

# Hipertensión en el embarazo: un llamado a futuros cribados

**Erika S. W. Jones**

FCP (SA), Cert. Neph. PhD

Universidad de Ciudad del Cabo y Hospital Groote Schuur



La hipertensión en el embarazo es un espectro de enfermedades que incluye hipertensión gestacional, preeclampsia y preeclampsia superpuesta a la hipertensión crónica. La preeclampsia es hipertensión gestacional (es decir, que se desarrolla después de las 20 semanas de embarazo) que se complica con proteinuria, daño a órganos y/o disfunción uteroplacentaria.

La fisiopatología de la hipertensión en el embarazo incluye un desarrollo deficiente de las arterias espirales placentarias que resulta en hipoperfusión placentaria. El efecto de la isquemia placentaria es un exceso en la producción de radicales libres con estrés oxidativo que causa vasoconstricción materna y disfunción endotelial. De ahí la enseñanza tradicional, de que la hipertensión en el embarazo se resuelve con la eliminación de la placenta (Magee et al., 2022).

Desafortunadamente, ahora hay un creciente cuerpo de evidencia que sugiere que la hipertensión en el embarazo predispone a las mujeres a enfermedades cardiovasculares y renales que se presentan a una edad temprana. Rich-Edwards et al. han descrito el embarazo como una prueba de esfuerzo, donde una reacción de estrés positiva es la presencia de hipertensión, diabetes mellitus, retraso del crecimiento intrauterino y parto prematuro. Implementar cambios en el estilo de vida durante el período postparto tiene el potencial de mitigar el riesgo de hipertensión futura en el embarazo y mejorar la trayectoria de la salud cardiovascular (Rich-Edwards et al., 2010).

Otra demostración de que eliminar la placenta no elimina el riesgo de complicaciones de la preeclampsia es que la eclampsia puede ocurrir en los primeros días después del parto, por lo que las mujeres necesitan observación continua.

Las guías recomiendan un seguimiento en el período postparto inmediato, o el "4to trimestre", que incluya monitoreo y evitar el uso de analgésicos antiinflamatorios no esteroides si han tenido un episodio de lesión renal aguda. Sin embargo, no hemos logrado hacer recomendaciones fuertes sobre la atención a largo plazo.

La hipertensión es el factor de riesgo cardiovascular más fácil y rentable de detectar. La preeclampsia triplica el riesgo de desarrollar hipertensión, que puede ocurrir en mujeres menores de 40 años, antes de la edad recomendada para el cribado. Las mujeres con estados hipertensivos del embarazo tienen presiones arteriales consistentemente más elevadas que las mujeres con embarazos normotensos. Solo se necesita examinar a 9 mujeres después de la hipertensión en el embarazo para detectar una madre con hipertensión, en comparación con 38 mujeres con embarazos normotensos (Brown et al., 2013).

La preeclampsia duplica el riesgo de insuficiencia cardíaca y enfermedad cardíaca isquémica. Episodios recurrentes de preeclampsia aumentan aún más el riesgo de insuficiencia cardíaca y enfermedad cardíaca isquémica. El riesgo de accidente cerebrovascular también se eleva con una razón de probabilidades de 1.76 después de un episodio de preeclampsia y se duplica con episodios adicionales (Brown et al., 2013).

El tromboembolismo es más alto en las madres que han tenido preeclampsia. Esto habla del extenso daño endotelial que ocurre en el contexto de la hipertensión en el embarazo.

La preeclampsia está asociada con un riesgo relativo duplicado de enfermedad renal crónica y un riesgo relativo de 6.35 de enfermedad renal en etapa terminal, en comparación con los embarazos normotensos. Solo se necesitan seguir a 310 mujeres después de la preeclampsia para detectar una mujer que desarrolle enfermedad renal en etapa terminal. El riesgo relativo de albuminuria es de 4.31 después de la preeclampsia. La albuminuria es un marcador de disfunción endotelial y un marcador de eventos cardiovasculares. Solo se necesitan seguir a 4 madres para detectar albuminuria (Covella et al., 2019).

Desafortunadamente, ha habido una falta de asistencia a los servicios de salud después de la hipertensión en el embarazo. La baja asistencia sanitaria postparto está bien documentada en otros contextos. En los programas de tratamiento del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), hasta el 89.4% de las madres no accedieron a los servicios de VIH en el período postparto (Kalembo y Zgambo, 2012). Existen numerosas razones para la baja asistencia sanitaria, pero no se han explorado completamente los métodos para mejorar el acceso. Las madres llevan a sus hijos a los proveedores de atención médica y ocasionalmente acceden a los servicios de salud para ellas mismas. Estas visitas de atención médica son oportunidades para el cribado que no se pueden perder.

Desde el punto de vista de la economía de la salud, esta es una población joven de alto riesgo con muchos años para contribuir a las familias y la fuerza laboral. Cribar a estas mujeres tiene sentido financiero debido al bajo número necesario para cribar en comparación con la población general. El cribado es sencillo y solo requiere una medición de presión arterial y una tira reactiva de orina, anualmente. Un cribado metabólico sería ideal incluir, si los recursos lo permiten.

La detección temprana de hipertensión y enfermedades metabólicas crea la oportunidad de abordar los factores de riesgo temprano y prevenir el daño a órganos diana. Se requiere un buen tratamiento, que incluya manejo del estilo de vida. Las intervenciones en el estilo de vida son esenciales, independientemente de la presencia de factores de riesgo en el cribado. Todas las mujeres después de la hipertensión en el embarazo deben tener una dieta baja en sal, mejorar el ejercicio, optimizar el peso y comer una dieta rica en frutas y verduras frescas.

Se debe discutir la planificación de futuros embarazos y optimizar la salud para prevenir episodios adicionales de hipertensión en el embarazo. Las intervenciones en el estilo de vida pueden prevenir la recurrencia. Los embarazos de alto riesgo deben cubrirse con aspirina y calcio. Se debe instituir un buen control de la presión arterial, según sea necesario.

Este editorial destaca las consecuencias a largo plazo de la hipertensión en el embarazo y hace un llamado a todos los profesionales de la salud para que encuentren oportunidades para cribar a estas madres.

Los pasos simples que deben tomarse son:

1. Las madres deben ser asesoradas durante el embarazo y el período periparto sobre el exceso de riesgo cardiovascular y renal.
2. Las madres deben ser asesoradas para monitorear la presión arterial anualmente después del embarazo.
3. Los clínicos involucrados en el cuidado de mujeres con preeclampsia o sus hijos deben optimizar las oportunidades para cribar a estas madres con:
  - a. Monitoreo anual de la presión arterial
  - b. Tira reactiva de orina anual
  - c. Electrocardiograma anual, cuando sea posible
  - d. Creatinina anual, cuando sea posible
  - e. Perfil lipídico y glucosa anuales
4. Cuando se detecta presión arterial elevada, las madres deben ser tratadas adecuadamente.
5. Si se detecta daño orgánico mediado por hipertensión, se deben realizar más investigaciones, independientemente de la presión arterial en la consulta.

### **Conclusión:**

La hipertensión en el embarazo es una señal de advertencia de que una madre tiene un alto riesgo de hipertensión de inicio temprano, enfermedades cardiovasculares y enfermedades renales. Es una oportunidad para implementar cambios en el estilo de vida para prevenir futuras complicaciones y debe ser utilizada como un aviso anticipado para la necesidad de cribado.