



Anticoncepción hormonal en mujeres con hipertensión

[Chrisandra Shufelt](#) , MD, MS y [Alexis LeVee](#) , MD

Hormonal Contraception in Women with Hypertension

[Chrisandra Shufelt](#) , MD, MS y [Alexis LeVee](#) , MD

[JAMA](#). Manuscrito del autor; disponible en PMC 2021 Oct 20.

Publicado en forma editada final como: [JAMA](#). 13 de octubre de 2020; 324(14): 1451–1452.

doi: [10.1001/jama.2020.11935](https://doi.org/10.1001/jama.2020.11935)

La hipertensión, definida como una presión arterial sistólica (PAS) ≥ 130 mmHg o una presión arterial diastólica (PAD) ≥ 80 mmHg, es un factor de riesgo importante de enfermedad cardiovascular (ECV). En los EE. UU., aproximadamente el 25 % de las mujeres en edad reproductiva tienen hipertensión.¹ De estos, menos de la mitad conocen su diagnóstico y, cuando son diagnosticados, solo el 10% tienen controlada la presión arterial.¹ Además, existen diferencias raciales con más de la mitad de las mujeres afroamericanas de 20 años o más que tienen hipertensión.¹ Es importante seleccionar la anticoncepción hormonal adecuada en mujeres con hipertensión, ya que varios de estos anticonceptivos aumentan la presión arterial y, en aquellas con hipertensión establecida, aumentan el riesgo de accidente cerebrovascular e infarto de miocardio (IM). Esta información clínica brinda orientación para seleccionar la anticoncepción hormonal dado que la hipertensión se considera una contraindicación relativa y existen muchas opciones anticonceptivas.

Diagnóstico

Identificar el grado de hipertensión y los factores de riesgo asociados es importante cuando se recomienda la anticoncepción hormonal para la prevención del embarazo. Se debe obtener la

técnica adecuada y la medición precisa de la presión arterial (PA) durante 2 o 3 visitas al consultorio, en múltiples ocasiones en el hogar o utilizando un monitoreo ambulatorio de 24 horas. Las actualizaciones recientes de las pautas de presión arterial de la American Heart Association (AHA)/American College of Cardiology (ACC) ahora definen la PA normal como < 120/80 mmHg; PA elevada como PAS 120-129 mmHg y PAD < 80 mmHg; hipertensión en etapa I como PAS 130-139 mmHg o PAD 80-89 mmHg; e hipertensión en estadio II como PA > 140/90 mmHg. ²Dada la definición actualizada de hipertensión y el cambio en los objetivos de PA, el número de adultos de 20 a 44 años diagnosticados con hipertensión aumentó de 10,9 millones a 24,7 millones. ³ La hipertensión en estadio I recién definida se trata con modificaciones del estilo de vida únicamente en lugar de con medicamentos.

Evidencia

El etinilestradiol es el componente de estrógeno de los anticonceptivos hormonales combinados (AHC) que aumenta el riesgo de ECV en una respuesta dependiente de la dosis. El etinilestradiol es un potente estrógeno sintético que tiene efectos vasculares y hepáticos que dan como resultado un aumento de la resistencia vascular, efectos protrombóticos y proinflamatorios y causa dislipidemia, todos los cuales tienen un papel en la patogenia de la ECV. ⁴ Los CHC aumentan la presión arterial debido al aumento de la producción hepática de angiotensinógeno que activa el sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA). ⁴ Las preparaciones no orales de CHC, como las preparaciones transdérmicas, el anillo vaginal y las inyecciones, se han estudiado menos en mujeres con hipertensión; sin embargo, se cree que los riesgos son comparables a los de los anticonceptivos orales combinados (AOC). Los AOC causan hipertensión hasta en el 2 % de las mujeres, con un aumento promedio de la PAS de 7-8 mmHg con los AOC más antiguos y menos diferencias con los AOC de etinilestradiol de 20 mcg de dosis más nuevos y más bajos. ⁴ Las mujeres con hipertensión establecida que usan AOC tienen un mayor riesgo de accidente cerebrovascular e infarto de miocardio que las no usuarias normotensas; sin embargo, el riesgo absoluto es relativamente bajo entre las mujeres en edad reproductiva. ⁵ Aunque el uso de AOC está asociado con un mayor riesgo de tromboembolismo venoso, los antecedentes de hipertensión con el uso de AOC no tienen efecto sobre este riesgo.

