

Enfermedad hipertensiva gestacional, algunos factores de riesgo
Gestational Hypertension, some Risk Factors

Autores: Dra. Karen Luz Torres Rojas*, Dra. Caridad Álvarez Oro**, Dra. Bertha de la Caridad Hernández Almaguer***, Dr. Ramón Cruz Pérez*, Dr. Ramón González Rivero****

* Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesora Asistente. Hospital General Docente: “Dr. Ernesto Guevara de la Serna”, Las Tunas.

** Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Profesora Instructora. Policlínico Docente “Guillermo Tejas”, Las Tunas.

*** Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesora Instructora. Policlínico Docente “Aquiles Espinoza”, Las Tunas.

**** Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor Instructor. Hospital General Docente: “Dr. Ernesto Guevara de la Serna”, Las Tunas.

Correspondencia a:

Dra. Karen Luz Torres Rojas

E-mail: karencuba@ltu.sld.cu, carydad@ltu.sld.cu, bertha67@ltu.sld.cu

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, con el objetivo de describir algunos factores de riesgo asociados a la Enfermedad Hipertensiva Gestacional (EHG), en la Clínica Comoro, del distrito Dili, en el período comprendido del 1 de junio de 2006 al 31 de mayo de 2007. La muestra quedó constituida por 99 embarazadas con diagnóstico de hipertensión gestacional. Las variables estudiadas fueron: edad, paridad, factores de riesgo (antecedentes familiares de hipertensión arterial, pielonefritis, obesidad, antecedentes de eclampsia, alcoholismo y tabaquismo), enfermedades crónicas asociadas y formas clínicas presentadas. La EHG se presentó con más frecuencia en las pacientes del grupo de edad de 35 años y más, seguido por el grupo de 15-19 años. La nuliparidad predominó en las gestantes

estudiadas. El factor de riesgo más frecuente fue el antecedente familiar de hipertensión arterial. La forma clínica que prevaleció fue la pre eclampsia-eclampsia.

Palabras clave: PRE ECLAMPSIA-ECLAMPSIA< HIPERTENSIÓN GESTACIONAL/ factores de riesgo.

Descriptores: HIPERTENSIÓN INDUCIDA EN EL EMBARAZO.

ABSTRACT

An observational, descriptive and transversal study with the objective to specify some risk factors of the gestational hypertension was carried out from June 1, 2006 to May 31, 2007 at Comoro Clinic, Dili Distrit, in Timor Leste. The study group sample was made up by 99 pregnant women diagnosed with gestational hypertension. The variables studied were: age, parity, family history of chronic hypertension, pyelonephritis, obesity, previous history of eclampsia, alcoholism and smoking, chronic illness and clinic presentation of gestational hypertension. It was most frequently found in patients with more than 35 years old, followed by the group from 15 to 19 years old. Nulliparous patients prevailed. The most frequent risk factor was the family antecedent of hypertension. The clinical form that prevailed was pre eclampsia-eclampsia.

Key words: PRE ECLAMPSIA-ECLAMPSIA; GESTATIONAL HYPERTENSION/ risk factors.

Descriptors: HYPERTENSION, PREGNANCY-INDUCED.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos hipertensivos en el embarazo son conocidos desde la antigüedad, sin embargo su causa continúa ignorada y ésta debe ser la razón fundamental por la que han recibido diferentes designaciones. En Europa, el profesor Volker Fried Berg le llamó indistintamente gestósis y toxicosis gravídica tardía. En Norteamérica la escuela anglosajona le llamó toxemias del embarazo, término que definitivamente quedó en desuso. Chesley en EEUU y Beller en Europa emplearon el nombre de trastornos hipertensivos del embarazo. Fue Francois Mauricen (1637-1709) quien primero hizo la descripción de los síntomas, diagnóstico y tratamiento. (1) Se considera la Hipertensión Inducida por el Embarazo (HIE) una enfermedad exclusiva de la especie humana, que aparece alrededor de las 20 semanas de gestación, caracterizada por tensión arterial sistólica (TAS) \geq 140 mmHg o tensión arterial

diastólica (TAD) ≥ 90 mmHg, proteinuria ≥ 300 mg/día (preferentemente en una muestra de orina de 24 horas) o 1+, si la determinación se hace de forma cualitativa. Puede ocurrir antes, durante el parto o en los primeros días del puerperio. (2)

