

REPORTE DE CASO

HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA MÁS ÓBITO FETAL EN UNA PACIENTE ATENDIDA EN EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE IBARRA EN EL MES DE AGOSTO DEL 2015

Adriana Carolina Chuqui Pedraza¹, Andrea Noemí Zurita Portilla¹, María Isabel Salem²

1. Obstetras Rurales de la carrera de Obstetricia "Juana Miranda", Facultad de ciencias médicas, Universidad Central del Ecuador.
2. Obstetra tutora de la investigación. Universidad Central del Ecuador.

RESUMEN

Los trastornos hipertensivos del embarazo continúan siendo una causa importante de morbilidad materna, fetal y neonatal en todo el mundo.

El objetivo principal de este trabajo es identificar tanto factores de riesgo como complicaciones Materno-Fetales asociadas a Hipertensión Arterial Crónica a lo largo de la gestación. Se presenta un caso de hipertensión arterial crónica en una paciente de 36 años multigesta con antecedentes patológicos familiares y personales importantes y antecedentes gineco-obstétricos de alto riesgo, en el embarazo actual se trata con metildopa de 500 mg cada 8 horas todos los días, tiene un total de 10 controles prenatales y 7 ecografías donde no se reportan anomalías; quien es transferida presentando óbito fetal y alteraciones hemodinámicas, en la cual al momento de la intervención se observa desprendimiento total de placenta y "Útero de Couvelaire" como resultado de la misma, motivo por el cual se realiza una histerectomía obstétrica subtotal.

En este caso de etiología médica de hipertensión crónica, esta presenta un riesgo cinco veces mayor de desprendimiento grave en comparación con las mujeres normotensas.

Estas pacientes tienen un riesgo significativamente mayor de muerte perinatal y recién nacido pequeño para la edad gestacional que las pacientes normotensas. Actualmente se han agregado a la lista de malos resultados el desprendimiento de placenta normo inserta y la restricción del crecimiento intrauterino entre otros.

PALABRAS CLAVES: Hipertensión, gestación, desprendimiento, placenta, óbito, embarazo.

Abstract

Hypertensive disorders in pregnancy remain a major cause of maternal and fetal morbidity and mortality neonatal worldwide. The main objective of this work is to identify both risk factors such as maternal-fetal associated with chronic arterial hypertension throughout pregnancy complications. A case of chronic arterial hypertension is presented in 36 multiple gestation patient with a strong family and personal medical history obstetric and gynecological history of high risk deeds 4 abortions¹, births⁰, cesarean², in the current pregnancy is treated with methyldopa 500 mg every 8 hours every day, has a total of 10 and 7 prenatal ultrasounds where no abnormalities were reported; who is transferred presenting stillbirth, and hemodynamic alteration, in which at the time of intervention it is observed a Total abruption and "Couvelaire uterus" as a result of it, a subtotal obstetric hysterectomy is done.

In this case medical condition is chronic hypertension this present a fivefold increased risk of serious detachment compared with normotensive women.

These patients have a significantly increased risk of perinatal death and newborn small for gestational age than normotensive patients. Currently they have been added to the list of bad results detachment of normo-inserted placenta and restricting intra-uterine growth among others.

Keywords: Hypertension, gestation, pregnancy, placenta detachment, demised.

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial es considerada como uno de los problemas de salud prioritarios definidos por el Ministerio de Salud. En la actualidad la hipertensión arterial sistémica (HAS) afecta aproximadamente al 20% de la población adulta de la mayoría de los países en desarrollo, es la primera causa de morbilidad y motiva el mayor número consultas dentro de las afecciones del aparato circulatorio.

Los trastornos hipertensivos del embarazo continúan siendo una causa importante de morbimortalidad materna, fetal y neonatal en todo el mundo.

La hipertensión arterial gestacional es uno de los principales problemas de salud, en un 16,13% INEC (2013) de acuerdo con las regiones geográficas, las razas, factores socioeconómicos y culturales en las distintas partes del Ecuador, de todos los embarazos a nivel de nuestro país, a partir de la vigésima semana de gestación, considerándose como una de las primeras causas de morbimortalidad materna y perinatal, en todo el mundo.

La mortalidad materna promedio en el Ecuador es de 121 defunciones, alcanzando un porcentaje total de 76,58% y una razón de mortalidad de 35,69%, estas cifras son mayores en áreas rurales, mujeres pobres y con menor acceso a educación.

