

Caracterización de la hipertensión inducida por el embarazo

Characterization of pregnancy-induced hypertension

MSc. Vivian Asunción Álvarez Ponce, Dra. Rosa María Alonso Uría,
MSc. Milagros Muñiz Rizo, MSc. Josefina Martínez Murguía

Hospital Docente Ginecobstétrico Guanabacoa.

RESUMEN

Introducción: los trastornos hipertensivos en el curso del embarazo tienen una incidencia entre el 10 y el 15 % de las gestantes a término, lo que constituye una causa significativa de morbilidad y mortalidad materna y fetal.

Objetivo: caracterizar a las pacientes con enfermedad hipertensiva durante el embarazo en las mujeres del Consultorio 85-02 de Villa 1 perteneciente al Policlínico Docente "Julio Antonio Mella" en el período comprendido del 1ro. de enero de 2008 al 31 de diciembre de 2011.

Métodos: se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, longitudinal. La muestra estuvo constituida por 73 gestantes.

Resultados: desarrollaron preeclampsia el 5,9 % de las adolescentes, el 28,6 % de las pacientes con edad mayor o igual a los 35 años, el 10,3 % de nulíparas y el 14,3 % de gestantes con sobrepeso corporal. Hubo solo el 2,7 % de morbilidad materna y el 9,5 % de los recién nacidos presentó morbilidad, aunque ninguno correspondió a pacientes con preeclampsia. Se presentó la preeclampsia en solo 6 pacientes.

Conclusiones: la adolescencia, la nuliparidad, la obesidad y el bajo peso no fueron factores predominantes en el desarrollo de la enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo en este estudio.

Palabras clave: enfermedad hipertensiva, preeclampsia.

ABSTRACT

Introducción: hypertensive disorders during pregnancy have an incidence from 10 to 15 % of pregnant women a term, which is a significant cause of maternal morbidity and fetal mortality.

Objective: to characterize patients with hypertensive disease during pregnancy in women at medical practice 85-02 Villa 1 from Julio Antonio Mella Polyclinic from January 1st, 2008 to December 31st, 2011.

Methods: a descriptive, prospective, longitudinal study was conducted. The sample consisted of 73 pregnant women.

Results: 5.9 % of adolescents developed preeclampsia, 28.6 % of patients aged 35 or older, 10.3 % were nuliparous, and 14.3 % of pregnant women had excess body weight. There were only 2.7 % of maternal morbidity and 9.5 of infants presented morbidity, although none corresponded to patients with preeclampsia. Only 6 patients had preeclampsia.

Conclusions: adolescence, nuliparity, obesity, and underweight were not predominant factors in the development of hypertensive pregnant-induced disease in this study.

Keywords: hypertensive disease, preeclampsia.

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial es un síndrome cardiovascular complejo, progresivo y multicausal que origina cambios funcionales y estructurales en el corazón y el sistema vascular que pueden conducir a morbilidad prematura y muerte.¹

Los trastornos hipertensivos en el embarazo son frecuentes y en ocasiones constituyen una causa de morbilidad y mortalidad materna-fetal. Se reporta una incidencia entre 10 y 15 % en las gestantes a término.²

La preeclampsia es un síndrome multisistémico de severidad variable, específico del embarazo, caracterizado por una reducción de la perfusión sistémica generada por vasoespasmo y activación de los sistemas de la coagulación. Se presenta después de la semana 20 de la gestación, durante el parto o en las primeras 6 semanas después de este.

El cuadro clínico se caracteriza por cifra de presión sistólica alcanza 140 mmHg o más y de presión diastólica de 90 mmHg o más, acompañada de proteinuria; es frecuente que además se presente cefalea, acúfenos, fosfenos, edema, dolor abdominal y/o alteraciones de laboratorio. Se le conoce como eclampsia cuando además, las pacientes con preeclampsia presentan convulsiones o estado de coma en ausencia de otras causas.³

Entre los factores de riesgo conocidos que predisponen a la preeclampsia, están la nuliparidad, la adolescencia, mujeres mayores de 35 años, obesidad, hipertensión arterial previa, embarazo múltiple, enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, historia de preeclampsia-eclampsia en embarazos previos, historia familiar de preeclampsia y/o de haber padecido eclampsia, entre otros.^{4,5}

