Inestabilidad tensional y embarazo

Por el doctor Carlos R. Silva Mojica Ex-Jefe de Clínica Obstétrica.

Con este título comentamos tanto una historia clínica como algunas particularidades de la tensión arterial en el embarazo.

Se trata de una primigestante atendida en el ICSS (carnet No. 116331). Edad: 23 años. Profesión: enfermera. Casada hace 11 meses. Antecedentes patológicos generales: sin importancia.

Antecedentes ginecológicos: normales. Ultima regla: octubre 20/51. Fe-

cha probable del parto: julio 30/52.

Examen general: (Mayo 2/52). Normales todos sus órganos y aparatos. Primigestante de 6½ meses. Feto vivo. Serología negativa. Orina normal. Radiografía pulmonar, negativa para TBC.

Mayo 30: Consulta por contracciones uterinas algo dolorosas. TA: 130/80; pulso 76; sin edemas. Para prevenir el parto prematuro se formulan sedantes y

reposo físico.

Junio 13: Llega al Servicio de Admisión de la Clínica Primero de Mayo y se le anotan estos datos: dolor abdominal vago, permanente, localizado en las zonas umbilical y epigástrica. Dolor en la región sacra; cefalea persistente desde hace 10 días. TA: 135/90; pulso: 80; AU: 28 cent. TV: cuello largo y cerrado. Se hospitaliza.

Nos informan del caso y nos hacen anotar la ligera alza de la TA y la cefalea. La examinamos una hora más tarde y encontramos los mismos datos de admisión: contracciones uterinas muy espaciadas; feto vivo en OI, móvil, pero anotamos una cifra alarmante para la TA, de 170/90, tomada con tensiómetro de mercurio. Es decir, que en el curso de una hora había subido la TA en forma exagerada.

Ante estos hechos hacemos diagnóstico de impresión de *Preeclampsia grave*, y prescribimos el siguiente tratamiento: Fenergán, 1 am. i. m. cada 6 horas; tomar TA y pulso cada 6 horas; medir la cantidad de orina eliminada en 24 horas; dieta hipoproteica e hipoclorurada; pedir exámenes de laboratorio: parcial de orina; NPN y glicerina. Todas estas medidas son aplicadas de inmediato.

A las 5 p. m. del mismo día, interesados por controlar la paciente y conocer los resultados del laboratorio la visitamos y anotamos con sorpresa una TA de 110/70, con un examen de orina aceptable (huellas de albúmina; piocitos +; hematies ++; bacterias +.

Como dudamos que este descenso espectacular de la TA se hubiera debido a la acción de una sola ampolleta de Fenergán, resolvemos hacer controles de la TA con pocos minutos de intervalo y por distintas personas.

TA a las 5:20 p.m.: 150 100 (tomada por el interno).

TA a las 5:30 p.m.: 170 100 (tomada por mí).

TA a las 5:40 p.m.: 110/70 (tomada por la enfermera).

Ante estas notorias oscilaciones de la TA y con un examen de orina leve mente anormal apenas, modificamos el diagnósteio anotado unas horas antes y pensamos en la posibilidad de un estado de *inestabilidad tensional*, cuya etiolo gía no es clara por el momento; dejamos como único tratamiento el fenergán inyectado cada 6 horas, hasta el siguiente día, suspendemos todas las demás medidas.

Junio 14.—10:30 a.m.—Ha presentado contracciones uterinas poco dolorosas. TV: no hay borramiento ni dilatación. Se ordena suspender el fenergán, dar dieta libre, controlar TA y pulso; avisar si inicia trabajo regular.

TA a la 1 a.m.: 160/100. TA a las 7 a.m.: 160/100. TA a las 7 p.m.: 150/100.

A las 7 p. m. el trabajo se hizo francamente regular.

Junio 15.—En este día se presenta el parto, espontáneo, normal; trabajo regular de 9 horas de duración; feto femenino de 2.100 gr. x 46 cmts. Presentación OIA. Episiotomía. Anestesia general con ciclo para el desprendimiento y local para procaína, para la sutura de la episiotomía.

El feto tiene pie chapín unilateral; había expulsado bastante meconio por una circular muy apretada en el cuello; presenta asfixia neonatorum medianamente grave; se reanima bien, con la aspiración de mucosidades e inhalaciones

de O2. Pasa en buen estado al servicio de prematuros.

