

En mujeres embarazadas con hipertensión arterial leve a moderada:

¿se debe indicar siempre tratamiento antihipertensivo?

Dr. Pablo Gastón Irusta

Médico especialista en Cardiología. Secretario del Distrito NEA – SAHA.

Coordinador del Servicio de Cardiología Obstétrica del Hospital Materno Neonatal. Médico de planta del Servicio de Cardiología y coordinador de la Unidad de HTA del Hospital Escuela de Agudos de Ramón Madariaga (Posadas Misiones).

Dr. José Rodolfo Cardozo

Médico especialista en Cardiología. Staff Cardiología Sanatorio Candia SRL. Jardín América Misiones. Tesorero distrito NEA-SAHA.

A favor: Dr. Pablo Gastón Irusta

Los objetivos de presión arterial (PA) en el embarazo han sido estudiados y debatidos desde hace años. Si bien existe un criterio unánime en cuanto a la necesidad de tratamiento urgente de la hipertensión arterial (HTA) severa, el manejo de la hipertensión leve a moderada (PA 140-159/ 90-109 mmHg) continúa siendo motivo de debate.

El motivo fundamental es la relación existente entre la evidencia de eventos duros y el descenso de la PA materna con disminución de la perfusión uteroplacentaria. Por este motivo algunas guías continúan sugiriendo no iniciar tratamiento farmacológico en estas pacientes.

El ensayo internacional CHIPS (*Control of Hypertension In Pregnancy Study*) fue diseñado para comprobar si el control "menos estricto" de la PA con un objetivo de PAD de 100 mmHg en comparación con un control "estricto" (PAD de 85 mmHg) mejoraba los resultados perinatales y maternos. Participaron 987 mujeres con HTA crónica o gestacional, todas ellas sin comorbilidades. Fueron asignadas al azar a las 24 semanas, el 75% tenían HTA crónica y cerca de la mitad recibían tratamiento antihipertensivo en ese momento. No se encontraron diferencias significativas entre los grupos en cuanto al riesgo de pérdida del embarazo, de atención neonatal o de complicaciones maternas en general, aunque un control menos estricto se asoció con una frecuencia significativamente mayor de hipertensión materna grave. Este ensayo muestra el beneficio del tratamiento antihipertensivo con un objetivo de PA más bajo, sin riesgo perinatal asociado. La preocupación referente al posible efecto del tratamiento estricto en el peso al nacer se exploró por la relación entre el crecimiento fetal y el parto prematuro, demostrando el incremento de este último en el grupo control menos estricto, con lo cual cualquier posible efecto del descenso de la PA

en el peso al nacer fue equilibrado por la prematuridad y no se tradujo en un efecto en la muerte o morbilidad perinatal.

El seguimiento de los niños a largo plazo no mostró diferencias en las tasas de crecimiento entre ambos grupos.

Aunque la HTA severa no se considera un indicador de resultados adversos maternos y perinatales como la preeclampsia, en un análisis secundario del ensayo CHIPS se demostró que, valores de PA $\geq 160/110$ mmHg se asociaron a un mayor riesgo de pérdida del embarazo, necesidad de cuidados neonatales > 48 horas, bajo peso al nacer y parto prematuro.

Cabe destacar también que las mujeres que recibieron un control menos estricto no estuvieron más satisfechas con la atención y que el control estricto de la PA no se asoció a costos adicionales.

Recientemente tanto las Guías ISSHP y las Canadienses, ambas del 2018, como las Guías NICE 2019, modificaron sus recomendaciones en base a esta evidencia, sugiriendo iniciar tratamiento con PAS promedio ≥ 140 mm Hg o PAD ≥ 90 mm Hg en mujeres embarazadas con HTA crónica, hipertensión gestacional o preeclampsia, con el objetivo de alcanzar una PAD de 85 mmHg.

Se aguardan los resultados de nuevos estudios como el CHAP, pero no cabe duda de que la evidencia actual permite plantear un cambio en el manejo de la HTA en el embarazo.

En contra: Dr. José Rodolfo Cardozo

La HTA en el embarazo es la primera causa de muerte materna y de morbimortalidad perinatal en el mundo. La prevalencia indicada en los diferentes grupos de trabajo muestra que, de cada 10 embarazos, 1 de ellos evolucionará con HTA y un 5% del total de hipertensas embarazadas van a presentar formas severas.



