

Hipertensión enmascarada en la mujer embarazada

¿Debemos buscarla en forma sistemática?

Dr. Martín Salazar

- Profesor titular de Medicina Interna. FCM. UNLP
- Jefe de Servicio de Docencia e Investigación.
Hospital Interzonal de Agudos Gral. San Martín, La Plata, Argentina



Los trastornos hipertensivos del embarazo han sido y son causa sustancial de morbilidad materna y fetal. Conceptualmente pueden ser divididos dicotómicamente en: 1- el embarazo en una mujer con hipertensión crónica y 2- la hipertensión inducida por el embarazo. Tradicionalmente, esta distinción se ha basado en: a) los antecedentes hipertensión de la mujer previos al embarazo, b) las mediciones de la presión arterial (PA) en el consultorio antes de las 20 semanas de gestación, y c) un punto de corte de $< 140/90$ mmHg para definir normotensión. Sin embargo, el alto nivel de desconocimiento de la condición de hipertenso observado en las muestras poblacionales (en especial en jóvenes), la discordancia entre las presiones del consultorio y las registradas en la vida diaria, y la poca evidencia de que el umbral usado sea adecuado particularmente en mujeres embarazadas, genera dudas sobre lo apropiado de este enfoque.

El desarrollo de disfunción placentaria, proteinuria y lesión en órgano blanco define la transición al síndrome de preeclampsia/eclampsia (PE), que es la principal causa de morbilidad de los trastornos hipertensivos del embarazo. La PE puede desarrollarse tanto en hipertensas preexistentes como en hipertensión inducida por el embarazo y es más grave cuando se presenta tempranamente, antes de las 34 semanas de gestación (PE temprana). Aunque las muertes por PE tienen una tendencia en descenso, la mortalidad por hipertensión en el embarazo ha mostrado un incremento en las últimas décadas en USA, asociado a mujeres embarazadas de mayor edad y más obesas (1).

Inicialmente, las mediciones de la PA fuera del consultorio en embarazadas -monitoreo ambulatorio de la presión arterial (MAPA) y/o monitoreo domiciliario de la presión arterial (MDPA)- han sido utilizadas básicamente para descartar

hipertensión del guardapolvo blanco en hipertensas de consultorio, con el objetivo de no usar antihipertensivos innecesariamente (2). Como contrapartida, aunque la hipertensión enmascarada (presión normal en consultorio e hipertensión fuera del mismo) ha sido identificada en población general como una situación prevalente y de alto riesgo, su importancia en el embarazo no había sido jerarquizada. Nuestro grupo de trabajo ha demostrado que, en mujeres cursando embarazo de alto riesgo, la hipertensión enmascarada es altamente prevalente e identifica un incremento de la posibilidad de desarrollar PE (3). La mayoría de las embarazadas con hipertensión enmascarada tienen hipertensión durante el descanso nocturno, la que se asocia fuertemente a PE temprana (4). Además, los recién nacidos de madres con hipertensión enmascarada tienen un peor pronóstico neonatal (5).

Dos revisiones recientes sobre trastornos hipertensivos del embarazo destacan la importancia de la hipertensión enmascarada, en especial si el embarazo es de alto riesgo (6,7). Mientras el diagnóstico de hipertensión del guardapolvo blanco es una tarea relativamente sencilla (efectuar MAPA o MDPA en todas las embarazadas con PA de consultorio $\geq 140/90$ mmHg), la detección de hipertensión enmascarada es una tarea más compleja pues, por definición, estas mujeres son normotensas en el consultorio. Antza y col (6), en la revisión publicada en el *Journal of Hypertension*, proponen usar MAPA o MDPA para detectar hipertensión enmascarada o nocturna en el primer trimestre de todos los embarazos de alto riesgo sin hacer referencia a valores de PA de consultorio. Sugieren además repetir las mediciones fuera del consultorio en el segundo trimestre con fines pronósticos. Como contrapartida, en la revisión publicada en *Hypertension Research*, Metoki y col. (7) sugieren que, en una mujer con un embarazo de

alto riesgo, una PA de consultorio $\geq 125/75$ mmHg es un punto de corte apropiado para indicar mediciones fuera del consultorio. La importancia de detectar hipertensión nocturna, dada su fuerte asociación con el desarrollo de PE temprana, indica, en nuestra opinión, que el MAPA es preferible al MDPA.

