

Hospital Ginecoobstétrico docente de Guanabacoa. Ciudad de la Habana

TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EL EMBARAZO

Dra. Vivian Álvarez Ponce,¹ Dra. Ana Lugo Sánchez² y Dr. Alfredo Rodríguez Pérez³

RESUMEN: Realizamos un análisis de 64 expedientes clínicos de pacientes con hipertensión arterial durante el embarazo en el año 1997. La hipertensión inducida por el embarazo (HIE) representó el 56,2 % de este grupo y prevaleció la preeclampsia leve (61,1 %). La interrupción del embarazo fue más frecuente entre las 38 y 41 semanas (76,6 %). La morbilidad materna fue escasa, sólo el 15,8 % tuvo relación directa con la hipertensión. La hipoxia fetal no constituyó un rubro importante (9,5 %). El tratamiento de elección fue la metildopa asociada con sedación (53,1 %).

Descriptores DeCS: COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES DEL EMBARAZO; HIPERTENSION/quimioterapia.

Los trastornos hipertensivos del embarazo constituyen un importante problema de salud en todo el mundo. Muchos han sido los esfuerzos realizados para lograr la integridad del binomio madre-hijo en las pacientes hipertensas. Además, se ha observado que la hipertensión relacionada con el embarazo es la causa principal de morbilidad y mortalidad materno-perinatal y éstas pueden reducirse mediante una atención cuidadosa y precoz de las pacientes de alto riesgo.¹ Existen múltiples estudios realizados que pueden explicar, prevenir y tratar condiciones peligrosas de la preeclampsia y la eclampsia. Esto nos moti-

vó a realizar un análisis de las pacientes con enfermedad hipertensiva y conocer cómo se comportó la morbilidad materno-perinatal y el tratamiento que fue utilizado en nuestro grupo de estudio.

Métodos

Realizamos un análisis retrospectivo de las pacientes con hipertensión arterial durante el embarazo, en el período comprendido de enero a diciembre de 1997, en el hospital docente ginecoobstétrico de Guanabacoa.

¹ Especialista de I Grado en Ginecoobstetricia. Instructor del ISCMH.

² Especialista de I Grado en Ginecoobstetricia.

³ Especialista de II Grado en Ginecoobstetricia. Profesor Titular del ISCMH.

La revisión comprendió los expedientes clínicos de 64 pacientes hipertensas en los que se analizaron las siguientes variables: edad gestacional a la interrupción del embarazo, peso de los productos al nacer, morbilidad materna, morbimortalidad perinatal y tratamiento que se utilizó, entre otros.

De nuestro grupo se excluyeron 2 pacientes, una por un aborto tardío y a la otra se le interrumpió la gestación con 23 semanas, por comprobarse en el ultrasonido del programa una malformación congénita fetal. Por dificultades existentes consideramos que hubo un subregistro de pacientes con hipertensión arterial en el embarazo.

Para un mejor análisis de nuestros resultados incluimos la hipertensión transitoria en el grupo de HIE.

Después de confeccionar las tablas estadísticas y analizar los resultados, se llegó a la conclusión de nuestro estudio.

Resultados

En la tabla 1 se observa el número de casos en los diferentes tipos de hipertensión. En nuestra casuística hubo 56,2 % de pacientes con hipertensión inducida por el embarazo (HIE) y de este grupo la pree-

clampsia leve ocupó el primer lugar con 61,1 % seguida de la hipertensión transitoria, 22,2 %, la preeclampsia severa 13,9 % y la eclampsia con 2,8 %. La hipertensión arterial crónica representó el 34,4 %, mientras que la asociación de hipertensión crónica con preeclampsia fue de 9,4 % (HC + HIE).

La tabla 2 muestra la relación entre la edad gestacional a la cual se interrumpió la gestación, con las formas de hipertensión arterial. El grupo mayoritario estuvo entre las 38 y 41 semanas con 76,6 %; sin embargo, entre los otros 2 grupos no hubo diferencias significativas. Al analizar cómo se comportó el grupo con HIE encontramos que el 71,4 % tenía menos de 38 semanas al momento de la interrupción.

