

## **Caracterización de la enfermedad hipertensiva gestacional en pacientes de la Policlínica Máximo Gómez Báez**

### **Gestational Hypertensive Disease Characterization in Patients of Máximo Gómez Báez Polyclinic**

**Juana María González Marrero <sup>1</sup>, Tatiana Zoila Ochoa Roca <sup>2</sup>, Raudol Cardero Almira <sup>3</sup>, Elizabeth Bichara Bauzá <sup>4</sup>, Tania Guerrero Rodríguez <sup>5</sup>**

1. Máster en Atención Integral a la Mujer. Especialista de Segundo Grado en Medicina General Integral. Asistente. Universidad de Ciencias Médicas de Holguín. Holguín. Cuba.

2. Máster en Atención Integral a la Mujer. Especialista de Segundo Grado en Medicina General Integral. Profesor Auxiliar. Policlínica Universitaria René Ávila Reyes. Holguín. Cuba.

3. Máster en Atención Integral a la Mujer. Especialista de Segundo Grado en Medicina General Integral. Policlínica Pedro Díaz Coello. Holguín. Cuba.

4. Máster en Atención Integral a la Mujer. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Dirección Provincial de Salud. Holguín. Cuba.

5. Máster en Atención Integral a la Mujer. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Policlínica Universitaria René Ávila Reyes. Holguín. Cuba.

#### **RESUMEN**

**Introducción:** los estados hipertensivos del embarazo son una de las complicaciones con mayor repercusión en la salud materna.

**Objetivo:** caracterizar el comportamiento de la enfermedad hipertensiva gestacional en pacientes de la Policlínica Máximo Gómez Báez en Holguín durante el año 2009.

**Métodos:** se realizó un estudio de serie de casos sobre el comportamiento de la enfermedad hipertensiva gestacional. El universo estuvo constituido por 35 gestantes que presentaron la enfermedad en el año objeto de estudio y la muestra por 28 embarazadas que recibieron atención prenatal en el área de salud referida. La información se obtuvo mediante la revisión de los registros estadísticos del Programa

Materno Infantil y las historias clínicas obstétricas. Se interrogó además a las pacientes sobre los factores de riesgo asociados con la enfermedad hipertensiva del embarazo.

**Resultados:** predominaron las edades de las gestantes de más de 36 años en un 46,42% y factores maternos asociados como: antecedentes patológicos personales de hipertensión arterial crónica en el 39,28% de los casos y la nuliparidad en el 42,85%. La enfermedad apareció con el 60,71% en el tercer trimestre de la gestación. El nivel de conocimiento de las gestantes estudiadas sobre la enfermedad se evaluó de regular en el 53,57% de las pacientes.

**Conclusiones:** la enfermedad hipertensiva gestacional apareció con mayor frecuencia en el tercer trimestre del embarazo y en mujeres mayores de 36 años, donde la hipertensión arterial crónica y la nuliparidad constituyeron factores asociados con esta enfermedad.

**Palabras clave:** enfermedad hipertensiva gestacional, factores maternos asociados, nuliparidad.

## ABSTRACT

**Introduction:** the pregnancy hypertensive states are complications of more repercussion in the maternal health.

**Objective:** to characterize the behavior of gestational hypertensive disease in patients of Maximo Gomez Baez Polyclinic in Holguin.

**Methods:** a case series study on the gestational hypertensive disease behavior it carried out. The universe comprised 35 pregnant women with the disease and the sample 28 of them, who received prenatal care in their health area. The statistical registrations of the Maternal Program and the obstetric clinical histories proportioned the necessary information. The patients were interviewed on the risk factors associated with gestational hypertensive disease.

**Results:** pregnant women over 36 years prevailed (46. 42%) and associated maternal factors such as medical history of chronic hypertension in 39.28% of cases and nulliparity in 42.85% of them. The illness appeared in the third trimester of the gestation in 60.71% of women. The women's level of knowledge on the disease was medium in 53.57% of them.

**Conclusions:** gestational hypertensive disease frequently appeared in the third trimester of pregnancy and in women over 36 years, where chronic hypertension and nulliparity constituted factors associated with this disease.

**Keywords:** gestational hypertensive disease, associated maternal factors, nulliparity.

## INTRODUCCIÓN

Los estados hipertensivos del embarazo son una de las complicaciones con mayor repercusión en la salud materna, y continúan siendo una de las cuatro primeras causas de mortalidad de la mujer embarazada, tanto en países desarrollados como en desarrollo. Son causa también de morbilidad potencialmente grave, generalmente transitoria, pero con riesgo de secuelas permanentes como las alteraciones neurológicas, hepáticas, hematológicas o renales <sup>1,2</sup>.

