentes de

preeclampsia y contribuye a complicaciones como accidente cerebrovascular, cardiomiopatías y trastornos metabólicos.

Determinar la PA óptima requiere un balance entre bienestar materno/fetal. Hay diferencias entre las sociedades con respecto al comienzo de la terapia antihipertensiva, la ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists) recomienda iniciar con PAS sostenida  $\geq 160$  mmHg o PAD  $\geq 110$  mmHg, con objetivo de PA 160-120/110-80 mmHg, en cambio la ISH (International Society of Hypertension), Canadá y OMS con PA  $\geq 140/90$  mmHg con objetivo de 130/80 mmHg.

Hay evidencia de que la terapia antihipertensiva reduce a la mitad la incidencia de hipertensión grave. Como primera línea se recomienda la monoterapia con labetalol o alfa-metildopa; algunas sociedades incluyen nifedipina. Estas drogas son comparables con respecto a la seguridad y la eficacia y se sugiere que los profesionales elijan en función de la experiencia y la familiaridad de uso con el fármaco. Se sigue contraindicando el uso de inhibidores del sistema renina angiotensina y no recomiendan el uso de diuréticos.

Cada vez hay más interrogantes, faltan estudios, identificar biomarcadores, definir valores de tratamiento/objetivo y esquema terapéutico, es importante progresar en este campo para garantizar que todas las mujeres en el mundo reciban una atención óptima antes, durante y después del embarazo.

### Lecturas recomendadas

- Magee LA, von Dadelszen P, Singer J, Lee T, Rey E, Ross S, Asztalos E, Murphy KE, Menzies J, Sanchez J, et al. The CHIPS randomized controlled trial (Control of Hypertension in Pregnancy Study): is severe hypertension just an elevated blood pressure? *Hypertension*. 2016;68:1153–1159.
- Abalos E, Duley L, Steyn DW, Gialdini C. Antihypertensive drug therapy for mild to moderate hypertension during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;10:CD002252.
- SPRINT Research Group. A randomized trial of intensive versus standard blood-pressure control. *N Engl J Med*. 2015;373:2103–2116.

