

HIPERTENSION EN LA EMBARAZADA: Caso Clínico

Mariana Carolina Barrio, Juan Pablo Fusco
Dra. Paola Andrea da Luz

Resumen:

Objetivos: presentación de un caso y revisión bibliográfica.

Caso: Paciente que cursa 34 semanas de gestación presentó signos y síntomas compatibles con preeclampsia severa, por lo que se decide internarla y tratarla, al 6to día de internación y como la paciente no respondía al tratamiento médico se le realiza una operación cesárea obteniéndose un recién nacido vivo. Presentó buena evolución.

La hipertensión arterial es una enfermedad frecuente durante el embarazo. En la clasificación de la hipertensión arterial cuando es inducida por el embarazo con el agregado de proteinuria y edema generalizado, la llamamos preeclampsia, en la hipertensión arterial crónica agravada por el embarazo, puede existir también una preeclampsia sobreimpuesta, y ambos casos pueden evolucionar a la eclampsia, que puede ser convulsiva o comatosa.

Es importante que todas las mujeres embarazadas cumplan con los controles prenatales, los que permitirán diagnosticar y tratar la enfermedad y de esta manera evitar posibles complicaciones.

Palabras claves: hipertensión en el embarazo, preeclampsia, eclampsia.

Summery:

Objectives: presentation of a case and bibliographic revision.

Case: Pregnant woman with 34 week of gestation that presented signs and symptoms of the several preeclampsia, and itself decided to hospitalize her and treated her. A sixth day and how the patient didn't respond to the medical treatment, itself decided cesarean operation and to obtain the newborn child. The patient presented a good evolution.

The arterial hypertension is a frequent disease during the pregnant with proteinuria and edema is denominated Preeclampsia, in the chronic hypertension in the pregnant could have been imposed preeclampsia, and both cases could have evolution to eclampsia, that might have been convulsive or coma.

Is important that the all women to carry out the prenatal control, for diagnosis or treatment to the hypertension and prevent complications.

Subject dings: hypertension in the pregnant, preeclampsia, eclampsia.

INTRODUCCION

La hipertensión es la complicación médica más frecuente en el embarazo, siendo una causa significativa de prematuridad y morbilidad perinatal, y es además una de las primeras causas de muerte materna⁽¹⁾. Su frecuencia estadística es variable, la incidencia de esta complicación obstétrica en diferentes series a nivel mundial, está entre un 6 y 30% del total de embarazos⁽²⁾.

Objetivo: presentación de un caso y revisión bibliográfica.

MATERIAL Y METODO

Para la presentación del caso clínico se accedió a la historia clínica de una paciente de una institución privada (Sanatorio del Ibera) de la ciudad de Corrientes, Argentina. La búsqueda bibliográfica fue realizada utilizando palabras claves (Hipertensión en el embarazo, preeclampsia, eclampsia) por medio del Pubmed en la base de datos Medline.

CASO CLINICO

Antecedentes de la enfermedad actual: Paciente de 25 años (G1 P0) que cursa una gestación de 34 semanas diagnosticada por ecografía del primer trimestre y fecha probable de

parto cierta, consulta por cefalea frontal de 4 horas de evolución y vómitos, en 2 episodios, de tipo alimentario.

Antecedentes Familiares: madre hipertensa.

Examen físico: TA: 170/90 mmHg. FC: 82 por min. FR: 19 por min. T°: 36,6° C

Paciente lúcida y colaboradora, ubicada en tiempo y espacio, con edema facial, facie abotagada, buena suficiencia cardiorrespiratoria, con edema en miembros inferiores y superiores, resto del examen físico sin particularidades.

Examen obstétrico: Altura uterina: 29 cm., Dinámica uterina: -/10, Latidos cardiofetales: 145 por minuto, Movimientos fetales activos: +, Tono normal, Maniobras de Leopold: feto único, situación longitudinal, dorso derecho, presentación cefálica. Tacto vaginal: P2 R2 E2 L2 Dilatación 0 cm. Sin hidrorrea ni ginecorragia.

