

Enfermedad hipertensiva en la gestante. Resultados de un servicio

Hypertensive disease in the pregnant woman. Results of a service

Vivian Asunción Álvarez Ponce^I; Rosa María Alonso Uría^{II}; Martha Monteavaro Rodríguez^{III}

^IEspecialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia. Máster en Atención Integral a la Mujer. Profesora Auxiliar de la Facultad de Ciencias Médicas "Miguel Enríquez", La Habana, Cuba.

^{II}Especialista de II Grado en Neonatología. Máster en Atención Integral al Niño. Profesora Titular de la Facultad de Ciencias Médicas "Miguel Enríquez", La Habana, Cuba.

^{III}Licenciada en Matemáticas. Máster en Ciencias Matemáticas de la Universidad de La Habana. Investigadora del Instituto de Cibernética, Matemática y Física (ICIMAF-CITMA).

RESUMEN

La preeclampsia constituye una de las principales causas de mortalidad materna en el mundo. Se realizó un estudio retrospectivo, longitudinal y descriptivo en el Hospital Docente Ginecoobstétrico de Guanabacoa de los años 2004 y 2005, de todas las gestantes que ingresaron en la Sala de Cuidados Perinatales, clasificadas como hipertensas, y que tuvieron su parto en igual período. El grupo estudio correspondió a 71 pacientes. Se tomó como grupo control igual número de gestantes que tuvieron su parto en el mismo período, y que no eran hipertensas ni presentaron la enfermedad durante la gestación. Predominó la preeclampsia como entidad única o asociada a una hipertensión crónica. Entre los factores de riesgo fueron más frecuentes la nuliparidad con un 45,1 %, el sobrepeso y la obesidad (22,5 y 25,4 % respectivamente), lo cual resultó de gran significación estadística. Fue significativa la diferencia en el parto por cesárea (77,5 %) en el grupo estudio, en relación con el parto transpélvico. También el bajo peso tuvo diferencias estadísticas significativas (21,1 %). La morbilidad materna fue baja.

Palabras clave: Preeclampsia, factores de riesgo, bajo peso.

ABSTRACT

Preeclampsia is one of the main causes of maternal mortality in the world. A retrospective, longitudinal and descriptive study was conducted in the Gynecobstetric Hospital of Guanabacoa in 2004 and 2005. All the expectants admitted in the Perinatal Care Ward that were classified as hypertensive and that delivered in the same period were studied. The study group was composed of 71 patients. The same number of pregnant women that gave birth during this period were included in the control group. They were not hypertensive and they did not suffer from this disease during pregnancy. Preeclampsia predominated as a unique entity or associated with chronic hypertension. The most common risk factors were nulliparity with 45.1 %, overweight and obesity (22.5 and 25.4 %, respectively), which had a great statistical significance. In the study group, there was a remarkable difference between the cesarean delivery (77.5 %) and the transpelvic delivery. Low weight also showed significant differences (21.1 %). Maternal mortality was low.

Key words: Preeclampsia, risk factors, low weight.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos hipertensivos del embarazo constituyen uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y de mortalidad asociada.¹ Continúan siendo algunos de los problemas no resueltos más trascendentales en obstetricia. Es la complicación más importante que una mujer embarazada puede padecer, por la repercusión que ejerce sobre ella, el feto y el recién nacido.² La hipertensión arterial se define como el incremento sostenido de la presión arterial a 140/90 mmHg,³ y si esta se acompaña de proteinuria $\geq 0,3$ g/L se está en presencia de una preeclampsia. La hipertensión arterial de la embarazada se presenta alrededor de las 20 semanas de gestación, con una frecuencia mayor en el último trimestre o al momento del parto.⁴

Actualmente se reportan 143 667 pacientes con preeclampsia, con un aproximado de 20 000 muertes maternas y unas 86 000 muertes perinatales.⁵⁻⁷ La mortalidad por preeclampsia varía entre el rango del 0 al 20 % según diferentes series en el ámbito mundial, y se atribuye principalmente a las complicaciones cerebrales, pero sobre todo, a la hemorragia cerebral, que se asocia a daño renal y hepático, así como a la coagulación intravascular diseminada, complicación que puede llevar en un 15 % a la muerte,³ por lo que se concluye que la mortalidad materna está principalmente asociada a pacientes complicadas. Por otra parte, las causas del aumento de la morbilidad y mortalidad fetal en las gestantes hipertensas están relacionadas con el parto pretérmino, el crecimiento intrauterino retardado y el hematoma retroplacentario.

