

REPORTE DE CASO CLÍNICO

PREECLAMPSIA SEVERA SOBREAÑADIDA A HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA Y DIABETES GESTACIONAL EN GESTANTE DE EDAD MATERNA AVANZADA: REPORTE DE CASO

Severe Preeclampsia Superimposed on Chronic Hypertension and Gestational Diabetes in a Pregnant Woman of Advanced Maternal Age: A Case Report

DOI: <https://doi.org/10.65740/wrtman79>

José Luis González Martínez

Universidad Columbia del Paraguay. Pedro Juan Caballero, Paraguay

<https://orcid.org/0009-0006-7814-8314>

Autor de correspondencia: joseluis_gorila@hotmail.com

Nelson Osmar Bobadilla Coronel

Universidad Columbia del Paraguay. Pedro Juan Caballero, Paraguay

<https://orcid.org/0009-0004-7584-8599>

nobc_123@hotmail.com

Adelia María Mercedes Romero Recalde

Universidad Columbia del Paraguay. Pedro Juan Caballero, Paraguay

<https://orcid.org/0009-0003-2953-6407>

adelia.romero.rodriquez@gmail.com

Resumen

La preeclampsia constituye una de las principales causas de morbilidad materna y perinatal a nivel mundial. El riesgo aumenta significativamente cuando coexiste con hipertensión arterial crónica, diabetes gestacional y edad materna avanzada. Se presenta el caso de una paciente de 40 años, multigesta, con antecedentes familiares de hipertensión arterial, preeclampsia y diabetes mellitus tipo 2, quien desarrolló diabetes gestacional a las 20 semanas de gestación e hipertensión arterial crónica diagnosticada antes de las 20 semanas. Durante el seguimiento prenatal presentó una crisis hipertensiva a las 25,4 semanas que requirió hospitalización. Posteriormente, se documentó proteinuria de 300 mg/24 horas, estableciéndose el diagnóstico de preeclampsia sobreañadida. A las 36,4 semanas presentó cefalea, visión borrosa, edema generalizado y cifras tensionales de 180/120 mmHg, compatibles con preeclampsia severa con criterios de gravedad. Se realizó estabilización materna, profilaxis anticonvulsivante con sulfato de magnesio y cesárea de urgencia, obteniéndose un recién nacido vivo en buenas condiciones generales. La evolución materna y neonatal fue favorable. Este caso resalta la importancia del control prenatal estricto y del abordaje multidisciplinario en gestantes con múltiples factores de riesgo cardiovascular y obstétrico.

Palabras clave: preeclampsia; hipertensión arterial crónica; diabetes gestacional; embarazo de alto riesgo; cesárea.

Abstract

Preeclampsia is one of the leading causes of maternal and perinatal morbidity and mortality worldwide. The risk increases significantly when it coexists with chronic hypertension, gestational diabetes, and advanced maternal age. We report the case of a 40-year-old multigravida woman with a family history of hypertension, preeclampsia, and type 2 diabetes mellitus who developed

gestational diabetes at 20 weeks of gestation and chronic hypertension diagnosed before 20 weeks. During prenatal follow-up, she experienced a hypertensive crisis at 25.4 weeks requiring hospitalization. Subsequently, 24-hour proteinuria of 300 mg was documented, establishing the diagnosis of superimposed preeclampsia. At 36.4 weeks of gestation, she presented headache, blurred vision, generalized edema, and blood pressure values of 180/120 mmHg, consistent with severe preeclampsia with severe features. Maternal stabilization, magnesium sulfate prophylaxis, and emergency cesarean section were performed, resulting in the delivery of a healthy newborn. Maternal and neonatal outcomes were favorable. This case highlights the importance of strict prenatal surveillance and multidisciplinary management in pregnant women with multiple cardiovascular and obstetric risk factors.

Key words: preeclampsia; chronic hypertension; gestational diabetes; high-risk pregnancy; cesarean section.

Introducción

La preeclampsia es un trastorno hipertensivo específico del embarazo caracterizado por hipertensión arterial de nueva aparición después de las 20 semanas de gestación asociada a proteinuria o evidencia de daño orgánico materno. Continúa siendo una de las principales causas de morbilidad materna y perinatal en todo el mundo (1).

La hipertensión arterial crónica y la diabetes gestacional constituyen factores de riesgo importantes para el desarrollo de preeclampsia, especialmente en mujeres de edad materna avanzada. La coexistencia de estas condiciones incrementa el riesgo de complicaciones maternas graves, restricción del crecimiento fetal, prematuridad y necesidad de interrupción temprana del embarazo (2,3).

