

Embarazo en la paciente con hipertensión crónica^(*)

Howard J. Tatum Ph. D. M. D.

Departamento de Obstetricia y Ginecología. Escuela de Medicina. New Orleans. Louisiana.

La constante observación clínica durante ocho (8) años en la clientela hospitalaria del Charity Hospital de Louisiana, en Nueva Orleans, y de otros servicios obstétricos de importancia, ha servido para hacer énfasis en la necesidad de considerar en una categoría especial a la paciente hipertensa que está embarazada. Esta entidad es importante cuando se tienen en cuenta la clase y frecuencia de complicaciones que pueden ocurrir, el pronóstico inmediato, materno y fetal, y finalmente las consecuencias tardías que pueden resultar.

Para determinar claramente este grupo clínico, es necesario definir el término hipertensión. Los datos estadísticos registrados por Masters, Dublin, y Marks, indican claramente que una tensión arterial de ciento cuarenta por noventa (140 x 90), no debe ser rutinariamente tomada como el punto divisor entre tensión normal e hipertensión.

De sus datos, ellos concluyen que los valores de los límites más bajos de hipertensión arterial, aumentan más o menos en proporción con la edad de la paciente. De acuerdo con estos datos, una paciente no embarazada entre (e incluyendo) las edades de treinta a treinta y cuatro (30-34) años, debe tener una tensión arterial de por lo menos ciento cuarenta y cinco por noventa y cinco (145 x 95) para poder ser considerada como hipertensa. Para las edades de treinta y cinco a treinta y nueve (35-39) años, debe ser ciento cincuenta por noventa y ocho (150 x 98) y entre las edades de cuarenta a cuarenta y cuatro (40-44) una tensión arterial de ciento sesenta y cinco por ciento (165 x 100), debe ser obtenida.

La determinación de lo que constituye un nivel de hipertensión alto, se complica todavía más, si consideramos el hecho de

(*) Publicado en parte en el "Bull. Mat. Welfare" 4: número 4; 17. 1957.

que en muchas pacientes embarazadas, si no en todas, hay una disminución apreciable en su tensión arterial.

Esta reducción se hace aparente en el primer trimestre del embarazo y persiste hasta cerca del final del mismo.

Estos puntos en cuanto a la existencia de hipertensión deben siempre ser tenidos en cuenta no importa cual sea la clasificación de toxemia que se emplee.

A propósito de este tema se debe citar la parte de la clasificación de toxemias del "American Committee on Maternal Welfare" que tiene relación con el tema que estamos tratando, como sigue:

Segundo (II)—Enfermedad hipertensiva crónica con embarazo.

A—Sin toxemia aguda sobre-agregada (no hay exacerbación de hipertensión o presencia de albuminuria).

1º Hipertensión conocida antes del embarazo.

2º Hipertensión descubierta durante el embarazo, antes de la vigésima cuarta (24) semana y con persistencia en el post-partum.

B—Con toxemia aguda sobreagregada.

Este comité sugiere también se designe como hipertensión un aumento de treinta (30) mm. o más en la presión sistólica y un aumento de quince (15) mm. o más en la presión diastólica, y que este aumento sea observado en dos o más ocasiones con un intervalo no menor de seis (6) horas.

La paciente con toxemia aguda sobre-agregada cuya hipertensión arterial ha existido antes del embarazo, puede tener relativamente pocas complicaciones atribuibles al embarazo. De hecho la paciente puede obtener algún alivio sintomático durante gran parte del embarazo como resultado de una temporal y relativa hipotensión. Las complicaciones que puedan desarrollarse dependen generalmente del aumento de la carga metabólica propia del embarazo, o a los repentinos y a menudo exagerados aumentos de la tensión arterial y del gasto cardíaco asociados con el trabajo de parto.

La reserva funcional renal está frecuentemente reducida en pacientes con hipertensión crónica. Si esta capacidad de reserva se excede debido a las demandas del embarazo, aparecen entonces evidencias clínicas y de laboratorio de insuficiencia renal; y azotemia resultante de la reducida eliminación de úrea y ácido úrico puede ocurrir. Además estas pacientes pueden perder can-

tidades excesivas de sodio y cloro y presentar los signos y síntomas del síndrome de depleción de sal, tales como hipotensión relativa, con aumento de la frecuencia del pulso, confusión mental y apatía, debilidad de los músculos esqueléticos y pérdida de turgencia y elasticidad de la piel. Habrá una disminución en la concentración de sodio y cloro en el suero, y un aumento en la concentración de potasio.

El trabajo de parto está asociado con el aumento progresivo de la tensión arterial, la cual alcanza un máximum al final del segundo período en el momento del parto. Hay un aumento concomitante y más o menos proporcional en el gasto cardíaco. Estos sobrecargos que son rápidamente compensados en la paciente normal, pueden exceder la reserva compensadora utilizable del sistema cardiovascular en la paciente hipertensa crónica y conducirla a insuficiencia cardíaca o ruptura vascular (accidente cerebro-vascular, etc.).