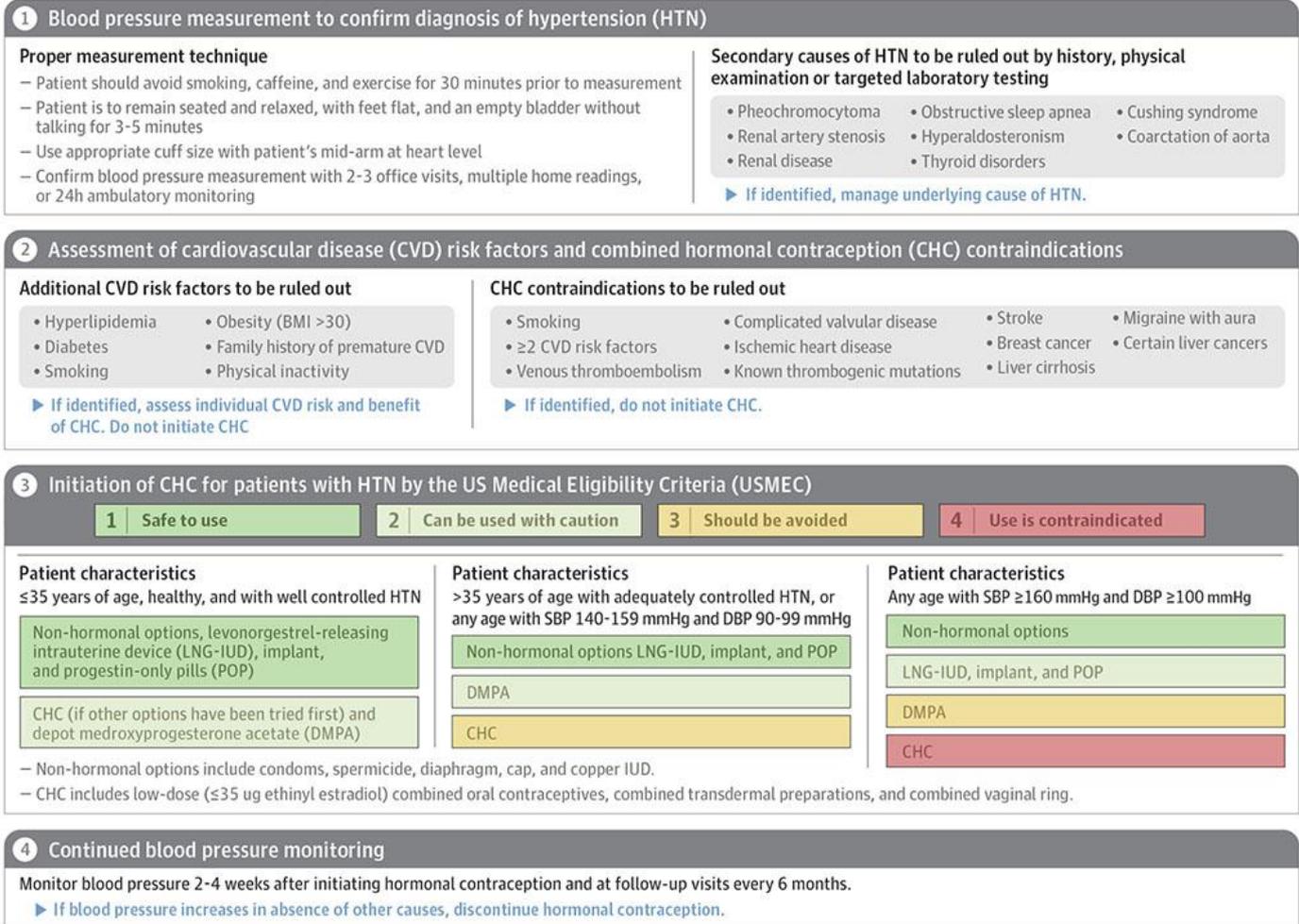
El componente de progestina de los AHC varía entre los diferentes anticonceptivos hormonales y dentro de los anticonceptivos de progestina sola (POC), que incluyen las píldoras de progestina sola (POP), el dispositivo intrauterino (DIU) liberador de levonorgestrel, el implante subdérmico y el acetato de medroxiprogesterona de depósito inyectable (DMPA). Dependiendo del componente de progestina, existen efectos variables sobre la cascada de la coagulación, pero en general no tienen el mismo efecto trombótico que los estrógenos. Si bien los POC no tienen efecto sobre la presión arterial, existe evidencia limitada de que la inyección de DMPA aumenta

las lipoproteínas y en mujeres con hipertensión puede aumentar el riesgo de accidente cerebrovascular. ^{6,7} Se sabe menos sobre el DIU de progestágeno solo y el implante.

