

En esta oportunidad, la Dra. Albertina Ghelfi, especialista en Clínica Médica y en Hipertensión Arterial, Coordinadora del grupo de trabajo Hipertensión Arterial en la Mujer de la Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial (SAHA), Coordinadora de la Unidad de Hipertensión Arterial y Riesgo Cardiovascular del Hospital Escuela Eva Perón, nos responde preguntas sobre hipertensión arterial en el embarazo.



@cardiorosario ¿Cuándo hablamos de HTA en embarazadas?



@albertinaghelfi Se define con una PA sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg y/o diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg en el consultorio. Para obtener las cifras de PA se debe realizar una correcta técnica de medición, utilizando un tensiómetro validado y promediando los valores de al menos dos tomas de PA sucesivas en la misma consulta. Es fundamental confirmar que la elevación de PA también existe en el domicilio, de modo de descartar HTA de Bata Blanca.



@cardiorosario ¿Cómo se clasifica la HTA en embarazadas?



@albertinaghelfi En base a las cifras se habla de HTA no severa (leve-moderada) cuando la PA de consultorio es $\geq 140/90$ mmHg pero $< 160/110$ mmHg; y de HTA severa si es ≥ 160 y/o ≥ 110 mmHg. En base al momento de aparición se clasifica como **Crónica** cuando se observa antes de la semana 20 de embarazo y **Gestacional** cuando aparece luego de la semana 20. Los cambios hemodinámicos de la primera mitad del embarazo (que inician en la semana 12-14 y alcanzan su nadir hacia la semana 28) pueden enmascarar la presencia de HTA previa. En casos dudosos, el trastorno hipertensivo deberá ser reclasificado en posparto.



@cardiorosario ¿Cómo hacemos el diagnóstico?



@albertinaghelfi En casos de HTA leve-moderada idealmente deben realizarse mediciones ambulatorias de modo de constatar las elevaciones de PA en el domicilio. Se recomienda la realización de **MAPA 24 hs**, tomando los valores de referencia de normalidad en relación con la edad gestacional (y no los utilizados para población general). En caso de no disponer del método, puede indicarse la realización de **MDPA**.



@cardiorosario ¿Tratamiento?



@albertinaghelfi El estudio CHAP, realizado en embarazadas con HTA Crónica leve-moderada, concluyó que un objetivo de PA $< 140/90$ mmHg se asoció con mejores resultados (menor incidencia del *outcome* compuesto por: desarrollo de preeclampsia severa, parto prematuro, desprendimiento placentario o muerte fetal/neonatal). En base a estos datos, la guía ESH-2023 sugiere que el umbral de PA **para inicio o potenciación del tratamiento** antihipertensivo sea $140/90$ mmHg. Asimismo, considera razonable que en casos de HTA Gestacional también se valore el inicio del tratamiento cuando las cifras se presenten sostenidamente $\geq 140/90$ mmHg. Antes de tomar la decisión de inicio, resulta indispensable **confirmar** el diagnóstico y considerar la edad gestacional.



@cardiorosario Amlodipina ¿sí o no?



@albertinaghelfi Clásicamente se ha utilizado nifedipina-RETARD como calcioantagonista de elección en el embarazo. La falta de disponibilidad de nifedipina-RETARD en muchos países, incluida Argentina, llevaron a la necesidad de explorar la seguridad de otras formulaciones (como nifedipina-OROS) y otros agentes calcioantagonistas (como amlodipina). A la fecha existe un importante pool de investigaciones retrospectivas, revisiones sistemáticas y metaanálisis al respecto. Una de las más recientes, publicada en 2022 por Yin J *et al*, concluye que amlodipina puede ser utilizada de forma eficaz y segura durante el embarazo.



@cardiorosario Dieta hiposódica ¿sí o no?



@albertinaghelfi No recomienda la restricción de sodio durante el embarazo en pacientes con HTA Gestacional. Sin embargo, sí se considera razonable que mujeres con HTA Crónica preexistente sostengan una ingesta de sodio limitada.



@cardiorosario ¿Hasta qué valores descendemos la PA?



@albertinaghelfi Durante el embarazo no se debe buscar una reducción intensificada de PA debido al riesgo de hipoperfusión fetal. Las guías de ISSHP-2021 y ESH-2023 indican que **se deben evitar valores de PAD < 80 mmHg** en embarazadas hipertensas con tratamiento farmacológico.



@cardiorosario ¿Seguimiento durante el embarazo?



@albertinaghelfi La frecuencia del seguimiento deberá ser individualizada conjuntamente con el obstetra, guiada por el nivel de PA y la presencia de otros factores de riesgo concomitantes. Puede instruirse a las pacientes en la realización de controles domiciliarios de PA, otorgando pautas de alarma para mejorar la precocidad de la consulta en casos de mal control.



@cardiorosario HTA en embarazo: ¿Implica mayor RCV a futuro?



@albertinaghelfi Categóricamente: sí. Existe mayor incidencia de condiciones cardiovasculares a mediano y largo plazo en mujeres que presentaron trastornos hipertensivos durante su embarazo. Se recomienda que estas pacientes sean asesoradas sobre este riesgo y que tras el parto se implemente una estrategia de seguimiento enmarcada bajo las recomendaciones del "IV Trimestre".



@cardiorosario Aspirina en embarazadas: ¿Cuándo?



@albertinaghelfi Debe indicarse en embarazadas con riesgo moderado o alto de desarrollar preeclampsia. Si bien la dosis es discutida, ESH-2023 recomienda 100-150 mg diarios, iniciando antes de la semana 12 de gestación y hasta la semana 35.