Exámenes complementarios: Laboratorio: Glóbulos rojos: 3.700.000/mm³. Hematocrito: 30%. Glóbulos blancos: 7.500/mm³. Plaquetas: 160.000/mm³. Creatinina: 0.7 mg/dl. Uricemia: 6.8 mg/dl. Glucemia: 87mg/dl. Proteinuria: 5 g/lt.

Ecodoppler fetal: normal.

Diagnóstico: Primigesta, preeclampsia severa con signos de eclampsismo. Alto riesgo.

Tratamiento: Se decide internación y se indica Alfametildopa 2 gr/día. y sulfato de magnesio dosis de ataque y de mantenimiento, como la TA continua elevada se decide asociar Nifedipina 20 mg/día V.O.. Al 3er día de internación se realiza maduración pulmonar fetal con Betametasona 12,5mg/ 12 hs. IM. (2 dosis). Al 6to día de internación y debido a que la paciente se encuentra refractaria al tratamiento se decide culminar la gestación por vía abdominal obteniéndose un R.N. vivo de sexo masculino de 2.250gr. de 36 semanas por examen físico. En el alumbramiento se constata un desprendimiento del 15% de la torta placentaria. La paciente pasa a sala con 140/80 mmHg. de TA.

Al 5to día de postoperatorio la paciente es dada de alta ya que evolucionó favorablemente y se encuentra sin medicación antihipertensiva manejando cifras tensionales de 120/90 mmHg

REVISION BIBLIOGRAFICA

Las alteraciones hipertensivas durante el embarazo son una importante causa de muerte materna y morbimortalidad fetal en todo el mundo.⁽³⁾

Se habla de hipertensión en el embarazo cuando la tensión arterial diastólica es > 90 mmHg y la sistólica es > 140 mmHg, TA sistólica de por lo menos 30 mmHg del valor basal o de diastólica de por lo menos 15 mmHg sobre el valor basal ⁽⁴⁾. Los factores de riesgo para desarrollar hipertensión en el embarazo son: primer embarazo, gestación múltiple, mola hidatidiforme, polihidramnios, desnutrición, historia familiar de hipertensión en embarazo, enfermedad vascular subyacente, diabetes, enfermedad renal, edad < 21 ó > 35 años, obesidad, alcoholismo, tabaquismo, drogadicción, clase social baja.⁽⁵⁾

La clasificación comúnmente aceptada de hipertensión durante el embarazo es la de Gant y Pritchard modificada:⁽⁶⁾

A- Hipertensión inducida por el embarazo o gestacional.

1- Sin Proteinuria:

* Leve

* Severa

2- Con Proteinuria o preeclampsia:

* Leve

* Severa

B-Hipertensión crónica

C-Hipertensión crónica agravada por el embarazo:

1- Preeclampsia sobreimpuesta.

2- Eclampsia sobreimpuesta.

D-Eclampsia:

1- Convulsiva.

2- Comatosa.

E-Emergencia hipertensiva.

F-Hipertensión arterial tardía, transitoria o inclasificable.

La Preeclampsia se define por la presencia de hipertensión acompañada de proteinuria, edema generalizado o ambos. Clásicamente se la define como leve o severa.

1.Preeclampsia leve: Hipertensión de al menos 140/90 mmHg en dos ocasiones, con seis horas de diferencia después de la semana 20 de embarazo y proteinuria significativa de > 300 mg en 24 horas, edema moderado y volumen urinario en 24 horas > 500 ml.

