

1. ¿Cuándo hablamos de HTA en embarazadas?

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 varias tomas sucesivas realizadas 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.

2. ¿Cómo se clasifica la HTA en embarazadas?

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.

3. ¿Cómo hacemos el diagnóstico?

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**.

4. ¿Tratamiento?

El estudio CHAP, realizado 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 en casos de HTA Gestacional también se valore el inicio del tratamiento cuando las cifras se presenten sostenidamente $\geq 140/90$ mmHg. Resulta indispensable **confirmar** el diagnóstico de HTA antes de iniciar el tratamiento.

5. Amlodipina ¿sí o no?

Clásicamente se ha utilizado nifedipina-RETARD como calcioantagonista de elección en el embarazo. La falta de disponibilidad 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.

6. Dieta hiposódica ¿sí o no?

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

7. ¿Hasta que valores descendemos la PA?

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.

8. Seguimiento durante el embarazo

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 concomitante. Puede instruirse a las pacientes en la realización de AMPA domiciliario, otorgando pautas de alarma para mejorar la precocidad de la consulta en casos de mal control de PA.

9. HTA en embarazo: ¿Implica mayor RCV a futuro?

Catégoricamente: 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”.

10. Aspirina en embarazadas: ¿Cuándo?

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

Recuento: 691 palabras

LÍMITE: 400/600 palabras.