

## Temas al día

# Gestante con hipertensión arterial crónica y antecedente de preeclampsia

Josefa A. Aguilar-García, Victoria Augustín-Bandera, María Dolores García-de Lucas, María Dolores Martín-Escalante  
Servicio de Medicina Interna. Agencia Sanitaria Costa del Sol. Marbella (Málaga). España

Recibido: 27/07/2019  
Aceptado: 27/07/2019  
En línea: 31/08/2019

**Citar como:** Aguilar-García JA, Augustín-Bandera V, García-de Lucas MD, Martín-Escalante MD. Gestante con hipertensión arterial crónica y antecedente de preeclampsia. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2019 (Ago); 4(2): 90-92. doi: 10.32818/reccmi.a4n2a17.

**Cite this as:** Aguilar-García JA, Augustín-Bandera V, García-de Lucas MD, Martín-Escalante MD. Pregnant woman with chronic arterial hypertension and history of preeclampsia. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2019 (Ago); 4(2): 90-92. doi: 10.32818/reccmi.a4n2a17.

Autor para correspondencia: Josefa A. Aguilar-García. [peagga@hotmail.com](mailto:peagga@hotmail.com)

### Palabras clave

- ▷ Embarazo
- ▷ Hipertensión arterial
- ▷ Hipertensión gestacional
- ▷ Preeclampsia

### Keywords

- ▷ Pregnancy
- ▷ Hypertension
- ▷ Hypertension in pregnancy
- ▷ Preeclampsia

### Resumen

El manejo de la hipertensión arterial en el embarazo, la importancia de un diagnóstico y tratamiento precoz y las posibles complicaciones durante el curso del embarazo y a largo plazo constituyen una práctica médica esencial que en el caso del centro de los autores se lleva a cabo por el Servicio de Medicina Interna. Se presenta el caso de una mujer de 34 años, obesa, con antecedentes de hipertensión gestacional complicada con preeclampsia, remitida para seguimiento de nueva gestación en la que se objetivan cifras elevadas de presión arterial desde el inicio de la misma.

### Abstract

*The management of arterial hypertension in pregnancy, the importance of early diagnosis and treatment and possible complications during the course of pregnancy and in the long-term constitutes an essential medical practice that in our case is managed by Internal Medicine. We present the case of a 34-year-old woman, obese, with a history of complicated gestational hypertension with preeclampsia, referred for follow-up of new pregnancy in which high blood pressure figures are observed since the beginning.*

### Puntos destacados

- ▷ La hipertensión arterial durante el embarazo constituye un marcador de riesgo precoz de enfermedad cardiovascular futura para la madre.
- ▷ El tratamiento de la hipertensión arterial leve a moderada en la embarazada (< 160/110 mmHg) no tiene una clara indicación y dependerá del riesgo individual.
- ▷ El riesgo de preeclampsia se reduce con el uso de ácido acetilsalicílico en mujeres con antecedentes de preeclampsia precoz o con factores de riesgo asociado al desarrollo de la misma.

## Introducción

La hipertensión arterial (HTA) es una de las complicaciones médicas más frecuentes del embarazo. Existen diferentes formas de manifestación de la enfermedad hipertensiva con distintos grados de severidad, y se asocia a complicaciones fetales (bajo peso al nacimiento, parto prematuro, mortalidad neonatal)

y maternas, tanto agudas como crónicas, siendo un marcador de riesgo de enfermedad cardiovascular futura, por lo que el diagnóstico y el tratamiento precoz es esencial.

## Caso clínico

Mujer de 34 años, sin hábitos tóxicos, con HTA gestacional en un embarazo hace 4 años complicado con preeclampsia leve en la semana 36 resuelta tras la inducción del parto. La presión arterial se normalizó en las semanas posteriores al parto y en los años siguientes la paciente no se realizó controles de la misma.

- Enfermedad actual. Gestante actual de 13 semanas asintomática remitida a nuestra consulta tras objetivarse en la primera visita de Obstetricia una presión arterial (PA) de 145/90 mmHg.
- Exploración física. Buen estado general, PA primera toma: 140/95 mmHg, y segunda toma (15 minutos después de la primera): 135/85 mmHg, frecuen-

cia cardíaca 85 lpm. Talla 1,62 m, peso 85 kg, IMC 32,4 kg/m<sup>2</sup>. Fondo de ojo: normal. Resto sin datos relevantes.

- Pruebas complementarias. Analítica: hemoglobina 11,7 g/dl (11-18), hematocrito 37% (42-52), VCM 73 fl (82-98), HCM 22 pg (27-33,5), leucocitos y plaquetas, función renal e iones sin alteraciones. Sedimento de orina normal. Relación proteína/creatinina en orina: 165 mg/g (20-200) y albumina/creatinina 15 mg/g (1-30). Electrocardiograma: ritmo sinusal a 78 latidos, sin alteraciones del QRS ni del ST.