El principal objetivo de este estudio es determinar los factores de riesgo que presenta la mujer embarazada ante un trastorno hipertensivo y los principales problemas que causa esta patología.

La hipertensión arterial crónica es una enfermedad que se caracteriza por un aumento en las cifras de tensión arterial por encima de 140/90 mm. Hg, y que se diagnostica antes del embarazo o en una consulta prenatal antes de las 20 semanas de gestación. En general esta enfermedad se caracteriza porque la paciente conoce su enfermedad con anterioridad, presenta varios embarazos previos y porque la hipertensión persiste después del parto.

CASO CLÍNICO

HISTORIA CLÍNICA

Datos de identificación

Paciente de 36 años femenino, mestiza, casada, Ama de casa, Nace en el cantón Cotacachi y reside en la parroquia y barrio Quiroga desde hace 10m años, instrucción ciclo básico, diestra, católica

Motivo de consulta

Óbito fetal

Enfermedad o problema actual

Paciente transferida del Hospital Asdrúbal de la Torre, con diagnóstico de Hipertensión Arterial Crónica más Óbito Fetal, Paciente refiere no sentir movimientos fetales desde más o menos 2 horas, además presentar dolor abdominal de aproximadamente 4 horas de evolución, de moderada intensidad localizada en hipogastrio tipo contracción que se acompaña de sangrado vaginal en poca cantidad rojo oscuro, no mal olor.

Antecedentes patológicos familiares:

Madre y Padre Hipertensos

Antecedentes patológicos personales:

Hipertensión Arterial Crónica diagnosticada hace 4 años a partir de embarazo en el cual presentó pre-eclampsia se trata con metildopa de 500 mg cada 8 horas, todos los días.

Antecedentes gineco-obstétricos:

Menarquia 11 años, ciclos menstruales regulares cada 30 días por 5 días. Inicio de vida sexual a los 21 años, compañeros sexuales 2, enfermedades de transmisión sexual ninguna, Papanicolaou el último hace 2 años con resultado normal, planificación familiar: ninguna.

GESTAS: 4

PARTOS: 0

CESAREAS: 2

ABORTO: 1 HV: 1

GESTA 1: A los 27 años, Embarazo cursa con normalidad recibe hierro y ácido fólico en todo el embarazo, a las 40 semanas se realiza cesárea por distocia de dilatación cervical, producto femenino, sin complicaciones, puerperio cursa con normalidad.

GESTA 2: A los 33 años cursa embarazo con normalidad, recibe hierro y ácido fólico, a las 34 semanas es diagnosticada de preeclampsia por lo que es hospitalizada, se realiza cesárea con producto obitado sexo masculino sin complicaciones, puerperio presenta persistencia de tensiones arteriales elevadas en los controles post- parto hasta después de las 12 semanas, presenta hipertensión arterial crónica.

GESTA 3: A los 35 años embarazo de 12 semanas recibe metildopa 250 mg cada 12 horas, presenta aborto incompleto, por lo que se realiza legrado complementario.

GESTA 4: Actual: embarazo de 36, 3 semanas durante el cual toma hierro y ácido fólico, además metildopa de 500 mg cada 8 horas hasta el momento.

Fecha De La Última Menstruación: 10 Diciembre Del 2014

Edad Gestacional: 36,3 días,

Controles prenatales: 10. **ECOS:** 7

Antecedentes quirúrgicos:

Cesárea hace 4 años.

Alergias: NINGUNA

SIGNOS VITALES

Presión arterial: 118/84 mmHg

Frecuencia cardiaca: 75 lpm

Saturación oxígeno: 97%

EXAMEN DEL SISTEMA GINECOLÓGICO U OBSTÉTRICO

Consciente, lúcida, orientada en tiempo espacio y persona, álgica.

Abdomen: útero gestante, feto único muerto, **FCF:** negativa, actividad uterina 2/10/20", movimientos fetales ausentes.

Región inguino-genital: genitales de nulípara, dilatado 1 cm, borrado 80%, membranas íntegras.

