

Hospital docente ginecoobstétrico de Matanzas "Julio Alfonso Medina"

ENFERMEDAD HIPERTENSIVA GRAVÍDICA: ALGUNOS FACTORES BIOSOCIALES Y OBSTÉTRICOS 1988-1993

Dr. Jesús Hernández Cabrera,¹ Dra. Carmen Ulloa Gómez,² Dr. Venelio Martín Ojeda,³ Ing. Ricardo Linares Meléndez⁴ y Lic. Roberto Suárez Ojeda⁵

RESUMEN: Se efectúa un estudio descriptivo en el hospital docente ginecoobstétrico de Matanzas "Julio Alfonso Medina" de 1986 a 1993, a las pacientes clasificadas como hipertensas durante la gestación, de acuerdo con los criterios del Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología. Se procesaron los datos en una computadora IBM, con el paquete estadístico STATGRAPH y se aplicaron pruebas descriptivas como el método de % y el X^2 . De un total de 1 092 pacientes clasificadas como hipertensas en la gestación, se obtuvieron 1 127 partos (33 gemelares, 1 trillizos). Correspondieron al tipo I, 536 pacientes para el 49,1 % del total; desglosadas en: preeclampsia leve, 319 para el 59,5 %; preeclampsia grave, 209 para el 39,0 % y eclampsia, 8 para el 1,5 %; las crónicas II, con 306 para el 28,0 % y las crónicas III, 132 para el 12,1 % y de tipo IV, 118 para el 10,8 %. Se estudiaron variables que permitieron aceptar o no la dependencia de cada una de ellas con el referido tipo de hipertensión.

Descriptores DeCS: **COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES DEL EMBARAZO; HIPERTENSION**

La hipertensión que se presenta durante la gravidez, es una de las entidades obstétricas más frecuentes¹⁻⁷ y tal vez, la que más repercusión desfavorable ejerce sobre el producto de la concepción y a su vez sobre la madre,⁸⁻¹⁰ trayendo aparejadas graves y diversas complicaciones para ambos.⁶⁻¹⁰ [Vázquez Cabrera, J. Enfermedad hipertensiva de la gestación. Conferencia. IX Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología, Ciudad de La Habana, 1992.]

Para tratar de explicar la génesis de la enfermedad hipertensiva durante la gestación (EHG) desde hace décadas han sido varias las teorías enunciadas: estados de posesión diabólica, causas toxémicas como consecuencia de toxinas en la sangre de las embarazadas hipertensas, término de gestosis como enfermedad privativa de la gestación, vasoespasmo arterial como causante de la isquemia uteroplacentaria que lesiona el trofoblasto, el cual produce sus-

¹ Especialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia. Hospital Docente Ginecoobstétrico de Matanzas.

² Especialista de II Grado en Medicina Interna. Hospital Docente Ginecoobstétrico de Matanzas.

³ Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Hospital Docente Ginecoobstétrico de Matanzas.

⁴ Ingeniero en Sistemas Automatizados de Dirección. Centro de Cálculo de Matanzas.

⁵ Licenciado en Matemáticas. Profesor de la Universidad de Matanzas.

tancias similares a la tromboplastina que llevan a la economía a una coagulación intravascular diseminada, presencia de una microangiopatía causada por alteraciones del endotelio vascular y/o por síntesis defectuosa de prostaclínica, tesis genética dada por un gen autosómico recesivo único, teoría inmunitaria alérgica dada por la presencia del feto o mejor la invasión de un trofoblasto activo capaz de emigrar a las arterias espirales y comenzar a provocar el proceso del vasoespasmó, descrita por *Sibai* et al.;⁸⁻⁹ con razón se ha llamado la enfermedad de las teorías.⁶⁻¹⁰

Cabe deducir, que la enfermedad hipertensiva gravídica es de causa multifactorial, con un terreno predispuesto y que frente a determinados factores de riesgo aparecerá la hipertensión, ante la cual cada embarazada responderá con su idiosincrasia propia.

Debido a la problemática existente por el incremento de la incidencia de la hipertensión en nuestras embarazadas, pretendemos como objetivo estudiar el comportamiento que ésta ha tenido en el período dado y ver la repercusión que algunos factores biosociales y obstétricos tuvieron en cuanto al tipo de hipertensión. [Hood David H. Hypertensive disorders; preeclampsia and eclampsia in the obstetric patient. Chapter 47 P.869-875. Fotocopia CICMM 1994.]

[De la Concepción Cárdenas J. Morbimortalidad materna perinatal en la enfermedad hipertensiva gestacional, algunos factores concurrentes. Hospital Materno TTR 1990.]

