

Frecuencia de Hipertensión arterial inducida por el embarazo en derechohabientes de una Unidad de Medicina Familiar de Ciudad Obregón, Sonora (México)

Pregnancy-induced High Blood Pressure Frequency in Health Insurance Claimants at an Obregon City, Sonora, Mexico, Family Medicine Unit

Pérez- Juárez MP, * Castañeda-Sánchez O, ** Arellano-Cuadros V, *** Espinoza-Suárez J. ***

* Especialista en Medicina Familiar, Jefa de Departamento Clínico en la Unidad de Medicina Familiar No. 1, Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad Obregón, Sonora.(México) ** Especialista en Medicina Familiar, Profesor Adjunto de la Residencia en Medicina Familiar, UMF No. 1, IMSS, Sonora.(México). *** Residentes del Tercer año de la Especialidad en Medicina Familiar, UMF No. 1, IMSS, Sonora.(México).

Recibido: 28-05-06 Aceptado: 21-06-07

Correspondencia: Dra. Martha Patricia Pérez Juárez, domicilio laboral: Prolongación Guerrero, s/n, colonia Bella Vista, Ciudad Obregón, Sonora, teléfono 01 644 413-45-90. CP 85130.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la frecuencia de hipertensión arterial inducida por el embarazo en derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 1 de ciudad Obregón, Sonora (México) durante 2003. **Material y métodos:** Se realizó un estudio transversal descriptivo. Se analizó el informe de consulta externa del servicio de obstetricia (formato 430-6) en el Hospital de Especialidades No 1; se identificaron casos consecutivos de pacientes con hipertensión arterial inducida por embarazo (HIE). **Variables:** edad, semanas de gestación, gesta y ocupación. Análisis con frecuencias y porcentajes. **Resultados:** La frecuencia de HIE fue del 3.2%, el 37.4% se reportó en el grupo etáreo de 21 a 25 años; se presentó en 40.7% de las secundigestas y en el 81.3% entre la 36 a 40 semanas de gestación. **Conclusiones:** El porcentaje de HIE es menor a la media nacional, afectando a grupos etáreos diferentes a lo esperado (menores de 20 años o mayores de 35). Las secundigestas fueron las más afectadas, presentándose durante las últimas cuatro semanas de gestación; por lo que se sugiere analizar las guías clínicas de atención y control prenatal para prevenir, diagnosticar de manera temprana y tratar oportunamente este tipo de complicaciones a fin de disminuir la morbilidad del binomio.

Palabras Clave: Embarazo, Hipertensión inducida por el embarazo, Complicaciones en el embarazo.

ABSTRACT

Objective: To determine the frequency of pregnancy-induced high blood pressure in health insurance claimants of Family Medicine Unit 1 (UMF 1) during the year 2003. **Materials and Methods:** We carried out a descriptive cross-wise study in Obregon City, Sonora, Mexico. The Obstetrics Service out-patient consultation report (format 430-6) was analyzed at the No. 1 Specialties Hospital, and we identified consecutive cases of patients with pregnancy-induced high blood pressure (PIH). **Variables** included age, weeks of gestation, number of pregnancies, and maternal occupation. Analysis was performed with frequencies and percentages. **Results:** Frequency of PIH was 3.2%; 37.4% was reported in the groups aged 21–25 years. PIH was present in 40.7% women who were pregnant for the second time and in 81.3% of women between 36 and 40 weeks of pregnancy. **Conclusions:** The percentage of PIH is lower than the national average, affecting age groups different from those expected (pregnant women aged <20 years or >35 years). Women pregnant for the second time were those most frequently affected, and PIH presented during the last four weeks of pregnancy. Thus, we suggest analysis of the clinical guidelines and the clinical care and prenatal control guidelines for prevention, early diagnosis, and appropriate treatment of this type of complication to diminish the morbimortality of the binomial.

Key Words: Pregnancy, Hypertension Pregn Ind, Pregnancy Complications.

Introducción

Los trastornos hipertensivos del embarazo constituyen un importante problema de salud en todo el mundo, siendo una de las primeras causas de morbilidad materno-perinatal¹. Es una de las complicaciones más frecuentes, especialmente en los países en vías de desarrollo, donde constituye la primera causa de muerte materna en la segunda mitad del embarazo debido a sus múltiples complicaciones².