A nivel internacional, la hipertensión durante el embarazo ocupa un lugar prominente entre las principales causas de muerte materna y perinatal. En los análisis de la situación perinatólogica mundial, la hipertensión arterial del embarazo es una de las causas fundamentales de muerte materna y perinatal, y su atención, es considerada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una prioridad de los cuidados de salud a nivel mundial <sup>1,2</sup>.

En Holguín, en los últimos cinco años, la tendencia indica la disminución de la enfermedad de forma general; sin embargo, en el área de salud de la Policlínica Máximo Gómez Báez se incrementó su presencia. En la profilaxis de la enfermedad hipertensiva gravídica, la detección de los factores de riesgo es una prioridad en el contexto de la atención prenatal <sup>1</sup>.

La hipertensión arterial crónica es un factor de vital importancia. Otro factor de riesgo que se relacionan con esta enfermedad es la alimentación, donde se ha comprobado que una ingesta de sal por encima de lo recomendado y una disminución en el aporte del calcio a la dieta puede contribuir a su aparición <sup>3,4</sup>. Sin embargo, existen estudios donde se evidencia que la nutrición no origina una diferencia significativa en la mortalidad materna en pacientes toxémicas <sup>5</sup>.

El efecto que provoca la preclamsia-eclampsia sobre la mortalidad materno-perinatal se ha documentado en el contexto de Cuba también <sup>6,7</sup>. A pesar de los avances en los estudios sobre la fisiopatología de la hipertensión provocada por el embarazo, la preclamsia, aún no se ha identificado con claridad una etiología y ello dificulta tratar sus causas para impedir su aparición. El tratamiento se limita entonces a su contención y estabilización, para permitir que el producto de la concepción adquiera madurez suficiente como para sobrevivir fuera del claustro materno <sup>4, 8,9</sup>.

Los trastornos hipertensivos del embarazo constituyen uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y de mortalidad asociada. 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. Por lo general, es reconocida clínicamente en el tercer trimestre de la gestación, a pesar de que las alteraciones patogénicas están presentes desde etapas tempranas de la gestación y son locales a nivel de la placenta <sup>10</sup>.

El presente estudio se propone caracterizar el comportamiento de la enfermedad hipertensiva gestacional en la Policlínica Universitaria Máximo Gómez Báez; describir las gestantes estudiadas según variables socio demográficas y biomédicas, y determinar su nivel de conocimiento sobre la enfermedad hipertensiva gestacional.

## MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de serie de casos sobre el comportamiento de la enfermedad hipertensiva gestacional (EHG) en embarazadas de la Policlínica Universitaria Máximo Gómez Báez, del municipio Holguín en 2009. El universo estuvo constituido por 35 gestantes que presentaron EHG y la muestra por 28 embarazadas que recibieron atención prenatal en el área de salud, con independencia del tiempo de gestación y si el producto de la concepción vivía o fallecía antes durante o después del parto. Se excluyeron las pacientes con embarazos múltiples.

### Operacionalización de las variables

Se consideraron las siguientes variables:

- Edad materna: menores de 20 años, 21-25 años, 26-30 años, 31-35 años, 36 años o más.
- Antecedentes patológicos personales: hipertensión arterial crónica, diabetes mellitus, nefropatías y paridad (nulípara, primípara y multípara).
- Tiempo de gestación según trimestre: 1<sup>ero</sup>, 2<sup>do</sup> y 3<sup>er</sup> trimestre.
- Nivel de conocimiento de las gestantes sobre los síntomas más frecuentes y factores asociados con la EHG.

Se interrogó a las pacientes. Su respuesta se evaluó de *bien* cuando la gestante refirió correctamente cuatro o más factores asociados con la enfermedad, *regular* cuando enunció entre dos y tres aspectos y *mal* cuando sólo indicó uno o dos elementos

correctos, cuando la respuesta no se correspondió con la pregunta o no pudo referir ningún aspecto.

Se solicitó consentimiento informado de su participación en el estudio a cada paciente. Además se solicitó la autorización del Comité de ética de las investigaciones del área de salud para la revisión de los registros estadísticos del Programa Materno Infantil y las historias clínicas obstétricas. Se cumplieron con los enunciados planteados en la Declaración de Helsinki. Los datos se presentan en forma de números absolutos y porcentajes.

