

EMERGENCIA HIPERTENSIVA Y EMBARAZO

María Dolores Pérez Frutos, Alberto Córdoba López

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario de Badajoz

Resumen

Mujer de 34 años, sin antecedentes personales de interés, embarazada de 34+2 semanas, que sufre emergencia hipertensiva.

Palabras clave

Eclampsia.

Introducción

Enfermedad actual: Es traída a Urgencias de nuestro hospital por el 112 tras sufrir en su domicilio episodio de crisis tónico-clónicas generalizadas y posterior caída, sufriendo traumatismo craneoencefálico tras golpearse contra el suelo.

Exploración física: A su llegada a Urgencias, la paciente se encuentra en estado post-crítico con bajo nivel de conciencia (*Glasgow Coma Escala* (GCS): 8-9 puntos). A la exploración: hipertensión arterial (HTA) (presión arterial (PA) 230/145 mmHg), frecuencia cardíaca: 96 lpm en ritmo sinusal; frecuencia respiratoria: 18 rpm y GCS de 8 puntos (O2, V1, M5), con contusión y hematoma en zona infraorbitaria (pómulo izquierdo).

Exploraciones complementarias: En la analítica de ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI): FiO₂: 1; pH: 7,36; PaCO₂: 34; PaO₂: 485; HCO₃: 19; SaO₂: 99 %; lac: 1,95. Analítica: - Hemograma: Hb 11,5 g/dl, Hto 31,6 %, leucocitos 176.000 (N 16.000), plaquetas 64.000. - Coagulación: AP 123 %, INR 0,88, TTPa 28,6 seg. Fibrinógeno 641. - Bioquímica: Glucosa 139. Urea 51. Creatinina 1,18. TFG 60. Proteínas totales: 5,4. Albumina 2,5. Na 131. K 4,6. Ca 9. CPK 144. LDH 1005. GOT 319. GPT 159. - Orina: pH 6,5. Leucocitos 25. Nitritos +. Proteínas 500. Cuerpos cetónicos 15. Eritrocitos 250. Sedimento: bacteriuria; 30-50 Hematíes/c. 1-5 Leucocitos/c.

Tomografía computarizada craneal urgente con proyección fetal evidenciando hematoma en caudado derecho con vertido ventricular e hidrocefalia incipiente (imágenes 1 y 2).

Posteriormente ingresa en UCI, donde se procede a intubación orotraqueal y conexión a ventilación mecánica, así como monitorización hemodinámica invasiva, con canalización de arteria y vía central e inicio de perfusión de sulfato de magnesio a ritmo de 1 g/hora (previo bolo de 4 g iv).

La paciente se interviene de forma emergente, realizándose cesárea con extracción de feto vivo y se coloca drenaje ventricular, con posterior craneotomía y evacuación del hematoma.

Conclusión

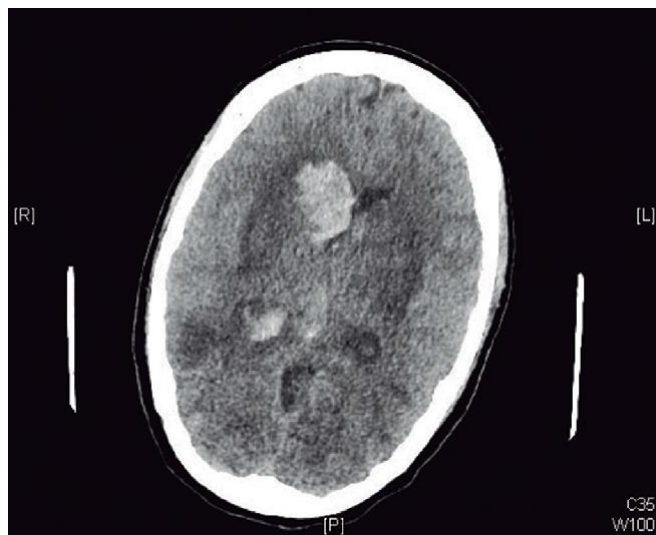
La eclampsia se define como cualquier actividad convulsiva no explicada de otra manera en un paciente con preeclampsia.

El tratamiento con sulfato de magnesio puede evitar la actividad epiléptica y se considera el tratamiento de elección, siendo más efectivo que la fenitoína, el diazepam o el nimodipino. Las benzodiazepinas y la fenitoína se justifican si el sulfato de magnesio está contraindicado. La dosis es de 4-6 gramos en 20-30 minutos, seguida de una infusión de 1-2 g/h, que se debe iniciar antes del parto y continuar hasta 24 horas después¹. Como tratamiento antihiperten-

sivo posterior, los más utilizados son labetalol, metildopa, hidralacina y nifedipino; dentro de las opciones de tratamiento de mantenimiento son labetalol o nifedipino oral. Con respecto al embarazo, en embarazadas con más de 34 semanas, se recomienda inducir el parto tras estabilización materna; ya que el parto minimiza el riesgo de complicaciones maternas graves como hemorragia cerebral, ruptura hepática, insuficiencia renal, así como complicaciones fetales².