Los trastornos hipertensivos durante el embarazo son muy frecuentes y ocurren en más del 10% de todas las gestaciones que llegan al término, constituyen junto con las hemorragias y las infecciones la tríada que origina la mayoría de las muertes maternas y es una de las principales causas de morbilidad en las embarazadas. Es mayor su importancia como causa de niños nacidos muertos, así como la morbilidad y mortalidad neonatal. En América Latina y el Caribe los trastornos hipertensivos del embarazo son responsables de 26% de las muertes maternas, mientras que en África y Asia contribuyen a un 9% de estas defunciones. (3)

En el continente Asiático, particularmente en el sudeste, se reportan escasos estudios acerca de la EHG, se destacan los estudios realizados en Taiwán en el 2006, donde se reporta una prevalencia de la enfermedad de un 12% en la población estudiada. (4) A pesar de la extensa búsqueda realizada, no se reportan estudios en Timor Leste relacionados con el tema en cuestión.

Muchos autores le han dado un enfoque epidemiológico a este grave problema y comienzan a estudiar factores de riesgo ligados al mismo, consideran que los que tienen un papel causal son la edad materna, paridad, obesidad, el tabaquismo, la diabetes mellitus, las nefropatías, los antecedentes obstétricos como prematuridad, gemelalidad, mola hidatiforme, muerte fetal neonatal, la eritoblastosis y el polihidramnios, las dietas hipercalóricas, hipersódicas, reducidas en calcio y potasio, así como la ingestión de medicamentos que provocan directa o indirectamente elevación de la presión arterial, los cuidados prenatales deficientes y el estrés. (5)

Timor-Leste no escapa a este problema y, teniendo en cuenta que posee un sistema de salud que todavía necesita reajustes y perfeccionamiento, este trabajo tuvo el objetivo de describir el comportamiento de algunos factores de riesgo asociados a la Enfermedad Hipertensiva Gestacional, para encaminar las acciones de salud hacia un diagnóstico precoz y un control adecuado de esta enfermedad en beneficio del binomio materno-fetal.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, con el objetivo de describir algunos factores de riesgo, asociados a la EHG, en la Clínica Comoro del Distrito Dili, en el período comprendido del 1 de junio de 2006 al 31 de mayo de 2007. Se estudiaron 99 embarazadas con diagnóstico de Hipertensión Gestacional en el periodo descrito. Se analizaron las variables: edad, paridad, factores de riesgo (antecedentes familiares de hipertensión arterial, pielonefritis, obesidad, antecedentes de eclampsia, alcoholismo y tabaquismo) y formas clínicas presentadas. Para la ejecución de la investigación se revisaron las historias clínicas de todas las gestantes, con diagnóstico de hipertensión gestacional, atendidas en la clínica en el período descrito. Las medidas de resumen de la información fueron frecuencia absoluta y frecuencia relativa (por ciento).

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Al analizar la **tabla 1**, se observó que de un total de 99 gestantes fueron diagnosticadas 36 con EHG, en el grupo de edad de 35 años y más, con un 36,4%; seguido por el grupo 15-19 años, con 23,2%. Los grupos de edades de 25-29 y de 30-34 tuvieron un comportamiento similar, con un 12,1% y un 13,1%, respectivamente, siendo los grupos menos afectados.

TABLA 1. Distribución de la muestra por grupos de edades. Clínica Comoro, distrito Dili, junio 2006-mayo 2007

Grupos de edades	No.	%
15-19 años	23	23,2
20-24 años	15	15,2
25-29 años	12	12,1
30-34 años	13	13,1
35 años y más	36	36,4
Total	99	100

En la presente investigación la **tabla 2** muestra la distribución de las gestantes según paridad, donde se encontró un 51,5% de nulíparas con 51 casos, con un predominio sobre las múltiparas, que presentaron 31 casos, para un 31,3% y en menor frecuencia las primíparas, con 17 casos, para un 17,2%.

TABLA 2. Distribución de las gestantes según paridad

Paridad	No.	%
Nulípara	51	51,5
Primípara	17	17,2
Múltipara	31	31,3
Total	99	100,0

En el estudio realizado se investigaron algunos factores de riesgo asociados con la hipertensión inducida por el embarazo, los resultados se muestran en la **tabla 3**. Se pudo apreciar predominio de los antecedentes patológicos familiares de hipertensión arterial, con 59 pacientes que representan el 59,6%, seguido de la pielonefritis aguda, que representó el 42,4%, con 42 casos, el tabaquismo y el alcoholismo reportaron un 18,1% y 12,1%, respectivamente, mientras que la obesidad y los antecedentes de eclampsia fueron los que exhibieron menor cantidad de pacientes, solo dos pacientes obesas, para un 2%, y tres con antecedentes de eclampsia, para un 3%.

