

Reporte de caso



Hipertensión arterial crónica con hipertensión gestacional sobreañadida en paciente de 39 años: reporte de caso

Chronic Hypertension with Superimposed Gestational Hypertension in a 39-Year-Old Woman: Case Report.

Silvia Yulissa Velásquez Baho^{1A}; Juan Arcenio Cuenca Apolo^{2B}

1 Médica general, Universidad Nacional de Loja, Ecuador

2 Médico cirujano, Universidad Nacional de Loja, Ecuador

Fecha recepción: 05-09-2025

Fecha aceptación: 25-09-2025

Fecha publicación: 28-12-2025

Resumen

La hipertensión gestacional constituye uno de los principales trastornos hipertensivos del embarazo y se asocia a mayor morbilidad materna y perinatal. Presentamos el caso de una paciente multípara de 39 años, con antecedentes de hipertensión arterial crónica, que cursó embarazo a término con cifras tensionales persistentemente elevadas, sin proteinuria significativa. Se realizó manejo expectante con monitoreo materno-fetal, inducción fallida del trabajo de parto y, finalmente, resolución mediante cesárea de emergencia por compromiso de bienestar fetal. La evolución posparto fue favorable con control farmacológico de la presión arterial. Este caso resalta la importancia del diagnóstico oportuno y el seguimiento estricto en gestantes con factores de riesgo, con el fin de reducir complicaciones maternas y neonatales.

Palabras clave:

Hipertensión gestacional, embarazo, trastornos hipertensivos del embarazo, preeclampsia

Abstract

Gestational hypertension is one of the main hypertensive disorders of pregnancy and is associated with increased maternal and perinatal morbidity. We present the case of a 39-year-old multiparous patient with a history of chronic arterial hypertension, who carried a term pregnancy with persistently elevated blood pressure levels, without significant proteinuria. Expectant management was performed with maternal-fetal monitoring, failed induction of labor, and ultimately an emergency cesarean section due to fetal distress. The postpartum course was favorable with pharmacological blood

Keywords:

Gestational hypertension, pregnancy, hypertensive disorders of pregnancy, preeclampsia

^A E-mail: silvia.velasquez@unl.edu.ec

 ORCID: 0009-0004-9949-8255

^B  ORCID: 0000-0002-7130-7996

pressure control. This case highlights the importance of timely diagnosis and close follow-up in pregnant women with risk factors, in order to reduce maternal and neonatal complications.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos hipertensivos del embarazo constituyen una de las principales causas de morbimortalidad materna y perinatal en el mundo. La hipertensión gestacional se define como la elevación de la presión arterial $\geq 140/90$ mmHg después de la semana 20 de gestación en mujeres previamente normotensas y sin proteinuria significativa⁽¹⁾. Su prevalencia global varía del 5% al 10% en países desarrollados, y puede alcanzar hasta un 18% en países en vías de desarrollo⁽²⁾. Estas condiciones se asocian a complicaciones como preeclampsia, eclampsia, síndrome HELLP, restricción del crecimiento intrauterino y mortalidad materno-perinatal⁽³⁾.

En América Latina y Ecuador, los trastornos hipertensivos del embarazo representan un importante problema de salud pública. A nivel nacional, se estima que entre el 1,8% y 16,7% de las gestantes pueden verse afectadas por esta condición, que ha sido responsable de hasta un 34% de las muertes maternas registradas en años recientes⁽⁴⁾.

En el contexto local, si bien no existen estudios específicos sobre hipertensión gestacional en la provincia de Zamora Chinchipe, investigaciones en la ciudad de Loja han evidenciado una alta prevalencia de hipertensión arterial en la población adulta femenina: 32% en la parroquia Sucre y 22,4% en la parroquia Punzara⁽⁵⁾⁽⁶⁾. Sin embargo, aunque esta información refleja una carga significativa de factores de riesgo cardiovascular en la región, la ausencia de datos regionales sobre gestantes hipertensas resalta la importancia de reportar casos clínicos que permitan contribuir a la caracterización del problema en la zona.