Con la realización de este trabajo se caracterizó el comportamiento de la enfermedad hipertensiva en el embarazo en el Servicio de Cuidados Perinatales mediante la operacionalización de diferentes variables. La motivación de este estudio fue valorar el comportamiento de la hipertensión arterial en las gestantes que ingresaron en dicho servicio.

MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, longitudinal y descriptivo sobre el comportamiento de la enfermedad hipertensiva en el embarazo, en el Hospital Docente Ginecoobstétrico de Guanabacoa, en el período comprendido de enero de 2004 a diciembre de 2005, a todas las gestantes que fueron ingresadas en la Sala de Cuidados Prenatales, clasificadas como hipertensas y que tuvieron su parto en ese período.

El estudio abarcó a 71 pacientes (grupo I) y como grupo control (grupo II) se escogieron a otras 71 de forma aleatorizada, que tuvieron su parto en igual período y no presentaron hipertensión arterial. Se revisaron los expedientes clínicos y se valoraron las variables siguientes:

- . Tipo de hipertensión, según la clasificación del Colegio Americano (Comité Nacional para la Detección, Evaluación y Tratamiento de la Presión Arterial Elevada de los Estados Unidos de América).
- . Paridad.
- . Valoración nutricional.
- . Modo de nacimiento.
- . Peso de los recién nacidos.
- . Morbilidad materna.

Se elaboró una base de datos que posteriormente fue procesada, y se emplearon métodos estadísticos descriptivos, así como el chi cuadrado. Fueron confeccionadas tablas con el análisis de los resultados, se hizo la discusión, y posteriormente se llegó a conclusiones.

RESULTADOS

En la [tabla 1](#) se observa el comportamiento de la hipertensión arterial en las gestantes, según la clasificación del Colegio Americano. Se encontraron 36 pacientes con hipertensión inducida por el embarazo, 35 con hipertensión arterial crónica, de ellas a 8 (11,2 %) se le asoció la preeclampsia. No hubo eclampsia.

En relación con la paridad ([tabla 2](#)) el número de nulíparas y multíparas fue mayor en el grupo I (45,1 y 12,6 %), mientras que en el grupo control fue de 35,2 y 2,8 %.

Al valorar cómo se comportó la evaluación nutricional ([tabla 3](#)) se obtuvo que en el grupo estudio hubo mayor por ciento de mujeres sobrepeso y obesas (22,5 y 25,4 %) respectivamente que en el grupo control, en el que no fue significativa, con resultados de 7,0 y 5,7 % con mayor incidencia de las normopeso (73,2 %).

Al analizar el modo de terminación del embarazo ([tabla 4](#)) fue significativa la diferencia entre ambos grupos, con predominio del parto por cesárea con 77,5 % en el grupo I, y 31 % en el grupo control.

Es válido señalar que el bajo peso ([tabla 5](#)) tuvo diferencias estadísticas significativas, ya que fue mayor en el grupo I (21,1 %) en relación con el grupo II,

en que solo fue de 4,2 %. En relación con la morbilidad materna en el grupo control no hubo, no así en el grupo estudio, en el que prevaleció la anemia en un 52,9 %.

DISCUSIÓN

En nuestros resultados predominó la preeclampsia, ya sea como entidad única o asociada a una hipertensión preexistente, lo cual se corresponde con la literatura, en la que se plantea que el 25 % de las pacientes que tienen el antecedente de ser hipertensas desarrollan una forma de hipertensión gestacional.^{8,9} Al analizar los factores de riesgo de la enfermedad prevalecieron las nulíparas, el sobrepeso y la obesidad, lo cual coincide con lo reportado por otros autores.⁹⁻¹⁵

Se señala que los síndromes gestacionales se desarrollan o aparecen cuando un órgano es incapaz de incrementar las demandas fisiológicas del embarazo, por este motivo el parto induce la remisión de estos, aunque sea de manera transitoria. Se señala, además, que posteriormente, cuando los efectos del envejecimiento disminuyen las reservas limitadas de un órgano vulnerable, aparecerán trastornos clínicos como la hipertensión y la diabetes, lo cual conlleva a plantear que para la preeclampsia el parto únicamente soluciona la "crisis" temporal que produce el embarazo, mas no alivia definitivamente el trastorno.¹