2.Preeclampsia severa: Tensión arterial > 160/90 mmHg en dos ocasiones con seis horas de diferencia después de la semana 20 de gestación ; TA sistólica > 60 mmHg sobre el valor basal ; TA diastólica > 30 mmHg sobre el valor basal ; proteinuria > 5g en 24 horas, edema masivo, oliguria (< 400 ml en 24 hs), síntomas sistémicos como edema de pulmón, cefalea, alteraciones visuales, dolor en hipocondrio derecho, elevación de las enzimas hepáticas o trombocitopenia. La aparición de una convulsión de tipo gran mal en pacientes con signos y síntomas de preeclampsia sin datos de traumatismos o enfermedad neurológica identifica a la paciente con eclampsia.⁽⁷⁾

La Eclampsia se define como: el desarrollo de convulsiones, debidas a encefalopatía hipertensiva en una paciente preecláptica, no atribuidas a otras causas.⁽⁸⁾

Se discute el caso clínico de una paciente primigesta de 34 semanas de gestación que presenta síntomas compatibles con eclampsismo (vómitos y cefaleas), cifras tensionales elevadas, edema generalizado, y proteinuria significativa por lo que se diagnostica preeclampsia severa.

Evaluación de la Preeclampsia

1.Historia Clínica: para documentar factores de riesgo.

2.Examen físico: para buscar edemas, cambios en la TA, hiperreflexia, clonus, cambios en la retina.

3.Laboratorio: Hemograma, uremia, creatinemia, hepatograma, coagulograma. Ácido úrico. Grupo sanguíneo. Factor RH. Clearance de creatinina, proteinuria de 24 hs. Recuento de plaquetas.⁽⁹⁾

A la paciente se le realizó anamnesis, examen físico y diferentes estudios complementarios mencionados anteriormente.

Tratamiento de la Preeclampsia:

1.Manejo ambulatorio: HTA sin proteinuria significativa, se recomienda el reposo en cama. Monitoreo de TA, peso, presencia de proteínas en orina. Ecografías periódicas para ver

- el feto y evaluar posibles retardo de crecimiento.
2. Manejo hospitalario: para mujeres con HTA inducida por el embarazo y/o con proteinuria significativa y en quienes falló el manejo ambulatorio.
 3. Laboratorio y evaluación del peso: debe realizarse diariamente. Evaluación de la dinámica fetal. Monitoreo de síntomas como cefalea, alteraciones visuales y dolor epigástrico.
 4. El parto es el tratamiento de elección: el cual debe realizarse cuando el feto está maduro pero puede realizarse en forma temprana si la salud de la madre está en peligro o si hay evidencia de distress fetal. El parto está indicado cuando la paciente cumple con los criterios de preeclampsia severa. Betametasona 12.5 mg IM dos veces por día puede estimular la maduración de los pulmones fetales.
 5. Terapia antihipertensiva: está indicada sólo si la TA es persistentemente > 160/110, es importante disminuir la TA hasta una diastólica de 90 a 100 mmHg porque la presión normal podría resultar en hipoperfusión de la placenta. Los diuréticos nunca están indicados, estas pacientes ya son hipovolémicas. Los IECA no deben ser usados durante el embarazo. Las medicaciones de largo plazo, incluyen alfa metildopa, atenolol y labetalol.⁽¹⁰⁾
 6. Terapia anticonvulsivante:
 - a- Profilaxis de las convulsiones: está indicada en todas las pacientes preeclámpicas durante la labor y el parto y por un mínimo de 24 hs luego del mismo. Algunos mantienen la terapia con magnesio hasta que comienza la diuresis. El Sulfato de Magnesio es la droga de elección. La dosis profiláctica es de 4 a 6 g de sulfato de magnesio I.V. y continúa con 2 g c/hora.
 - b- Tratamiento de las convulsiones: Sulfato de Magnesio 1 g/min IV hasta controlar las convulsiones hasta un máximo de 4 a 6 g. El nivel terapéutico es de 4 meq/l. Toxicidad del magnesio: ausencia de reflejo patelar, debilidad muscular, parálisis respiratoria y depresión cardíaca, 10 ml al 10 % de gluconato de calcio puede ser administrada I.V.. La terapia con sulfato de magnesio continúa por lo menos 24 horas en el post parto, la terapia puede detenerse si la excreción urinaria es > 200 ml/h por cuatro horas consecutivas.
 - c- Prevención: 81 mg de aspirina diarios pueden ser administrados luego del primer trimestre en mujeres con hipertensión crónica o historia previa de preeclampsia, sin embargo la eficacia de esta indicación ha sido cuestionada.⁽¹¹⁾

