



UMF
UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
IULIU HAȚIEGANU
CLUJ-NAPOCA



RUBRICA DISCIPLINEI MEDICINA DE FAMILIE UMF "Iuliu Hațieganu" CLUJ-NAPOCA ȘI A ASOCIAȚIEI MEDICILOR DE FAMILIE CLUJ

PRACTICĂ MEDICALĂ

Cazuistică

Preeclampsia în practica medicului de familie: prezentare de caz

Dr. Andreea Cristina Macovei^{1,4}, Asist. univ. dr. Rodica Sorina Pop^{2,3,4,5}, Conf. univ. dr. habil. Aida Puia^{2,3,4}

¹Institutul Inimii "Niculae Stăncioiu", Cluj- Napoca, România, ²Cabinet Medical Individual Medicină de Familie, Cluj-Napoca, România, ³Universitatea de Medicină și Farmacie Iuliu Hațieganu Cluj-Napoca, România, ⁴Medicină de familie, ⁵Geriatric-gerontologie

Primit: 10.08.2026 • Acceptat pentru publicare: 31.08.2026

Rezumat

Hipertensiunea arterială cronică reprezintă un factor de risc înalt pentru preeclampsie, iar evaluarea precoce permite inițierea măsurilor de profilaxie și stabilirea unui plan individualizat de monitorizare. Prezentăm cazul unei paciente în vârstă de 31 de ani, aflată la a treia sarcină, cunoscută cu hipertensiune arterială cronică, obezitate și hipotiroidism. La luarea în evidență, în săptămâna 7, pacienta avea tensiunea arterială (TA) de 130/80 mmHg și un IMC de 35,92 kg/m². Tratamentul anterior cu perindopril, indapamidă și amlodipină a fost întrerupt și înlocuit cu metildopa. Din cauza controlului insuficient al valorilor tensionale, doza de metildopa a fost crescută treptat. În săptămâna 25, pacienta a fost internată cu TA de 180/95 mmHg și edeme, fără proteinurie semnificativă, iar în tratament a fost adăugată amlodipina. În săptămâna 27, s-a prezentat cu durere și edem unilateral al membrului inferior stâng. Tromboza venoasă profundă a fost infirmată, iar proteinuria a fost de 276 mg/24 h, sub pragul diagnostic clasic pentru preeclampsie. Hipertensiunea cronică și obezitatea făceau pacienta eligibilă pentru evaluarea profilaxiei cu aspirină încă din primul trimestru. Cazul evidențiază rolul medicului de familie în consilierea preconcepțională, revizuirea medicației, evaluarea riscului, monitorizarea tensiunii și recunoașterea situațiilor care impun evaluare obstetricală urgentă.

Cuvinte-cheie: *preeclampsie, hipertensiune cronică, sarcină, aspirină, medicină de familie*

MEDICAL PRACTICE

Case presentation

Preeclampsia in the family medicine's practice: a case report

Abstract

Chronic hypertension is a high-risk factor for preeclampsia, and early assessment allows preventive measures and an individualized monitoring plan to be established. We describe a 31-year-old woman in her third pregnancy with chronic hypertension, obesity, and treated hypothyroidism. At her first prenatal visit, at 7 weeks of gestation, her blood pressure was 130/80 mmHg and her body mass index was 35.92 kg/m². Her previous treatment with perindopril, indapamide, and amlodipine was discontinued and replaced with methyldopa. Because of inadequate blood pressure control, the methyldopa dose was progressively increased. At 25 weeks, the patient was admitted with a blood pressure of 180/95 mmHg and peripheral oedema, without significant documented proteinuria, and amlodipine was added. At 27 weeks, she presented with unilateral pain and oedema of the left lower limb. Deep-vein thrombosis was excluded, and 24-hour urinary protein excretion was 276 mg, below the conventional diagnostic threshold for preeclampsia. Chronic hypertension and obesity made the patient eligible for assessment for low-dose aspirin prophylaxis during the first trimester. This case highlights the role of the family physician in preconception counselling, medication review, early risk assessment, blood pressure monitoring, and recognition of findings requiring urgent obstetric evaluation.

Keywords: preeclampsia, chronic hypertension, pregnancy, aspirin, family medicine

Introducere

Preeclampsia este o afecțiune specifică sarcinii, care afectează aproximativ 2–5% dintre gravide și rămâne o cauză importantă de morbiditate și mortalitate maternă și perinatală. Boala poate determina complicații severe, precum accident vascular cerebral, afectare hepatică sau renală, edem pulmonar, dezlipire de placenta, restricție de creștere fetală și naștere prematură. Consecințele nu se limitează la perioada sarcinii: femeile care dezvoltă preeclampsie prezintă ulterior un risc mai mare de hipertensiune arterială și de boală cardiovasculară (1).