TABLA 1. Clasificación de las pacientes según tipo de HTA

Clasificación	No.	%
HIA transitoria	8	22,2
HIE preeclampsia leve	22	61,1
Preeclampsia severa	5	13,9
Eclampsia	1	2,8
Subtotal	36	56,2
HTA crónica	22	34,4
HTA crónica + HIE	6	9,4
Total	64	100

Fuente: Expedientes clínicos.

TABLA 2. Edad gestacional a la interrupción del embarazo

Edad gestacional (sem)	HIE		HC		HC+HIE		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
<38	5	71,4	2	28,6			7	10,9
38-41	27	55,1	18	36,7	4	8,2	49	76,6
>41	4	50,0	2	25,0	2	25,0	8	12,5
Total	36	56,2	22	34,4	6	9,4	64	100

Fuente: Expedientes clínicos.

TABLA 3. Relación entre el peso al nacer, tipo de hipertensión y semanas de gestación

Peso al nacer	HIE				HT- crónica				HIE+ HC				Total
	<38 No. %	38-41 No. %	>41 No. %	Subtotal No. %	<38 No. %	38-41 No. %	>41 No. %	Subtotal No. %	<38 No. %	38-41 No. %	>41 No. %	Subtotal No. %	
<2 500	5 62,5	3 37,5		8 88,9		1 100		1 11,1				9 12,5	
2 500-3 000	1 16,7	5 83,3		6 54,5	1 25	3 75		4 36,4	1 100			1 9,1	11 17,2
>3 000		20 87	3 13	23 51,1	1 5,8	14 82,4	2 11,8	17 37,8	3 60	2 40		5 11,1	45 70,3
Total	6 16,2	3 8,1	3 8,1	37 56,9	2 9,1	18 81,8	2 9,1	22 33,8	4 66,7	2 33,3	6 66,7	9 12,5	100

Nota: El total fue 65, por un embarazo gemelar.

De las 8 pacientes con más de 41 semanas de gestación, 4 fueron hipertensas inducidas por el embarazo (HIE) o sea, 50 %, esto se debió a la no seguridad del tiempo de gestación real en algunos casos y a la excelente respuesta terapéutica en otros, lo que permitió terminar el embarazo en el tiempo normal.

Al analizar la tabla 3, en la que se relaciona el peso al nacer, tipo de hipertensión y semanas de gestación, se obtuvo el siguiente resultado: el 70,3 % de los recién nacidos con peso superior a los 3 000 g, el 17,2 % entre 2 500 y 3 000 g, mientras que de menos de 2 500 g representaron el 12,5 %. De los 8 bajo peso el 88,9 % perteneció a las pacientes con HIE y el otro 11,1 % a las hipertensas crónicas.

TABLA 4. Morbilidad materna

Pacientes con morbilidad	No.	%
Endometritis	7	36,8
Anemia	8	42,1
HRP	2	10,5
Síndrome de Hellp	1	5,3
Fiebre de etiología no precisada	1	5,3
Subtotal	19	29,7
Pacientes sin morbilidad	45	70,3
Total	64	100

Fuente: Expedientes clínicos.

La morbilidad materna (tabla 4) se analizó de forma global. El 29,7 % de las pacientes desarrolló enfermedad, mientras que el 70,3 % no tuvo ninguna.

La morbilidad devenida de la hipertensión (HRP y síndrome de Hellp), representó el 15,8 %. Hubo 36,8 % con endometritis secundaria a los procedimientos obstétricos y el resto de la morbilidad de menor importancia y frecuente en el parto y puerperio de otras entidades obstétricas.