El presente trabajo describe el caso de una paciente multípara de 39 años con diagnóstico de hipertensión gestacional, y hace énfasis en la necesidad del diagnóstico oportuno, el seguimiento clínico estricto y la toma de decisiones terapéuticas para reducir complicaciones maternas y neonatales.

CASO CLÍNICO

Datos de filiación y antecedentes: Paciente de 39 años, originaria y residente en Zamora, Ecuador. Casada, con instrucción primaria, etnia indígena. Antecedente perso-

nal de hipertensión gestacional hace 6 años e hipertensión arterial crónica diagnosticada hace 2 años, previamente tratada con losartán 100 mg VO QD (suspendido durante el embarazo). Padre hipertenso. Niega tabaquismo o consumo de drogas; bebedora social ocasional.

Antecedentes gineco-obstétricos: Menarquía a los 13 años, ciclos regulares. Gestas: 2; partos: 2; abortos: 0. Vida sexual activa desde los 15 años, sin anticoncepción el último año. Última citología hace 7 años.

Durante el **embarazo actual**, cursó 40,2 semanas al ingreso, con 16 controles prenatales y tres ecografías (la segunda reportó circular de cordón simple en cuello). Recibió profilaxis con ácido acetilsalicílico y calcio indicada en el primer nivel de atención como prevención de preeclampsia. Antecedente de ITU e infección genital en tercer trimestre, con hospitalización de 2 días. Peso inicial: 76,9 kg (IMC 30,42). Peso al ingreso: 82,1 kg (IMC 32,47).

Motivo de consulta y enfermedad actual: Acude al servicio de emergencia en condición grave, por dolor abdominal tipo contracción uterina de 10 horas de evolución, acompañado de eliminación de tapón mucoso cervical sanguinolento en dos ocasiones.

Examen físico y signos vitales al ingreso (07/07/2023, 00:30)

Paciente lúcida, orientada, álgica, afebril. FC: 74 lpm; FR: 20 rpm; T°: 36,2 °C; Sat O₂: 98%. PA: hasta 160/100 mmHg. Abdomen globoso, FCF 134 lpm, presentación cefálica derecha, movimientos fetales presentes, AU 34 cm. Examen vaginal: cuello posterior, OCE entreabierto, OCI cerrado. Extremidades con fuerza y tono conservados.

Exámenes complementarios

- **Proteinuria en orina:** Negativa en tiras reactivas.
- **Perfil toxémico:** Realizado el 09/07/2023, resultado negativo.
- **Monitoreo fetal:** Evidenció en varios controles variabilidad disminuida y patrón no reactivo.
- **Cifras tensionales:** Fluctuantes con picos hasta 169/100 mmHg.

- Laboratorios realizados:** Al ingreso, se solicitaron exámenes de laboratorio completos con el fin de descartar complicaciones asociadas a hipertensión en el embarazo. La biometría hemática reveló anemia microcítica hipocrómica moderada (Hb 10.6 g/dL, Hto 33.5%, VCM 78.1 fl, HCM 24.8 pg), sin trombocitopenia (plaquetas 184,000/µL). Los estudios de coagulación mostraron tiempos dentro de rangos normales. En la bioquímica, la función renal se encontraba conservada (urea 28.8 mg/dL, creatinina 0.51 mg/dL), sin hiperuricemia (ácido úrico 3.98 mg/dL). Las pruebas

hepáticas (AST 15.4 U/L, bilirrubinas y LDH normales) no evidenciaron compromiso hepático ni hemólisis, descartando síndrome de HELLP. El uroanálisis reportó proteinuria leve (0.3 g/L, equivalente a 1+ en tira reactiva), leucocituria (15-18/campo) y bacteriuria (+++), hallazgo de infección urinaria concomitante. En conjunto, los resultados no cumplen criterios de preeclampsia severa, eclampsia ni HELLP, aunque se confirma hipertensión crónica con hipertensión gestacional sobreñadida y se recomienda vigilancia estricta durante el trabajo de parto.