[Hernández Cabrera JJ. et al. Enfermedad hipertensiva gravídica, su incidencia en la morbilidad perinatal 1985-1990. Presentado IX Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología. La Habana 6-10-4-1992.]

[Hernández Hernández D. et al. Enfermedad hipertensiva gravídica; su repercusión en la morbilidad perinatal y materna. 1192 Presentado en XI Jornada Pro-

vincial de Obstetricia y Ginecología. Matanzas 11-12,1993.]

[García Cabrera, JC. Factores predisponentes de la hipertensión en el embarazo. Su repercusión en la morbilidad materna perinatal. TTR 1994 Hospital Materno.]

Métodos

Se realizó un estudio prospectivo descriptivo en el hospital docente ginecoobstétrico de Matanzas, durante el período comprendido de enero de 1986 y diciembre de 1993, a las pacientes que ingresaron y se atendieron en la institución con el pronóstico de hipertensión, acorde con los criterios de la clasificación para gestantes hipertensas del Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia:

Tipo I: Preeclampsia leve y grave.

Tipo II: Crónicas.

Tipo III: Crónicas con preeclampsia añadida.

Tipo IV: Transitoria, benigna, pasajera.

La muestra estuvo constituida por 1 092 pacientes clasificadas, con 1 127 partos (33 gemelares y 1 trillizo) en un total de 28 155 partos ocurridos, que arroja una incidencia de 3,9 %, que está dentro de los parámetros aceptados por la mayoría de los autores que la señalan del 2 - 15 % para las formas agudas, y entre 15 - 30 % de las formas crónicas, con un pronóstico sombrío, de evolucionar a la tipo III, donde la mortalidad perinatal es 5 veces mayor, así como la incidencia de la muerte materna y sobre todo si se asocia la proteinuria.

La casuística acorde con la clasificación utilizada quedó constituida de la siguiente forma:

Tipo I	536	49,1 %
Preeclampsia leve	319	54,5 %

Preeclampsia grave	209	39,0 %	
Eclampsia	8	1,5 %	(0,007)
Tipo II	306	28,0 %	
Tipo III	132	12,1 %	
Tipo IV	118	10,8 %	

Los indicadores de la eclampsia están dentro de los parámetros nacionales⁹ y los encontrados en diferentes trabajos del Centro¹²⁻¹⁶ válido también para los porcentajes en los diferentes tipos de hipertensión.

Se creó una base de datos en Fox base que posteriormente fue procesada en el paquete estadístico STAGRAPH en una computadora IBM del Centro de Cálculo de Matanzas y se obtuvieron métodos estadísticos descriptivos como el método de % y la prueba de X² donde a # 0,01, se elaboraron tablas que permitieron la discusión y comparación con la bibliografía al respecto.

Resultados

En la tabla 1 al estudiar los grupos etáreos en relación con el tipo de hipertensión, nos encontramos que existe

mayor relación de dependencia en las menores de 18 años para la hipertensión tipo I y en las de más de 35 años para las crónicas tipo I y el III.

La literatura médica destaca que las mujeres más jóvenes y a su vez nulíparas, son las que más influyen en la hipertensión, lo que permite aceptar las teorías hereditarias, inmunológicas, etcétera, que se interpreta fundamentalmente por una mayor resistencia del músculo uterino y una deficiente adaptación del árbol vascular a las necesidades que impone la gestación; mientras que la mujer mayor de 35 años, sumándosele la multiparidad, se explica por los daños ya crónicos del sistema vascular, que sufre desgastes a causa de la edad, con la consecuente esclerosis que compromete el aporte sanguíneo adecuado en un nuevo embarazo, establece una insuficiencia circulatoria con isquemia uteroplacentaria.

Al estudiar en la tabla 2 la historia obstétrica (paridad) con el tipo de hipertensión nos encontramos una estrecha relación de dependencia para las primíparas en los tipos I y IV, mientras que a partir de la secundípara la hacen los tipos II y III.

TABLA 1. Relación grupo etáreo con tipo de hipertensión

Grupo etáreo	No. Preeclampsia leve	Tipo I					
		Preeclampsia grave	Eclampsia	Tipo II	Tipo III	Tipo IV	
18	81	37	21	1	12	3	6
19-35	945	273	183	7	263	115	105
+35	66	9	5	0	31	14	7
Total	1 092	319	209	8	306	132	118

X²= 44,435; a < 0,01.

