

Hipertensión arterial gestacional: ¿Hipertensión inducida por el embarazo o hipertensión crónica enmascarada?

Espeche, Salazar, Minetto, Carrera Ramos, Balbin, Soria, Grassi, Torres, Santillan, Stavile, Sisniegues Leiva, Olano, March, Maciel, Perez Duahalde, Martinez, De Iraola y Carbajal Hospital San Martín de La Plata

Introducción. Los trastornos hipertensivos del embarazo han sido divididos en hipertensión arterial (HA) crónica (hipertensa que se embaraza) vs hipertensión gestacional (HA inducida por el embarazo). La presión arterial (PA) de consultorio antes de la semana 20 ha sido utilizada para diferenciar estas condiciones, considerando HA gestacional a la aparición de HA después de la semana 20. Sin embargo, esta definición no considera la posibilidad de HA crónica enmascarada (PA normal en el consultorio y elevada en el monitoreo ambulatorio de la PA antes de las 20 semanas). Recientemente nuestro grupo ha demostrado que la HA enmascarada es una condición frecuente en embarazadas de alto riesgo y que conlleva un incremento en el riesgo materno y fetal.

Mientras el riesgo de complicaciones materno-fetales de la HA crónica ha sido claramente definido, el asociado a HA gestacional ha variado ampliamente entre 2,9% a 48,1%. Lisonkoba y col han demostrado que la PE se presenta en el 50% cuando la HA gestacional se diagnostica antes de la semana 30, pero sólo en el 10% cuando aparece luego de la semana 36 de gestación, destacando la importancia del momento de aparición de la HA gestacional. Nuestra hipótesis de trabajo es que una proporción de HA gestacional definida en base a las recomendaciones actuales, podrían ser en realidad HA crónica enmascarada desenmascaradas por el embarazo, más que HA inducida por el embarazo. Más aún, esta distinción podría ser importante desde el punto de vista pronóstico y explicar, al menos en parte, la heterogeneidad de riesgo de PE hallada en trabajos previos.

Tabla 1. Comparación de las pacientes con y sin hipertensión crónica en la evaluación de la primera mitad del embarazo.

	Hipertensión crónica		p
	Si n 67	No n 160	
Edad, años, media ± DS	31 ± 6	34 ± 6	0,001
Edad gestacional en la evaluación, semanas, media ± DS	15 ± 3	15 ± 3	0,342
Diabetes mellitus, n (%)	5 (8,2)	19 (12,0)	0,362
Enfermedad del colágeno/SAR, n (%)	1 (1,5)	7 (4,4)	0,283
Enfermedad renal crónica, n (%)	4 (6,0)	5 (3,5)	0,299
PAS de consultorio, mmHg, media ± DS	120 ± 12	134 ± 16	< 0,001
PAD de consultorio, mmHg, media ± DS	76 ± 8	87 ± 12	< 0,001
PAS en MAPA de 24 hs, mmHg, media ± DS	119 ± 12	129 ± 16	< 0,001
PAD en MAPA de 24 hs, mmHg, media ± DS	71 ± 8	79 ± 13	< 0,001
Tratamiento antihipertensivo, n (%)	45 (67,2)	0 (0)	NA
AAS, n (%)	62 (92,5)	123 (79,5)	0,006
Suplementos de calcio, n (%)	29 (43,3)	64 (40,0)	0,646

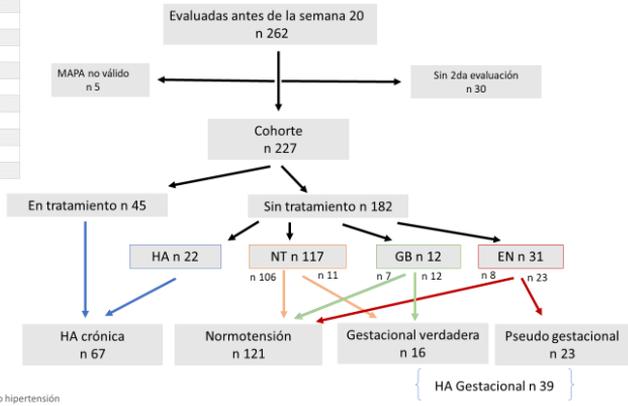


Tabla 2. Comparación de las embarazadas sin hipertensión crónica de acuerdo al desarrollo o no hipertensión gestacional

	Normotensión n 121	Gestacional verdadera n 16	Pseudo gestacional n 23	p	P verdadera vs pseudo
Edad	30 ± 6	30 ± 5	32 ± 9	0,591	NA
Diabetes mellitus	15 (12,4)	0 (0)	4 (17,4)	0,240	NA
Diabetes gestacional	11 (9,1)	2 (12,5)	2 (8,7)	0,901	NA
PAS de consultorio, mmHg, media ± DS	120 ± 11	124 ± 16	122 ± 13	0,207	NA
PAD de consultorio, mmHg, media ± DS	75 ± 8	79 ± 10	78 ± 7	0,135	NA
PAS en MAPA de 24 hs, mmHg, media ± DS	115 ± 9	118 ± 7	138 ± 10	< 0,001	< 0,001
PAD en MAPA de 24 hs, mmHg, media ± DS	69 ± 6	71 ± 6	84 ± 9	< 0,001	< 0,001
Tratamiento antihipertensivo	0 (0)	11 (68,8)	22 (95,7)	< 0,001	0,022
AAS	91 (75,2)	13 (81,2)	19 (82,6)	0,675	NA
Suplementos de calcio	49 (40,5)	7 (43,8)	8 (39,4)	0,832	NA

Los valores de PAS y PAD corresponden a la evaluación basal ANOVA, Post Hoc Tukey, Chi2

Tabla 3. Riesgo absoluto y relativo (OR) de desarrollar PE de acuerdo a las categorías de PA.

Categoría	Riesgo absoluto	OR no ajustado	IC 95%	OR ajustado	IC 95%
Normotensión n 121	15,7	1		1	
HA gestacional verdadera n 16	12,5	0,76	(0,16-3,65)	0,72	(0,15-3,45)
Pseudo HA gestacional n 23	43,5	4,13	(1,58-10,77)	4,47	(1,16-12,63)
HA crónica n 67	32,8	2,63	(1,29-5,32)	2,81	(1,30-6,07)

Regresión logística binaria. Ajustado: edad, diabetes mellitus, diabetes gestacional, uso de aspirina y suplementación con calcio

Conclusión. En nuestra cohorte de embarazadas de alto riesgo, 59% de las clasificadas por la definición tradicional como HA gestacional, tenían HA crónica enmascarada de acuerdo al MAPA realizado antes de las 20 semanas. Este subgrupo tiene más de cuatro veces de incremento del riesgo de desarrollar PE, mientras que las verdaderas HA gestacionales no mostraron mayor riesgo