En la tabla 5 presentamos la morbilidad perinatal. Del total de productos, el 32,3 % tuvo alguna afección. De este grupo hubo 3 muertes fetales, para el 14,2 %. El bajo peso representó el 42,9 %, mientras que la hipoxia fue un rubro importante del total de pacientes con alteraciones (9,5 %).

TABLA 5. Morbimortalidad perinatal

Morbimortalidad perinatal	No.	%
Bajo peso	9	42,9
Bronconeumonía	3	14,2
Hipoxia	2	9,5
Cefalohematoma	1	4,8
Hipertermia	1	4,8
Hipoglicemia	1	4,8
Hiperbilirrubinemia	1	4,8
Muerte fetal	3	14,2
Subtotal (productos con enfermedad)	21	32,3
Recién nacidos sin enfermedad	44	67,7
Total	65	100

Fuente: Expedientes clínicos.

TABLA 6. Esquema de tratamiento

Esquema de tratamiento	HIE		HC		HC+HIE		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Sedación	15	41,7	3	13,6	1	16,7	19	29,7
Metildopa+sedación	10	27,8	19	86,4	5	83,3	34	53,1
Hidrolazina+sedación	3	8,3					3	4,7
Metildopa+hidrolazina+sedación	8	22,2					8	12,5
Total	36	56,2	22	34,4	6	9,4	64	100

Fuente: Expedientes clínicos.

La tabla 6 muestra los diferentes esquemas de tratamiento que se utilizaron.

De forma general la metildopa asociada con sedación constituyó el tratamiento de elección con el 53,1 %. El 29,7 % recibió sedación como único tratamiento, seguido de la asociación metildopa + hidralazina y sedación con 12,5 % y la hidralazina + sedación el 4,7 %.

Es llamativo que en la HIE también la metildopa fue el antihipertensivo que más se empleó, sólo o asociado con la hidralazina para el 50 %.

Al unir esto a los buenos resultados maternos y perinatales obtenidos nos parece útil plantear que debe insistirse en esta modalidad terapéutica en otras investigaciones prospectivas. La aspirina fue utilizada como complemento de la terapéutica de 29 pacientes (45,3 %).

Discusión

En estudio realizado por *Lloret*, de 521 pacientes con hipertensión, 413 fueron HIE con una incidencia de 1,6 % sobre el número total de partos. 36 con hipertensión crónica preexistente y 41 casos con HC + HIE.²

Aunque en la literatura revisada no encontramos estudios que relacionen la edad gestacional a la interrupción con las diferentes formas de hipertensión, en el Manual de diagnóstico y tratamiento de Obstetricia y Perinatología se establece valorar la inducción del parto sólo a partir de las 41 semanas para la preeclampsia leve, en pacientes con preeclampsia severa se determina por la gravedad materna y si existe insuficiencia placentaria.³

En un estudio realizado en el Hospital Ginecoobstétrico "Eusebio Hernández",⁴ el índice de bajo peso fue elevado (41,6 %). Para algunos autores¹ el HRP, los problemas neurológicos, trastornos de la coagulación, síndrome de Hellp, trastornos hepáticos, pulmonares y renales son las principales complicaciones de la enfermedad. En otro estudio, el 11 % de las pacientes con HIE presentó el síndrome de Hellp.⁵ Es importante la detección temprana de esta entidad clínica para establecer un oportuno y eficiente tratamiento.

En la literatura revisada se recoge una elevada incidencia de morbilidad perinatal. Hay autores que señalan en primer lugar la hiperbilirrubinemia, seguida de la lesión neurológica y el *distress* respiratorio.⁶⁻⁸ *Guariglia* indica una morbilidad fetal baja.⁹

En nuestro trabajo no se puede evaluar el resultado del tratamiento con aspirina, por no haber sido utilizada como terapéutica única, como lo ha sido por otros autores.¹

En estudio realizado por *Shah*, 2 factores clínicos se asocian con los adversos resultados que se encontraron:⁷ la necesidad de tratamiento antihipertensivo prenatal y el comienzo temprano de la hipertensión durante el embarazo, con lo que concluyó que una elevación severa y prolongada de la hipertensión es el mediador fisiopatológico primario de los adversos resultados perinatales en el embarazo.