Prevenția începe prin identificarea factorilor de risc în perioada preconcepțională sau la prima consultație prenatală. Hipertensiunea arterială cronică este un factor de risc înalt pentru preeclampsie, iar obezitatea crește suplimentar probabilitatea apariției acesteia. Evaluarea precoce permite revizuirea tratamentului antihipertensiv, stabilirea valorilor inițiale ale funcției renale și proteinuriei și discutarea intervențiilor preventive recomandate.

Aspirina în doză mică este principala intervenție farmacologică utilizată pentru reducerea riscului la gravidele eligibile, beneficiul fiind mai mare atunci când tratamentul este inițiat precoce. Suplimentarea cu calciu poate fi utilă la pacientele cu aport alimentar insuficient, iar controlul hipertensiunii cronice, activitatea fizică adaptată și

evitarea creșterii ponderale excesive completează strategia de prevenție (1–5).

Medicul de familie are un rol important, deoarece poate identifica riscul înainte de sarcină sau în primul trimestru, poate revizui medicația, poate facilita colaborarea cu obstetricianul și poate recunoaște precoce valorile tensionale sau simptomele care impun o evaluare de urgență.

Studiu de caz

Pacientă în vârstă de 31 de ani, aflată la a treia sarcină, cunoscută anterior sarcinii cu hipertensiune arterială cronică și hipotiroidism. Se prezintă la medicul de familie pentru luarea în evidență a sarcinii în săptămâna 7. La momentul respectiv, pacienta acuza grețuri matinale.

Examen obiectiv: stare generală bună, conștientă, cooperantă, afebrilă, IMC 35,92 kg/m², circumferință abdominală 112 cm. Tegumente și mucoase normale colorate, fără edeme. La examenul aparatului cardiovascular constatăm TA de 130/80 mmHg, AV de 87 bătăi/minut, zgomote cardiace ritmice, fără sufluri decelabile. Murmurul vezicular este prezent bilateral, fără raluri bronșice sau pulmonare supraadăugate.

Abdomenul este suplu, nedureros la palpare; nu se evidențiază semne de iritație meningiană sau de focar neurologic.

Anterior sarcinii, pacienta urma tratament antihipertensiv cu o combinație de perindopril, indapamidă și amlodipină, precum și tratament substitutiv cu levotiroxină. În săptămâna 7 de sarcină, la luarea în evidență, medicamentul a fost întrerupt, iar tripla terapie pentru TA a fost înlocuită cu metildopa 250 mg, 2 comprimate pe zi. Tratamentul cu levotiroxină a continuat.

Pacienta a efectuat mai multe consulturi cardiologice, din cauza controlului tensiunii insuficient. Doza de metildopa a fost crescută treptat, la 5 comprimate pe zi, apoi la 6 comprimate la 20 de săptămâni și la 8 comprimate pe zi la 21 de săptămâni.

În săptămâna 25 de sarcină, pacienta s-a prezentat la Unitatea de Primiri Urgență și a fost internată în serviciul de ginecologie, cu valori tensionale de 180/95 mmHg. Examenul clinic a evidențiat edeme, fără proteinurie semnificativă. Evaluarea cardiologică a identificat insuficiență mitrală ușoară. În schema terapeutică a fost adăugată amlodipina. La externare, s-au recomandat metildopa 250 mg, 4 comprimate pe zi, și amlodipină 5 mg, 2 comprimate pe zi.

La 27 de săptămâni, pacienta s-a prezentat în urgență pentru durere și edem la nivelul membrului inferior stâng. Tromboza venoasă profundă a fost exclusă prin ecografie Doppler venoasă. Proteinuria din urina colectată timp de 24 de ore a fost de 276 mg, sub pragul diagnostic de 300 mg/24 h. Testul de toleranță orală la glucoză a fost în limite normale. Analizele au evidențiat anemie feriprivă, hipocromă, microcitară, cu hemoglobina de 9,9 g/dl și feritina de 6 ng/ml. A fost administrată carboximaltoză ferică intravenos. Pacienta a fost externată cu metildopa 250 mg de 4 ori pe zi și amlodipină 5 mg de 2 ori pe zi, cu recomandarea continuării monitorizării obstetricale și cardiologice.

La momentul redactării articolului, sarcina este în evoluție, iar pacienta se află sub monitorizarea medicului de familie, obstetricală și cardiologică.

Discuții

Indicația de profilaxie

Pacienta prezintă hipertensiune arterială cronică, un factor de risc înalt pentru preeclampsie, precum și obezitate gradul II.

Hipertensiunea arterială cronică este un criteriu suficient pentru recomandarea evaluării profilaxiei cu aspirină. Obezitatea reprezintă un factor de risc moderat suplimentar, pragul IMC variind între recomandările internaționale: peste 30 kg/m² conform criteriilor USPSTF/ACOG și cel puțin 35 kg/m² la prima consultație prenatală conform NICE (2,3).