En la paciente, cuya hipertensión arterial aparece por primera vez en el embarazo, pero antes de la vigésima cuarta (24) semana y que persiste por más de seis meses en el **post-partum**, debe deducirse que tiene enfermedad crónica hipertensiva. Es creencia entre los fisiólogos obstetras que el embarazo en estas pacientes fue el mecanismo que hizo evidente, aunque tal vez prematuramente un estado latente e inevitable de hipertensión cualitativamente menos severa y frecuente que en el grupo anterior, ya que la enfermedad hipertensiva ha existido solamente por un corto periodo de tiempo. Las cifras de sobre vida materna y fetal son esencialmente las mismas para ambos grupos, siendo un poco más bajas que en pacientes normotensas, pero no en grado importante.

Hay evidencia considerable de que el estado de hipertensión crónica por sí mismo afecta el medio intrauterino, de modo tal, que frecuentemente hay alteraciones en el desarrollo placentario. Placentas anormalmente pequeñas, fibróticas y escleróticas son observadas en estos casos. Cuando esto sucede, la insuficiencia funcional placentaria relativa se puede reflejar en el crecimiento subnormal del feto. Muchos de estos niños nacen a término, pero a causa de su peso deben ser considerados como prematuros.

La insuficiencia placentaria se relaciona, tanto con el oxígeno y el bióxido de carbono como con la transferencia de elementos nutritivos. En estas circunstancias el feto debe adaptarse

a vivir en un estado relativo de hipoxia. Si el grado de ésta excede los requerimientos básicos metabólicos, el feto muere.

El trabajo de parto por sí mismo es una experiencia potencialmente peligrosa para el feto, ya que la cantidad de oxígeno para el mismo se disminuye con cada contracción uterina. Frecuentemente, el feto es incapaz de sobrevivir a esta hipoxia intermitente. La prueba de los ocitocicos, o del pitocín fue establecida para tener una idea de la manera como va el feto a responder a las contracciones uterinas. Si una breve contracción uterina producida por una cantidad mínima de pitocín, nos produce una reducción temporal de los ruidos cardíacos fetales, de cien (100) o menos por minuto, se puede considerar que hay una relación feto-placentaria satisfactoria, la cual probablemente no cambiará durante el trabajo de parto.

Una reducción notable de los ruidos cardíacos fetales como resultado del uso del pitocín, o durante el trabajo de parto nos debe hacer considerar la posibilidad de efectuar una operación cesárea inmediatamente. Es importante, sin embargo, anotar que escoger este procedimiento transabdominal, en estas circunstancias, no garantiza la supervivencia fetal de una manera absoluta.

Cuando en una paciente con hipertensión crónica se sobreagrega una toxemia verdadera, la situación cambia considerablemente. Es en este grupo de pacientes, en el cual ocurren la mayoría de las catástrofes obstétricas. La morbilidad aumentada debido a la pre-eclampsia sobreagregada es empeorada por el aumento adicional de la resistencia vascular periférica.

Esto conduce a una sobrecarga cardíaca y a un aumento en la demanda metabólica general del organismo. Por el hecho que el nivel de la tensión arterial en estas pacientes es mayor relativamente que en aquellas que tienen solamente hipertensión crónica o pre-eclampsia, la incidencia de accidentes vasculares aumenta.

La insuficiencia placentaria también aumenta trayendo como consecuencia un mayor número de muertes fetales intrauterinas. La mortalidad intrapartum también aumenta. La relación feto-placenta-útero se altera de tal manera que el *abruptio* de la placenta ocurre con más frecuencia. La separación prematura de la placenta normo-inserta no está por supuesto, limitada a pacientes con hipertensión crónica, toxemia pura, o a una combinación de las dos.

Sin embargo, las complicaciones de la separación de la placenta normo-inserta son más graves cuando están asociadas a una paciente hipertensa, que cuando lo están a una paciente con tensión arterial normal. Deficiencia de fibrinógeno, insuficiencia renal aguda, necrosis renal cortical, y falla suprarrenal cortical, son algunas de las serias y frecuentemente irreversibles complicaciones maternas que observamos en pacientes con hipertensión crónica y pre-eclampsia o eclampsia sobreagregada.

Las complicaciones a largo plazo de la toxemia gravídica sobreagregada a la hipertensión crónica son difíciles de evaluar, excepto en cuanto a su relación con residuos de rupturas vasculares.

Es probable que el estado de hipertensión crónica sea agravado por la toxemia sobreagregada pero no hay prueba estadística disponible de ello. No se intentará aquí una revisión detallada de los métodos terapéuticos. Basta decir que la orientación terapéutica se debe dirigir hacia la reducción de las cargas, metabólica general y cardiovascular, y a mejorar el estado funcional útero-placentario. Nuestros recursos terapéuticos para esto incluyen varios tipos y clases de sedativos, vasorelajadores, vasodilatadores, diuréticos y finalmente, pero no de menor importancia, oxígeno.

Todas estas medidas terapéuticas tienen un valor específico y definido, pero conviene recordar que la única curación efectiva para la toxemia del embarazo es la terminación del mismo, y que no existe un remedio específico para la curación de la hipertensión crónica.