

Caracterización clinicoepidemiológica de pacientes con enfermedad hipertensiva gravídica en el subdistrito Venilale de Timor Oriental

Clinical epidemiological characterization of patients with gestational hypertensive disease in the Venilale subdistrict of Timor Oriental

Dra. Yanet Pérez Ferreiro^I y Dr. Idalberto Creagh Bandera^{II}

^I Policlínico Universitario Norte "Emilio Daudinot Bueno", Guantánamo, Cuba.

^{II} Policlínico Universitario Sur "Asdrúbal López Vázquez", Guantánamo, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional, de corte transversal, de 83 gestantes con enfermedad hipertensiva gravídica, residentes en el subdistrito Venilale, de Timor Oriental, desde mayo de 2012 hasta igual mes de 2013, con vistas a caracterizarles según variables clinicoepidemiológicas de interés. En la serie se halló una prevalencia de la enfermedad de 29,1 % del total de mujeres en edad fértil. Entre los resultados principales predominaron las familias grandes (60,2 %) y ampliadas (68,7 %), según tamaño y ontogénesis, respectivamente. Como factores de riesgo se identificaron: la edad materna menor de 20 años, la nuliparidad, el bajo peso materno y las condiciones socioeconómicas regulares; asimismo, la preeclampsia no agravada resultó ser la más frecuente. La prevalencia de dicha enfermedad estuvo asociada a factores sociales y epidemiológicos bien definidos.

Palabras clave: gestación, enfermedad hipertensiva gravídica, preeclampsia, prevalencia, Timor Oriental.

ABSTRACT

An observational, cross-sectional study, of 83 pregnant women with gestational hypertensive disease, residents in the Venilale subdistrict, in Timor Oriental was carried out, from May, 2012 to the same month in 2013, aimed at characterizing them according to clinical epidemiological variables of interest. In the series a prevalence of 29.1% of the disease in the total of women in fertility age was found. Among the main results the numerous (60.2%) and enlarged families (68.7%) prevailed, according to size and ontogenesis, respectively. As risk factors were identified: the maternal age younger than 20 years, nonparity, maternal low weight and regular socioeconomic conditions; also, the non worsened pre-eclampsia was the most frequent. The prevalence of this disease was associated to very defined social and epidemiological factors.

Key words: pregnancy, gestational hypertensive disease, pre-eclampsia, prevalence, Timor Oriental.

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA), junto a las hemorragias y las infecciones, constituye una de las principales causas de morbilidad y mortalidad durante el puerperio, con un elevado riesgo de muerte entre las primeras 24 horas y la primera semana posparto. La mayoría de las púerperas hipertensas egresan en los primeros días después del parto, pero deben continuar su atención en el nivel primario de salud.¹

La preeclampsia, también denominada toxemia gravídica, es una enfermedad propia del embarazo que puede afectar entre 5-8 % de las embarazadas, generalmente después de las 20 semanas de la gestación, aunque también puede ocurrir antes. Muchas veces, su progresión es lenta, pero en otros casos aparece bruscamente al final del embarazo.^{2,3}

La preeclampsia-eclampsia (PE/E) o el trastorno de hipertensión durante el embarazo, son responsables de 10-15 % de las defunciones maternas en el mundo (aproximadamente 52 000 muertes por año). La preeclampsia se desarrolla durante el embarazo y afecta alrededor de 2-8 % de las mujeres. Si la enfermedad no se diagnostica tempranamente, puede ocasionar convulsiones, insuficiencia multiorgánica e, incluso, la muerte de la madre y el feto.⁴

El informe sobre tendencias de la mortalidad materna (1990-2013) muestra que 11 países del mundo que presentaban niveles elevados de mortalidad materna en 1990 (Bután, Cabo Verde, Camboya, Eritrea, entre otros) ya alcanzaron la meta de los objetivos de desarrollo del milenio consistente en lograr para 2015, una reducción de 75 % de la tasa de mortalidad materna registrada en 1990.⁵

Timor Leste tiene una de las tasas de mortalidad materna más elevadas del Sudeste Asiático, con un estimado de 880 defunciones maternas por cada 100 000 nacidos vivos. En el distrito Baucau, donde presta asistencia la brigada médica cubana desde el 2005, el subdistrito Venilale posee una población de 16 411 habitantes, de los cuales 285 son del sexo femenino en edad reproductiva.⁶

Las consideraciones anteriores sirvieron de motivación a los autores para realizar el presente estudio con vistas a caracterizar a las gestantes con enfermedad hipertensiva gravídica, según variables clinicoepidemiológicas de interés para la investigación.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, de corte transversal, de 83 gestantes con enfermedad hipertensiva gravídica, residentes en el subdistrito Venilale, de Timor Oriental, desde mayo de 2012 hasta igual mes de 2013.