Al considerar los factores de riesgo, los autores se propusieron investigar sobre la presencia de estos en el desarrollo de la preeclampsia con el fin de disminuir su prevalencia. Para ello se trazaron como objetivo caracterizar a las pacientes del consultorio 85-02 de Villa 1 pertenecientes al Policlínico Docente "Julio Antonio Mella", con enfermedad hipertensiva durante el embarazo, en el periodo comprendido del 1ro. de enero de 2008 al 31 de diciembre de 2011.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, longitudinal en el que se estudiaron las embarazadas atendidas en el consultorio 85-02 del municipio de Guanabacoa en el periodo comprendido desde enero de 2008 a diciembre de 2011 con un seguimiento correspondiente a la evolución del embarazo. El universo del trabajo fueron 99 pacientes, de ellas 73 completaron su atención en este con la ocurrencia del parto en el Hospital Docente Ginecobstétrico de Guanabacoa.

Como método de exploración cuantitativa se realizaron encuestas a las gestantes, previo consentimiento informado por escrito y posteriormente se procedió al análisis de los expedientes clínicos. Se utilizó la estadística descriptiva para la valoración de los resultados obtenidos.

Se analizaron las siguientes variables:

VARIABLES DEPENDIENTES:

- Hipertensión arterial durante el embarazo.

VARIABLES INDEPENDIENTES:

- Edad materna.
- Paridad.
- Evaluación nutricional.
- Ganancia de peso.
- Morbilidad materna y neonatal.

El seguimiento de todas las gestantes estudiadas fue llevado con un control sistemático y riguroso por la autora de la investigación.

RESULTADOS

Hubo un total de 99 pacientes atendidas en el consultorio 85-02 en el periodo enero 2008 a diciembre de 2011 (Fig.), de ellas 73 (n= 73) o sea, 73,7 %, completó su atención en este con la ocurrencia del parto en el Hospital Docente Ginecobstétrico de Guanabacoa. Además se muestran las causas por las que el resto de las gestantes no formaron parte del estudio.



Fig. Distribución de pacientes atendidas en el consultorio 85-02.

La atención directa de las gestantes que se incluyeron en esta investigación fue llevada a cabo por un médico especialista que tiene a cargo la consulta de hipertensión arterial en la embarazada a nivel municipal de salud, por lo que el rigor de seguimiento de estas embarazadas se consideró óptimo.

En la tabla 1 se muestran los resultados de los factores de riesgo incluidos en el estudio y que guardan relación con la enfermedad hipertensiva durante el embarazo; de 73 pacientes estudiadas 17 (23,3 %) eran adolescentes y 7 (9,6 %) con edad de 35 o más años, 39 de las 73 gestantes eran nulíparas (53,4 %) y entre sobrepeso y obesas hubo 13 pacientes para un 17,8 %, el bajo peso representó el 20,5 %. El resto de los factores de riesgo que se invocan en la etiología de la preeclampsia fue ínfimo por lo que se excluyeron del estudio a criterio de las autoras, ya que era una paciente con lupus eritematoso sistémico y otra con preeclampsia en embarazo anterior.

En los grupos de \leq 19 años y \geq 35 años el por ciento de pacientes con hipertensión inducida por el embarazo fue de 5,9 y 28,6 respectivamente (tabla 2).

Tabla 1. Factores de riesgo incluidos en el estudio

Factores de riesgo	Pacientes	
	No.	%
Edad		
≤ 19	17	23,3
≥ 35	7	9,6
Paridad		
Nuliparidad	39	53,4
Valoración nutricional		
Bajo peso	15	20,5
Sobrepeso	7	9,6
Obeso	6	8,2

n= 73

Tabla 2. Relación entre los factores de riesgo incluidos y la hipertensión inducida por el embarazo

Factores de riesgo	Hipertensión inducida por el embarazo					
	Sí		No		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Edad (años)						
≤19	1	5,9	16	94,1	17	23,3
≥ 35	2	28,6	5	71,4	7	9,6
Paridad						
Nulípara	4	10,3	35	89,7	39	53,4
Valoración nutricional						
Bajo peso	-	-	15	100	15	20,5
Sobrepeso	1	14,3	6	85,7	7	9,6
Obeso	-	-	5	100	6	8,2

n= 73

Al analizar cómo se comportó la variable paridad se encontró que solo 4 de las nulíparas, o sea el 10,3 %, tuvo una hipertensión inducida por el embarazo.