TABLA 2. Relación de la historia clínica obstétrica con el tipo de hipertensión

Historia Obstétrica	No. Preeclampsia leve	Tipo I					
		Preeclampsia grave	Eclampsia	Tipo II	Tipo III	Tipo IV	
Primípara	673	253	153	6	118	58	85
Secundípara	313	55	41	1	129	58	29
Tercípara	106	11	15	1	59	16	4
Total	1 092	319	209	8	306	132	118

X²= 156,042; a < 0,01.

Esto se pone de manifiesto con lo revisado en la bibliografía que expresa la primiparidad como un factor de riesgo relevante.¹⁻¹⁰

Estudiando el hábito laboral de nuestras gestantes por tipo de hipertensión, como vemos en la tabla 3, predominó el hábito laboral profesional y estudiantes, contra el de ama de casa y al aplicar X² no se encontró relación de dependencia entre el hábito laboral y el tipo de hipertensión un valor de 5,178.

Muchos autores ponen de manifiesto que el estrés de determinadas profesionales predispone a la hipertensión, por lo que se recomienda el reposo relativo; sobre todo eliminar la tensión más que el reposo en sí.

Estudiando el tipo de captación a la gestante y su relación con el tipo de hipertensión, predominaron las captaciones precoces sobre las intermedias y tardías, como puede verse en la tabla 4; aplicando el X² se obtiene un valor de 55,59 lo que nos permite inferir que estas últimas no influyeron en nuestro grupo estudio.

La atención precoz del embarazo constituye uno de los principales propósitos del Programa Materno Infantil desde sus inicios y nadie discute en la actualidad, los beneficios que esto reporta y más si se trata del seguimiento de pacientes de alto riesgo.¹⁰⁻¹⁶

Al hacer un estudio sobre la vía de terminación de la gestación (tabla 5) nos en-

contramos que existió un predominio del parto transpélvico sobre la cesárea y existe relación de dependencia al aplicar la prueba X². Se estableció esta relación en mayor parto transpélvico en las preeclampsias leves y las transitorias IV, mientras que el indicador cesárea se incrementa en las preeclampsias graves, eclampsia y las crónicas, mayormente la tipo III. Se suman además de la hipertensión en sí, las causas de asfixia perinatal relacionadas con ésta como puede verse en el sufrimiento fetal, alteraciones en el monitoreo y el hematoma retro-placentario, etc. El porcentaje indicador de cesáreas primitivas es considerado alto, representando el 38,9 % por hipertensión y el 13,5 % de hipertensión con otras causas. Esta cantidad ha incrementado el indicador de cesáreas primitivas de nuestro centro en los últimos años.

La literatura médica revisada plantea la terminación de la gestación como solución en muchos casos cuando al atenderse el binomio feto-madre, debe hacerse el proceder obstétrico más adecuado para ambos, con primacía para la madre.

Muchos autores destacan que el incremento del parto distócico es el resultado de otras afecciones comprometedoras de la entidad y que ponen en peligro al feto.

TABLA 3. Relación del hábito laboral con el tipo de hipertensión

Hábito laboral	No.	Tipo I					
		Preeclampsia leve	Preeclampsia grave	Eclampsia	Tipo II	Tipo III	Tipo IV
Su casa	481	136	106	4	130	58	47
Trabajadoras	464	129	73	3	139	61	59
Profesionales	120	40	24	1	33	12	10
Estudiantes	27	14	6	0	4	1	2
Subtotal	611	183	103	4	176	74	71
Total	1 092	319	209	8	306	132	118

X²= 5,178; a < ,01.

TABLA 4. Relación de la precocidad o no de la captación del embarazo con el tipo de hipertensión

Captación embarazo	Tipo I						
	No. Preeclampsia leve	Preeclampsia grave	Eclampsia	Tipo II	Tipo III	Tipo IV	
Precoz	1 024	307	197	6	282	116	116
Intermedia	53	11	10	0	20	10	2
Tardía	15	1	2	2	4	6	0
Total	1 092	319	209	8	306	132	118

$X^2= 55,597$; $\alpha < 0,01$.