TABLA 3. Distribución de algunos factores de riesgo asociados a la EHG

Factores de Riesgo	No.	%
Antecedentes Familiares de Hipertensión Arterial	59	59,6
Pielonefritis Aguda	42	42,4
Obesidad	2	2,0
Antecedentes de Eclampsia	3	3,0
Alcoholismo	12	12,1
Tabaquismo	18	18,1

De las diferentes formas de presentación de la EHG (**tabla 4**) la pre eclampsia-eclampsia predominó con un 45,5%, seguida de la hipertensión crónica, con 36,3%. Por su parte la hipertensión crónica, con pre eclampsia-eclampsia y la hipertensión transitoria, mostraron porcentajes bajos, con 10,1% y 8,1%, respectivamente.

TABLA 4. Formas clínicas de Enfermedad Hipertensiva Gravídica

Formas Clínicas	No.	%
Preeclampsia_Eclampsia	45	45,5
Hipertensión Crónica	36	36,3
Hipertensión Crónica con Preeclampsia_Eclampsia	10	10,1
Hipertensión Transitoria	8	8,1
Total	99	100,0

La literatura médica destaca que las mujeres jóvenes son las que tienen mayor frecuencia de hipertensión durante la gestación, esto hace que se acepten diferentes teorías. Además, se puede plantear que en esta edad el músculo uterino ofrece mayor resistencia y existe una deficiente adaptación del árbol vascular a las necesidades que impone la gestación. También se plantea que esta enfermedad puede afectar a mujeres mayores de 35 años, (6) producto a los daños ya crónicos del sistema vascular que sufre desgastes con la consecuente esclerosis de los vasos, lo cual compromete el aporte sanguíneo adecuado al embarazo y se establece una insuficiencia circulatoria con la consiguiente isquemia útero-placentaria. Los resultados obtenidos coinciden con el estudio realizado por el Dr. González Rodríguez en una investigación en el año 2003 en Matanzas, donde las mujeres de 35 años y más fueron más propensas a la hipertensión durante el embarazo que las del resto de los grupos de edades, (7) así como una investigación sobre predictores de la pre eclampsia- eclampsia en un grupo de gestantes de alto riesgo en Santa Clara, Cuba. (8) Castillo García, en un estudio de dos años (1998-2000), en el área de salud urbana de Cumanayagua, Cuba, reportó un 30%, tanto en pacientes menores de 19 años, como con 35 años y más, el estudio realizado coincide con estos resultados. (9) Se encontró además una investigación sobre la

hipertensión gestacional en la comuna Limbé, República de Haití, en el 2001, que reportó un 54,09% de gestantes en edades de riesgo, predominando las mayores de 35 años, (10) así como un estudio de 162 pacientes con pre eclampsia grave en el Hospital de Victoria Falls de Zimbabwe, donde las gestantes menores de 20 años fueron las más afectadas, con 35,2%, seguido por el grupo etario de 35 años y más, con 25,9%. (11) Estos resultados se deben igualmente a que las pacientes con mayor frecuencia de hipertensión gestacional no presentaban la edad óptima para la concepción, la cual se ha considerado entre los 20 y los 35 años.

La literatura médica destaca que las mujeres más jóvenes y, a su vez, nulíparas son las más susceptibles de padecer hipertensión gestacional, lo que se sustenta en varias teorías, basadas en la propia fisiopatología de la enfermedad, desde la isquemia placentaria con disfunción endotelial, las lipoproteínas de muy baja densidad como actividad que previene toxicidad, hasta la adaptación inmunitaria deficiente y la impronta genética. (12) Estas dos últimas son las que pudieran explicar el desarrollo de la enfermedad en este tipo de pacientes, que predominó en más de un 50% en la muestra estudiada. Estos resultados coinciden con los encontrados por el Dr. Rosell Juarte en un Policlínico comunitario de Camagüey en el año 2006, donde se comprobó que la nuliparidad está asociada a la hipertensión gravídica. (13) En el área de salud urbana de Cumanayagua, estudio ya citado, el Dr. Castillo García reportó un 65% de ocurrencia de esta enfermedad en el primer parto. (9) En un trabajo realizado en la Clínica Universitaria de Navarra en España en el 2005, Alcázar Zambrano también relaciona mayor riesgo de desarrollar esta enfermedad en el primer parto. Según la Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial, en la edición del 2005 se plantea que las primigrávidas son de seis a ocho veces más susceptibles que las múltiparas. (14)