La alta prevalencia de hipertensión enmascarada en la primera mitad del embarazo abre la posibilidad de que algunas mujeres catalogadas como hipertensión inducida por el embarazo podrían tener en realidad hipertensión crónica oculta no tratada. El descenso fisiológico de la PA en la primera mitad del embarazo podría colaborar al “enmascaramiento” de la hipertensión crónica. Nuestro grupo, ha publicado recientemente que más de la mitad de las mujeres que serían catalogadas como hipertensión gestacional en base a los valores de PA de consultorio, son reclasificadas como hipertensión crónica enmascarada en base a los hallazgos de un MAPA realizado antes de la 20 semana de gestación (8). En este trabajo, las mujeres con hipertensión crónica enmascarada tenían un alto riesgo de desarrollar PE, en tanto que las verdaderas hipertensas gestacionales, no. El estudio CHAP (Chronic Hypertension and Pregnancy Trial Consortium)(9), publicado en este año en *New England Journal of Medicine*, demostró que el tratamiento de la hipertensión crónica leve (PA 140–160/90–100 mmHg) antes de la semana 20 de gestación mejora el pronóstico materno sin incrementar el riesgo de bajo peso fetal, subrayando la importancia de identificar tempranamente a las mujeres gestantes con hipertensión crónica. Más aún, el análisis de los subgrupos del estudio CHAP, demuestra que las mujeres con hipertensión crónica tratada tienen un riesgo significativamente menor que las con hipertensión de reciente diagnóstico y las crónicas no tratadas (9).

Finalmente, la hipertensión enmascarada podría explicar en parte el aumento del riesgo cardiovascular a largo plazo observado en mujeres que en su primer embarazo tuvieron hipertensión gestacional (no proteinúrica) (10). El alto riesgo de la hipertensión enmascarada no tratada en población general, soporta esta posibilidad.

En conclusión, en embarazadas de alto riesgo, mediciones fuera del consultorio antes de la semana 20 de gestación (en especial MAPA) parecen críticas para clasificar correctamente los trastornos hipertensivos del embarazo. Un segundo MAPA en la segunda mitad de la gestación aporta valor pronóstico, en especial detectando HA nocturna.

Dos preguntas quedan aún sin responder respecto a la hipertensión enmascarada en mujeres embarazadas. ¿Tiene el mismo valor en embarazos de bajo riesgo? ¿Deben ser tratadas las embarazadas normotensas de consultorio en base a los valores elevados del MAPA o del MDPA? Futuros estudios son necesarios para responderlas.

Lectura recomendada:

1. Ananth CV, Brandt JS. Historical and recent changes in maternal mortality due to hypertensive disorders in the United States, 1979 to 2018. *Hypertension* 2021; 78:1414–1422.
2. Brown MA, Magee LA, Kenny LC, Karumanchi SA, McCarthy FP, Saito S, et al. International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy (ISSHP). The hypertensive disorders of pregnancy: ISSHP classification, diagnosis & management recommendations for international practice. *Hypertension*. 2018; 13:291–310.
3. Salazar MR, Espeche WG, Leiva Sisnieguez BC, Balbín E, Leiva Sisnieguez CE, Stavile RN, et al. Significance of masked and nocturnal hypertension in normotensive women coursing a high-risk pregnancy. *J Hypertens* 2016; 34:2248–2252.
4. Salazar MR, Espeche WG, Leiva Sisnieguez CE, Minetto J, Balbín E, Soria A, et al. Nocturnal hypertension and risk of developing early onset preeclampsia in high-risk pregnancies. *Hypertens Res* 2021; 44:1633–1640.
5. Salazar MR, Espeche WG, Leiva Sisnieguez CE, Juliano PL, Vulcano MV, Sanchez Caro L, Minetto J, Balbín E, Carbajal HA. Masked hypertension and neonatal outcome in high-risk pregnancies. *J Hum Hypertens*. 2022 Jan 16;.
6. Antza C, Stabouli S, Kotsis V. Practical guide for the management of hypertensive disorders during pregnancy. *J Hypertens*. 2022 Jul 1;40(7):1257-1264.
7. Metoki H, Iwama N, Hamada H, Satoh M, Murakami T, Ishikuro M, Obara T. Hypertensive disorders of pregnancy: definition, management, and out-of-office blood pressure measurement. *Hypertens Res*. 2022 Aug;45(8):1298-1309. doi: 10.1038/s41440-022-00965-6. Epub 2022 Jun 20. PMID: 35726086; PMCID: PMC9207424.
8. Espeche WG, Salazar MR, Minetto J, Leiva Sisnieguez CE, Cerri G, Balbín E, Stavile RN, Carrera Ramos P, Soria A, Santillan C, Grassi F, Torres S, Carbajal HA. Hypertension arising after 20 weeks of gestation: gestational hypertension or masked chronic hypertension? *J Hum Hypertens*. 2022 Oct 12;.
9. 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.
10. Wikström AK, Haglund B, Olovsson M, Lindeberg SN. The risk of maternal ischaemic heart disease after gestational hypertensive disease. *BJOG*. 2005;112:1486–91.