El universo estuvo constituido por las 200 embarazadas residentes en este subdistrito, de las cuales se escogió una muestra de 83 con diagnóstico de enfermedad hipertensiva gravídica en este período (41,5 % del objeto de estudio).

Como principales variables analizadas figuraron las siguientes:

- Epidemiológicas: edad, escolaridad, tipo de familia (según el número de integrantes y ontogénesis), antecedentes patológicos personales y familiares de hipertensión arterial y las condiciones socioeconómicas.

- Clínicas: calidad de la atención prenatal (adecuado cuando presentaba 5 controles o más; inadecuada, menos de 5 controles), paridad y evaluación nutricional (según el índice de masa corporal).

La tasa de incidencia se calculó mediante la fórmula: número de gestantes que desarrollaron la enfermedad /mujeres en edad fértil.

La información se obtuvo de la planilla de recolección de datos y de las historias clínicas de las embarazadas. Se empleó el porcentaje como medida de resumen para datos cualitativos.

RESULTADOS

En la casuística, la prevalencia de la enfermedad hipertensiva en el embarazo fue de 29,1 % del total de mujeres en edad fértil. En cuanto a la escolaridad, se pudo apreciar que la mayoría de las afectadas eran analfabetas (67,4 %), seguidas por las que tenían la primaria y la secundaria terminadas (14,4 y 12,1 %, respectivamente).

Como se observa en la tabla 1, predominaron las familias grandes (60,2 %) y ampliadas (68,7 %), según el tamaño y la ontogénesis, respectivamente.

Tabla 1. Gestantes según tipo de familia por su tamaño y ontogénesis

Según tamaño	No.	%	Según ontogénesis	No.	%
Pequeñas	8	9,7	Nucleares	12	14,4
Medianas	25	30,1	Extensas	14	16,9
Grandes	50	60,2	Ampliadas	57	68,7
Total	83	100,0	Total	83	100,0

La mayoría de las integrantes de la serie recibieron atención prenatal inadecuada (52, para 62,7 %) y solo 31 adecuada, para 37,3 %. Por otra parte, las embarazadas menores de 20 años fueron las que mayormente presentaron algún tipo de preclampsia-eclampsia gravídica: 36 preeclampsia no agravada, 14 agravada y una con eclampsia (tabla 2).

Tabla 2. Edad materna según tipo de preclampsia-eclampsia

Edad materna (en años)	Preeclampsia no agravada	Preeclampsia agravada	Eclampsia	Total
Menos de 20	36	14	1	51
De 20-34	13	1		14
35 y más	13	5		18
Total	62	20	1	83

Al relacionar la paridad con el tipo de preclampsia-eclampsia gestacional (tabla 3) se observó el predominio de las nulíparas (43, para 51,8 %), de las cuales 37 presentaron preeclampsia no agravada; asimismo, la única eclampsia ocurrió en este mismo grupo.

Tabla 3. Paridad y tipo de preeclampsia-eclampsia

Paridad	Preeclampsia no agravada	Preeclampsia agravada	Eclampsia	Total	
				No.	%
Nulípara	37	5	1	43	51,8
Múltipara	25	15		40	48,1
Total	62	20	1	83	100,0

DISCUSIÓN

La prevalencia de esta enfermedad en el subdistrito objeto de estudio duplica las cifras registradas en China, que oscilan entre 10-14,5 %. Si se toman como referencias las estadísticas emitidas por la Organización Mundial de Salud (OMS), se puede considerar elevada.⁷ Al respecto, Timor está considerado como uno de los países más pobres del mundo, con niveles escolar y cultural bajos.⁸

Según datos estadísticos de la región de Asia Oriental, 23 % de la población adulta es analfabeta; sin embargo, específicamente en Timor Leste, existen limitaciones al brindar cualquier información. Así, en el informe sobre desarrollo humano del 2004 fueron incluidos por vez primera aspectos de este país.⁹