TABLA 5. Relación de la terminación del parto con el tipo de hipertensión

Tipo de parto	Tipo I							No.	%
	Preeclampsia leve	Preeclampsia grave	Eclampsia	Tipo II	Tipo III	Tipo IV			
Eutócico	153	29	1	139	25	71	418	37,1	
Instrumentado	17	2	0	8	3	7	37	3,3	
Inducido por HTA	52	27	0	45	19	13	156	13,8	
Cesáreas primitivas	96	154	7	85	73	24	439	38,9	
Por hipertensión	23	116	4	25	49	2	219	19,4	
Relacionado con	24	17	0	17	7	4	69	6,1	
Sufrimiento fetal	15	3	0	6	4	4	32	2,8	
Alteración FCF	3	2	0	1	1	4	11	1,0	
HRP	1	6	0	0	1	0	8	0,7	
Oligoamnios	3	5	0	10	1	0	19	1,7	
CIUR	2	1	0	0	0	0	3	0,3	
Otras	49	21	3	43	17	18	151	13,5	
Cesárea anteriores con hipertensión	12	7	0	36	17	5	77	6,8	

$X^2= 296,543$; $\alpha < ,001$.

N28 155 1 127 Partos (33 gemelares - 1 trillizos).

Concluimos que la incidencia de la hipertensión gravídica se comportó de forma similar a lo representado en la literatura médica; que existe relación entre la edad de la paciente y la incidencia de la hipertensión gravídica, siendo el tipo I más frecuente en las menores de 18 años y el tipo II y III en las mayores de 35 años. En las primíparas

se presentó con más frecuencia la hipertensión tipo I y IV. Factores biosociales como hábito laboral y la precocidad o no en la atención prenatal tuvieron significación estadística negativa. El número de cesáreas primitivas realizadas por hipertensión arterial es significativo en las eclampsias, las preeclampsias graves y las crónicas III.

SUMMARY: A descriptive study of those patients classified as hypertensive during pregnancy according to the criteria of the American College of Obstetrics and Gynecology was conducted at the "Julio Alfonso Medina" Gynecobstetric Teaching Hospital of Matanzas. Data were processed in an IBM computer with the STATGRAPH statistical package, and descriptive tests such as the percent method and the Chi square test were applied. Of a total 1 092 patients classified as hypertensive

during pregnancy, 1 127 deliveries were attained (33 twin births, 1 triplets). 536 patients were considered as type I for 49.1 % of the total, divided into mild preeclampsia, 319 for 59.5 %; severe preeclampsia, 209 for 39.0 %; and eclampsia, 8 for 1.5 %. Among the chronic II there were 306 patients for 28.0 %, whereas 132 were included in the chronic III for 12.1 %. Within the type IV there were 118 patients for 10.8 %. Variables that allowed to accept or not the dependance of each of them on the referred type of hypertension were studied.

Subject headings: **PREGNANCY COMPLICATIONS; CARDIOVASCULAR; HYPERTENSION.**

Referencias bibliográficas

1. Botella LLusiá J. La gestosis o toxemia del embarazo Cap. 1 Pág. 5-16 La gestosis Cap. II-III-IV 17-87. En: Tratado de Ginecología Tomo II. Patología Obstétrica. Editorial Científico Méd.
2. Fescina Ricardo H et al. Crecimiento intrauterino en la mujer gestante. En: Crecimiento y desarrollo, hechos y tendencias. Publicación Científica OPS 1988;2(510):71-89.
3. Baumgartner A. Análisis de las pacientes EPH-gestosis y evaluación en el curso del parto. Rev Esp Obstet Ginecol 1988(47):21-8.
4. Maikranz P. Hipertensión durante el embarazo. Clin med Norteam 1987;5:1091-106.
5. Doany Wlaeed MD et al. Antihipertensores y embarazo. Perinatología Farmacológica Perinatal. Clin med Norteam 1988;4:817-41.
6. Toirac Lamarque A. Algunas consideraciones sobre el hijo de la madre anémica. Rev Cubana Obstet Ginecol 1988;14(3):59-66.
7. Sibai M, Baha DM et al. Prevention of preeclampsia with low dose aspirin in healthy nulliparous pregnant women. N Engl J Med 1993;17(329):1213-7.
8. Ulloa Gómez C et al. Hipertensión arterial en el embarazo. Estudio clínico-estadístico trienio 1985-1987. Rev Médica 1989;17 (3):5-15.
9. Álvarez Báez P. Eclampsia en 3 hospitales de maternidad de la Ciudad de La Habana. Rev Cubana Obstet Ginecol 1986;12(4):463-8.
10. Hernández Cabrera J. Prevalencia de la eclampsia en años en los hospitales maternos de la provincia de Matanzas. Rev Médica 1988;16(5):57-74.

Recibido: 10 de marzo de 1997. Aprobado: 7 de enero de 1999.

Dr. *Jesús Hernández Cabrera*. Hospital docente ginecoobstétrico de Matanzas "Julio Alfonso Medina". Matanzas, Cuba.