

**ARTÍCULO ORIGINAL**

**Algunos factores biosociales y obstétricos de la enfermedad hipertensiva gravídica en el Hospital de Chitungwiza (Zimbabwe)**

**Some biosocial and obstetric factors of gestational hypertensive disease in Chitungwiza Hospital (Zimbabwe)**

**MsC. María Esther Mederos Ávila,<sup>1</sup> MsC. José Antonio Casas Fernández,<sup>2</sup> MsC. Dulce María Ramos Borlot,<sup>3</sup> MsC. Maricela Arañó Rodríguez<sup>4</sup> y Dr. Antonio César Abellás La O<sup>5</sup>**

<sup>1</sup> Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Máster en Atención Integral a la Mujer. Instructora. Policlínico Docente "José Martí Pérez", Santiago de Cuba, Cuba.

<sup>2</sup> Especialista de II Grado en Ginecoobstetricia. Máster en Atención Integral a la Mujer. Profesor Titular y Consultante. Hospital Materno Norte, Santiago de Cuba, Cuba.

<sup>3</sup> Especialista de I Grado en Medicina Interna. Instructora. Máster en Urgencias Médicas. Policlínico Docente "José Martí Pérez", Santiago de Cuba, Cuba.

<sup>4</sup> Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Instructora. Policlínico Docente "José Martí Pérez", Santiago de Cuba, Cuba.

<sup>5</sup> Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Instructor. Policlínico "El Cristo", Santiago de Cuba, Cuba.

**RESUMEN**

Se efectuó un estudio descriptivo y transversal de 181 gestantes con enfermedad hipertensiva, atendidas por los médicos cubanos en el Hospital de Chitungwiza en Zimbabwe, desde enero hasta diciembre del 2007, a fin de caracterizarles según algunos factores biosociales y obstétricos. Predominaron las embarazadas con edades entre 20-24 años y la preeclampsia, eclampsia e hipertensión crónica como formas de la hipertensión arterial, así como las captaciones tardías, la nuliparidad y el bajo peso al nacer. Se recomendó realizar estudios en otros hospitales de ese país para profundizar en las manifestaciones de este indicador y poder establecer estrategias de intervención comunitaria que disminuyan la morbilidad y mortalidad.

**Palabras clave:** gestantes, enfermedad hipertensiva gravídica, hipertensión crónica, preeclampsia, eclampsia, atención secundaria de salud, Zimbabwe

**ABSTRACT**

A descriptive and cross-sectional study was carried out in 181 pregnant women with hypertensive disease, attended by Cuban doctors at the Hospital of Chitungwiza in Zimbabwe, from January to December 2007, in order to characterize them according to some biosocial and obstetric factors. Pregnant woman between 20-24 years and

preeclampsia, eclampsia and chronic hypertension as forms of arterial hypertension predominated as well as late recruitment of women, nulliparity and low birth weight. It was recommended to carry out studies in other hospitals of that country to increase knowledge of manifestations of this condition and to draw up strategies of community intervention that reduce morbidity and mortality.

**Key words:** pregnant women, gestational hypertensive disease, chronic hypertension, preeclampsia, eclampsia, secondary health care, Zimbabwe

## INTRODUCCIÓN

La hipertensión inducida por el embarazo es considerada por la Organización Mundial de la Salud como un programa prioritario de salud en el mundo. Su incidencia está estimada entre 10-20 % y representa la primera causa de muerte materna en los países desarrollados y la tercera, en los subdesarrollados, con 4 defunciones por cada 100 000 nacimientos.<sup>1-5</sup>

Cada 3 minutos muere una mujer en el mundo debido a hipertensión gravídica (preeclampsia). En Barcelona también es la complicación más frecuente del embarazo, la incidencia es de 47,3 por cada 1 000 nacimientos y constituye la primera causa de ingreso de gestantes en las salas de cuidado intensivo.<sup>6-11</sup>