Se presenta el caso de una gestante de 40 años con hipertensión arterial crónica, diabetes gestacional y preeclampsia severa sobreañadida, cuyo manejo oportuno permitió obtener resultados materno-fetales favorables.

Presentación del caso clínico

Información del paciente

Paciente femenina de 40 años, residente en Pedro Juan Caballero, Paraguay, multigesta (G4 P2 A1), con antecedente de cesárea previa y antecedentes familiares de hipertensión arterial, preeclampsia y diabetes mellitus tipo 2. Inició controles prenatales regulares desde el primer trimestre.

Evaluación diagnóstica

A las 20,2 semanas de gestación se realizó prueba de tolerancia oral a la glucosa, obteniéndose un valor de 154 mg/dL a las dos horas, compatible con diabetes gestacional (Figura 1). Se instauraron medidas no farmacológicas basadas en alimentación saludable y actividad física leve.

Figura 1. Prueba de tolerancia oral a la glucosa.

ANÁLISIS	RESULTADO	VALOR DE REFERENCIA
QUÍMICA SANGÜÍNEA	ORINA 24 HS	
PROTEINURIA Met.: Colorimétrico	36,5 mg/24hs.	30 - 140 mg/24 hs. Embarazadas: hasta 160 mg/24hs.
ACIDO ÚRICO Met.: Enzimático	2,79 mg/dL.	2,4 - 6,5 mg/dL.
GLICEMIA 60 min. Met.: Enzimático	100 mg/dL.	Inferior a 179 mg/dL.
GLICEMIA 120 min. Met.: Enzimático	154 mg/dL.	Inferior a 139 mg/dL.
Fin de Informe		

Figura 1. Resultado de la prueba de tolerancia oral a la glucosa con valor de 154 mg/dL a las dos horas, compatible con diabetes gestacional.

Durante los controles prenatales previos a las 20 semanas se registraron cifras tensionales de 150/90 mmHg y 160/95 mmHg, confirmándose el diagnóstico de hipertensión arterial crónica. Se inició tratamiento con alfametildopa 500 mg cada 8 horas y nifedipino 20 mg cada 6 horas, además de ácido acetilsalicílico 125 mg nocturno y calcio 500 mg cada 12 horas como medidas preventivas.

A las 25,4 semanas de gestación acudió al servicio obstétrico por presión arterial de 200/120 mmHg, requiriendo hospitalización durante cuatro días para monitorización y control de la crisis hipertensiva. Durante la internación se realizaron estudios materno-fetales que mostraron crecimiento fetal adecuado y líquido amniótico dentro de parámetros normales. Asimismo, se detectó infección urinaria y se indicó tratamiento con nitrofurantoína (Figura 2).

Figura 2. Análisis de orina patológico.

Origen : Internado	Maternidad	Página 1 de 1
EXAMEN DE ORINA	Resultados	Valores de Referencia
ORINA SIMPLE		
Aspecto	Turbio	
Color	Amarillo	
Densidad	1.030	
pH	6,0	
Proteínas	Contiene +	
Glucosa	No contiene	
Cuerpos Cetónicos	No contiene	
Bilirrubina	No contiene	
Urobilinógeno	Normal	
Nitritos	Negativo	
Estearasa Leucocitaria	No contiene	
Hemoglobina	No contiene	
Leucocitos	1 a 2 por campo	
Hematías	No se observan	
Células Epiteliales Planas	8 a 10 por campo	
Cristales	Cristales de Oxalato de Calcio (++)	
Mucus	++	
Bacterias	+	

Figura 2. Examen de orina realizado durante la hospitalización por crisis hipertensiva que evidenció alteraciones compatibles con infección urinaria.

Posteriormente, a las 29,1 semanas de gestación se realizó determinación de proteinuria de 24 horas, obteniéndose un resultado de 300 mg/24 horas (Figura 3). Este hallazgo, asociado a hipertensión persistente, permitió establecer el diagnóstico de preeclampsia sobreañadida a hipertensión arterial crónica.

Figura 3. Proteinuria de 24 horas.

Analisis	Resultados	Unidad	Intervalos de referencia
PROTEINURIA DE 24 HORAS			
Volumen de Orina 24 hs	1.060	ml	-
Proteína(mg/dl)	28,3	mg/dl	1 a 15
Proteinuria (mg/24hs)	300,0	mg/24 hs	28 - 141
Obs:	29,3 semana		

Figura 3. Resultado de proteinuria de 24 horas con valor de 300 mg/24 h, hallazgo que contribuyó al diagnóstico de preeclampsia sobreañadida.