Tabla 1. Resultados de laboratorio al ingreso de hospitalización

Parámetro	Resultado	Valores de referencia	Interpretación
Hemoglobina	10.6 g/dL	12-16 g/dL	Anemia leve
Hematocrito	33.5%	36-46%	Disminuido
VCM	78.1 fl	80-96 fl	Microcitosis
HCM	24.8 pg	27-32 pg	Hipocromía
Plaquetas	184,000/µL	150,000-450,000/µL	Normal
TP	12.4 seg	11-15 seg	Normal
TTPa	32 seg	25-35 seg	Normal
Urea	28.8 mg/dL	10-40 mg/dL	Normal
Creatinina	0.51 mg/dL	0.5-1.1 mg/dL	Normal
Ácido úrico	3.98 mg/dL	<5.5 mg/dL (embarazo)	Normal
AST (TGO)	15.4 U/L	<35 U/L	Normal
LDH	148.4 U/L	<450 U/L	Normal
Proteinuria (EGO)	0.3 g/L (1+)	Negativa	Proteinuria leve
Leucocitos en orina	15-18/campo	0-5/campo	Leucocituria
Hematíes en orina	8-10/campo	0-2/campo	Hematuria microscópica
Bacterias en orina	+++	Negativo	Bacteriuria

Diagnóstico de ingreso

- Hipertensión gestacional inducida por el embarazo sin proteinuria significativa.
- Falso trabajo de parto.

Manejo y evolución clínica

La paciente fue monitorizada estrechamente con score MAMA, CSV horarios y monitoreo fetal. Se intentó inducción con misoprostol en varias dosis (vaginal y sublingual). Recibió antibióticos por ITU (cefazolina IV), antihipertensivos orales (nifedipino y posteriormente amlodipino) y vigilancia clínica.

El 08/07/2023, ante falta de progreso en el trabajo de parto y deterioro del bienestar fetal, se le indicó la necesidad de cesárea; sin embargo, la paciente se negó inicialmente a la intervención quirúrgica.

El 09/07/2023, tras un monitoreo fetal no reactivo, variabilidad disminuida y persistencia de hipertensión, se decidió cesárea de emergencia por compromiso del bienestar fetal, a lo cual la paciente accedió dada la urgencia de la situación.

La evolución posoperatoria fue favorable. Medicina Interna indicó añadir amlodipino al esquema antihipertensivo. Al alta, el 12/07/2023, la paciente estaba estable, con cifras tensionales controladas, y se egresó con hierro, calcio, cefalexina, nifedipino, amlodipino e ibuprofeno.

- Primera revisión (5-7 días posparto):** Si PA estable, reducir a monoterapia: Nifedipino de liberación prolongada (más recomendado). O cambiar a enalapril si la paciente lacta y el equipo médico lo considera.

ra apropiado (seguro en lactancia, evidencia sólida, además cardioprotector a largo plazo).

- **Seguimiento 6-12 semanas posparto:** Reevaluar diagnóstico de hipertensión crónica persistente. Si no da lactancia, se podría retomar losartán o un IECA,

según guías de hipertensión crónica a largo plazo.

Diagnóstico final

- Hipertensión arterial crónica con hipertensión gestacional sobreñadida.

Tabla 2. Evolución clínica y presión arterial durante la hospitalización

Fecha	PA (mmHg)	Score MAMA	Eventos clínicos y hallazgos	Intervenciones
07/07/2023	130/90 - 160/100	4-5	Dolor abdominal, AU presente, FCF 127-134, variabilidad disminuida	Misoprostol 50 µg SL; nifedipino 10 mg STAT
08/07/2023	139/98 - 159/98	4	No progreso de labor, AU ausente	Misoprostol 50 µg SL; cefazolina 1 g IV c/8h; indicación de cesárea (paciente se niega)
09/07/2023	125/87 - 162/100	4	Monitoreo fetal no reactivo; perfil toxémico negativo	Misoprostol 25 µg vaginal + 25 µg SL; nifedipino 10 mg c/20 min ×3, luego c/8h; cesárea de emergencia (aceptada)
10/07/2023	110/75 - 169/100	4	Postcesárea, evolución estable	Nifedipino 10 mg VO c/8h; contravisita c/6h
11/07/2023	114/64 - 136/80	0-1	Evolución favorable	Interconsulta Medicina Interna: inicio amlodipino 10 mg VO QD
12/07/2023	128/85	0	Paciente estable, PA controlada	Alta médica con hierro, calcio, cefalexina, nifedipino, amlodipino, ibuprofeno

DISCUSIÓN

El presente caso corresponde a una paciente con hipertensión arterial crónica de dos años de evolución y antecedente de hipertensión gestacional previa, que cursó con embarazo no planificado y se presentó al parto en condición grave, con cifras tensionales persistentemente elevadas y compromiso fetal.