En Cuba se mantiene entre las 3 primeras causas de muerte materna, según notificaciones estadísticas nacionales. Durante el 2004 la mortalidad por esta causa en adolescentes varió entre 1 y 5 % y en mujeres mayores de 35 años, entre 9 y 12 %. Tres años después, en el 2007, las adolescentes continúan teniendo el mayor número de muertes, con 5,6 %.<sup>12</sup>

Con 3 años de misión en Zimbabwe, actualmente se puede describir una serie de problemas que influyen negativamente en la evolución del proceso salud-enfermedad, en este país, y actuar sobre ellos e investigar todos los factores que influyen en las enfermedades de dicha población, como en el caso de la hipertensión gravídica.

Al respecto, esta afección en Zimbabwe constituye un problema de salud que cada vez hace más "eco" por su repercusión en las vidas de la madre y su futuro hijo. El ser humano en esta región recibe atención médica si tiene dinero para pagar los servicios de salud, y las embarazadas no están exentas de esta realidad.

Desde la llegada de la brigada médica cubana a este país, se pudo percibir que la mayor causa de ingreso en las salas de maternidad, se correspondía con la hipertensión en las gestantes, con gran morbilidad materno-perinatal. Los partos y embarazos no siempre son seguidos por un facultativo y, en ocasiones, como ocurre con la clase baja, nunca acuden a la consulta de obstetricia y los partos no tienen lugar en hospitales. También se constató, en la labor de terreno, que a pesar de existir estas complicaciones, la hipertensión gravídica no constituía un problema de salud identificado, ni estudiado previamente que ayudara a evaluar posibles impactos.

No se encontró ninguna fuente que precisara con exactitud cómo se manifiestan estas entidades clínicas y mucho menos cuáles son los valores reales de incidencia en el hospital distrital. Los autores de este trabajo suponen que esto se deba a la falta de un

sistema único estadístico en el país, lo cual impide que se realice una valoración de las enfermedades, tanto desde el punto de vista epidemiológico como clínico.

## MÉTODOS

Se efectuó un estudio descriptivo y transversal de 181 gestantes con enfermedad hipertensiva, atendidas por los médicos cubanos en el Hospital de Chitungwiza en Zimbabwe, desde enero hasta diciembre del 2007, a fin de caracterizarles según algunos factores biosociales y obstétricos. Para ellos se aplicaron criterios de inclusión y exclusión y una encuesta donde figuraron las siguientes variables: edad, relación de la captación de la embarazada con el tipo de hipertensión, relación del tipo de parto con el tipo de hipertensión, correlación del peso de recién nacido con el tipo de hipertensión y de la historia obstétrica con el tipo de hipertensión arterial (HTA).

Partiendo del sistema social de ese país, se presentó esta investigación, para su aprobación, al Consejo Científico de la Coordinación Nacional de Docencia de la Misión Médica Cubana en Zimbabwe y a la Dirección del Hospital de Chitungwiza. Una vez aceptada la propuesta, se procedió a la oferta del servicio de atención prenatal (consulta de *altinata clinic*), previamente identificadas las variables a estudiar, convenientes con los directivos del hospital para no crear descontentos y respetar su privacidad.

## RESULTADOS

El grupo etáreo más afectado fue el de 20-24 años, con 30,4 % (**tabla 1**). En el orden de aparición de las enfermedades hipertensivas, se destacó que el mayor número de pacientes tenían preeclampsia, 69 de ellas, para 38,3 %; seguido, en menor cuantía, por las que padecían eclampsia (20,3 %) y la hipertensión crónica (14,3 %).