En relación con la valoración nutricional el número mayor de pacientes de esta casuística estuvo en el grupo de las normopeso y no hubo gestantes con hipertensión inducida por el embarazo en los grupos de bajo peso y obesas.

En la tabla 3 se observa que en el grupo de las bajo peso el incremento adecuado e insuficiente se comportó de manera similar al igual que en las obesas, mientras que en las sobrepeso la ganancia exagerada representó el 28,6 %, en la que una de ellas desarrolló hipertensión inducida por el embarazo.

Tabla 3. Valoración nutricional y ganancia de peso en los grupos de riesgo

Valoración nutricional y ganancia de peso en los grupos de riesgo	Pacientes	
	No.	%
Bajo Peso	15	20,5
Adecuada	7	46,6
Insuficiente	8	53,3
Exagerada	-	-
Sobrepeso	7	9,6
Adecuada	4	57,1
Insuficiente	1	14,2
Exagerada	2	28,6
Obeso	6	8,2
Adecuada	2	33,3
Insuficiente	2	33,3
Exagerada	2	33,3

n= 73

La morbilidad materna y neonatal en el presente estudio fue baja con solo 2 pacientes afectadas con una endometritis (2,7 %), esta correspondió a gestantes que desarrollaron hipertensión inducida por el embarazo sin complicaciones relacionadas con la preeclampsia. En relación con la morbilidad neonatal esta fue de 23 % en la que el bajo peso representó el 8,1 %, con 3 de ellos relacionados con la hipertensión inducida por el embarazo (4,1 %), uno de los cuales fue un embarazo gemelar que no presentó preeclampsia.

El 78,6 % de las gestantes con 3 o más factores de riesgo no desarrolló preeclampsia, mientras que solo el 21,4 % la presentó, esto habla a favor de la calidad de la atención prenatal (tabla 4).

Tabla 4. Relación entre el número de factores de riesgo presentes en cada gestante y la hipertensión inducida por el embarazo

Hipertensión inducida por el embarazo	Ninguno		1-2		≥3	
	No.	%	No.	%	No.	%
Sí	-	-	3	5,6	3	21,4
No	6	100	50	94,3	11	78,6
Total	6	100	53	100	14	100

n= 73

DISCUSIÓN

Llama la atención en la presente investigación el predominio de las madres adolescentes, de la nuliparidad, el bajo peso y el sobrepeso, y la obesidad. Lo anterior se comporta de manera similar en lo reportado por la literatura, la cual refiere entre los factores de riesgo de la enfermedad hipertensiva del embarazo la obesidad, nuliparidad, la edad mayor de 35 años o las adolescentes muy jóvenes, entre otros.^{6,7}

En los grupos de ≤ 19 años y ≥ 35 años el por ciento de pacientes con hipertensión inducida por el embarazo fue de 5,9 y 28,6 respectivamente. Estos resultados no coinciden con lo encontrado por algunos autores, entre ellos *Marañón*,⁸ en cuyo trabajo sobre los factores de riesgo que influyen en la preeclampsia, la edad igual o menor de 19 años constituyó un factor de riesgo.

Son varias las teorías que justifican la aparición de la preeclampsia, específicamente en la adolescente; se plantea que en esa edad hay mayor resistencia del músculo uterino y deficiente adaptación del árbol vascular a las necesidades que impone la gestación.^{6,9} Por otra parte, se ha planteado que las mujeres de 35 años padecen con mayor frecuencia de enfermedades crónicas vasculares y eso trae consigo el surgimiento de la preeclampsia.⁸

Al analizar la variable paridad se encontró que el 10,3 %, tuvo una hipertensión inducida por el embarazo.