## RESULTADOS

En relación con la distribución de los casos estudiados según edad, se encontró que el grupo de edad con 36 años y más comprendió el 46,42% del total, seguidas por la menores de 20 años con el 25,00% (tabla I).

**Tabla I.** Gestantes según edad materna. Policlínica Máximo Gómez Báez. Holguín

Grupos de edades	No	%
Menores de 20 años	7	25,00
21-25	2	7,14
26-30	2	7,14
31-35	4	14,28
36 o más	13	46,42
Total	28	100,00

Fuente: historia clínica individual

Entre los antecedentes patológicos personales de las gestantes, predominó la hipertensión arterial con un total de 11 casos (39,28%) (tabla II).

**Tabla II.** Gestantes según antecedentes patológicos personales. Policlínica Máximo Gómez Báez. Holguín

Antecedentes patológicos personales	No	%
Hipertensión arterial crónica	11	39,28
Diabetes mellitus	2	7,14
Nefropatías	6	21,42
F No declara antecedentes	9	32,14
Total	28	100,00

Fuente: historia clínica individual

Las nulíparas (primer embarazo) con independencia de su edad, tributaron el mayor número de gestantes (12 para el 42,85%) con EHG (tabla III).

**Tabla III.** Cantidad de gestantes (según la paridad). Policlínica Máximo Gómez Báez Holguín

Paridad	No	%
Nulípara	12	42,85
Primípara	7	25,00
Múltipara	9	32,14
F Total	28	100,00

Fuente: historia clínica individual

Al referirnos al tiempo de gestación en el cual aparece la EHG, las gestantes en el tercer trimestre del embarazo con un total de 17 (60,71%), acumularon el mayor porcentaje (tabla IV).

**Tabla IV.** Caracterización de la hipertensión gestacional según tiempo de gestación en las pacientes. Policlínica Máximo Gómez Báez. Holguín

Tiempo de gestación	No	%
Primer trimestre	0	0
Segundo trimestre	11	39,28
Tercer trimestre	17	60,71
Total	28	100,00

Fuente: historia clínica individual

Al analizar el nivel de conocimiento sobre de la enfermedad que tenían las gestantes se comprobó que en el 53,57% podía considerarse de regular. (tabla V).

**Tabla V.** Nivel de conocimiento de las gestantes. Policlínica Máximo Gómez Báez. Holguín. 2009

Nivel de conocimientos	No	%
Bien	4	14,28
Regular	15	53,57
Deficiente	9	32,14
Total	28	100,00

Fuente: historia clínica individual

## DISCUSIÓN

En la profilaxis de la EHG, la detección del riesgo en el terreno es esencial, su descubrimiento precoz es una prioridad debido a su valor predictivo demostrado <sup>1,2</sup>.

Los resultados del presente estudio mostraron una tendencia entre las pacientes a embarazos en edades tardías cuando aumenta sustancialmente el riesgo de la gestación, tanto para la madre como para el producto de la concepción en la frecuencia de aparición de la enfermedad entre embarazadas con 36 o más años de edad.

En una edad superior a los 35 años o correspondiente al periodo de la adolescencia, las futuras madres poseen un mayor riesgo de desarrollar hipertensión arterial durante el embarazo.

Entre los antecedentes personales de hipertensión predominaron las mujeres hipertensas que presentaron una mayor probabilidad de desarrollar hipertensión gestacional que las normotensas, como han señalado otros autores <sup>9-11</sup>.

Las nulíparas, con independencia de la edad, aportaron el mayor número de casos. Esta condición es un factor de riesgo que se asocia regularmente con la aparición de preclamsia.

Varios autores han señalado que existe un mayor riesgo en la pacientes nulíparas en relación con las multíparas y que las primeras tienen mayor posibilidad de desarrollar complicaciones sobre todo cuando estas son menores de 20 años <sup>1,2,11</sup>.

También, un embarazo previo complicado con preclamsia, es un factor de riesgo esencial<sup>8,9,12</sup>.

Con respecto al tiempo de gestación, se encontró un predominio de las gestantes en el tercer trimestre del embarazo, seguidas de las gestantes del segundo trimestre. La hipertensión se presenta en un periodo relativamente tardío de la gestación, generalmente, a lo largo del segundo o el tercer trimestre, como signo clínico de un trastorno del proceso de adaptación útero-placentaria que se produce durante la gestación, principalmente, en mujeres nulíparas <sup>8,9</sup>.