Cuando se utilizan progestágenos en AOC, solo se observan diferencias menores en el riesgo de ECV entre los diferentes componentes de progestágeno. La drospirenona, una nueva progestina, es estructuralmente similar a la espironolactona y actúa como un antagonista de los receptores de aldosterona con un efecto antidiurético, que puede neutralizar la inducción de RAAS causada por los estrógenos. ⁴ La drospirenona en los AOC disminuye la PA media en mujeres con hipertensión leve, sin embargo, se ha asociado con un ligero aumento del riesgo de tromboembolismo venoso en comparación con los AOC que contienen otras progestinas, aunque esto no influye en las recomendaciones. ⁸

Pautas para el tratamiento

El enfoque para seleccionar qué anticonceptivo hormonal usar en mujeres con hipertensión incluye: una presión arterial precisa, evaluación de los factores de riesgo y consideración de la edad y el grado de hipertensión ([Figura](#)). Los Criterios de elegibilidad médica de EE. UU. (USMEC) para el uso de anticonceptivos brindan las recomendaciones más completas para mujeres con afecciones médicas subyacentes clasificadas en cuatro categorías: 1, sin restricción (se puede usar el método); 2, las ventajas generalmente superan los riesgos; 3, los riesgos generalmente superan las ventajas; y 4, riesgo inaceptable para la salud (método no a utilizar). ⁷ Para CHC, estas recomendaciones no diferencian entre el tipo de progestágeno, incluyen solo dosis de etinilestradiol $\leq 35 \mu\text{g}$, y combina preparaciones transdérmicas y el anillo vaginal. Las diversas formas POC se evalúan por separado, sin embargo, los tipos de progestina se agrupan. Para la hipertensión, las recomendaciones se basan en la suposición de que no existen otros factores de riesgo de ECV y en las guías previas de presión arterial, por lo que no brindan recomendaciones para la hipertensión en etapa I actualizada. ²



Questions:

1. Would there be any instance where you would still initiate CHC with any of these risk factors? If so, would it be better to say "If identified, assess individual CVD risk and benefit of CHC before initiating"
2. Should both instances of "hormonal contracepton" in this section be replaced with "CHC" to match the rest of the figure?

Figura

Enfoque para iniciar la anticoncepción hormonal en mujeres con hipertensión

En 2019, el Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos (ACOG, por sus siglas en inglés) publicó un Boletín de práctica que incluía las pautas actualizadas de PA, pero el ACOG continúa respaldando a USMEC dada la necesidad de investigación en la hipertensión en etapa I recién definida.⁸ El ACOG brinda además una opinión de consenso con un límite de edad, indicando que para mujeres sanas ≤ 35 años con hipertensión bien controlada que no aceptan ni toleran el POP, se puede permitir una prueba de AHC.⁸ Para mujeres mayores de 35 años con PA adecuadamente controlada o mujeres de cualquier edad con PAS de 140 a 149 mmHg y PAD de 90 a 99 mmHg, los POC son opciones relativamente seguras, con un ligero aumento del riesgo con DMPA en comparación con los otros POC y AHC debería ser evitado. Para mujeres con PA ≥ 160/100 mmHg, los AHC están contraindicados y los POC (aparte del DMPA) son opciones más seguras. Es importante el control frecuente de la PA dentro de las 2 a 4 semanas posteriores al inicio de los AHC, y los AHC deben suspenderse de inmediato si la PA aumenta en ausencia de

otras causas. Los cambios en la PA son reversibles y pueden volver a los niveles previos al tratamiento dentro de los 3 meses posteriores a la interrupción.⁹ La anticoncepción no hormonal como los condones, el espermicida, el diafragma y el DIU de cobre no afectan la presión arterial y se pueden considerar en mujeres con cualquier etapa de hipertensión.