NOTA: se realiza ecografía en esta casa de salud hoy confirmando diagnóstico de óbito fetal.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS EN GINECOLOGÍA U OBSTÉTRICOS

Tipificación sanguínea: "o" positivo

Biometría hemática:

Glóbulos Blancos:	11.85
Glóbulos rojos:	3.30
Hemoglobina:	8.9
Hematocrito:	27.7
Volumen corpuscular medio:	83,9
Plaquetas:	160

Formula Leucocitaria

Segmentados:	60,1%
Linfocitos:	8.4
Eosinofilos:	0.1

Química clínica:

TGP:	28
TGO:	29
Fosfatasa alcalina:	120

Química sanguínea:

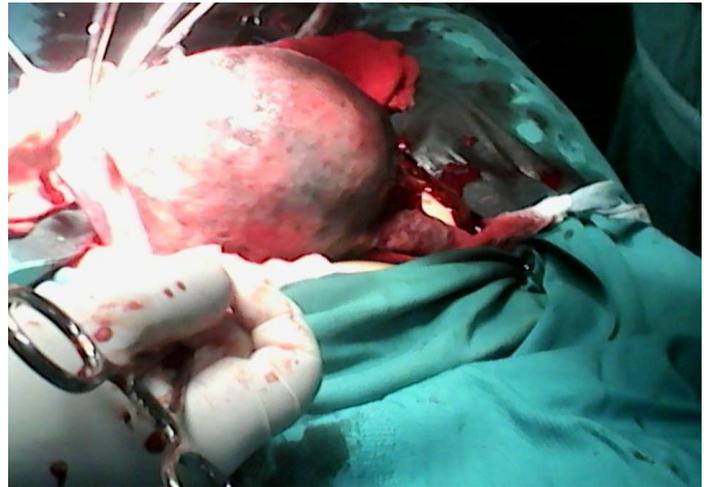
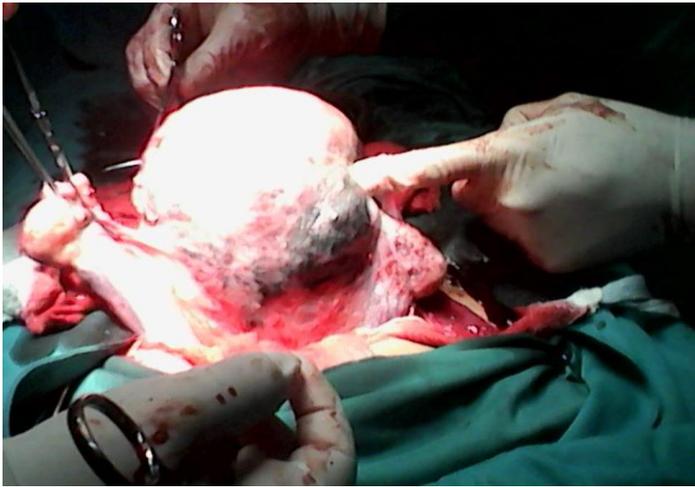
Ácido úrico:	7
Urea:	20
Glucosa:	115
Creatinina:	1,40

Bilirrubinas séricas:

Bilirrubina total:	0.60
Bilirrubina directa:	0.20
Bilirrubina indirecta:	0.40

Tiempo de coagulación:

Tiempo de Protrombina (TP):	11.0
Tiempo de Tromboplastina (TTP):	19,2
INR:	1.60



FIGURAS 1 Y 2: Procedimiento quirúrgico realizado.

DIAGNÓSTICO

Hipertensión arterial crónica más óbito fetal más cesárea anterior más paridad satisfecha.

PRONÓSTICO

Pronóstico Reservado

ASPECTOS ÉTICOS

Este trabajo fue realizado respetando los derechos de la paciente, con aspectos éticos y fue realizado bajo normas de confidencialidad y respeto.

PLAN DE TRATAMIENTO

- Ingreso a Centro Obstétrico
- Terminación del embarazo vía alta
- Control de signos vitales
- Preparar 2 Paquetes Globulares
- Lactato de Ringer 100ml a 125ml/ hora.
- Parte Operatorio
- Consentimiento informado
- Novedades

DESCRIPCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS EJECUTADOS

Diagnóstico Pre- Operatorio: Embarazo de 36, 3 semanas más hipertensión arterial crónica más óbito fetal más Cesárea anterior más labor inicial de parto más paridad satisfecha.

Intervención Propuesta: Cesárea más salpingectomía parcial bilateral.