## Evolución

En la primera visita tras objetivarse una presión arterial en el límite alto de la normalidad se recomendó una dieta con restricción total de sal, baja en grasas y ejercicio físico moderado para el control del peso. Se le prescribió ácido acetilsalicílico (AAS) 100 mg/24 h y labetalol 100 mg/12 h en caso de presentar en domicilio una PA  $\geq$  140/90 mmHg de forma repetida, y seguimiento estrecho por parte de Obstetricia y Medicina Interna. En la semana 16 de gestación empezó a tomar labetalol 100 mg/12 h, consiguiéndose un buen control hasta la semana 32 en que precisó aumento de dosis a 200 mg/12 h, manteniendo el tratamiento con AAS hasta la semana 36. La evolución de la gestación fue buena y el feto mantuvo percentiles de peso normales, y los controles de proteinuria fueron negativos. El peso alcanzado en el tercer trimestre por la paciente fue 88,5 kg (+ 3,5 kg), con inducción del parto en la semana 37 sin complicaciones. El peso del recién nacido fue 3,150 kg y el APGAR 9/10. A las 8 semanas del posparto la paciente seguía hipertensa, bien controlada con labetalol. Puesto que estaba dando lactancia natural, se decidió cambiar por enalapril para mayor comodidad.

## Diagnóstico

HTA crónica y obesidad en paciente gestante con antecedentes de preeclampsia.

## Discusión y conclusión

La HTA es una de las principales causas de mortalidad materna y morbimortalidad perinatal que tiene una prevalencia del 10% a nivel mundial. Los efectos sobre el feto incluyen retraso del crecimiento intrauterino, parto pretérmino y mortalidad fetal y neonatal. En la madre se puede asociar a otros factores de riesgo cardiovascular (FRCV) como diabetes, obesidad o enfermedad renal crónica y constituye un factor de riesgo independiente para el desarrollo de enfermedad cardiovascular futura<sup>1</sup>. Se define como una PA  $\geq$  140/90 mmHg,

en al menos 2 tomas en el mismo brazo, con un intervalo de 15 minutos entre ambas, y se considera grave cuando es  $\geq$  160/110 mmHg<sup>2</sup>. La *International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy (ISSHP)* tiene una clasificación de los diferentes estados hipertensivos del embarazo (Tabla 1)<sup>2,3</sup>.

No todas las formas de HTA tienen el mismo riesgo, siendo las formas más graves la preeclampsia, la eclampsia y el síndrome HELLP, que son una emergencia médica. La HTA crónica es aquella preexistente a la gestación o que se diagnostica antes de la semana 20, e implica riesgo maternofetal cuando es severa, se asocia nefropatía o es secundaria (HTA renovascular o feocromocitoma). La HTA gestacional es la forma más frecuente, no se asocia a proteinuria y se suele normalizar varias semanas después del parto. La morbimortalidad es baja, aunque mayor que en una gestación normal. Tanto la HTA crónica como la gestacional se pueden complicar con preeclampsia que se asocia a proteinuria > 300 mg o afectación de órganos diana<sup>2</sup>.

El tratamiento antihipertensivo tiene como objetivo disminuir las complicaciones agudas sobre la madre e intentar prolongar la gestación al menos hasta la madurez pulmonar, aunque en situaciones de alto riesgo para el feto el único tratamiento es la finalización de la gestación. El tratamiento de la HTA leve a moderada (< 160/110 mmHg) no tiene una clara indicación por lo que su instauración dependerá de la comorbilidad asociada y/o de los síntomas maternos. Sin embargo, la PA  $\geq$  160/110 mmHg siempre debe tratarse porque es un factor de riesgo de ictus isquémico y de hemorragia en el embarazo y está asociada con malos resultados maternos y perinatales, independientemente del desarrollo de preeclampsia<sup>4</sup>. Los tratamientos no farmacológicos tienen un papel limitado. Estudios aleatorios sobre intervenciones en el estilo de vida muestran efectos mínimos en el resultado del embarazo. Se recomienda ejercicio físico regular y en mujeres obesas con índice de masa corporal (IMC)  $\geq$  30 kg/m<sup>2</sup> evitar un aumento de más de 6,8 kg<sup>5</sup>. Los fármacos recomendados de primera línea son labetalol, metildopa, nifedipino de acción prolongada, metoprolol o propanolol. En una segunda línea se encuentran clonidina, hidralazina y los diuréticos tiazídicos. No están recomendados los IECA o los ARA-2 por su teratogenicidad. La asociación de AAS está indicada en situaciones de riesgo moderado y alto para el desarrollo de preeclampsia basada en revisiones sistemáticas y metanálisis donde se objetivó una reducción del riesgo de preeclampsia, y en un ensayo clínico donde se encontró una reducción del 82% del riesgo de preeclampsia temprana en aquellas pacientes tratadas entre la semana 11 y 36 de gestación<sup>6</sup>. El *American College of Obstetricians and Gynecologists* recomienda AAS en mujeres con antecedente de preeclampsia de inicio precoz en gestación previa o preeclampsia recurrente<sup>7</sup>. La guía de la *European Society of Cardiology (ESC)* recomienda asociarlo en pacientes de alto riesgo, que son aquellas con al menos uno de los siguientes criterios: HTA crónica, enfermedad hipertensiva en gestación previa, diabetes tipo 1 o 2, enfermedad renal crónica, síndrome antifosfolípido o enfermedad autoinmune, y en aquellas con riesgo moderado con