Debido a la severidad del caso se decidió internar a la paciente y comenzar el tratamiento con drogas antihipertensivas (alfametildopa y nifedipina), y posteriormente se decide culminar con la gestación ya que la paciente no respondía al tratamiento médico, coincidiendo con la bibliografía, ya que el parto es el tratamiento de elección en estos casos⁽¹²⁾.

Complicaciones de la Preeclampsia:⁽¹³⁾

- Eclampsia.
- Abruption placentae.
- Síndrome HELLP.
- Sufrimiento fetal agudo y crónico.
- Muerte materna y/o fetal.

La presencia de cifras tensionales elevadas, el edema generalizado y la significativa Proteinuria en una paciente primigesta de 34 semanas de gestación permitieron concluir con el diagnóstico de preeclampsia severa.

Aunque en la actualidad no existe ningún método preventivo conocido para esta enfermedad, es importante que todas las mujeres embarazadas se sometan a controles prenatales tempranos y periódicos, los cuales permiten el diagnóstico y tratamiento oportunos de condiciones como la preeclampsia. Un tratamiento adecuado de la preeclampsia puede evitar que se presente la eclampsia.

BIBLIOGRAFIA

1. Dechend S, Luft R, F. C. (2004). New Aspects in the Pathophysiology of Preeclampsia. *J Am Soc Nephrol* 15: 2440-2448
2. Skjærven R, Wilcox AJ, Lie RT. The Interval between Pregnancies and the Risk of Preeclampsia. *New England Journal Medical* January 3, 2002 Number 1; Volume 346:33-38.
3. Sibai B, Dekker G, Kupermin C. Preeclampsia. *Lancet* 2005;365:785-799.
4. Schwarcz R, Díaz A, Duverges C. Obstetricia. Quinta Edición. Buenos Aires: Editorial El Ateneo; 1996. 254-270
5. Levine RJ, Maynard SE, Qian C, et al. Circulating angiogenic factors and the risk of preeclampsia. *N Engl J Med* 2004;350:672-683.
6. Casavilla A, Martínez Viademonte R, Casavilla F, Pérez Volpe D. Hipertensión arterial en el embarazo. *Obstetricia y Ginecología Latino-americanas* 1990; 48 (1): 60-62.
7. Barreto Rivero S. Preeclampsia, eclampsia y Síndrome HELLP: Características maternas y resultado neonatal. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá* 2002; 21 (1): 17-23.
8. Myers JE, Baker PN. Hypertensive diseases and eclampsia. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2002; 14: 119-125
9. Pridjian G, Puschett JB. Preeclampsia. Part 1: Clinical and Pathophysiologic Considerations. *Obstet and Gynecol Survey* 2002; 57 (9): 598-618
10. Votta R, Parada O. Compendio de Obstetricia. Buenos Aires: López Libreros Editores: 2000. 162-174.
11. Barrilleaux PS, Martin JN. Hypertension Therapy During Pregnancy. *Clin Obstet Gynecol* 2002; 45 (1): 22-34
12. Dwinell J, Marshall G. Parto abdominal. En: Frederickson H, Wilkins-Haug L. Secretos de la ginecoobstetricia. 2ª ed. México: Mc Graw-Hill Interamericana, 1999: 380-383.
13. Pampus M, Wolf H, Buller H. Underlying disorders associated with severe preeclampsia and Hellp syndrome. *Am J Obstet Gynecol*; 1997;176 s26; (abst SPO 1997).