

Avances y perspectivas sobre el uso de estatinas en el embarazo

Dra. Liliana Voto

Medica Gineco-Obstetra. Jefe de Departamento Materno Infanto Juvenil Htal Juan A Fernandez. Profesor Emérito Universidad de Buenos Aires. Miembro del Grupo de Mujer de SAHA

Dra. Mariana Paula Pérez

Medica Especialista en Medicina Interna, Magister en HTA. Medica de Planta del Servicio de HTA del Hospital J. M. Ramos Mejía. Miembro del Grupo de Mujer de SAHA

Comentarios de los artículos:

-Ghelfi AM, et al. Statins and preeclampsia: An update from the Working Group on Hypertension in Women, Argentine Society of Hypertension. *Hipertens Riesgo Vasc.* 2025 Jul-Sep;42(3):147-155..

-Christensen JJ, et al. Statin use in pregnancy and risk of congenital malformations: a Norwegian nationwide study. Eur Heart J. 2025 Aug 21:ehaf592

Introducción

Los trastornos hipertensivos del embarazo (THE), y en particular la preeclampsia (PE), continúan siendo una causa central de morbimortalidad materna y perinatal. La falta de terapias dirigidas más allá de la finalización del embarazo ha impulsado la búsqueda de estrategias preventivas y el estudio de vías fisiopatológicas que permitan intervenir antes de la manifestación clínica.

Toma de posición del Grupo de Trabajo SAHA

En este contexto, el Grupo de Trabajo de Hipertensión en la Mujer de la Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial (SAHA) publicó recientemente una Toma de Posición sobre Estatinas y PE. El documento respondió al interés por los efectos pleiotrópicos de estas drogas, antes consideradas solo para el control lipídico. Aunque las estatinas se han contraindicado tradicionalmente en el embarazo por riesgo de teratogenicidad, nuevas evidencias sugieren que este riesgo podría estar sobreestimado para algunas, como la pravastatina.

La pravastatina, por ser hidrofílica y de mínima transferencia placentaria, ha mostrado potencial para mejorar la función endotelial, modular el balance angiogénico, aumentando PIGF y disminuyendo sFlt-1, y atenuar el estrés oxidativo placentario, mecanismos que podrían ser clave para optimizar la implantación y el desarrollo placentario y, con ello, reducir el riesgo de PE.

El documento también revisó aspectos farmacológicos clave y sintetizó la evidencia disponible sobre seguridad fetal, incluyendo revisiones sistemáticas y metaanálisis publicados hasta ese momento, entre ellos el trabajo de Karadas y colaboradores, que no mostraba incremento significativo de malformaciones mayores ni efectos adversos en neurodesarrollo. No obstante, el Grupo subrayó la **falta de estudios grandes y con seguimiento prolongado, recomendando prudencia y la necesidad de ensayos multicéntricos antes de cambios en la práctica.**

Nueva evidencia sobre seguridad

Este mismo año, luego de la publicación de la Toma de Posición de Estatinas y PE, se sumó evidencia poblacional robusta con el estudio nacional noruego “*Statin use in pregnancy and risk of congenital malformations*”, que analizó más de 800.000 embarazos entre 2005 y 2018. El estudio encontró que la prevalencia bruta de malformaciones era mayor en los grupos que tomaban o habían tomado estatinas (4,3% en no expuestas, 5,9% en discontinuadoras, 6,7% en expuestas). Sin embargo, al ajustar cuidadosamente por comorbilidades y comedicación, esta diferencia se atenuó y dejó de ser estadísticamente significativa. En el análisis clave, comparando mujeres expuestas con quienes habían discontinuado la medicación antes de concebir, no se halló aumento en malformaciones congénitas mayores ni cardíacas.

Este estudio, que además incorpora datos actualizados al metaanálisis previamente citado de Karadas, sugiere que el riesgo combinado continúa siendo globalmente neutro y no evidencian señales claras de teratogenicidad, aun al integrar información de gran escala. Estos hallazgos, aunque preliminares y sujetos a mayor confirmación, apoyan la percepción de que las estatinas, especialmente las hidrofílicas, no parecen asociarse a un riesgo teratogénico importante y podrían contribuir a que algunas agencias regulatorias comiencen a reconsiderar las advertencias previas.

Implicancias clínicas y futuras direcciones

Los nuevos hallazgos brindan cierta tranquilidad ante exposiciones inadvertidas y podrían ayudar a disminuir una de las principales barreras para estudios preventivos a gran escala. Sin embargo, todavía **no hay evidencia suficiente para recomendar su uso de manera sistemática**: es necesario definir mejor la dosis y el momento óptimos, así como contar con seguimiento prolongado de la descendencia antes de modificar las recomendaciones actuales.

Conclusión

El recorrido de la evidencia muestra una evolución: desde una postura inicialmente muy prudente que buscaba organizar la información emergente, se ha pasado a contar con datos poblacionales cada vez más sólidos sobre seguridad. Aunque la pravastatina muestra resultados alentadores, especialmente en pacientes de muy alto riesgo de desarrollar PE, las estatinas continúan formalmente contraindicadas durante el embarazo en las guías clínicas vigentes. Por ello, **se requieren aún ensayos clínicos aleatorizados, multicéntricos y de gran escala para fortalecer la evidencia y evaluar con mayor certeza su seguridad y eficacia antes de considerar cambios en la práctica clínica.**