Clasificación	Definición	
HTA antes 20 semanas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crónica:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Esencial</li> <li>- Secundaria</li> </ul> </li> </ul>	PA elevada antes del embarazo o antes de la semana 20
	HTA de "bata blanca"	PA elevada en consulta, normal fuera de ella
	HTA "enmascarada"	PA elevada fuera de consulta y normal en consulta
HTA después 20 semanas	HTA gestacional transitoria	Elevación documentada de la PA en consulta, seguida de PA normales
	HTA gestacional	PA elevada después de semana 20
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preeclampsia</li> <li>• De novo</li> <li>• Sobreimpuesta a HTA crónica</li> </ul>	HTA gestación + proteinuria > 300 mg/24 h o afectación de órganos diana

Tabla 1. Clasificación de los estados hipertensivos del embarazo según la ISSHP<sup>2,3</sup>

más de uno de los siguientes criterios: primer embarazo, edad  $\geq$  40 años, intervalo entre embarazos  $>$  10 años, IMC en primera visita  $>$  35 kg/m<sup>2</sup>, antecedentes familiares de preeclampsia o embarazo múltiple<sup>8</sup>.

La HTA durante el embarazo constituye un problema de salud importante por su alta prevalencia, asociación con otros factores de riesgo como diabetes u obesidad y el aumento progresivo de la edad gestacional. El diagnóstico y tratamiento precoz durante el embarazo minimiza las complicaciones materno-fetales inmediatas y el riesgo cardiovascular futuro de la madre.

## Bibliografía

---

1. Butalia S, Audibert F, Côté AM, Firoz T, Logan AG, Magee LA, et al. Hypertension Canada. Hypertension Canada's 2018 Guidelines for the Management of Hypertension in Pregnancy. *Can J Cardiol*. 2018 May; 34(5): 526-531. doi: 10.1016/j.cjca.2018.02.021.
2. Magee LA, von Dadelszen P. State-of-the-art diagnosis and treatment of hypertension in pregnancy. *Mayo Clin Proc*. 2018; 93(11): 1664-1677. doi: 10.1016/j.mayocp.2018.04.033.
3. Brown MA, Magee LA, Kenny LC, Karumanchi SA, McCarthy FP, Saito S, et al; International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy (ISSHP). Hypertensive disorders of pregnancy: ISSHP classification, diagnosis, and management recommendations for international practice. *Hypertension*. 2018; 72(1): 24-43. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.117.10803.
4. Magee LA, von Dadelszen P, Rey E, Ross S, Asztalos E, Murphy KE, et al. Less-tight versus tight control of hypertension in pregnancy. *N Engl J Med*. 2015; 372(5): 407-417. doi: 10.1056/NEJMoa1404595.
5. Leddy MA, Power ML, Schulkin J. The impact of maternal obesity on maternal and fetal health. *Rev Obstet Gynecol* 2008; 1(4): 170-178.
6. Rolnik DL, Wright D, Poon LC, O'Gorman N, Syngelaki A, de Paco Matallana C, et al. Aspirin versus placebo in pregnancies at high risk for preterm preeclampsia. *N Engl J Med*. 2017 Aug 17; 377(7): 613-622. doi: 10.1056/NEJMoa1704559.
7. American College of Obstetricians and Gynecologists; Task Force on Hypertension in Pregnancy. Hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2013 Nov; 122(5): 1122-1131. doi: 10.1097/01.AOG.0000437382.03963.88.
8. Regitz-Zagrosek V, Roos-Hesselink JW, Bauersachs J, Blomström-Lundqvist C, Cifková R, De Bonis M, et al; ESC Scientific Document Group. 2018 ESC Guidelines for the management of cardiovascular diseases during pregnancy. *Eur Heart J*. 2018; 39(34): 3165-3241. doi: 10.1093/eurheartj/ehy340.