

Manejo del embarazo en una mujer con hipertensión arterial crónica

Una guía para su manejo clínico prudente y su estudio adecuado.

Autor: Pippa Oakeshott, Lucy C Chappell Fuente: MJ 2016;353:i1497 *Management of a new pregnancy in a woman with chronic hypertension*

Página 1

Lo que necesita saber

- En la primera presentación de una mujer recién embarazada con hipertensión arterial crónica, disponer la derivación inmediata a un obstetra, de preferencia uno que se especialice en la hipertensión.
- Estas mujeres tienen un mayor riesgo de pre-eclampsia, parto prematuro, feto pequeño para la edad gestacional, o muerte fetal.
- Asegúrese de evaluar la seguridad de los fármacos antihipertensivos en el embarazo y sustitúyalos si es necesario, por ejemplo: inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina.

Viñeta clínica

Una mujer de 28 años de edad manifiesta que tiene seis semanas de embarazo de su segundo bebé y que le gustaría ser derivada a obstetricia. Ella dice que tenía un problema con la presión arterial alta en el embarazo anterior hace tres años y que ha estado tomando nifedipina y ramipril, desde entonces, mientras continuaba presión arterial alta cuando trató de dejar de tomar sus pastillas. Pregunta si ahora debe suspender estas pastillas y si son seguras para su bebé.

Lo que se debe evaluar

Preguntar acerca de

- **Embarazo actual:** fecha de la última menstruación para estimar su gestación actual (y la fecha prevista del parto); algunos fármacos antihipertensivos deben ser suspendidos una vez que una prueba de embarazo positiva ha sido confirmada (cuadro 1).
- **Embarazos anteriores:** internación para presión arterial alta durante la gestación, indicación de parto y problemas de salud para ella o para el bebé para evaluar la probabilidad de reaparición. Está en mayor riesgo si los problemas se produjeron en una gestación anterior.
- **Investigaciones previas para hipertensión arterial:** ¿ha visto un especialista o tenían ecografía renal, electrocardiografía, ecocardiografía, u otros exámenes para causas de hipertensión secundaria según lo recomendado por el Instituto Nacional de Salud y Excelencia de Atención (NICE) ¹
- **Otros medicamentos:** se debe preguntar acerca de todos los fármacos antihipertensivos para identificar a aquellos que necesitan cambiarse, ácido fólico, vitamina D, y cualquier otro fármaco.

Recuadro 1: El tratamiento antihipertensivo durante el embarazo³

Considere el uso de:

- Labetalol (a menos que el paciente tenga asma)
- Nifedipina
- Metildopa (advertir que la somnolencia puede ocurrir así como un bajo estado de ánimo)

Suspender:

- Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (por ejemplo, ramipril, enalapril)
- Bloqueadores del receptor de angiotensina (por ejemplo, valsartán, losartán)
- Diuréticos tiazídicos (por ejemplo, bendrofluacida, hidroclorotiazida)

Examen clínico

Tome su presión arterial de acuerdo con el protocolo (manguito ancho si su circunferencia del brazo superior es ≥ 33 cm,

posición correcta, sin hablar, sentados durante cinco minutos). Tome su presión arterial tres veces con un minuto de diferencia y el promedio de los últimos dos lecturas.

Compruebe su orina para descartar proteinuria y para evaluar la enfermedad renal coexistente, y repetir la prueba de embarazo si hay alguna duda acerca de su estado.

Organizar los análisis de sangre para hipertensión incluyendo la evaluación de la función renal y la hemoglobina glicosilada (HbA1c) / glucosa de sangre al azar.

Solicitar un electrocardiograma si no hay registro anterior. (Tenga en cuenta que las concentraciones de lípidos son poco fiables en el embarazo, por lo que deben ser comprobadas después del parto si es apropiado.)

Lo que se debe hacer

Explicar que alrededor del 2-3% de las mujeres embarazadas (alrededor de 16 000 a 24 000 mujeres cada año en el Reino Unido) ya tiene presión arterial alta cuando quedan embarazadas (es decir, la hipertensión es crónica). Ya que esto aumenta los riesgos para el embarazo debe referirla a un obstetra y que va a necesitar citas adicionales para su vigilancia.

Alrededor de una cuarta parte de las mujeres embarazadas con hipertensión crónica desarrollan preeclampsia. Cerca de un tercio tendrá un nacimiento prematuro.²

Si ha tenido preeclampsia en un embarazo anterior es más probable que la tenga nuevamente en futuros embarazos.³ Además, las mujeres que han tenido un embarazo con hipertensión arterial tienen un mayor riesgo a largo plazo de accidente cerebrovascular y enfermedad cardiovascular.

Para las mujeres con hipertensión arterial crónica es especialmente importante durante el embarazo evitar el exceso de peso, continuar con el ejercicio, comer una dieta baja en sal, y dejar de fumar.

Explicar los síntomas de la preeclampsia, y aconsejarle que vaya a la unidad de evaluación de embarazo el mismo día en caso de presentar:

- Fuertes dolores de cabeza (aumento de la intensidad que no se alivia con analgésicos regulares).
- Problemas visuales, como visión borrosa, luces intermitentes, o visión doble.
- Dolor de estómago persistente y / o vómitos.
- Falta de aire.
- Hinchazón repentina de la cara, las manos o los pies.