Al encontrar el mayor por ciento de gestantes con antecedentes familiares de hipertensión arterial, explica la mayor probabilidad de desarrollar EHG, pues se ha descrito que los factores hereditarios juegan un importante papel en la fisiopatología de la enfermedad, determinando un incremento del tono de los vasos, de la resistencia al paso de la sangre y de la isquemia tisular, desprendimiento vascular y hemorragia que puede llevar a un irreversible perjuicio, afectando la placenta con el consiguiente daño al feto y a la madre, disminuyendo el intercambio de sangre entre ambos. El Dr. Roiz, en un estudio realizado en

la ciudad de México en el año 2004 obtuvo que, en una muestra de 145 pacientes que desarrollaron hipertensión durante el embarazo, más del 50% presentaron antecedentes patológicos familiares de hipertensión arterial, los datos encontrados coinciden con su investigación. (15) En otros estudios similares realizados por los investigadores Nagvi y Naseem en el año 2003 sobre los factores de riesgo de la hipertensión gestacional en la población de una provincia de Tailandia, llegaron a la conclusión de que, en una muestra de 245 pacientes que desarrollaron hipertensión gestacional, un 46% refirió tener familiares que padecen de hipertensión arterial, correspondiendo también el estudio analizado con sus resultados. (16) En el Pacífico Sur y Oceanía se reportan pocos estudios epidemiológicos acerca de los factores de riesgo en la EHG, Niegowska J. en estudios realizados en Melbourne en el año 2004 reporta que más del 40% de los casos estudiados presentaron antecedentes familiares de hipertensión arterial. Timor-Leste refleja un patrón similar al anteriormente descrito. (17) Se citan algunos estudios con los cuales coinciden los resultados obtenidos, como el de Castillo García en Cumanayagua, Cuba, en el año 2000, donde predominaron las gestantes con antecedentes familiares de hipertensión arterial y con pielonefritis aguda. (9) El Dr. Castillo Fernández, en el Hospital Ginecoobstétrico Docente de Camagüey, en el año 2006 encontró un 20,6% en las gestantes con antecedentes familiares de hipertensión arterial crónica y pielonefritis aguda. (14)

Parpinelli MA y Garachani CF, en estudio realizado en Brasil en el año 2006, obtuvieron que 48 gestantes (66,6%) presentaron pre eclampsia grave, seguida de la Hipertensión Crónica. En el continente asiático, Chen y Cheng realizaron estudios en Taiwan en el año 2006, donde establecieron la pre eclampsia grave, como forma clínica de presentación más frecuente de la EHG en la muestra estudiada. La pre eclampsia puede ocurrir en mujeres ya hipertensas, o sea, hipertensas crónicas conocidas, y el pronóstico para la madre y el feto será peor que en cualquiera de estas condiciones aisladas. Resultados afines obtuvieron en Australia por Chang y Larkin en el año 2006, donde predominó la pre eclampsia grave sobre todo en las mujeres mayores de 35 años, seguida de la hipertensión crónica, que presentó altos porcentajes, a pesar que en este estudio no se relacionaron los grupos de edades con la forma de presentación clínica de la enfermedad en cuestión, si se puede afirmar que los resultados son aproximados a los obtenidos en el estudio, en cuanto a la forma de presentación de la pre eclampsia leve. (4)

En Timor-Leste, debido al desconocimiento de los factores de riesgo que influyen en la aparición de esta entidad nosológica, no se realizan acciones de salud específicas para modificar los mismos, por ello no se identifican los primeros síntomas, existiendo un diagnóstico tardío de la enfermedad, en ocasiones con formas clínicas graves.