Podemos concluir que la hipertensión inducida por el embarazo representó el 56,2 %. De ellas la preeclampsia leve ocupó el primer lugar con el 61,5 %. En ge-

neral prevaleció la interrupción del embarazo entre 38 y 41 semanas (76,6 %), aunque en las pacientes con preeclampsia leve el 71,4 % tenía menos de 38 semanas. El 70,3 % de los recién nacidos tuvo un peso superior a los 3 000 g. La morbilidad materna fue escasa. El 15,8 % tuvo relación directa con la hipertensión (HRP y síndrome de Hellp). La morbilidad perinatal fue de 32,7 %, de ellos la hipoxia constituyó un rubro importante (9,5 %), mientras que el bajo peso representó el 42,9 % del total de pacientes con afectación. El tratamiento de elección fue metildopa asociada con sedación (53,1 %). En la hipertensión inducida por el embarazo el antihipertensivo que más se usó fue la metildopa asociada con la hidralazina (50 %).

SUMMARY: We analyzed 64 clinical histories of patients with hypertension during pregnancy in 1997. Pregnancy-induced hypertension accounted for 56.2 % of this group where slight preeclampsia prevailed (61.1 %). Abortion was frequent at 38 th - 41 st weeks of pregnancy (76.6 %). Maternal morbidity was low and only 15.8 % was directly related to hypertension. Fetal hypoxia was not a key factor (9.5 %) and the preferred treatment was the administration of metildopa associated to sedation (53.1 %).

Subject headings: PREGNANCY COMPLICATIONS; CARDIOVASCULAR HYPERTENSION/drug therapy.

Referencias bibliográficas

1. Nicoloso E, et al. Formas graves de hipertensión relacionadas con el embarazo. *Rev Frac Gynecol Obstet* 1994;84(10):476-88.
2. Lloret G, Lloret M. Acien. Análisis de algunos aspectos epidemiológicos y factores predisponentes en los estadios hipertensivos del embarazo. *Acta Ginecol* 1987;44(10):426-32.
3. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Enfermedad hipertensiva durante el embarazo. En: *Manual de diagnóstico y tratamiento en obstetricia y perinatología*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1997:237-52.
4. Álvarez Báez, Acosta Maltas R, Céspedes Baró E, Fernández Lima R, Sinobas del Olmo H. Eclampsia estudio en tres hospitales de maternidad en la Ciudad de La Habana. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 1986;12(4):463-8.
5. Rojas Poceras G, et al. Hellp syndrome severe consequence of hypertensive disease induced by pregnancy. *Gynecol Obstet Mex* 1996;(64):523.
6. Lloret G, Lloret M. Acien repercusión de los estados hipertensivos en el embarazo sobre la morbi-mortalidad perinatal. *Acta Ginecol* 1987;44(10):440-6.
7. Shah DM, Reid G. Parameters associated with adverse perinatal outcome in hypertensive pregnancies. *J Hum Hypertens* 1996; 10(8):511-5.
8. Himmelmann K, Himmelmann A, Nicalasson A, Svensson A. Hypertension in pregnancy and size at birth. *Blood Press* 1996;5(5):278-84.

9. Guariglia D, Vázquez de Martínez; Laya C, Magnelli A. Recuento de plaquetas y tiempo de sangría en embarazadas con preeclampsia grave. Pronóstico de morbi-mortalidad materno-fetal. Rev Obstet Gynecol Venez 1996;5692:89-97.

Recibido: 27 de abril de 1999. Aprobado: 27 de mayo de 1999.

Dra. *Vivian Álvarez Ponce*. Independencia No. 234, entre Bécquer y Cruz Verde. Guanaboca, Ciudad de La Habana, Cuba.