Hacer un plan de gestión clínica

Disponer la derivación inmediata a un obstetra especializado en hipertensión arterial junto a la cita con obstetricia, destacando la hipertensión crónica. Incluya los resultados de las investigaciones, la ecografía renal y la ecocardiografía si se hicieron con anterioridad.

Evaluar la seguridad de sus medicamentos antihipertensivos y cambiarlos si es necesario, suspender los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ACE) por ejemplo (cuadro 1).

Estudios de cohortes retrospectivos han informado que los inhibidores de la ECA, bloqueadores de los receptores de la angiotensina y tiazidas pueden estar asociados con malformaciones congénitas. Otros estudios han sugerido que el riesgo está relacionado con la hipertensión crónica subyacente en lugar de a las drogas⁴ pero la práctica actual sigue siendo la cesación.

Explicar que la presión arterial mal controlada en ocasiones puede causar ataques o un derrame cerebral, lo que podría ser peligroso tanto para ella como para el bebé. Los médicos consideran que estas complicaciones son más dañinas que la toma de comprimidos para prevenirlos.

Explicar que casi no existen fármacos aprobados para su uso en mujeres embarazadas y responder a sus preocupaciones acerca de los beneficios y riesgos. Aunque no podemos estar completamente seguros de que los medicamentos no tendrán efectos sobre el bebé, los médicos optan por las pastillas para la presión arterial que son conocidas por ser más seguras en el embarazo y se recomiendan en las guías internacionales.³

Comience con ácido fólico para prevenir los defectos del tubo neural a partir de hoy. Iniciar aspirina en la 12 semana de gestación para reducir el riesgo de pre-eclampsia.³

Apuntar como objetivo a una presión arterial diastólica de 85 mm Hg (basado en un gran ensayo reciente) .5 El nivel óptimo de la presión arterial sistólica es menos claro, pero las directrices aconsejan por debajo de 150 mm Hg.³

La presión arterial muy baja puede estar asociada con retraso del crecimiento fetal, por lo que no se recomienda el

objetivo de presión arterial aún más bajos.

Monitoreo de la presión arterial: el papel de este tipo de vigilancia en el embarazo aún no se establecido.⁶ Sin embargo, usar un monitor validado para su uso en el embarazo, compartiendo lecturas de origen con las personas involucradas en su cuidado parece pragmático.⁶

Derivarla a la unidad de evaluación de embarazo si su presión arterial está persistentemente por encima de 140/90 mm Hg o si ella tiene una más o más determinaciones de proteinuria.

Una vez que esté de vuelta en su casa con el bebé, su presión arterial debe ser controlada cada dos días hasta que esté por debajo de 140/90 mm Hg, y luego una vez o dos veces por semana hasta la sexta semana post-parto.⁷

Compruebe que sus fármacos antihipertensivos sean seguros para la lactancia materna (cuadro 2)⁷

Recuadro 2: El tratamiento antihipertensivo durante la lactancia³

Considere el uso de:

- **Labetalol** (a menos que el paciente tenga asma), aunque la adherencia a la medicación 3 veces al día puede ser deficiente en las mujeres después del parto.
- **Atenolol** puede usarse si se prefiere una formulación de una vez al día
- **Nifedipina**
- **Enalapril** (si se necesita la protección cardiaca / renal)

Evitar / suspender:

- **Metildopa** (debido a los efectos secundarios de la depresión y la somnolencia)
- Otros **inhibidores de la enzima convertidora** de la angiotensina y antagonistas del receptor de la angiotensina
- **Diuréticos**

Referencias

1. Bramham K, Parnell B, Nelson-Piercy C, Seed PT, Poston L, Chappell LC. Chronic hypertension and pregnancy outcomes: systematic review and meta-analysis. *BMJ*2014;348:g2301. doi:10.1136/bmj.g2301 pmid:24735917.
2. National Institute for Health and Care Excellence. Hypertension in pregnancy: diagnosis and management.NICE, 2010.
3. Li DK, Yang C, Andrade S, Tavares V, Ferber JR. Maternal exposure to angiotensin converting enzyme inhibitors in the first trimester and risk of malformations in offspring: a retrospective cohort study. *BMJ*2011;343:d5931. doi:10.1136/bmj.d5931 pmid:22010128.
4. 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. doi:10.1056/NEJMoa1404595 pmid:25629739.
5. Hodgkinson JA, Tucker KL, Crawford C, et al. Is self monitoring of blood pressure in pregnancy safe and effective? *BMJ*2014;349:g6616. doi:10.1136/bmj.g6616 pmid:25406132.
6. Bramham K, Nelson-Piercy C, Brown MJ, Chappell LC. Postpartum management of hypertension. *BMJ*2013;346:f894. doi:10.1136/bmj.f894 pmid:23440270.
7. National Institute for Health and Care Excellence. Hypertension in adults: diagnosis and management of primary hypertension in adults.NICE, 2011.