CONCLUSIONES

La Enfermedad Hipertensiva Gravídica se presentó con más frecuencia en las pacientes del grupo de edad de 35 años y más, seguido de las menores de 20 años. La nuliparidad predominó en las gestantes estudiadas. El factor de riesgo más frecuente fue el antecedente familiar de hipertensión arterial. La forma clínica de presentación más frecuente fue la pre eclampsia-eclampsia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Alvarez FC, Zerquera Alvarez C, Santos Peña M, Nieto Prendes P: Guía de práctica clínica para el tratamiento de la preeclampsia – eclampsia. Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos ISSN:1727-897X Medisur 2009; 7(1) Supl . Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur>.
2. Chao-Hsiun Tang, Chuan-Song Wu, Tsong-Hai Lee, Sheng-Tzu Hung, Chen-Yuan: Preeclampsia-Eclampsia and the Risk of Stroke Among Peripartum in Taiwan. Downloaded from <http://stroke.ahajournals.org/> by guest on November 6, 2011
3. Albayrak M, Özdemir I, Demiraran Y, Dikici S: Atypical preeclampsia and eclampsia: report of four cases and review of the literature. J Turkish-German Gynecol Assoc 2010; 11: 115-7
4. Chen CL, Cheng Y, Wang PH, Juang CM, Chiu LM, Yang MJ, et al. Review of preeclampsia in Taiwan: a multi-institutional study. Zhonghua Yi Xue Za Zhi 2006; 63(12):869-75.
5. Salas Quiroz M N, Alfaro Rodríguez H X, Zúñiga Lara D S: Derrame pericárdico y serositis pleural en pacientes con preeclampsia severa y síndrome HELLP. Reporte de dos casos. Ginecol Obstet Mex 2009;77(11):523-8
6. García-Ortiz L, Gutiérrez-Salinas J, Galaviz-Hernández C, Chima-Galán M, Hilton-Cáceres JM, Escobedo-Aguirre F, Peña-Gutiérrez M, Iniesta-Mejía A, Miranda-Murillo J:

Posible asociación entre preeclampsia-eclampsia y la edad paterna: estudio piloto. Ginecol Obstet Mex 2011; 79(4):190-196.

7. González Rodríguez Gonzalo, García Sardiña Alberto, Hernández Hernández Danilec, Hernández Cabrera Jesús, Suárez Ojeda Roberto. Algunos factores epidemiológicos y obstétricos de la enfermedad hipertensiva gravídica. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2003 Abr [citado 2013 Jun 26] ; 29(1): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2003000100004&lng=es.

8. Suárez González Juan Antonio, Gutiérrez Machado Mario, Cabrera Delgado María Rosa, Corrales Gutiérrez Alexis, Salazar María Elena. Predictores de la preeclampsia/eclampsia en un grupo de gestantes de alto riesgo. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2011 Ago [citado 2013 Jun 26] ; 37(2): 154-161. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000200005&lng=es.

9. Parpinelli MA, Garachani CF, Pereira BG, Guhemi JC, Boava RS. Factores de riesgo asociados a la eclampsia en gestantes con hipertensión arterial. Rev Bras Ginecol Obstet 2006; 18(9):705-9.

10. Fuentes Díaz Z, Rodríguez Salazar O, Salazar Diez M, Rodríguez Hernández O: Factores de riesgo de la Hipertensión Arterial inducida por el embarazo en la Comuna Limbé. 2001. Archivo Médico de Camagüey 2004; 8(6). Disponible en URL: <http://www.amc.sld.cu/amc/2004/v8n6/871.htm>.

11. Amarán Valverde J E, Sosa Zamora M, Pérez Pérez M, Arias Acosta D: Principales características de la preeclampsia grave en gestantes ingresadas en un Hospital de Zimbabwe. MEDISAN 2009:13(3). Disponible en URL: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_3_09/san01309.htm

12. Vázquez-Rodríguez J G, Rico-Trejo E I: Papel del ácido úrico en la preeclampsia-eclampsia. Ginecol Obstet Mex 2011;79(5):292-297

13. Rosell Juarte E, Brown Bonora R, Pedro Hernández A: Factores de riesgo de la Enfermedad Hipertensiva de Embarazo. Archivo Médico de Camagüey 2006; 10(5). Disponible en URL: <http://www.amc.sld.cu/amc/2004/v8n6/871.htm>.

14. Castillo Fernández F, Navas Avalos N: Hipertensión grave que complica el embarazo. Archivo Médico de Camagüey 2006; 10 (1) Disponible en URL: <http://www.amc.sld.cu/amc/2004/v8n6/871.htm>.
15. Roiz HJ, Jiménez LJ. Preeclampsia-eclampsia. Experiencia en el centro médico nacional de Torreón. Ginec Obstet Mex 2004; 69: 341-45.
16. Nagvi MN, Naseem A. Obstetrical risk in the pregnancy. J. 2003; 14(5):278-81.
17. Niegowska J. Blood pressure in healthy women with positive and negative family history of hypertension during pregnancy. Aus. Arch Med Melbourne 2004; 111(3): 305-8