Se reporta que la nuliparidad es factor de riesgo importante para la aparición de preeclampsia, fundamentado en la respuesta inmunitaria aberrante que existe en estas pacientes.^{6,10}

Torres,¹¹ al analizar cómo se comportó la paridad, encontró que el 68 % de su casuística eran nulíparas con predominio en las hipertensas crónicas, no así en lo reportado por otros autores que señalan una relación entre la nuliparidad y los trastornos hipertensivos propios del embarazo.¹²

En relación con la valoración nutricional predominó el grupo de normopeso. Está descrito que la obesidad puede ser el resultado de una gran variedad de factores, entre los que se incluyen: la inactividad, una dieta deficiente y ciertas complicaciones relacionadas con la salud.¹³ Esta se puede explicar porque la obesidad con hiperlipidemia se asocia con un mayor nivel de estrés oxidativo, con disfunción endotelial lo cual aumenta el riesgo de desarrollar la enfermedad.⁸

Torres y otros¹¹ encontraron que el 72 % de las gestantes con hipertensión se encontraban clasificadas como obesas o sobrepeso.

En el presente estudio se observa que la ganancia de peso, el incremento adecuado e insuficiente en el grupo de las bajo peso, se comportó de manera similar al igual que en las obesas, no sucedió así en las sobrepeso. La ganancia de peso durante el embarazo es un fenómeno biológico complejo que soporta las funciones de crecimiento y desarrollo del feto, el cual está influenciado no solo por cambios en el metabolismo y fisiología maternos sino también por el metabolismo placentario.¹⁴

Existen estudios que señalan que las mujeres que al momento de embarazarse tienen un índice de masa corporal (IMC) normal y una ganancia de peso adecuada durante la gestación, presentan una mejor evolución en el embarazo y parto que aquellas mujeres con una ganancia de peso mayor a la recomendada.¹⁵

La morbilidad materna fue baja con solo 2 pacientes afectadas con una endometritis.

En relación con la morbilidad neonatal el bajo peso representó el 8,1 % con 3 de ellos relacionados con la hipertensión inducida por el embarazo (4,1 %). En la literatura revisada *Mogollón Saber* y otros¹⁶ encontraron como complicación materna más frecuente, el desprendimiento prematuro de la placenta normo inserta y como morbilidad fetal el síndrome de distrés respiratorio secundario a enfermedad de membrana hialina con el 86,6 % de los recién nacidos requeridos de ingreso en la UCI.

Al relacionar el número de factores de riesgo con la eclampsia se encontró en esta investigación solo el 21,4 %. La explicación que los autores de este trabajo otorgan a estos satisfactorios resultados, es que todas las gestantes durante su atención prenatal fueron seguidas por una especialista profesora en ginecología y obstetricia, con lo que la calidad de cada control se incrementó.

En el estudio realizado por *Salcedo Saker*¹⁶ sobre resultados maternos perinatales de la preeclampsia lejos del término, en la literatura por él revisada^{17,18} halló que el control prenatal no cumple el papel protector esperado, sin embargo, *Salcedo* señala que aunque en su reporte no hubo diferencias significativas se observó mayor tendencia por parte del grupo con deficiente control prenatal a necesidades de atención en el servicio de cuidados intensivos, lo que él aduce al cuadro agudo en que se presentaron estas pacientes al servicio de urgencias maternas .

La adolescencia, la nuliparidad, la obesidad y el bajo peso no fueron factores determinantes en el desarrollo de la enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo, además no existió relación entre el mayor número de factores de riesgo y la presencia de la enfermedad hipertensiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Giles TD. The definition of hypertension program and abstracts of the 20th Annual scientific meeting of the American Society of Hypertension. Disclosures [Internet] mayo 2005. [citado 1 Jun 2009]: [aprox 3 p.]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/hta/new_definition_of_hypertension_proposed_.pdf
2. Lledó G, Agustín A. La hipertensión arterial y el embarazo: conceptos actuales del síndrome hipertensivo. *Rev Soc Parag Cardiol.* 2005; 3(2): 115-32.
3. Secretaría de Salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Lineamiento Técnico. Prevención, diagnóstico y manejo de la preeclampsia-eclampsia. La Habana: Editorial Ciencias médicas; 2006.