Conclusión

La hipertensión es un factor de riesgo modificable para ECV en mujeres. Para las mujeres con hipertensión, ciertos anticonceptivos hormonales aumentan el riesgo de accidente cerebrovascular e infarto de miocardio. La elección del tipo apropiado de anticoncepción hormonal para mujeres con hipertensión se basa en la edad y el grado de hipertensión. Los AOC son generalmente seguros en mujeres con hipertensión, mientras que los AOC deben recetarse con cuidado y en mujeres de 35 años o menos. Se necesita investigación para comprender cómo las Directrices actualizadas de AHA/ACC para PA podrían cambiar el manejo de la anticoncepción hormonal dada la nueva definición de hipertensión en etapa I y cómo diferentes antihipertensivos pueden afectar el riesgo de ECV de los anticonceptivos hormonales. Además, se necesitan más estudios para comprender los perfiles de seguridad de las preparaciones no orales y las dosis ultrabajas.

Traducción y adaptación: Dra. Patricia Cingolani

Fuente: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8528006/#:~:text=Choosing%20the%20appropriate%20type%20of,in%20women%2035%20and%20younger>

Expresiones de gratitud

Financiamiento: Este trabajo fue apoyado por el Instituto Nacional del Corazón, los Pulmones y la Sangre K23HL127262, la Fundación Louis B. Mayer, la Beca de Investigación del Corazón para Mujeres Edythe L. Broad y el Programa de Educación e Investigación Cardiovascular para Mujeres Barbra Streisand, Instituto del Corazón Smidt, Cedars -Centro Médico Sinaí, Los Ángeles, California.

Referencias

1. Virani Salim S, Alonso A, Benjamín Emelia J, et al. Estadísticas de enfermedades cardíacas y accidentes cerebrovasculares: actualización de 2020: un informe de la Asociación Estadounidense del Corazón . *circulación* _ 2020; 141 (9): e139–e596. [[PubMed](#)] [[Google Académico](#)]

2. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Pautas para la prevención, detección, evaluación y manejo de la presión arterial alta en adultos: Resumen ejecutivo: Informe del Colegio Estadounidense de Grupo de Trabajo de Cardiología/Asociación Americana del Corazón sobre Directrices de Práctica Clínica . *J Am Coll Cardiol* . 2018; 71 (19): 2199–2269. [[PubMed](#)] [[Google Académico](#)]
3. Muntner P, Carey Robert M, Gidding S, et al. Impacto potencial en la población de EE. UU. de la guía de presión arterial alta de ACC/AHA de 2017 . *circulación* _ 2018; 137 (2): 109–118. [[Artículo gratuito de PMC](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
4. Shufelt CL, Bairey Merz CN. Uso de hormonas anticonceptivas y enfermedad cardiovascular . *J Am Coll Cardiol* . 2009; 53 (3):221–231. [[Artículo gratuito de PMC](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
5. Curtis KM, Mohllajee AP, Martins SL, Peterson HB. Uso de anticonceptivos orales combinados entre mujeres con hipertensión: una revisión sistemática . *anticoncepción* _ 2006; 73 (2): 179–188. [[PubMed](#)] [[Google Académico](#)]
6. Glisic M, Shahzad S, Tsoli S, et al. Asociación entre el uso de anticonceptivos de progestágeno solo y los resultados cardiometabólicos: una revisión sistemática y un metanálisis . *Eur J Prev Cardiol* . 2018; 25 (10): 1042–1052. [[Artículo gratuito de PMC](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
7. Curtis KM, Tepper NK, Jatlaoui TC, et al. Criterios médicos de elegibilidad de EE. UU. para el uso de anticonceptivos, 2016 . *Informe Semanal de Morbilidad y Mortalidad: Recomendaciones e Informes* 2016; 65 (3): 1–103. [[PubMed](#)] [[Google Académico](#)]
8. ACOG Practice Bulletin No. 206: Uso de anticonceptivos hormonales en mujeres con condiciones médicas coexistentes . *Obstetricia y Ginecología* . 2019; 133 (2). [[PubMed](#)] [[Google Académico](#)]
9. Chasan-Taber L, Willett Walter C, Manson JoAnn E, et al. Estudio prospectivo de anticonceptivos orales e hipertensión entre mujeres en los Estados Unidos . *circulación* _ 1996; 94 (3):483–489. [[PubMed](#)] [[Google Académico](#)]