Históricamente, la familia ha demostrado ser el núcleo fundamental e indispensable para el desarrollo de la persona, ya que esta necesita y depende indiscutiblemente de ella para su supervivencia, superación y crecimiento. El predominio de las familias grandes y ampliadas en esta serie está relacionado con las costumbres y las creencias religiosas, pues se considera como familias prósperas a la que más hijos tengan; hallazgo similar se encontró en un estudio realizado en la provincia de Matanzas en 2012.¹⁰

Por su parte, Haití tiene la renta per cápita más baja de todo el hemisferio occidental, es decir, que puede considerarse el país más pobre de toda América, donde predominan las familias grandes y extensas.^{11,12}

En la mayoría de la bibliografía médica se señala que las mujeres más jóvenes son las más propensas a desarrollar la enfermedad hipertensiva gravídica, lo cual permite aceptar las teorías hereditarias e inmunológicas, entre otras.^{13,14} Al respecto, se plantea que las primigrávidas son de 6-8 veces más susceptibles a padecer esta enfermedad que las múltiparas.¹⁵

De los resultados anteriores se infiere que hubo deficiencias con la atención prenatal, de manera que la preeclampsia leve constituyó el tipo de enfermedad hipertensiva gravídica más frecuente.

Finalmente, la prevalencia de la enfermedad hipertensiva gravídica en el subdistrito Venilale supera a la encontrada en muchos estudios realizados en diferentes contextos y latitudes; asimismo, dicha enfermedad estuvo asociada con factores sociales y epidemiológicos bien definidos.

Se recomienda diseñar un curso de promoción de salud para la capacitación de parteras, estudiantes y otro personal dispuesto, para prevenir la enfermedad gravídica y otras afecciones asociadas con el embarazo, el parto y el puerperio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Santana Hernández G. Hipertensión arterial en el puerperio. Rev Med Electron. 2012 [citado 22 Mar 2016];34(2).
2. Riceberg LJ, Harald R. Quality-assured reproductive health medicines: is there a business case? Nueva Delhi: Reunión de Membresía General de la Coalición para los Insumos de Salud Reproductiva; 2013.
3. Cruz Portelles A, Batista Ojeda MI, Medrano Montero E, Ledea Aguilera A. Consideraciones actuales acerca de la enfermedad hipertensiva del embarazo y el puerperio. CorSalud.2014;6(1):86-96.
4. WHO. Model list of essential medicines [citado 22 Mar 2016].
5. Tendencias de la mortalidad materna: 1990-2013 [citado 22 Mar 2016].
6. Peralta PML, Guzmán IMA, Basavilvazo RMA, Sánchez AS, Cruz AA, Lemus RR, Martínez GMC. Elaboración y validación de un índice para el diagnóstico de preeclampsia. Gynecol Obstet Mex. 2006;74(4):205-14.
7. Naciones Unidas. Consejo de Seguridad. Informe del Secretario General sobre la administración de transición de las naciones unidas para Timor Oriental [citado 22 Mar 2007].
8. Informe sobre desarrollo humano, 2014 [citado 22 Mar 2016].
9. Compendio de estadísticas relativas al analfabetismo [citado 22 Mar 2016].
10. Martín Suárez MA, Díaz Bringas M, Sánchez Lozada M, Fernández Cárdena JE, carrillo Alfonso MT, Guasch Almeida T. Caracterización de la salud familiar en estudiantes de Medicina. Rev Med Electron. 2015 [citado 22 Mar 2016]; 37(2).
11. Tomas U. Los 25 tipos de familias y sus características [citado 22 Mar 2016].
12. Los países más pobres del mundo [citado 22 Mar 2016].
13. La preeclampsia en el embarazo: causas y prevención de la preeclampsia durante la gestación [citado 22 Mar 2016].
14. Terán Paz E. Factores que inciden en la prevalencia de hipertensión arterial en gestantes. Ibarra 2012 [citado 22 Mar 2016].
15. Millán Vega MM, Fajardo Tornes Y, Sánchez Alarcón C, Rodríguez Cañete AR, Tamayo Vázquez M. Consideraciones generales sobre la enfermedad hipertensiva del embarazo. MULTIMED. 2011 [citado 22 Mar 2016];15(4).

Recibido: 24 de abril de 2016.

Aprobado: 7 de noviembre de 2016.

Yanet del Carmen Pérez Ferreiro. Policlínico Universitario Norte "Emilio Daudinot Bueno", Guantánamo. Cuba. Correo electrónico: yanetperez589@yahoo.com