1) Suspensión de losartán y manejo en primer nivel

El uso de losartán y otros ARA-II está contraindicado durante la gestación por riesgo de fetopatía grave (oligohidramnios, disfunción renal fetal, hipoplasia craneal y muerte intrauterina)⁽⁷⁾. Por esta razón, la suspensión del fármaco al confirmarse el embarazo fue apropiada. Además, el fármaco está contraindicado en la lactancia.

Sin embargo, en el primer nivel de atención, la paciente únicamente recibió **profilaxis con ácido acetilsalicílico y calcio**, sin que se instaurara un antihipertensivo seguro en reemplazo del losartán. Esto se aparta de las guías ACOG, ISSHP y MSP Ecuador, que recomiendan mantener tratamiento antihipertensivo en mujeres con hipertensión crónica para lograr cifras <140/90 mmHg durante

el embarazo^{(8) (9)}. La falta de sustitución inmediata pudo haber favorecido un control tensional deficiente, contribuyendo a que la paciente llegara al parto en condición grave.

2) Importancia del diagnóstico correcto

La paciente tenía antecedente de hipertensión arterial crónica de 2 años, por lo que el diagnóstico adecuado es **hipertensión crónica con hipertensión gestacional sobreñadida**. Catalogar el caso solo como hipertensión gestacional hubiera sido inexacto y habría podido conducir a un seguimiento insuficiente. Reconocer el antecedente de HTA crónica permite planificar mejor el control farmacológico, la vigilancia de daño orgánico y el seguimiento posparto⁽⁹⁾.

3) Exámenes complementarios y perfil toxémico

En la diapositiva 9 constan exámenes de laboratorio: hemograma, creatinina, transaminasas y proteinuria, con perfil toxémico negativo. Estos hallazgos descartan preeclampsia y respaldan el diagnóstico final de **hipertensión crónica con hipertensión gestacional sobreñadida**. La documentación detallada de estos resultados es esencial,

pues las guías recomiendan la evaluación sistemática de daño orgánico en todas las gestantes hipertensas⁽⁹⁾.

4) Comparación con guías y tratamiento al alta

El manejo hospitalario incluyó medidas correctas: profilaxis con ASA y calcio, control con nifedipino y cesárea de emergencia ante compromiso fetal. No obstante, al alta la paciente recibió **nifedipino + amlodipino**.

- Nifedipino es considerado fármaco de primera línea en embarazo y puerperio, seguro en lactancia.
- Amlodipino no suele ser de primera elección

durante la gestación, pero evidencia reciente muestra que es seguro y eficaz en el puerperio; puede considerarse cuando nifedipino en monoterapia no logra control adecuado⁽¹⁰⁾.

Las guías sugieren iniciar con monoterapia y escalar a combinación solo en hipertensión resistente. Por lo tanto, la prescripción combinada en este caso puede justificarse por las *cifras tensionales fluctuantes* y la necesidad de optimizar el control posparto, pero requiere seguimiento estricto en consulta externa.