Tabla 1. Relación de los grupos etáreos según tipo de hipertensión en las gestantes

Grupo etáreo (años)	Preeclampsia		Eclampsia		HTA crónica		HTA crónica con preeclampsia o eclampsia		HTA transitoria		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
15-19	23	13,0	10	5,5	3	1,6	8	4,4	8	4,4	52	28,9
20-24	10	5,5	13	7,1	13	7,1	8	4,4	11	6,0	55	30,4
25-29	18	9,9	7	3,8	1	0,5	2	1,1	1	0,5	29	16,0
30-34	11	6,0	2	1,1	7	4,0	1	0,5	2	1,1	23	12,7
35-39	4	2,2	2	1,1	1	0,5	4	2,2	2	1,1	13	7,1
Más de 40	3	1,6	3	1,6	1	0,5	1	0,5	1	0,5	9	6,9
Total	69	38,3	37	20,3	26	14,3	24	13,4	24	13,7	181	100,0

Al relacionar la captación del embarazo con el tipo de HTA (**tabla 2**), se evidenció un mayor de afectadas en aquellas que tenían una captación tardía, con 89, para 49,0 %; y de ellas, 40,5 % desarrolló una preeclampsia.

Tabla 2. *Relación de la captación del embarazo con el tipo de hipertensión de las gestantes*

Primera consulta	Preeclampsia		Eclampsia		HTA crónica		HTA crónica con preeclampsia o eclampsia		HTA transitoria		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Precoz	6	18,2	8	24,3	5	15,1	5	15,1	9	27,2	33	18,5
Intermedia	27	45,7	11	18,7	9	15,3	-	-	12	20,3	59	32,5
Tardía	36	40,5	18	20,4	12	13,4	19	21,3	4	4,4	89	49,0

Las gestantes nulíparas fueron las más afectadas, con 129, para 71,3 % (**tabla 3**). La enfermedad hipertensiva más desarrollada fue la preeclampsia.

Tabla 3. *Relación de la historia obstétrica con el tipo de hipertensión arterial en las gestantes*

Historia clínica obstétrica	Preeclampsia		Eclampsia		HTA crónica		HTA crónica con preeclampsia o eclampsia		HTA transitoria		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Nulípara	45	34,8	26	20,3	19	14,7	16	12,4	23	17,8	129	71,3
Múltipara	24	46,4	11	21,1	7	13,4	8	15,3	2	3,8	52	28,7

De las gestantes, a 101 (55,8 %) se les realizó parto distócico (cesárea) (**tabla 4**). La mayoría de de estos partos distócicos (46,5 %) se efectuaron debido a la preeclampsia, seguidos de los realizados a las embarazadas afectadas por la eclampsia (31,8 %).

Tabla 4. *Relación del tipo de parto con el tipo de hipertensión en las gestantes*

Tipo de parto	Preeclampsia		Eclampsia		HTA crónica		HTA crónica con preeclampsia o eclampsia		HTA transitoria		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Eutócico	22	27,5	5	6,2	19	23,7	13	16,2	21	26,4	80	44,2
Distócico	47	46,5	32	31,8	7	6,9	11	10,9	4	3,9	101	55,8

El bajo peso en 56,9 % de los recién nacidos fue el resultado de mayor relevancia (**tabla 5**), pues la mayoría de las madres (53,3 %) de estos, había desarrollado una preeclampsia.

Tabla 5. *Peso del recién nacido según tipo de hipertensión desarrollada en las gestantes*

Peso del recién nacido	Preeclampsia		Eclampsia		HTA crónica		HTA crónica con preeclampsia o eclampsia		HTA transitoria		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Normal	14	17,9	6	7,6	21	26,9	22	28,2	15	19,4	78	43,1
Bajo	55	53,3	31	30,3	5	4,8	2	1,9	10	9,7	103	56,9

## DISCUSIÓN

En Zimbabwe, la mujer es considerada como importante fuerza de trabajo, aún en condiciones extremas, y se encuentra sometida a largas jornadas de trabajo, sin escatimar en sus esfuerzos físicos o respetar el estado biológico en que se encuentren, dígase embarazo o cualquier otra enfermedad.

Resulta común que cada vez la mujer, en ese país, conciba embarazos desde edades muy tempranas de su vida, pues los matrimonios en la mayoría de las familias con déficit económico, se realizan por conveniencias de sus padres, quienes venden a sus hijas a los que oferten más dinero por ellas (dote). El matrimonio deja de ser un acto formal y digno, para convertirse en un suceso mercantil y lucrativo.