TA antes de entrar a la sala de partos: 120/85.

TA después del parto: 138/90.

Se prescribe lo siguiente para el puerperio: ergotrato 2 comp. al día; sulfadiazina 8 comp. diarios por 2 días; cibalgina en comprimidos para el dolor.

TA a las 8 p. m.: 100/80.

Junio 16.—Paciente en buen estado. Llegan exámenes de laboratorio con resultados normales (NPN, glicemia, uricemia).

Junio 17.--Paciente en buen estado.

TA: 160/95.

Junio 18.—Paciente en buen estado. Por la noche la TA sube a 190/110 con pulso de 108 al minuto, sin fenómenos subjetivos de ninguna clase. Se ordena una cápsula de seconal y nuevo examen de orina.

Junio 19.—Paciente en buen estado. TA: 160/110. Se ordena suspender el ergotrato y dar un comprimido de gardenal a mañana y noche. El examen de

orina indica huellas de albúmina y de glucosa, hematíes +++.

TA a las 4½ p. m.: 170/120. TA a las 10 p. m.: 180/110.

Junio 20.—Paciente en buen estado. Congestión mamaria por la llegada de la leche.

TA a las 4 p. m.: 140/110. TA a las 7 p. m.: 160/110.

lunio 21.- Paciente en buen estado.

Junio 22.-Paciente en buenas condiciones generales. Se le firma la salida.

COMEN TARIOS

Anotamos que para un mejor estudio del caso hacen falta algunos exámenes de laboratorio, tales como dato de tondo de ojo, metabolismo basal, y recuento de Addis. No se practicaron por factores particulares de la clínica que

impiden su pronta ejecución.

de la agudeza visual, fosfenos, etc.

Este caso nos induce a comentar algunas particularidades de la afección hipertensiva. Esta puede existir desde antes del embarazo o iniciarse en el curso de este. En ella no hay signos ni síntomas de afección renal ni tampoco mayores alteraciones en los fondos oculares, por lo menos en las formas leves, porque en la forma maligna sí se aprecia retinitis angio espástica, edema papilar y estrechamiento espástico y orgánico de las arteriolas¹. Además, no hay oscilaciones tan notorias de la TÁ y si se presentan, se efectúan siempre sobre un estado más o menos permanente de hipertensión. Es cierto que en el comienzo de la hipertensión esencial, a veces hay un período de grandes oscilaciones de la TÁ, llamado período de *inestabilidad tensional*² que puede iniciarse en cualquier época de la vida; permanece por 8 o 10 años para evolucionar luego al estado de hipertensión permanente.

Respecto de la afección renal, como es sabido, manifestamos que en ella existen datos de lesión renal anterior al embarazo, incluyendo la determinada por celampsia en embarazos pasados, o dato de un factor tóxico o infeccioso co-existente con la gravidez que determine lesión aguda del riñón. En estos casos la hipertensión aparece desde el principio del embarazo o coexistiendo con el factor tóxico o infeccioso sea cual fuere la edad del embarazo. Es frecuente en los casos de lesión renal las alteraciones de la visión, tales como disminución

En los exámenes practicados a la paciente los únicos índices de lesión renal son huellas de albúmina y hematícs ++ en la orina (junio 13), índices leves por cierto, antes del parto. Después de éste (junio 19) hay en la orina huellas de albúmina y hematícs +++. No damos valor efectivo a los hematícs de este último examen; pueden provenir de los loquios o también pueden ser de origen renal, a causa de la sulfadiazina suministrada en el puerperio, no se formularon sino 16 pastas, con un fin profiláctico, pero por descuido del servicio se le dieron 30 comprimidos.

La preeclampsia tiene, características muy especiales tanto clínicas como de laboratorio. Recalco en todo caso, que una TA alta, como síntoma único no quiere decir preeclampsia, ni mucho menos una TA de tipo oscilante e inestable.

Esta clase de hipertensión oscilante aparece a veces en la menopausia, natural u operatoria y es debida a desequilibrio glandular por aumento de las hormonas hipofisarias al cesar la función ovárica³. Igual factor puede invocarse en este caso pues bien conocidas son las modificaciones que el embarazo determina en la tiroides, suprarrenales, hipófisis, etc.

