

Prólogo

En esta segunda parte del Especial de Hipertensión Arterial hemos decidido incluir el análisis de algunos aspectos que consideramos relevantes para el estudio y conocimiento de esta enfermedad.

El manejo de la hipertensión arterial en la paciente embarazada constituye un desafío para el médico tratante. Como bien dice el Dr. Leonardo Sosa en su capítulo, los estados hipertensivos del embarazo afectan 5% a 10% de todas las gestaciones⁽¹⁻³⁾, constituyen una de las principales causas de morbilidad materna fetal y en nuestro país, en el período 2007-2009, fueron la tercera causa de mortalidad luego de las causas infecciosas y hemorrágicas⁽⁴⁾.

Durante la gestación existen problemas particulares en el manejo de esta patología. El diagnóstico de hipertensión arterial (HTA), especialmente en los primeros meses de embarazo, presenta dificultades ya que el efecto de “túnica blanca” puede llevar a confusión. Por otra parte, el reconocimiento de los diferentes tipos de estados hipertensivos (hipertensión arterial crónica, preeclampsia-eclampsia, preeclampsia sobreagregada a hipertensión arterial crónica e hipertensión gestacional) condiciona el pronóstico y el tipo de terapéutica.

El tratamiento de los estados hipertensivos del embarazo debe tener en cuenta el balance riesgo-beneficio para el binomio maternofetal intentando evitar complicaciones maternas sin causar efectos deletéreos sobre el feto, sea por efectos específicos de la medicación sobre el feto o por el riesgo de compromiso de la circulación placentaria secundario a descensos excesivos de la presión arterial (PA).

Como ya hemos visto en la primera parte del Especial de Hipertensión Arterial, el estudio de la función endotelial va adquiriendo un papel cada vez más relevante en la valoración de esta patología.

Es así que incluimos un trabajo del Dr. Torrado y colaboradores que nos muestra cómo la detección subclínica de la disfunción endotelial durante el embarazo mediante el análisis de los cambios en la velocidad de la onda del pulso carótido-radial (VOPcr) podría ayudar a reconocer precozmente la preeclampsia, lo que tiene una potencial aplicación clínica de relevancia.

En los últimos años, la medición de la PA a través del monitoreo ambulatorio (MAPA) ha adquirido

una importancia creciente. Esta técnica ha contribuido significativamente en el diagnóstico y pronóstico de los pacientes hipertensos o con sospecha de hipertensión arterial.

Sin embargo, por tratarse de un examen relativamente nuevo, aún está en estudio el valor de los diferentes datos que nos proporciona así como en qué pacientes está indicado. Baste decir que mientras las guías NICE⁽⁵⁾ lo incluyen en el algoritmo de estudio de todos los pacientes a quienes se les detecta cifras de hipertensión en consultorio, las guías europeas publicadas este año (luego de la entrega de los capítulos de esta separata), lo indica sólo ante determinadas circunstancias clínicas específicas⁽⁶⁾.

Es por ello que hemos incluido un capítulo específico para el análisis del MAPA, aprovechando a un investigador uruguayo, el Dr. Sandoya, que junto con otros compatriotas, han participado del estudio “International Database in Relation to Cardiovascular Outcome” (IDACO)⁽⁷⁾.

El valor potencial de la restricción sódica en la dieta para el tratamiento de la HTA es un tema de particular interés. Como se ha analizado en la publicación previa dicha restricción genera un descenso de las cifras tensionales en el hipertenso. Sin embargo, existe polémica en cuanto al beneficio de reducir la ingesta de sal en la población general, así como en el grado de reducción de la misma que pudiera considerarse óptimo. Se incluye entonces un capítulo donde el Profesor Romero analiza este punto.

Por último hemos considerado que sería útil incluir un capítulo que nos obligue a pasar de la teoría a la práctica en el manejo de esta enfermedad analizando pacientes concretos.

Es así que incluimos una serie de viñetas clínicas referidas a casos concretos que esperamos sea provechoso para aproximarnos al manejo clínico de estos pacientes en la vida real, buscando en última instancia como siempre decimos el beneficio de éstos.

Quedan, no obstante, muchos temas por analizar en el campo de la HTA que intentaremos analizar en futuras publicaciones de la revista.

Bernardo Layerle
Washington Vignolo

Bibliografía

1. **Leeman L, Fontaine P.** Hypertensive Disorders of Pregnancy. *Am Fam Physician* 2008;78(1):93-100.
2. **Barra S, Cachulo M, Providencia R, Leitao-Marques A.** Hypertension in Pregnancy: The current state of the art. *Rev Port Cardiol* 2012;31(6):425-432.
3. **Hutcheon JA, Lisonkova S, Joseph KS.** Epidemiology of pre-eclampsia and the other hypertensive disorders of pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2011; 25(4): 391–403.
4. **Ministerio de Salud Pública. Comisión Nacional para el Monitoreo y Reducción de las Muertes de Mujeres por causa del Embarazo, Parto, Cesárea, Puerperio y Aborto.** Informe 2009 [monografía en Internet]. Montevideo: MSP;2009. Disponible en: www.msp.gub.uy. (Consultado 30/3/2013).
5. **National Institute for Health and Clinical Excellence.** Hypertension. Clinical management of primary hypertension in adults. This guidelines partially updates and replaces NICE clinical guideline 34 [monografía en Internet]. London: NICE; 2011. Disponible en: <http://guidance.nice.org.uk/CG127/NICEGuidance/pdf/English> (Consultado 20/11/2012)
6. **Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Böhm M, et al.** 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* 2013; 34(28):2159-219.
7. **Thijs L, Hansen TW, Kikuya M, Björklund-Boedgård K, Li Y, Dolan E, Tikhonoff V, et al.** The International Database of Ambulatory Blood Pressure in relation to Cardiovascular Outcome (IDACO): protocol and research perspectives. *Blood Press Monit* 2007;12(4):255-62.