Hallazgos encontrados en la cirugía:

Bajo normas de asepsia y antisepsia se realiza cesárea por embarazo de 36 semanas + cesárea anterior + óbito fetal + paridad satisfecha encontrándose:

1. Óbito Fetal sexo masculino
2. Desprendimiento placentario total
3. Útero de Couvaliere para lo cual se decide realizar histerectomía subtotal.

Diagnóstico Post- Operatorio: Puerperio post-histerectomía subtotal por embarazo de 36, 3 semanas más óbito fetal más desprendimiento total de placenta más Útero de Couvaliere más hipertensión arterial crónica más Cesárea más paridad satisfecha.

DISCUSIÓN

La Hipertensión Arterial Crónica no es sólo una enfermedad, sino que constituye un factor de riesgo establecido para muchas enfermedades de mayor letalidad, que afectan tanto a la madre, al feto y su familia por lo que esta se convierte en un problema de salud pública.

En este caso nos llama la atención los antecedentes gineco- obstétricos de alto riesgo como también las diversas complicaciones que se producen tanto en la madre como en el feto.

De alguna manera, aquellas mujeres que han presentado eclampsia e hipertensión arterial inducida recurrente, en embarazos subsiguientes tienen mucho más probabilidad de desarrollar hipertensión arterial crónica, como se presenta en este caso.

Es importante la correcta y completa recopilación de datos para el ingreso de la paciente así como también al momento de escribirlo en la historia clínica, recordemos que el motivo de consulta debe escribirse con palabras que nos refiere la paciente mas no un diagnóstico ya establecido, al realizar correctamente recopilación de datos nos evitaremos un diagnóstico y tratamiento errado así como problemas legales en el futuro.

Podemos evidenciar que la paciente tiene controles prenatales periódicos recomendados en la norma materna en todo su embarazo, además de mantener su trastorno hipertensivo controlado por aproximadamente 4 años. A pesar que acude a controles prenatales de manera periódica en estas no se realiza la suplementación de calcio elemental y de ácido acetilsalicílico para la prevención de la preeclampsia como se recomienda en la Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Salud Pública.

Los antecedentes patológicos y gineco-obstétricos de alto riesgo en la paciente nos dan ya una pauta para el manejo y tratamiento cuidadoso de la misma ya que pueden presentarse complicaciones como las anteriormente vistas.

Al ingreso a la casa de salud a la paciente no se le realiza determinación cualitativa y cuantitativa de proteinuria en tirilla reactiva o recolección de orina en 24 horas como la guía de práctica clínica nos recomienda y el Componente materno neonatal lo obliga para el diagnóstico de preeclampsia sobreañadida, es muy importante que la realización de este examen sea obligatorio para un correcto diagnóstico y tratamiento. Como sabemos un importante porcentaje de pacientes que presentan preeclampsia, eclampsia tiene un riesgo significativamente mayor de muerte fetal y complicaciones maternas como el desprendimiento de placenta como ocurrió en este caso.

Al examen físico la paciente presenta sangrado vaginal escaso hay que tener presente que en el desprendimiento de placenta con hemorragia oculta es fácil subestimar la pérdida sanguínea pues el sangrado puede quedar retenido detrás de la placenta y, por lo tanto, ser difícil de cuantificar y dificulta su diagnóstico como en este caso que se realizó el diagnóstico de esta solo después de la cirugía.

Bajo el cumplimiento del Componente Normativo Materno donde se indica realización de cesárea por cirugía uterina previa en este caso la cesárea anterior, por los antecedentes obstétricos desfavorables como el óbito fetal y también las alteraciones hemodinámicas la intervención fue realizada de manera urgente, en la cual se encuentra complicaciones graves maternas poco recurrentes como el “Útero De Couvelaire” y también desprendimiento total de placenta.

Por esta razón se realiza histerectomía subtotal obstétrica, tendremos en cuenta que siempre la Histerectomía Obstétrica de emergencia significa para el gineco-obstetra un difícil dilema: el practicar la cirugía como último recurso para salvar la vida de la madre y por otro lado sacrificar su capacidad reproductiva sobre todo cuando se trata del primer evento obstétrico, en este caso la paciente solo tiene un hijo vivo, sin embargo antes de la cirugía solicita la realización de ligadura

bilateral de trompas por paridad satisfecha lo cual facilita el manejo y la rápida intervención del gineco-obstetra. Además la mayoría de las veces se trata de un momento crítico, con riesgos médicos y quirúrgicos, será siempre un procedimiento técnicamente difícil y escoger el momento adecuado puede evitar la muerte materna o reducir las complicaciones

Los trastornos hipertensivos que complican el embarazo son frecuentes y forman una tríada letal junto con las hemorragias y las infecciones, que ocasionan un gran número de muertes maternas y neonatales.