Por otro parte, se puede agregar que la mujer zimbabwuna no usa anticonceptivos, debido a los tabúes machistas y, por tanto, sigue concibiendo embarazos hasta su menopausia, la cual tiene se le presenta tempranamente, con la consideración de que las expectativas de vida del país es de, aproximadamente, 40 años de edad.

En la serie, al relacionar la edad con el tipo de hipertensión, se obtuvo gran coincidencia con la bibliografía médica <sup>1</sup> revisada, donde se los resultados fueron que la preeclampsia-eclampsia estuvo ligada fundamentalmente a las mujeres nulíparas, quienes, por lo general, son jóvenes.

Otro estudio similar <sup>2</sup> coincide en aportar que las edades de mayor predominio en gestantes con enfermedades hipertensivas estuvieron en el grupo etáreo de 15-19, seguido por el de 20-24 años, pues es la etapa ideal para la concepción.

Esplin <sup>3</sup> categorizó la preeclampsia como un síndrome complejo que afecta a todos los órganos y sistemas, donde la hipertensión es una manifestación de tal cuadro clínico. Burrows, <sup>2</sup> por su parte, describe la preeclampsia como un trastorno vascular multisistémico, en el cual la hipertensión constituye un rasgo secundario de un desorden circulatorio básico.

Belford <sup>4</sup> no coincide con los resultados de la casuística, pues en su investigación las gestantes más afectadas procedían de captaciones intermedia.

Actualmente, en Cuba, por la importancia que posee el Programa Nacional Materno Infantil, la búsqueda de gestantes para su control, desde sus inicios, constituye la prioridad número uno, mientras más temprano se comienza el seguimiento de una grávida, más factible resulta poder actuar sobre los factores de riesgos que se presenten y sean modificables, los estilos de vidas y, por lo tanto, se disminuirá el riesgo final de elevación de la tensión arterial. <sup>7</sup> Todos los autores de los estudios revisados sí están de acuerdo en que un correcto seguimiento favorece la adecuada evolución de la embarazada.

Los estudios realizados por Rodríguez *et al*<sup>8</sup> coincidieron al demostrar que las captaciones de forma precoz permiten frenar el curso y las complicaciones de las toxemias durante el embarazo.

En una investigación llevada a cabo por González *et al*<sup>9</sup> tuvieron como resultado que la gestante nulípara fueron las más afectadas con HTA crónica y con preeclampsia-eclampsia sobreañadida.

No coincidiendo estos resultados con los de Coca,<sup>10</sup> quien asoció la aparición de la eclampsia al factor multiparidad y aparejado a otros factores de riesgo como son los antecedentes familiares, la obesidad, la pielonefritis crónica, la diabetes mellitus, la edad mayor de 35 años; sin embargo, las nulíparas no aportaron datos de interés y la secuencia más importante de aparición de los trastornos hipertensivos se dio preferentemente en las gestantes con hipertensión crónica.

Sibai<sup>14</sup> define la cesárea o parto distócico como la más antigua y, a la vez, más moderna de las cirugías obstétricas, por otro lado, mostró que 41,2 % las embarazadas de su estudio fueron sometidas a este proceder quirúrgico, lo cual indica que por cada 7 nacimientos, 1 ocurre por este método. Panonni<sup>15</sup> también tuvo 48,6 % de índice de cesáreas, todas a punto de producir sufrimiento fetal debido a una preeclampsia o eclampsia.

La desnutrición en la mujer Zimbabwana es común y casi generalizada, su constitución física está muy por debajo de lo ideal para la concepción, debido a patrones culturales y étnicos propios en cuanto a su alimentación, que es muy deficiente por la carencia de los requerimientos mínimos indispensables como las vitaminas, los minerales, las proteínas y otros. La mayoría de las zimbabuanas ingieren como único alimento la llamada "zaza", harina blanca con "moruhe" (hierba típica y que se da silvestre). Por ello se evidencian los estados anémicos carenciales con tanta frecuencia y lo más importante es que no existen estrategias gubernamentales para darle solución.