4. Matthew W, Brian E. Preeclampsia (Toxemia of Pregnancy). (en inglés). Medicine-Obstetrics/gynecology [serie en Internet] mayo 2005 [consultado 20 Dic 2007]; 12: (3): [aprox 14 p.]. Disponible en: <http://www.google.com>
5. Reyes Balseiro ES, Vilallonga Recino P, Reyes Balseiro N, Viñas Sifontes L. Enfermedad vascular hipertensiva en Nuevitas durante un quinquenio. Arch Méd Camagüey [serie en Internet] Ene-feb 2006. [citado 20 Dic 2007]; 10(1). Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2006/v10n1-2006/2018.htm>
6. Cunnighan Gary FG, Mac Donald PC, Norman F Gant, Larry CG, Hauth JC, Leveno KJ, et al. Trastornos hipertensivos del embarazo. En: Williams Obstetricia. 21ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2005. p. 489-532.
7. Rosell Juarte E, Brown Bonora R, Hernández AP. Factores de riesgo de la enfermedad hipertensiva del embarazo. Arch Méd Camagüey [serie en Internet] Sep-oct 2006 [citado 20 Dic 2009]; 10(5). Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2006/v10n5-2006/2114.htm>
8. Marañón Cardonne T. Estudio de algunos factores de riesgo de la preeclampsia-eclampsia. Análisis multivariado. Revista Electrónica de Portales Médicos [serie en Internet] [citado 5 Ene 2010]; 10(2): [aprox 9 p.]. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1670/3/>
9. Oliva Rodríguez J. Enfermedad hipertensiva del embarazo. Maestría Atención Integral a la Mujer [CD-ROM]. La Habana: Facultad "Miguel Enríquez"; 2004.
10. Danfoth Haney F. Tratado de obstetricia y ginecología. 9ª ed. México: Mac Graw-Hill; 2005. p .273-88.
11. Torres Sánchez Y, Lardoeyt Ferrer R, Lardoeyt Ferrer M. Caracterización de los factores de riesgo en gestantes con hipertensión gestacional y crónica en un área de salud. Rev Cubana Med Gen Integr [serie en internet] 2009 [consultado 4 May 2010]; 25(2). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol25_2_09/mgi04209.htm
12. Altunaga Palacio M, Lugones Botell M. Incidencia de algunos factores de riesgo en la preeclampsia con signos de gravedad. Rev Cubana Obstet Ginecol [serie en internet] 2010 [consultado 21 May 2009]; 36(3). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol_36_03_10/gin06310.htm
13. Moreno Z, Sánchez S, Piña F, Reyes A, Williams M. Obesidad pregestacional como factor de riesgo asociado a preeclampsia. An Fac Med (Perú) [serie en internet] abr. 2003 [citado 5 Ene 2010]; 64(2): 101-6. Disponible en: <http://portal.revistas.bsv.br/transf.php?xsl = xsl/ titles>
14. Zonana-Nacach A , Baldenebro-Preciado R , Ruiz-Dorado MA. Efecto de la ganancia de peso gestacional en la madre y el neonato. Instituto Nacional de Salud Pública Méx. 2010; 52(3).
15. Abrams B, Altman SL, Pickett KE. Pregnancy weight gain: still controversial. Am J Clin Nutr. 2000; 71(5 Suppl): 1233S-41S.

16. Mogollón-KS, Salcedo-Ramos F, Ramos-Clason E. Resultados materno-perinatales de la preeclampsia lejos del término. Clínica de Maternidad Rafael Calvo. Cartagena, Colombia. Rev Cienc Biomed. 2011;2(2):262-9.
17. Mesa CM, Mesa LE, Jimeno MP, Mora AM. Factores de riesgo para la preeclampsia severa y temprana en el Hospital general de Medellín 1999-2000. CES Medicina. 2001;15(1):20-8.
18. Barreto S. Preeclampsia severa, eclampsia y síndrome de Hellp: características maternas y resultados neonatales. Unidad de cuidados intensivos maternos. Instituto materno perinatal. Lima, Perú 1999-2000. Revista Instituto Materno Perinatal. 2002:17-23.

Recibido: 23 de noviembre de 2011.
Aprobado: 13 de marzo de 2012.

Vivian Asunción Álvarez Ponce. Hospital Docente Ginecobstétrico de Guanabacoa. Estrada Palma No. 20. Guanabacoa. La Habana, Cuba. Correo electrónico: vivian251950@gmail.com, rosemari@infomed.sld.cu