CONCLUSIONES

- La hipertensión arterial crónica es una de las principales causas de morbi-mortalidad materno-fetal.
- □ Los principales factores de riesgo son la edad materna avanzada, antecedentes de trastornos hipertensivos tanto familiares como personales, multiparidad, nuliparidad entre otros.
- La prevención de preeclampsia, eclampsia e hipertensión arterial crónica debe ser exhaustiva para mantener un mejor control y evitar complicaciones a lo largo de la gestación.
- Se recomienda el uso de calcio y ácido acetilsalicílico para la prevención de preeclampsia y eclampsia en pacientes de alto riesgo.
- El seguimiento de guías y protocolos es importante para realizar una evaluación adecuada a las usuarias manteniendo así un embarazo, parto y puerperio controlados.

RECOMENDACIONES

- Educar a la madre en mantener controles prenatales periódicos, completos, integrales, precoces para que de esta manera se puedan prevenir diversas complicaciones asociadas al embarazo.
- Es importante el insistir en control preconcepcional ya que permite descartar, diagnosticar o tratar condiciones potencialmente riesgosas antes del embarazo y llevarlas al mismo bajo las mejores condiciones.
- Se debe dar un seguimiento más exhaustivo y minucioso a pacientes de alto riesgo obstétrico.
- Es importante mantener estudios de casos clínicos en toda nuestra carrera profesional para nutrir nuestros conocimientos.

CORRESPONDENCIA

ADRIANA CAROLINA CHUQUI PEDRAZA

Obstetra rural.

Universidad Central del Ecuador.

Correo: adrykrolin@yahoo.com

Recibido: 26 / 10 / 16



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR. Trastornos hipertensivos del embarazo, guía de práctica clínica Quito 2013
2. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR. Componente normativo materno. Quito 2008.
3. SOSA L. Estados hipertensivos del embarazo. Revista Uruguaya de Cardiología 2013.
4. VÁZQUEZ VIGOA R. Hospital Ginecoobstétrico "Ramón González Coro" Trastornos hipertensivos del embarazo. MARZO 2005.
5. HERNÁNDEZ LÓPEZ G. D. Preeclampsia posparto. MEXICO 2012.
6. MORGAN ORTIZ F. Factores de riesgos asociados con preeclampsia: estudio de casos y controles. Mexico 2010.
7. ZAMORANO NIEVES M. Desprendimiento Prematuro De Placenta Normalmente Inserta.09/04/2015. Recuperado De [Http://Www.Hvn.Es/Servicios_Asiestenciales/Ginecologia_Y_Obstetricia/Ficheros/Actividad_Doce nte_e_investigadora/clases_residentes/2015/clase2015_desprendimiento_prematuro_placenta.p df](http://www.Hvn.Es/Servicios_Asiestenciales/Ginecologia_Y_Obstetricia/Ficheros/Actividad_Doce nte_e_investigadora/clases_residentes/2015/clase2015_desprendimiento_prematuro_placenta.p df)
8. VERGARA SAGBINI G. Protocolo. Desprendimiento Prematuro De Placenta Normoinsera (D.P.P.N.I.).Recuperado de http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/PROTOCOLO_DPPNI.pdf
9. CLÍNICA UNIVERSIDAD NAVARRA. Diccionario médico. Recuperado de <http://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/sindrome-couvelaire>
10. SERRANO-BERRONES M. A. Útero de Couvelaire en el puerperio. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2014/gom147i.pdf>
11. AHUED AHUED J. R. Ginecología y Obstetricia aplicadas. Recuperado de https://books.google.com.ec/books?id=phDHCQAAQBAJ&pg=PA370&dq=utero+de+couvelaire&hl=es&sa=X&ved=0CDQQ6wEwBWoVChMliP7Jr_qKyAIVhloeCh1iSAOD#v=onepage&q=utero%20de%20couvelaire&f=false