Belfort,<sup>4</sup> además, expone en su estudio que el bajo peso al nacer como condición relacionada con los trastornos hipertensivos del embarazo, tuvo mayor incidencia en 12 % de las gestantes con preeclampsia.

En Cuba, en una investigación efectuada quedó demostrado que el bajo peso al nacer tuvo mayor número en las grávidas con enfermedades hipertensivas.<sup>8</sup> Gómez Sosa<sup>12</sup> también coincidió con estos resultados en su estudio, al analizar los trastornos relacionados con la hipertensión en las gestantes y concluir que 12,4 % de los neonatos presentó peso inferior a 2 500 grs.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vázquez Cabrera J. Enfermedad hipertensiva de la gestación. Conferencia. IX Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2005.
2. Burrow GM. Complicaciones médicas durante el embarazo. 4 ed. México DF: McGraw-Hill Interamericana, 2007: 1-25.
3. Esplin MS, Fausett MB, Fraser A. Paternal and maternal components of the predisposition to preeclampsia. N Engl J Med 2005; 344(12): 867-72.
4. Belford MA, Anthony J, Saade GR, Allen CA. A comparison of magnesium sulphate and nimodipine for the prevention of eclampsia. N Engl J M 2007; 348(4): 304-11.

5. Cotran Kumar C. Patología estructural y funcional. 6 ed. México DF: McGraw-Hill Interamericana, 2005: 1127-30.
6. Balasch CJ. Casos Clínicos. Obstetricia y ginecología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2004: 104-9.
7. Gómez Sosa E. Trastornos hipertensivos durante el embarazo. Rev Cubana Obstet Ginecol 2007; 26(2): 99-114.
8. Rodríguez Hidalgo N, Cutie León E, Cordero Isaac R. Parto normal. En: Manual de diagnóstico y tratamiento en obstetricia y perinatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2005: 361-74.
9. González Rodríguez G, García Sardiña A, Hernández D, Hernández Cabrera J, Suárez Ojeda R. Algunos factores epidemiológicos y obstétricos de la enfermedad hipertensiva gravídica. <[http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol29\\_1\\_03/gin04103.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol29_1_03/gin04103.htm)> [consulta: 7 junio 2008].
10. Coca Payeras A. Evolución del control de la hipertensión arterial en España. Resultado del estudio. Madrid: Editorial Benegas, 2006: 390-9.
11. Senis Loras A. Evolución del control de la hipertensión arterial en las gestantes. Barcelona: [s.n.], 2006: 21-9.
12. Gómez Sosa E. Trastornos hipertensivos durante el embarazo. Rev Cubana Obstet Ginecol 2005; 26(2): 99-114.
13. \_\_\_\_ Hipertensión arterial en las mujeres gestantes. <<http://www.bmj.com/cgi/content/abstract/311/7005/609>> [consulta: 14 junio 2008].
14. Sibai BM. Treatment of hypertension in pregnant women. N Eng. J Med 2006; 335(4): 257-65. <<http://content.nejm.org/cgi/content/short/335/4/257>> [consulta: 24 junio 2008].
15. Pannone R, Cabrera S, Sosa L. Comportamiento de la enfermedad hipertensiva gravídica. <[http://www.clinicalascondes.cl/area\\_academica](http://www.clinicalascondes.cl/area_academica)> [consulta: 24 junio 2008].

Recibido: 18 de febrero de 2010

Aprobado: 23 de marzo de 2010

**Dra. María Esther Mederos Ávila.** Policlínico Docente "José Martí Pérez", Bloque L s/n, Centro Urbano "José Martí", Santiago de Cuba, Cuba.  
Dirección electrónica: [mmederos@medired.scu.sld.cu](mailto:mmederos@medired.scu.sld.cu)