Factorii de risc sunt prezentați în Tabelul 1.

Tabelul 1. Factorii clinici de risc pentru preeclampsie

Factori de risc înalt	Factori de risc moderat
Hipertensiune arterială cronică	Prima sarcina
Preeclampsie într-o sarcină anterioară	Obezitate: IMC >30 kg/m ² *
Diabet zaharat tip 1 sau tip 2	Vârsta maternă ≥35 de ani*
Boală renală cronică	Antecedente familiale de preeclampsie
Lupus eritematos sistemic	Interval >10 ani între sarcini
Sindrom antifosfolipidic	Fertilizare in vitro
Sarcină multifetală	Antecedente obstetricale nefavorabile

Notă: Pragurile diferă între ghiduri. NICE utilizează IMC ≥35 kg/m² și vârsta ≥40 de ani, în timp ce criteriile USPSTF/ACOG folosesc IMC >30 kg/m² și vârsta ≥35 de ani. Sarcina multifetală este încadrată ca factor de risc înalt de USPSTF/ACOG și ca factor moderat de NICE.

Aspirina în doză mică este recomandată gravidelor cu cel puțin un factor de risc înalt sau cu mai mulți factori moderați (cel puțin 2). Inițierea este recomandată după 12 săptămâni, ideal înainte de 16 săptămâni. Doza diferă între protocoale: ACOG și USPSTF utilizează 81 mg/zi, iar NICE indică 75–150 mg/zi (2–4).

Dovezile arată că tratamentul antiagregant reduce moderat riscul global de preeclampsie (5). În studiul ASPRE, administrarea a 150 mg de aspirină, inițiată între 11 și 14 săptămâni la gravidele selectate, a redus cu 62% apariția preeclampsiei care a impus nașterea înainte de 37 de săptămâni (6,7). Studiile de tip meta-analiză sugerează un beneficiu mai important asupra preeclampsiei premature atunci când aspirina este inițiată înainte de 16 săptămâni și în doze de minimum 100 mg (1,8).

Unele protocoale recomandă continuarea până la naștere, iar altele oprirea în jurul săptămânii 36 sau înaintea unei nașteri planificate. Aspirina reduce riscul, dar nu elimină posibilitatea apariției bolii.

Controlul hipertensiunii cronice

Studiul CHAP a demonstrat că tratarea hipertensiunii cronice ușoare în sarcină, folosind pragul de 140/90 mmHg pentru inițierea sau ajustarea tratamentului, a redus preeclampsia cu manifestări severe, hipertensiunea severă și nașterea prematură indicată medical, fără creșterea riscului de nou-născut mic pentru vârsta gestațională (9).

Alte măsuri preventive

În populațiile cu aport alimentar redus de calciu, OMS recomandă suplimentarea cu 1.500–2.000 mg de calciu elemental pe zi. Beneficiul este mai evident la gravidele cu aport insuficient; dozele mari nu trebuie recomandate automat pacientelor cu aport adecvat (10).

Activitatea fizică moderată, poate reduce riscul, beneficiul apare când sunt efectuate 140 de minute de activitate fizică săptămânală. Repausul la pat nu este eficient și poate crește riscul de tromboză (1). Optimizarea greutății este recomandată înainte de concepție, iar în sarcină trebuie evitată creșterea ponderală excesivă.

Rolul medicului de familie

Medicul de familie trebuie să identifice pacientele cu hipertensiune care planifică o sarcină și să inițieze consilierea preconcepțională. Sunt necesare evaluarea controlului tensiunii, revizuirea tratamentului și înlocuirea medicamentelor nerecomandate în sarcină, în colaborare cu medicul cardiolog. La prima consultație prenatală, medicul de familie trebuie să evalueze riscul, să solicite investigațiile inițiale și să stabilească, împreună cu obstetricianul, măsurile de profilaxie și de monitorizare (Tabelul 2).

Tabelul 2. Evaluarea la prima consultație prenatală

Etapă evaluării	
Antecedente	Confirmarea hipertensiunii arteriale și a valorilor tensionale anterioare sarcinii
Evaluare clinică	Măsurarea corectă și repetată a tensiunii arteriale; calcularea IMC-ului
Evaluarea riscului	Identificarea sistematică a factorilor de risc pentru preeclampsie
Investigații inițiale	Hemoleucogramă, funcție renală, funcție hepatică, examen de urină, proteinurie, glicemie, profil lipidic.
Profilaxie	Evaluarea indicației aspirinei în doză mică și coordonarea prescrierii cu medicul obstetrician
Alimentație	Evaluarea aportului alimentar de calciu și discutarea suplimentării când aportul este insuficient
Monitorizare	Stabilirea frecvenței controalelor și a unui plan
Informarea pacientei	Explicarea automonitorizării tensiunii și a semnelor care impun evaluare medicală urgentă

Medicul de familie poate verifica jurnalul tensional, aderența la tratament și tolerabilitatea acestuia.

