Estudio multicéntrico argentino sobre hipertensión arterial y embarazo

Pizzorno JA, Mirofsky M, Leff D, Valdez P, Rivero M, Cario R, Ledesma R, Sabio R, Wacker J, Gilbert L, Salamea AB, Míguez M, Olivares M, Robledo VA, Zorn S, Achitte EA

Publicación: Revista Argentina de Medicina. ISSN 2618-4311. 2020;8(1):24-35

Objetivo: Cuantificar la prevalencia de los distintos tipos de trastornos hipertensivos del embarazo (THE); describir caracteres epidemiológicos de este grupo de embarazadas; cuantificar las complicaciones durante la internación, los hallazgos de laboratorio, el uso de fármacos, y describir la evolución neonatal.

Diseño del Estudio: Estudio multicéntrico, prospectivo, observacional, longitudinal y analítico. Obtención de datos de la historia clínica en el momento del alta de la paciente. Muestreo consecutivo en cinco instituciones de la República Argentina durante noviembre y diciembre de 2019.

Criterios de Inclusión: Embarazadas que se internen y tengan hipertensióna arterial (HTA) como causa de internación o que la presenten durante la internación.

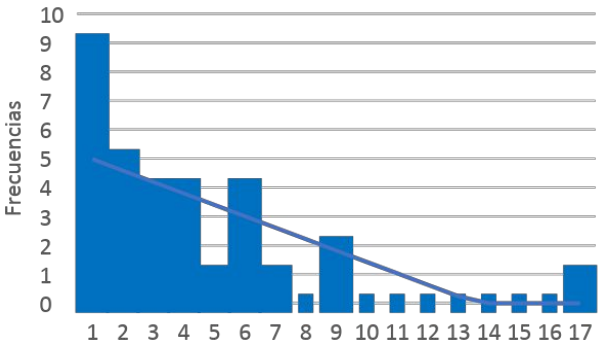
Resultados Principales: Fueron incluidas 31 embarazadas. Edad media: 27,4 años. Sobrepeso u obesidad previa: 67,6. HTA ambulatoria previa: 58,8%. Internación previa por HTA: 32,3%. Tipos de hipertensión: Preeclampsia (PE) con proteinuria 38,7% Hipertensión gestacional (HG) 38,7% Hipertensión crónica 9,7% PE sin proteinuria 9,7% HTANcrónica con preeclampsia sobreimpuesta 3,2%. Cesárea: 74,2%. Parto vaginal: 22,6%. No fue necesario interrumpir el embarazo: 3,2%.

Interpretación: La PE con proteinuria y la HG constituyen los trastornos hipertensivos más frecuentes en las pacientes hospitalizadas por HTA durante el embarazo. El descenso significativo de la presión arterial sistólica (PAS) al alta refleja la eficacia del tratamiento instaurado durante la hospitalización, aunque persiste una elevada carga de complicaciones maternas y perinatales.

Resultados Secundarios: La PAS disminuyó significativamente entre el ingreso y el alta hospitalaria (134,9 vs 125 mmHg; p=0,007).

Complicaciones observadas: Cefalea 22,6%, Edema 12,9%, Dolor abdominal 9,7%, Eclampsia 6,5%, Síndrome HELLP 3,2%. Labetalol fue el antihipertensivo más utilizado (41,9%), seguido de alfametildopa (12,9%). La proteinuria fue positiva en el 38,7% de las pacientes. No hubo mortalidad materna. La mortalidad neonatal alcanzó 12,9%.

Efectos Adversos: Las complicaciones graves requirieron ingreso a cuidados intensivos en el 9,7% de las pacientes. La eclampsia y el síndrome HELLP representaron las formas clínicas de mayor gravedad.



Mortalidad	n	%
Materna	0	0
Neonatal	4	12,9

Conclusiones: La PE con proteinuria y la HG fueron las entidades predominantes, mientras que el tratamiento antihipertensivo permitió un adecuado control de la presión arterial durante la internación. Sin embargo, la frecuencia de complicaciones graves y la mortalidad neonatal subrayan la necesidad de un diagnóstico precoz y un seguimiento multidisciplinario.

Redacción a cargo del Dr. ***Jorge Quinchuela****. Grupo de trabajo de Farmacología y Farmacoterapia en HTA*

Discusión: Los THE continúan representando una de las principales causas de morbimortalidad materna y perinatal a nivel mundial, afectando aproximadamente al 10% de las gestaciones. En este estudio la PE con criterios de proteinuria presentó la misma frecuencia que la HG (38,7%), hallazgo que difiere de la distribución descrita en la literatura internacional y que probablemente refleja la inclusión de pacientes hospitalizadas con cuadros clínicos de mayor complejidad. Esta interpretación es consistente con la revisión sistemática de Abalos y colaboradores, que reportó una incidencia global de preeclampsia del 4,6% y de eclampsia del 1,4%, así como con los datos argentinos de Corrientes, donde la preeclampsia se presentó en el 2,9% de los embarazos y la eclampsia alcanzó una frecuencia global del 0,29%. Otro hallazgo relevante fue la elevada proporción de pacientes con sobrepeso u obesidad antes del embarazo, condición reconocida como un importante factor de riesgo para el desarrollo de hipertensión gestacional y preeclampsia. Estudios prospectivos han demostrado que la obesidad pregestacional y la excesiva ganancia de peso durante la gestación favorecen la aparición de estos trastornos mediante alteraciones metabólicas y vasculares, lo que resalta la importancia de implementar estrategias preventivas desde la etapa preconcepcional. Asimismo, la ausencia de mortalidad materna contrasta con una mortalidad neonatal del 12,9%, lo que evidencia que, aunque el manejo hospitalario permitió controlar las complicaciones maternas, el compromiso fetal continúa siendo una consecuencia importante de la enfermedad hipertensiva. En cuanto al tratamiento, el predominio del uso de labetalol y alfametildopa coincide con las recomendaciones de las guías internacionales y con la evidencia disponible. El estudio CHIPS demostró que el control intensivo de la hipertensión leve o moderada reduce significativamente la progresión hacia HTA severa sin incrementar los eventos adversos neonatales, mientras que la revisión Cochrane confirmó que el tratamiento antihipertensivo disminuye aproximadamente a la mitad este riesgo. Además, no se ha demostrado una superioridad clínica consistente entre metildopa, betabloqueantes y bloqueadores de los canales de calcio, por lo que la selección terapéutica debe individualizarse según las características maternas y fetales. En conjunto, estos resultados respaldan la importancia del diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno y el seguimiento multidisciplinario para optimizar los desenlaces maternos y perinatales.

Bibliografía:

1. Abalos E, Cuesta C, Grosso AL, et al. Global and regional estimates of preeclampsia and eclampsia: a systematic review. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2013;170:1-7.
2. Magee LA, von Dadelszen P, Rey E, et al. Less-tight versus tight control of hypertension in pregnancy. N Engl J Med 2015;372:407-17.
3. 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.
4. Sibai BM. Diagnosis, controversies, and management of the syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count. Obstet Gynecol 2004;103:981-91.
5. Gaillard R, Steegers EA, Hofman A, Jaddoe VW. Associations of maternal obesity with blood pressure and the risks of gestational hypertensive disorders. The Generation R Study. J Hypertens 2011;29:937-44.
6. ACOG Practice Bulletin No. 202: Gestational Hypertension and Preeclampsia. Obstet Gynecol 2019;133:e1-e25.
7. Pizzorno J, Rivero M, Villalba MT y col. Predictores de eclampsia en pacientes con eclampsia. XIII Congreso Argentino de Hipertensión Arterial 2006.