Tabla 3. Tratamiento farmacológico de la hipertensión crónica en el embarazo según guías ACOG, ISSHP y MSP Ecuador

Categoría	Fármaco recomendado	Dosis habitual	Consideraciones	Contraindicados
Primera línea	Labetalol (oral)	100-200 mg VO c/8-12 h (máx. 2.400 mg/día)	Seguro en embarazo, riesgo de bradicardia neonatal; evitar en asma grave.	-
	Nifedipino (liberación prolongada)	30-60 mg VO QD (máx. 120 mg/día)	Seguro en embarazo y lactancia, útil también en crisis hipertensivas.	-
	Metildopa	250-500 mg VO c/8 h (máx. 3 g/día)	Amplia experiencia en embarazo, menos usada por efectos adversos (somnolencia, depresión).	-
Segunda línea / adyuvante	Hidralazina (oral/IV)	Oral: 25-100 mg VO c/8 h; IV en emergencias	Alternativa cuando no se logra control con primera línea.	-
	Amlodipino	5-10 mg VO QD	Evidencia limitada en embarazo; aceptado en puerperio y en casos refractarios.	-
Crisis hipertensiva	Nifedipino cápsula 10 mg VO (repetir c/20-30 min, máx. 30 mg en 1 h) Labetalol IV (20-80 mg c/10 min)	Según disponibilidad	Requiere hospitalización y monitoreo materno-fetal estricto.	-
Contraindicados	-	-	-	IECA (enalapril, captopril) y ARA-II (losartán, valsartán); teratogénicos, riesgo de feto-patía grave (3,4). Atenolol: riesgo de restricción del crecimiento fetal. Diuréticos: no de rutina; reservados solo en falla cardíaca (3)(8)(11).

Objetivo de PA en embarazo: mantener cifras entre 120-160/80-105 mmHg. Tras el estudio CHAP, se recomienda iniciar o intensificar tratamiento en $\geq 140/90$ mmHg, sin esperar a 160/110 mmHg. En puerperio, nifedipino, la-betalol y metildopa son seguros en lactancia; amlodipino puede considerarse como alternativa en hipertensión re-sistente⁽¹²⁾.

5) Negativa inicial a la cesárea

Un punto crítico fue la **negativa inicial de la paciente a la cesárea** (08/07/2023), lo que retrasó la resolución. Finalmente aceptó el procedimiento cuando se convirtió en una emergencia obstétrica, decisión que permitió un desenlace materno favorable. Esto resalta la importancia del consentimiento informado reforzado, la educación sobre riesgos y la documentación del proceso de comunicación médico-paciente.

CONCLUSIONES

El presente caso resalta la importancia de un diagnóstico correcto de **hipertensión arterial crónica con hipertensión gestacional sobreañadida**, ya que una clasificación inadecuada puede limitar la vigilancia y el tratamiento, aumentando el riesgo de complicaciones materno-fetales.

La suspensión del losartán fue apropiada por seguridad fetal; sin embargo, la ausencia de sustitución inmedia-

ta por un antihipertensivo seguro en el primer nivel de atención representó una brecha en el seguimiento, que pudo favorecer la evolución hacia un parto en condición grave. Este aspecto enfatiza la necesidad de reforzar la **planificación reproductiva, continuidad terapéutica y educación preconcepcional** en mujeres con hipertensión crónica.

Durante la hospitalización, se observó que la paciente no logró un adecuado control tensional con monoterapia, requiriendo una combinación de nifedipino y amlodipino para estabilizar sus cifras. Por esta razón, y considerando sus picos hipertensivos, fue dada de alta con **terapia dual bajo control estricto de Medicina Interna**, decisión individualizada que refleja un manejo orientado a garantizar estabilidad en el puerperio inmediato.

Por último, la negativa inicial a la cesárea y la aceptación tardía al convertirse en una emergencia obstétrica evidencian la importancia del **consentimiento informado oportuno y de la comunicación efectiva** entre el equipo de salud y la gestante. En conjunto, este caso reafirma la relevancia de aplicar las guías nacionales e internacionales, asegurar un manejo **multidisciplinario** y garantizar un **seguimiento posparto cercano** con el fin de mejorar el pronóstico materno y reducir el riesgo cardiovascular a largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brown MA, Magee LA, Kenny LC, Karumanchi SA, McCarthy FP, Saito S. Hypertensive disorders of pregnancy: ISSHP classification, diagnosis, and management recommendations for international practice. *Hypertension*. [En línea] 2018. 72(1):24-43.
2. Gynecologists., American College of Obstetricians and. Gestational Hypertension and Preeclampsia: ACOG Practice Bulletin, Number 222. *Obstet Gynecol*. [En línea] 2020. 35(6):e237-60.
3. Magee LA, Brown MA, Hall DR, Gupte S, Hennessy A, Karumanchi SA. The hypertensive disorders of pregnancy: ISSHP classification, diagnosis & management recommendations for international practice. *Pregnancy Hypertens*. [En línea] 2022. 27:148-69.
4. MSP - Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Análisis de la situación de salud materna y neonatal en Ecuador 2016-2020. Quito: MSP. [En línea] 2021.
5. Aguirre D, Valdivieso D, Cabrera J. Prevalencia de hipertensión arterial en adultos de la parroquia Sucre, Loja, Ecuador. *Rev Fac Cienc Méd UNL*. [En línea] 2020.