Pacienta trebuie să fie consiliată pentru recunoașterea semnelor de alarmă: cefalee persistentă, tulburări vizuale, durere epigastrică sau în hipocondrul drept, dispnee, stare generală alterată, scăderea mișcărilor fetale și valori tensionale crescute. O tensiune sistolică ≥ 160 mmHg sau diastolică ≥ 110 mmHg, persistentă la repetarea rapidă, impune evaluare de urgență.

Monitorizarea trebuie continuată postpartum. Medicul de familie trebuie să reevalueze tensiunea arterială, tratamentul, funcția renală și proteinuria și să verifice compatibilitatea medicației cu alăptarea.

Pacienta trebuie informată despre riscul cardiovascular crescut pe termen lung și urmărită periodic prin controlul tensiunii arteriale, al greutății, al glicemiei și al profilului lipidic.

Concluzii

Hipertensiunea arterială cronică reprezintă un factor de risc înalt pentru preeclampsie, iar obezitatea suplimentează riscul pacientei. Evaluarea precoce a riscului de eclampsie permite instituirea profilaxiei cu aspirină și stabilirea unui plan riguros de monitorizare.

Medicul de familie are un rol important în monitorizarea sarcinii, prin revizuirea tratamentului și prin identificarea factorilor de risc, cu precădere în primul trimestru.

Pe parcursul sarcinii, monitorizarea tensiunii și recunoașterea valorilor severe pot grăbi accesul la îngrijirea obstetricală. Cazul nu demonstrează că evoluția ar fi fost complet prevenită, ci evidențiază valoarea unei intervenții preventive precoce și a colaborării dintre medicul de familie, obstetrician și cardiolog.

Conflict de interese: nu există

Acknowledgments: Toți autorii au avut contribuție egală la acest articol

Conflict de interese: nu există

Bibliografie

- Brownfoot F, Rolnik DL. Prevention of preeclampsia. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2024;93:102481. Available from: doi:10.1016/j.bpobgyn.2024.102481.
- National Institute for Health and Care Excellence. *Hypertension in pregnancy: diagnosis and management.* NICE guideline NG133. London: NICE; 2019 [updated 2023 Apr 17]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng133> [Accessed 24th August 2026].
- American College of Obstetricians and Gynecologists. *Low-dose aspirin use for the prevention of preeclampsia and related maternal and perinatal morbidity and mortality* Washington (DC): ACOG; 2021. Available from: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-advisory/articles/2021/12/low-dose-aspirin-use-for-the-prevention-of-preeclampsia-and-related-morbidity-and-mortality> [Accessed 24th August 2026].
- Davidson KW, Barry MJ, Mangione CM, et al; US Preventive Services Task Force. Aspirin use to prevent preeclampsia and related morbidity and mortality: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA.* 2021;326(12):1186–91. Available from: doi:10.1001/jama.2021.14781.
- Duley L, Meher S, Hunter KE, Seidler AL, Askie LM. Antiplatelet agents for preventing pre-eclampsia and its complications. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;2019(10):CD004659. Available from: doi:10.1002/14651858.CD004659.pub3.
- Rolnik DL, Wright D, Poon LC, O’Gorman N, Syngelaki A, de Paco Matallana C, et al. Aspirin versus placebo in pregnancies at high risk for preterm preeclampsia. *N Engl J Med.* 2017 ;377(7):613–22. Available from: doi:10.1056/NEJMoa1704559.
- Magee LA, Brown MA, Hall DR, Gupta S, Hennessy A, Karumanchi SA, et al. The 2021 International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy classification, diagnosis and management recommendations for international practice.

- Pregnancy Hypertens.* 2022;27:148–69. Available from: doi:10.1016/j.preghy.2021.09.008.
8. Roberge S, Nicolaides KH, Demers S, Hyett J, Chaillet N, Bujold E. The role of aspirin dose on the prevention of preeclampsia and fetal growth restriction: systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2017;216(2):110–20.e6. Available from: doi:10.1016/j.ajog.2016.09.076.
 9. Tita ATN, Szychowski JM, Boggess K, Dugoff L, Sibai B, Lawrence K, et al. Treatment for mild chronic hypertension during pregnancy. *N Engl J Med.* 2022;386(19):1781–92. Available from: doi:10.1056/NEJMoa2201295.
 10. World Health Organization. WHO recommendations on antiplatelet agents for the prevention of pre-eclampsia. Geneva: World Health Organization; 2021. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240037540> [Accessed 24th August 2026].