Algunos autores destacan que el incremento del parto distócico es el resultado de otras afecciones comprometedoras de la entidad, y que pone en peligro al feto.^{2,11} Se señala igualmente que el parto vaginal es preferible a la cesárea. En nuestro resultado predominó el parto por cesárea, lo cual coincide con la literatura revisada.^{10,14} También se plantea que con la realización del parto transpelviano en las pacientes sin signos de agravamiento, se evita el estrés adicional de la cirugía.

El bajo peso representó el 21,1 % en el grupo I, mientras que en el grupo II solo fue de 4,2 %. *Elizardo Santos*¹⁶ reporta 25,71 más probabilidades de bajo peso en la preeclampsia. Por otra parte, *Vázquez Niebla*¹⁷ señala una incidencia 2,27 veces mayor en relación con los hijos de madres normotensas. Se ha comprobado que la enfermedad obstétrica que con mayor frecuencia se asocia a la preeclampsia es el crecimiento intrauterino retardado.^{2,18}

Se subraya que en la gestante la hipertensión puede provocar alteraciones de la placenta que ocasionen su desprendimiento con sangrado; también la embarazada puede sufrir una hemorragia cerebral, trastornos hepáticos y renales, hemorragia posparto, e inclusive, fallecer.¹⁹ Se reporta una frecuencia elevada de muertes por preeclampsia, las que se atribuyen a complicaciones cerebrales, y sobre todo, a la hemorragia.^{12,20,21}

Hubo un predominio de la hipertensión inducida por el embarazo. La nuliparidad, el sobrepeso y la obesidad fueron los factores de riesgo más frecuentes. La cesárea fue el modo de terminación del embarazo que más se observó, así como también hubo predominio del bajo peso, y la anemia fue la morbilidad materna más frecuente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arnulfo Velázquez MD. Hipertensión posparto. Rev Colomb de Obst y Ginecol. 2005;56(2): 141-6.
2. Hernández J, Ulloa C, Martín J, Linares R, Suárez R. Enfermedad hipertensiva gravídica: algunos factores biosociales y obstétricos 1988-1993. Rev Cubana Obstet Ginecol. 1999;25(1):45-50.
3. Helena ME, Burrows RF, Smith J, Williams K, Brain P, Pabkin SW. Report of the Canadian Hypertension Society Crasensun Conference 11. Definitivas, evaluation and classificativa of hipertensive disorsers of pregnancy. Can Med Assoc J. 1997;157(6):715-25.
4. Tena-Sock ML, Fabián-San Miguel MG, Molina-Cárdenas HR, Parroguirre-Martínez S. Alteraciones cerebrales en enfermedad hipertensiva asociada al embarazo. Arch Neurocienc Méx. 2004;9(4):215-21.
5. Magpie Trial Collaborative Group. Do women preeclampsia and their babies, Benefit from magnesium sulphate? The Magpie trial randomized placebo-controlled trial. Lancet. 2002;359:1877.
6. Sánchez Padrón A, Sánchez Valdivia A, Bello Vega M, et al. Enfermedad hipertensiva en el embarazo. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2004;30(2). Disponible en: <http://scielo.sld.cu> Consultado 22 de febrero de 2007.
7. American College of Obstetricians and Gynecologists. Chronic Hypertension in Pregnancy. ACOG Practice Bolletin. No. 29; 2001.
8. American College of Obstetricians and Gynecologists. Diagnosis and management of preeclampsia and eclampsia. ACOG Practice Bolletin. No. 33; 2003.
9. Roberts JM. Summary of the NHLBI working group on research on hypertension during pregnancy. Hypertension. 2003;41:437-45.
10. McKay PA, Birg CJ, Atrsh HK. Pregnancy related mortality from preeclampsia. Obstet Gynecol. 2001;97(27):533-8.
11. Balestena SJ, Fernández AR, Hernández SA. Comportamiento de la preeclampsia grave. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2001;27(3):226-32.
12. Report of the national high blood pressure educative program working group on high blood pressure in pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 2001;183(1):1-22.
13. Trastornos hipertensivos del embarazo. En Cunningham FG, McDonald PC, Gart NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hankins G, et al. Williams Obstetricia. 20 ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1998.p.647-92.
14. Ray JG, Buirons RF, Boirous EA. Outcome study of hipertensiva in pregnancy. Early Human Dev. 2001;64(2):622-43.
15. Lugo A, Álvarez V, Rodríguez A. Factores epidemiológicos de la hipertensión en el embarazo. Rev Cubana Obstet Ginecol. 1998;25(1):61-5.
16. Elizardo Santos T, Bolaños García M, Madruga Casanova AE, García González M, Alonso Valdívieso E. Comportamiento de la preeclampsia grave en Cienfuegos. Años 2001-2002. En: XVII Fórum Científico Estudiantil; 2006. Feb 17-26, Camagüey.