Existe un tumor de la corteza suprarrenal, el paraganglioma, que causa crisis hipertensivas y angioespásticas de breve duración, con sensaciones subjetivas intensas, hipertensión marcada e hiperglicemia, debido a descargas mo mentáneas de adrenalina en el torrente circulatorio⁴.

Es del caso aclarar también que la inestabilidad tensional tiene causas emo cionales, psíquicas y por acción directa del simpático, sin descartar que esto pue de ser indicio de una hipertensión esencial incipiente.

En favor del factor nervioso hay que tener en cuenta la labilidad especial del sistema neuro vegetativo de la embarazada y su acción sobre el aparato vascular, sobre todo en los últimos meses, manifestada por hiperexitabilidad simpáticotónica con aumento de la TA por vaso constricción periférica⁵.

Taylor y Best anotan las influencias emocionales, el temor, las preocupaciones, etc., sobre la TA, especialmente sobre la tensión sistólica.

Los estados de agitación psíquica y emocional pueden aumentar los valores de la TA, en 1, 2 y 3 cents. de Hg. excepcionalmente en más⁶. Pero si esta excitación psíquica tiene lugar en una embarazada, el aumento de la TA no será de 3 cents. de Hg., sino de de 5 o de 6 debido a la mayor exitabilidad del simpático.

Es fácil comprender el estado emocional de la mujer grávida, en especial tratándose de una muchacha como la de la historia comentada, primigestante, joven, humilde de condición, con miedo del parto, con preocupación por la suerte del hijo, con temor a la clínica, al médico, a las enfermeras y a los exá menes genitales a los que se verá sometida. Todas estas circunstancias determinan un terreno propicio para los paroxismos de hipertensión.

Se desprende de todos estos datos que el problema de la hipertensión en el embarazo es bastante complejo y obedece a las más diversas causas. Es de mucha importancia la medida de la TA desde los comienzos de la gravidez. Toda alza de la TA en el embarazo debe estudiarse tanto clínicamente como por el control del laboratorio para prevenir las complicaciones serias de todos conocidas.

Estados simples de inestabilidad tensional, de causa emocional, merecen atención y tratamiento adecuado pues pueden ser índice de trastornos vagosimpáticos o pueden producir accidentes del embarazo como su interrupción por aborto⁷ o por parto prematuro, o el desprendimiento prematuro de la placenta normalmente insertada.

La etiología del presente caso sólo llega a definirse, nos parece, en el curso de una observación más prolongada. Se confirmaría una causa emocional si todo se normalizara una vez que la paciente saliera de su estado puerperal. Pero si después de éste, continuaran las oscilaciones de la TA y hubiere tendencia a la

hipertensión, junto con cefálea y signos de lesión renal podría concluírse que se trata de una afección hipertensiva.

Desafortunadamente estos datos no han podido ser consignados porque la paciente fue perdida de vista desde su salida de la clínica.

SUMARIO

Se estudia la historia de una paciente que manifiesta grandes oscilaciones de la TA en los últimos dias del embarazo, en el parto y en el puerperio. Se hace notar la falta de datos anormales en los resultados del laboratorio. Se comentan especialmente estas entidades: afección hipertensiva, afección renal, precelampsia, paraglanglioma o adenoma de la corteza suprarrenal e inestabilidad tensional de origen psicosomático.

Se recalca sobre la medida periódica de la TA y sobre la correcta interpre-

tación de los cuadros hipertensivos de la gravidez.

REFERENCIAS

- 1.-De Lee Greenhill. Principios y Práctica de Obstetricia. VIII Ed. 1945. p. 440.
- 2.—Luisada Aldo. Cardiología. 1945. pp. 719 y 720.
- 3. Luisada Aldo. Cardiología. 1945. pp. 719 y 720.
- 4. Luisada Aldo. Cardiología. 1945. pp. 719 y 720.
- 5.—Stoeckel. Tratado de Obstetricia. III Ed. Tomo I, p. 122.
- Cossio Pedro. Biblioteca de Semiología. Aparato Circulatorio. IV Ed. Buenos Aires. p. 295.
- 7º-Rot. Carballo J. Patología Psicosomática. Madrid, 1949. p. 731.