Los objetivos en el manejo de la HTA en la mujer embarazada han sido largamente un tema de debate en los últimos años. Y la búsqueda del momento en que debemos intervenir farmacológicamente depende ya no solo del valor de la PA sino también del estado clínico de la madre y del feto.

Sabemos actualmente que el mecanismo íntimo de la elevación de la PA en mujeres embarazadas depende de la función endotelial. Su alteración lleva a una contracción del volumen plasmático, un aumento de la rigidez arterial y del gasto cardiaco, una afeción de la placenta que en su progreso desemboca en la preeclampsia (PE).

El estudio más representativo de HTA y embarazo fue sin dudas el CHIPS, en el cual se enrolaron 987 mujeres embarazadas de las cuales el 75% tenían hipertensión crónica y 25 % hipertensión gestacional. Se observó que el 48% de cada grupo avanzó a PE sin diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto a plaquetopenia y elevación de enzimas hepáticas. Se observó un aumento de HTA severa en el grupo de control menos estricto.

Ahora, sin el desarrollo de eventos duros, ¿es la PA elevada un elemento suficiente para iniciar tratamiento farmacológico, precozmente? En una revisión publicada por Phipps y cols en 2016 se evaluaron las conductas sugeridas en diferentes sociedades y se observaron pequeñas diferencias entre ellas, pero en su gran mayoría se sugiere tratar cuando la PA estaba en un valor superior a 150/100 mmHg,

Una revisión reciente en Cochrane de Abalos y cols. incluyó 63 ensayos y 5.909 mujeres, y se comparó fármaco antihipertensivo vs placebo/ningún fármaco demostrando que, con nivel de evidencia de certeza moderada, los fármacos antihipertensivos probablemente tengan un mínimo efecto sobre el riesgo de muerte fetal o neonatal total, niños pequeños para edad gestacional o parto prematuro. Sin embargo, los autores no pudieron establecer con seguridad el efecto del tratamiento antihipertensivo sobre el riesgo de muerte materna por preeclampsia o eclampsia severa.

En el año 2018 se publica el Consenso Argentino de HTA (FAC-SAC-SAHA) donde se establece una recomendación de iniciar tratamiento farmacológico con PA \geq 150 y/o 100 mmHg (Clase I, Nivel de evidencia C), con un objetivo de PA < 140/90 mmHg, evitando descensos de PAS < 110 mmHg y PAD < 70 mmHg (Clase I, Nivel de evidencia C).

Los umbrales para el inicio de tratamiento y niveles de presión a lograr establecidos por diversas instituciones internacionales coinciden con las sugerencias locales, Sin embargo, existen algunas situaciones clínicas maternas que imprimen mayor riesgo a corto y largo plazo, como ser la PE en embarazo previo, presencia de enfermedades autoinmunes, enfermedad renal, embarazo múltiple, diabetes gestacional o HTA crónica mayor a estadio I. Por esto, consideramos que en mujeres embarazadas con HTA leve a moderada no se debe iniciar tratamiento antihipertensivo en todos los casos. Debe primar el juicio clínico de un equipo multidisciplinario que maneje este complejo madre-hijo, a la espera de ensayos clínicos aleatorizados controlados con un tamaño de muestra mayor para que brinden datos más contundentes al respecto. Tal vez, sea necesario identificar y seguir clínicamente a esas mujeres embarazadas con PAD de 90-109 mmHg, teniendo en cuenta que estos valores son relativamente comunes en el embarazo.

Lecturas recomendadas

Magee LA, von Dadelszen P, Rey E, et al. Less-Tight versus Tight Control of Hypertension in Pregnancy. *New England Journal of Medicine*. 2015;372(5):407-417.

Butalia S, Audibert F, Cote AM, et al. Hypertension Canada's 2018 guidelines for the management of hypertension in pregnancy, *Can. J. Cardiol*. 34 (5) (2018) 526–531.

Magee LA, Rey E, Asztalos E, et al, Management of non-severe pregnancy hypertension – A summary of the CHIPS Trial (Control of Hypertension in Pregnancy Study) research publications, *Pregnancy Hypertension* 18 (2019) 156–162.

Voto LS. Hipertensión y Embarazo. Editorial Ascune 2020.

Phipps E, Prassana D, Brima W, et al. Preeclampsia: Updates in Pathogenesis, Definitions, and Guidelines. *Clin J Am Soc Nephrol* 2016 Jun 6; 11(6): 1102–1113.

Abalos E, Duley L, Wilhelm Steyn D, et al. Antihipertensive drug therapy for mild to moderate hypertension during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 Oct 1;10(10):CD002252.

