



Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

V-218 - ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE PACIENTES CON HTA GESTACIONAL, PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS Y EVOLUCIÓN TEMPORAL

V. Agustín Bandera, J. García de Lomas Guerrero, J. Aguilar García, M. García de Lucas, E. Crespo González, D. Fernández Bermúdez, J. García Alegría

Medicina Interna. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga).

Resumen

Objetivos: Describir los principales factores de riesgo para el desarrollo de la HTA gestacional y su evolución en el posparto.

Material y métodos: Análisis de casos de HTA gestacional de una cohorte de 1.212 gestantes seguidas en la consulta de “patología médica en el embarazo” entre junio 2009-2016 en el Hospital Costa del Sol (Marbella). Se excluyeron del análisis las pacientes con criterios de preeclampsia (cociente proteína/creatinina $> 0,3$ mg/dl o alteración de la función renal, plaquetopenia, hipertransaminasemia, edema de pulmón o síntomas neurológicos)

Resultados: Se diagnosticaron 32 pacientes (excluidas 14 por desarrollar preeclampsia) y se analizaron 18 pacientes con edad media 33 ± 6 años. El 22% eran nulíparas y una paciente presentó una gestación múltiple. El 15% eran fumadoras. El 50% tuvo HTA gestacional previamente. Al 22% se les diagnosticó diabetes gestacional. Una paciente era diabética tipo 1. No se constató ningún antecedente de mola hidatiforme, preeclampsia, CIR, enfermedad renal, vascular o enfermedad autoinmune. Al inicio de la gestación el 25% tenía sobrepeso y el 50% obesidad ($IMC > 30$). Al final de la gestación el 69% tenía un $IMC > 30$. La edad gestacional media de diagnóstico fue 33 ± 6 semanas, con cociente proteinuria/creatinina medio de $1,10 \pm 0,59$ mg/g. Todas las pacientes recibieron tratamiento con labetalol (72%) (dosis máximas 800 mg) o con metildopa (dosis máxima 750 mg), ninguna precisó más de un fármaco. Al ingreso la TAS media fue 133 ± 5 mmHg y TAD media de 77 ± 7 mmHg. El 61% presentaban proteinuria 300 mg/dl (media $1,89 \pm 0,78$ mg/dl). Hubo 9 partos eutócicos y 8 cesáreas. En el 22% se produjo antes de la semana 37 (uno de ellos fue un aborto gemelar a las 35 semanas), con un peso medio de los recién nacidos de 2.792 ± 240 g (en 3 casos se indujo el parto por HTA no controlada y en una por complicaciones obstétricas), y en el resto de casos fue a las 38 semanas de media con un peso medio de 3.113 ± 475 g. En la paciente con aborto gemelar se constató a posteriori la presencia de factor V Leiden heterocigótico. El 38% continuó con tratamiento antihipertensivo tras el alta. A los tres meses el 17% (3 pacientes) seguía con HTA. Una paciente desarrolló retinopatía hipertensiva en la evolución.

Discusión: La HTA gestacional es la causa más común de HTA durante la gestación y hasta en la mitad de los casos pueden desarrollar preeclampsia en el curso de la gestación. Se da hasta en el 17% de pacientes nulíparas y la prevalencia es mayor si existen antecedentes de preeclampsia o HTA gestacional y en obesas o con sobrepeso. Hasta un 15% de los casos permanecen con HTA crónica tras 12 semanas postparto.

Conclusiones: 1. Los hallazgos de nuestra población son similares a lo publicado en la bibliografía. 2. El 50% desarrolló preeclampsia, una elevada proporción eran pacientes nulíparas, y casi la mitad tenía antecedentes de HTA gestacional. El 75% tenían sobrepeso y obesidad. Las pacientes con diagnóstico de diabetes gestacional eran obesas. El 15% desarrolló HTA crónica. 3. El control de factores de riesgo cardiovascular y el diagnóstico precoz en pacientes con antecedentes de HTA gestacional podría evitar el desarrollo de nueva HTA gestacional y complicaciones a largo plazo.