Cienfuegos. Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Raúl Dorticós Torrado". Disponible en: <http://www.16deabril.sld.cu/eventos/xviiforum/presenciales/> Consultado, 22 de febrero de 2007.

17. Vázquez Niebla JC, Vázquez Cabrera J, Namfantche J. Asociación entre la hipertensión arterial durante el embarazo, bajo peso al nacer y algunos resultados del embarazo y el parto. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2003;29(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0138-600X20030001&lng=es&nrm=iso Consultado 22 de febrero de 2007.

18. Delgado M, Recey R, Gómez M, Bueno A, Galvez R. Risk factors for low weight: results from a case control study in seatheren Spain. Am Phys Anthropology. 1998;105(4):419-24.

19. Gómez Goliat R. Cómo protegernos de los riesgos reproductivos. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.p.102.

20. Lee AG, Orizondo AR, Pino VY, Cairo GV, Rodríguez CM, Aróstica VN. Incidencia y factores de riesgo asociados a la enfermedad hipertensiva gravídica. Medcentro. 2003;7(4). Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/hta/enfermedad_hipertensiva_gravidica.pdf Consultado, 22 de febrero de 2007.

21. Tena-Sock ML, Fabián-San Miguel MG, Molina Cárdenas HR, Parroquino Martínez S. Alteraciones cerebrales en enfermedad hipertensiva asociada al embarazo. Arch Neurocienc Méx. 2004;9(4):2121.

Recibido: 6 de septiembre de 2007.

Aprobado: 17 de diciembre de 2007.

Vivian Asunción Álvarez Ponce. Hospital Ginecoobstétrico de Guanabacoa, municipio Guanabacoa, Ciudad de La Habana, Cuba.

Tabla 1. Clasificación de la hipertensión arterial

Tipo de hipertensión	No.	%
Preeclampsia leve	12	17,0
Preeclampsia grave	13	18,3
HTA crónica	27	38,0
HTA + preeclampsia	8	11,2
HTA gestacional	11	15,5
Total	71	100

Fuente: Historias clínicas.

Tabla 2. Comportamiento de la paridad

Paridad	Grupo I		Grupo II	
	No.	%	No.	%
Nulípara	32	45,1	25	35,2
1-2	30	42,2	44	62,0
>3	9	12,6	2	2,8
Total	71	100	71	100

Fuente: Historias clínicas.

Tabla 3. Evaluación nutricional

Evaluación nutricional	Grupo I		Grupo II	
	No.	%	No.	%
Bajo peso	5	7,0	10	14,1
Normopeso	32	45,1	52	73,2
Sobrepeso	16	22,5	5	7,0
Obesa	18	25,4	4	5,7
Total	71	100	71	100

Fuente: Historias clínicas.

Tabla 4. Modo de nacimiento

Modo de nacimiento	Grupo I		Grupo II	
	No.	%	No.	%
Eutócico	16	22,5	39	54,9
Instrumentado			10	14,1
Cesárea	55	77,5	22	31,0
Total	71	100	71	100

Fuente Historias clínicas.

Tabla 5. Peso al nacer

Peso en g	Grupo I		Grupo II	
	No.	%	No.	%
Hasta 2 499	15	21,1	3	4,2
De 2 500 a 3 999	53	74,6	61	86,0
Más de 4 000	3	4,3	7	9,8
Total	71	100	71	100

Fuente: Historias clínicas.