Imagen 1. Hematoma en caudado derecho con ver-tido ventricular e hidrocefalia incipiente.



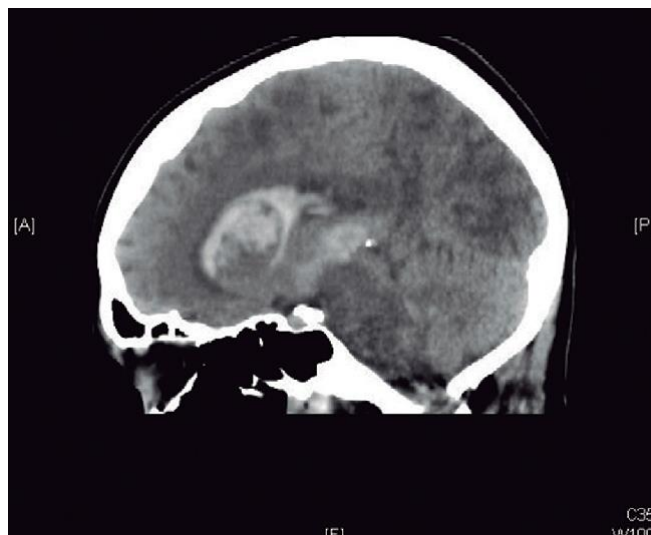
En lo referente a la forma de terminación del parto, si no existen signos de gravedad, se prefiere el parto vaginal, evitando tiempos de inducción prolongados³.

Con respecto al pronóstico: El seguimiento a largo plazo de madres con antecedente de preeclampsia, muestran que la morbilidad y la mortalidad de la preeclampsia no se limita exclusivamente al periodo gestacional, sino que puede afectar negativamente el resto de la vida de una mujer. En madres con antecedentes de preeclampsia se han notificado cambios cognitivos, una menor calidad de vida percibida, un mayor riesgo cerebrovascular durante toda la vida e incluso lesiones persistentes de la sustancia blanca cerebral⁴.

La presencia de preeclampsia en el embarazo confiere un riesgo de accidente cerebrovascular de 4 a 5 veces mayor en comparación con la población embarazada normotensa⁵.

Tratamiento antiplaquetario en la prevención: El tratamiento con suplementos de calcio o dosis bajas de aspirina pueden reducir la incidencia de preeclampsia. Un metaanálisis de 31 estudios controlados aleatorizados demostró el beneficio de dosis bajas de aspirina si el tratamiento se iniciaba antes de la semana 16 del embarazo, por lo que las pacientes con algún factor de alto riesgo (embarazo previo con preeclampsia, gestación múltiple, enfermedad renal crónica, enfermedad autoinmune, diabetes tipo 1 o 2, o HTA crónica) o más de uno de riesgo moderado

Imagen 2. Hematoma abierto a ventrículo.



(edad materna > 35 años, índice de masa corporal > 30, historia familiar...) deberían recibir dosis bajas de aspirina entre las semanas 12 y 28 y continuar hasta el momento del parto.

Bibliografía

1. Norwitz ER Preeclampsia: Management and Prognosis. [sede web]; May 21 [acceso junio 2021]. Disponible en <http://www.uptodate.com>
2. August P. Treatment of hypertension in pregnant and postpartum women. [sede web]; Jan 21 [acceso junio 2021]. Disponible en <http://www.uptodate.com>
3. Koopmans CM, Bijlenga D, Groen H, Vijgen SM, Aarnoudse JG, Bekedam DJ, et al; HYPITAT study group. Induction of labour versus expectant monitoring for gestational hypertension or mild pre-eclampsia after 36 weeks' gestation (HYPITAT): a multicentre, open-label randomised controlled trial. *Lancet*. 2009;374(9694):979-88. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60736-4. Epub 2009Aug 3. PMID:19656558.
4. Hammer ES, Cipolla MJ. Cerebrovascular Dysfunction in Preeclamptic Pregnancies. *Curr Hypertens Rep*. 2015;17(8):64. doi:10.1007/s11906-015-0575-8.
5. Meher S, Duley L, Hunter K, Askie L. Antiplatelet therapy before or after 16 weeks' gestation for preventing preeclampsia: an individual participant data meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2017 Feb;216(2):121-128.e2. doi: 10.1016/j.ajog.2016.10.016. Epub 2016 Nov 1. PMID: 27810551.