4(2):45-52.

6. Chamba G, Rodríguez P. Actores de riesgo asociados a hipertensión arterial en la parroquia Punzara, Loja. Rev Med UNL. [En línea] 2019. 3(1):33-41.
7. Wei Q, Zhao Y, Lin Y, Wang L, Chen Q. Use of angiotensin II receptor blocker during pregnancy: a review. J Obstet Gynaecol Res. [En línea] 2021. 47(2):393-401.
8. American College of Obstetricians and Gynecologists. Chronic Hypertension in Pregnancy. Practice Bulletin No. 203. Obstet Gynecol. [En línea] 2019. 133(1):e26-50.
9. Magee LA, Brown MA, Hall DR, Gupte S, Hennessy A, Karumanchi SA. The 2021 International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy (ISSHP) classification, diagnosis & management recommendations for international practice. Pregnancy Hypertens. [En línea] 2022. 27:148-69.
10. García JE, Castillo F, López M. Antihypertensive medication use during pregnancy: current evidence. Curr Hypertens Rep. [En línea] 2023. 25(3):105-17.
11. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Guía de Práctica Clínica: Trastornos hipertensivos del embarazo. Quito: MSP. [En línea] 2017.
12. Tita ATN, Szychowski JM, Boggess K, Duggan L, Judd S, Owens MY. Treatment for mild chronic hypertension during pregnancy. N Engl J Med. [En línea] 2022. 386(19):1781-92.

Como citar el presente artículo:

Velásquez Y, Cuenca J. Hipertensión arterial crónica con hipertensión gestacional sobreañadida en paciente de 39 años: reporte de caso. Reporte de caso. Indexia. Diciembre 2025.

Bibliografía

- Paz-y-Miño C. Genética humana y ciencia abierta: Integrando diversidad, tecnología y justicia genómica (1.0). 2do Congreso Iberoamericano de Ciencia Abierta (CIBCA2025), Quito-Ecuador. Zenodo. 2025. <https://doi.org/10.5281/zenodo.17489734>
- Paz-y-Miño C. El ADN de la humanidad: rescatar la fraternidad desde la ciencia. Edición Médica. 2025, Octubre 28.
- Paz-y-Miño C. Entre la protección de datos y el derecho a investigar: tensiones burocráticas y salidas para la ciencia biomédica en el Ecuador. Noticiero Médico. 2025, Agosto 31.
- Paz-y-Miño C. La medicina de precisión: Estado actual, aplicaciones y desafíos. Revisión bibliográfica. Indexia Revista Médico-Científica. 2024. No. 11, 47-50.
- Paz-y-Miño C. Desafíos de la ciencia para un desarrollo sostenible y equitativo. Editorial UTE. Quito, 2024
- Paz-y-Miño C. Desmantelando mitos: Ciencia y epistemología para develar la realidad. Editorial UTE. Quito, 2024
- Paz-y-Miño C. La medicina de precisión. Connect-CEDIA. 2024, Oct 2.
- Paz-y-Miño C. Leone P.E. Use, knowledge, attitudes and practices of formal and alternative medicine related to Covid-19 in the Ecuadorian population. Revista Biología. 2022, 7(3):56.

Como citar el presente artículo:

Paz-y-Miño C. La genómica en el sistema de salud ecuatoriano: Un análisis de la transición hacia la medicina de precisión y la paradoja de la equidad. Cartas al editor. Indexia. Diciembre 2025.