A pesar de las medidas terapéuticas implementadas, la paciente continuó presentando cifras tensionales elevadas. A las 36,4 semanas consultó por cefalea intensa, visión borrosa y edema generalizado, constatándose presión arterial de 180/120 mmHg. Ante el diagnóstico de preeclampsia severa con criterios de gravedad, fue derivada al servicio de maternidad para manejo especializado.

Intervención terapéutica

Al ingreso se inició profilaxis anticonvulsivante mediante esquema de Pritchard con sulfato de magnesio. Debido a la persistencia de signos de alarma y considerando la edad gestacional, se decidió la interrupción del embarazo mediante cesárea de urgencia. Se obtuvo un recién nacido de sexo femenino con peso de 2.890 gramos, APGAR 7/9 y evolución neonatal favorable.

Seguimiento y resultados

La evolución posoperatoria fue satisfactoria. Cuatro días después se otorgó el alta hospitalaria con tratamiento antihipertensivo basado en enalapril, suplementación con hierro y calcio, además de seguimiento ambulatorio estricto.

Tabla 1. Principales hallazgos clínicos y evolutivos.

Variable	Resultado
Edad materna	40 años.
Gestaciones	G4 P2 A1.
Diabetes gestacional	Sí.
Hipertensión arterial crónica	Sí.
Crisis hipertensiva	200/120 mmHg.
Proteinuria 24 horas	300 mg/24 h.
Diagnóstico final	Preeclampsia severa sobreañadida.
Edad gestacional al parto	36,4 semanas.
Vía de finalización	Cesárea de urgencia.
Peso neonatal	2.890 g.
APGAR	7/9.
Evolución	Favorable.

Discusión

La hipertensión arterial crónica representa uno de los principales factores predisponentes para el desarrollo de preeclampsia sobreañadida. Diversos estudios han demostrado que las pacientes hipertensas presentan un riesgo significativamente mayor de desarrollar complicaciones hipertensivas durante la gestación (2,4).

La edad materna avanzada constituye otro factor de riesgo relevante. Las gestantes mayores de 35 años presentan una mayor incidencia de hipertensión gestacional, diabetes gestacional y preeclampsia, debido a alteraciones vasculares y metabólicas asociadas al envejecimiento reproductivo (5).

En este caso, la coexistencia de diabetes gestacional, hipertensión arterial crónica y antecedentes familiares positivos incrementó considerablemente el riesgo obstétrico. Aunque la paciente recibió profilaxis con ácido acetilsalicílico y calcio, desarrolló preeclampsia sobreañadida, lo que refleja la complejidad fisiopatológica de esta enfermedad y la influencia de múltiples factores predisponentes.

La presencia de signos neurológicos como cefalea intensa y visión borrosa, asociada a cifras tensionales severas, justificó la interrupción inmediata del embarazo para prevenir complicaciones potencialmente fatales como eclampsia, accidente cerebrovascular o síndrome HELLP (6).

El resultado materno y neonatal favorable obtenido en este caso resalta la importancia del diagnóstico precoz, la vigilancia continua y el manejo multidisciplinario en embarazos considerados de alto riesgo.

Conclusión

La preeclampsia severa sobreañadida a hipertensión arterial crónica y diabetes gestacional representa una condición de alto riesgo materno-fetal que requiere vigilancia intensiva y actuación oportuna.

La identificación temprana de factores de riesgo, el seguimiento prenatal adecuado y la intervención multidisciplinaria permitieron en este caso una resolución favorable para la madre y el recién nacido.

Este reporte destaca la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención, detección precoz y tratamiento de los trastornos hipertensivos del embarazo, especialmente en mujeres con edad materna avanzada y comorbilidades asociadas.

Referencias

1. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, Spong CY. Williams Obstetrics. 26th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2022.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. Gestational Hypertension and Preeclampsia. Practice Bulletin No. 222. Obstet Gynecol. 2020;135(6).
3. American Diabetes Association. Standards of Care in Diabetes 2025. Diabetes Care. 2025;48(Suppl 1).
4. Brown MA, Magee LA, Kenny LC, et al. Hypertensive Disorders of Pregnancy. Hypertension. 2018;72(1):24-43.
5. Cleary-Goldman J, Malone FD, Vidaver J, et al. Impact of Maternal Age on Obstetric Outcome. Obstet Gynecol. 2005;105(5):983-990.
6. World Health Organization. WHO recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia. Geneva: WHO; 2011.

Declaraciones

Consentimiento informado y confidencialidad

Se obtuvo consentimiento informado para la utilización académica y científica de la información clínica presentada.

Se preservó la confidencialidad del paciente mediante la anonimización de todos los datos identificatorios.

La elaboración de este reporte respetó los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki para investigación y publicación científica.