

ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO: UN ANTES Y UN DESPUÉS.

¿Cuándo y a quien screenear el riesgo cardiovascular?

Dra. Olga Páez

Especialista en Cardiología e Hipertensión Arterial

Medica del servicio de Cardiología del Hospital Santojanni

Medica de CEMEDIC

Presidenta del Comité Científico del XXIX Congreso Argentino de Hipertensión Arterial, Abril 2023



La hipertensión arterial (HTA) es el principal factor de riesgo (FR) modificable de enfermedad cardiovascular (ECV) entre las mujeres de edad reproductiva, afectando a más del 13% de jóvenes desde los 20 a los 34 años y a 30% de las de 35 a 44 años.

Diferentes encuestas, demuestran que la mayoría de esta población, nunca se registró la presión arterial por lo cual desconoce si es normotensa o no. Otro dato de interés es que el 60% de las mujeres no planean su embarazo. Estas dos características socioculturales tan arraigadas y simples conducen a problemas complejos, el primero de ellos es no realizar una consulta preconcepcional y el segundo es iniciar la gestación con HTA no controlada.

Las recientes actualizaciones de las guías internacionales de HTA señalan la gran oportunidad que brinda la consulta previa al embarazo, para implementar la prevención de complicaciones CV.

Esta, es la etapa ideal para diagnosticar HTA sostenida o de guardapolvo blanco; sospechar HTA secundaria ante la presencia de HTA resistente o síntomas característicos y solicitar estudios correspondientes para el diagnóstico y tratamiento de la patología originaria, lo cual sería extremadamente complejo si la paciente ya está cursando el embarazo.

Es en esta consulta, que debe brindarse los conocimientos sobre los fármacos

antihipertensivos con potencial efecto tóxico sobre el feto, así como, iniciar o reforzar el control de FR frecuentemente asociados en hipertensas crónicas de mayor edad, como son la DBT 2 y el exceso de peso.

La incidencia de HTA crónica ha aumentado desde 1970 a un promedio de 5% cada año hasta la actualidad, el factor determinante para que esto ocurra es la mayor edad de las gestantes.

Esta entidad, puede evolucionar en forma tórpida con complicaciones tanto para la madre como para el feto en mayor grado que en normotensas y que en hipertensas gestacionales. Sin embargo, la mayoría de las pacientes con niveles de presión arterial controlados en forma previa a iniciar el embarazo presentan mejor evolución que las no controladas.

Sin dudas, la evaluación y el control del riesgo cardiovascular por medio de la consulta preconcepcional es una práctica que presenta bajo costo y alto beneficio, pero pobremente implementado en nuestro medio.

El después

En el año 2000, los resultados de una publicación de Irgens y col demostraron por primera vez que la preeclampsia (PE) aumentaba el riesgo de ECV futura de la madre, hasta entonces las complicaciones de la enfermedad hipertensiva del embarazo terminaban con el parto.

Esta novedosa hipótesis fue confirmada por varios

estudios posteriores. Además, fueron identificadas características clínicas de severidad de la PE que condicionan mayor riesgo futuro de HTA sostenida, accidente cerebro vascular, enfermedad coronaria e insuficiencia cardiaca. La instalación previa a las 37 semanas de gestación, la restricción del crecimiento fetal y la HTA severa son síntomas graves que alertan sobre el riesgo CV que tendrán estas mujeres en el futuro.

Recientemente fue publicado un estudio de cohorte a partir de un registro nacional de nacimientos en Holanda durante 1995 y 2015, el objetivo fue evaluar la morbimortalidad CV en primíparas a través de un seguimiento de 11 años posteriores al parto. Incluyeron en el análisis 1243890 mujeres de las cuales 3.7% evolucionaron con PE y 17% con HTA gestacional mientras que 79% pacientes cursaron su embarazo con normotensión. El análisis final demostró que la presencia de HTA en el embarazo se relacionó con 2 a 3 veces más mortalidad CV respecto a las normotensas, la edad media de las pacientes que presentaron PE y sufrieron complicaciones CV fue de 41 años (DS 7.2), otro hallazgo de interés fue que la presión diastólica más elevada (90-99 mmHg) fue un predictor de mortalidad CV.

Estos resultados suman evidencia a las ya existentes, las formas más severas de enfermedad hipertensiva del embarazo tienen fuerte relación con la expresión de enfermedad CV futura y deben considerarse señales de alerta para iniciar o intensificar el control de los FR en esta población.

Aun no está especificado en los consensos cuando, como y en qué periodo de tiempo efectuar el control, lo cierto es que, la evidencia es sólida, siendo el antes y el después del embarazo un tiempo que los profesionales de la salud debemos considerar.

Bibliografía sugerida

- Cameron N, Everitt I, Lee K, Yee L, Khan S. Chronic Hypertension in Pregnancy: A Lens Into Cardiovascular Disease Risk and Prevention. *Hypertension*. 2023 Mar 24. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.122.19317.
- Lu Y, Chen R, Cai J, Huang Z, Yuan H. The management of hypertension in women planning for pregnancy. *Br Med Bull*. 2018 Dec 1;128(1):75-84. doi: 10.1093/bmb/ldy035. PMID: 30371746; PMCID: PMC6289217.
- Khan SS, Brewer LC, Canobbio MM, Cipolla MJ, Grobman WA, Lewey J, et al. Optimizing Prepregnancy Cardiovascular Health to Improve Outcomes in Pregnant and Postpartum Individuals and Offspring: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*. 2023 Feb 14;147(7):e76-e91. doi: 10.1161/CIR.0000000000001124. Epub 2023 Feb 13. PMID: 36780391; PMCID: PMC10080475.
- Welters SM, de Boer M, Teunissen PW, Hermes W, Ravelli ACJ, Mol BW, de Groot CJM. Cardiovascular mortality in women in their forties after hypertensive disorders of pregnancy in the Netherlands: a national cohort study. *Lancet Healthy Longev*. 2023 Jan;4(1):e34-e42. doi: 10.1016/S2666-7568(22)00292-6. PMID: 36610446.
- Smith GN, Louis JM, Saade GR. Pregnancy and the postpartum period as an opportunity for cardiovascular risk identification and management. *Obstet Gynecol* 2019; 134: 851–62.