El nivel de conocimiento de las gestantes acerca de la enfermedad se consideró regular en su mayoría. Estos resultados no son los esperados si se conoce la labor que realizada por el Sistema Nacional de Salud en la promoción de salud en particular en el embarazo. Las acciones de salud desarrolladas por el personal de salud en el área estudiada son insuficientes y ello requiere de una atención particular <sup>13</sup>.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Veloso Mariño BM, Berroa BA, Mederos Ávila ME, Santiesteban Garrido I, Traba DN. Factores de riesgo asociados a la hipertensión inducida por el embarazo. MEDISAN. 2011 [citado 25 feb 2013]; 15(8): 1129-34. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192011000800012&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000800012&lng=es).
2. Baeten JM, Bukusi EA, Lambe M. Pregnancy complications and outcomes among overweight and obese nulliparous women. Am J Public Health. 2004; 91(3): 436-40.
3. Torres L, Sanabria M, Mejías L, Hemán C, Fleitas T. Primeras experiencias de la unidad de hipertensión inducida por el embarazo. Rev Obstet Ginecol Venezuela. 2004 [citado 13 dic 2012]; 53(1):21-6. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=125604&indexSearch=ID>.
4. Alvarez PL, Acosta R. Enfermedad Hipertensiva durante el Embarazo. En: Rigol Ricardo R, Cutié León E, Stalina Santisteban A, Cabezas Cruz E, Farnot Cardoso U, Vázquez Cabrera J, et al. Obstetricia y Ginecología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.p.127-36.



5. Zeeman G, Decker G. Pathogenesis of pre eclampsia a hypothesis.

Clin Obstetr Gynecol. 2005; 35(2): 317-37.

6. Torres Sánchez Y, Lardoezt Ferrer R, Lardoezt Ferrer M. Caracterización de los factores de riesgo en gestantes con hipertensión gestacional y crónica en un área de salud. Rev Cub Med Gen Integr. 2009 [citado 25 feb 2013]; 25(2). Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252009000200004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000200004&lng=es).

7. Verdecía Carmenates D, Castillo Fernández FA, Lluch Bonet A, Morales López A.

Morbimortalidad materna en la preeclampsia complicada. Rev Cub Enfer. 2009 [citado 25 feb 2013]; 25(1-2). Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192009000100004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192009000100004&lng=es).

8. Ganfong Elías A, Nieves Andino A, Simonó Bell NM, González Pérez JM, Díaz Pérez MC, Ramírez Robert R, et al. Hipertensión durante la gestación y su repercusión en algunos resultados perinatales en el Hospital "Dr. Agostinho Neto", Guantánamo. Rev Cub Obstet Ginecol. 2007 [citado 25 feb 2013]; 33(3). Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2007000300001&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2007000300001&lng=es).

9. Rodríguez Hidalgo N, Cutié León E, Cordero Isaac R, Cabezas E, Águila Setién S, Álvarez Lajonchere C, et al. Manual de diagnóstico y tratamiento en Obstetricia y Perinatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2000.

10. Fernández LS, Carro Puig E, Osés Ferrera D, Pérez Piñero J. Caracterización de la gestante adolescente. Rev Cub Obstet Ginecol. 2004 [citado 1 feb 2005]; 30(2).

Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2004000200002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2004000200002&lng=es).

11. Amarán Valverde JE, Sosa Zamora M, Pérez Pérez M, Arias Acosta D, Valverde Bravo I. Principales características de la preeclampsia grave en gestantes ingresadas en un hospital de Zimbabwe. MEDISAN. 2009 [citado 1 feb 2012]; 13(3). Disponible en:

[http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13\\_3\\_09/san01309.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_3_09/san01309.htm).

12. Bolaños Ten M, Hernández Sáez I, González Sáez Y, Bernardo MD. Intervención educativa sobre los factores de riesgo de la hipertensión gestacional. Arch Med Camagüey. 2010 [citado 25 feb 2013]; 14(5). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552010000500004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000500004&lng=es).

13. Torres Sánchez Y, Lardoezt Ferrer R, Lardoezt Ferrer M. Impacto de la creación de un programa de educación para la salud de los trastornos hipertensivos de la gestación. Rev Cub Med Gen Integr. 2009 [citado 25 feb 2013]; 25(3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252009000300008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000300008&lng=es).

Recibido: 20 de noviembre de 2012.

Aprobado: 4 de marzo de 2013.

Dra. *Tatiana Zoila Ochoa Roca*. Policlínica Universitaria René Ávila Reyes. Holguín. Cuba.  
Correo electrónico: [ochoa@cristal.hlg.sld.cu](mailto:ochoa@cristal.hlg.sld.cu)