La presión arterial de las embarazadas sufre cambios durante el día y a través de todo el embarazo, reportándose en algunos estudios que comienza a disminuir a finales del primer trimestre, alcanza su nivel mínimo en el segundo trimestre y aumenta de nuevo al comenzar el tercero, para llegar a su punto máximo al término del embarazo³. Aproximadamente entre el 7% y 10% de los embarazos se complican con hipertensión arterial,⁴ la hipertensión inducida por el embarazo (HIE) representa el 70% de ellos; es la primera causa de mortalidad materna en 23 países analizados por la Oficina Panamericana de Salud (OPS) y se encuentra entre las primeras cinco causas de morbilidad materna en todos los países de la región latinoamericana, estimando que cada año fallecen 50,000 mujeres⁵. En México su prevalencia varía entre el 7% y 10% de la población gestante, existe mayor incidencia antes de los 20 años y después de los 35; aproximadamente el 75% de los casos corresponden a primigestas⁶.

Es sabido que una mujer tiene hipertensión arterial durante el embarazo, cuando se detecta por primera vez a partir de la semana 20 de gestación e hipertensión arterial crónica, si ésta ha sido identificada antes del embarazo o antes de las 20 semanas de gestación⁷; el diagnóstico se realiza cuando la presión arterial diastólica (PAD) es igual o mayor de 100 mmHg en una sola toma o en dos tomas sucesivas con un lapso de cuatro horas, o si la PAD fuera igual o mayor de 90 mmHg². Así mismo, cuando la tensión arterial media es igual o mayor a 90 mmHg en el primero y segundo trimestre del embarazo y mayor o igual a 95 mmHg en el tercer trimestre o mayor de 20 mmHg con relación a la tensión arterial basal⁸.

En su patogénesis interviene la herencia familiar y es más frecuente en mujeres de nivel socioeconómico bajo, en aquellas con déficit nutricional en macro y micro nutrientes y en las que habitan en ciudades con alturas geográficas superiores a los 3000 m sobre el nivel del mar⁹. Por ello, en el primer nivel de atención médica, la embarazada de bajo y alto riesgo debe recibir como mínimo cinco consultas prenatales iniciando preferentemente en las primeras 12 semanas de gestación¹⁰.

Este estudio tiene como objetivo determinar la frecuencia de HIE en derechohabiente de la Unidad de Medicina Familiar No. 1 de Ciudad Obregón, Sonora, para crear estrategias que favorezcan la atención de la embarazada, disminuyendo su morbilidad.

Material y Métodos

Estudio transversal descriptivo realizado en la Unidad de Medicina Familiar No. 1 del IMSS, en Ciudad Obregón, Sonora, durante el año 2003. Se incluyeron por conveniencia embarazadas atendidas de primera vez con diagnóstico de HIE en el Hospital de Especialidades No. 1 del IMSS en Sonora, derechohabientes de la UMF No.1. El tamaño de la muestra se obtuvo con base en un censo de 3,870 embarazadas, aplicando un nivel de confianza del 99% y margen de error del 1%.

Una vez que se aprobó el proyecto, se recurrió al archivo clínico del Hospital de Especialidades para seleccionar los expedientes de los casos que cumplieron con los criterios de selección. *Variables*: edad, número de embarazo, semanas de gestación, semana de presentación de la hipertensión y ocupación. Los resultados se analizaron con medidas de tendencia central y dispersión, así como frecuencias y porcentajes con la ayuda del paquete estadístico SPSS versión 10.0.

Resultados

Se revisaron 123 casos de HIE, lo que representó el 3.2% del universo de pacientes atendidas en el Hospital de Especialidades No. 1, derechohabientes de la UMF No. 1, su distribución por grupos etáreos se presenta en el Cuadro I, siendo el más elevado el que se ubica entre los 21 y 25 años. Su presentación fue mayor durante el segundo embarazo como se puede observar en el Cuadro II, así como entre las 36 a 40 semanas de gestación y en aquellas que no trabajaban fue de 81 (65.9%) mujeres.

Cuadro I.

Distribución de la población con HIE.		
GRUPOS DE EDAD (Años)	n	%
15 a 20	17	13.8
21 a 25	46	37.4
26 a 30	35	28.5
31 a 35	12	9.8
36 a 40	11	8.9
41 a 45	2	1.6

Fuente: Archivo Clínico, HGR No. 1, Cd. Obregón, Son. 2003

Cuadro II.

Frecuencia de HIE de acuerdo al número de gestaciones.		
NÚMERO DE GESTA	n	%
Primigesta	46	37.4
Secundigesta	50	40.7
Multigesta	14	11.4

Fuente: Archivo Clínico, HGR No. 1, Cd. Obregón, Son. 2003

Discusión

En este estudio se muestra una frecuencia de HIE menor a la reportada a nivel nacional.⁶ También se mostró que los grupos etáreos más comúnmente afectados en este estudio fueron entre los 21 a 25 años, mientras que en el de Vázquez,² el promedio de edad fue de 26.2 años, resultados que no concuerdan con lo documentado, es decir, antes de los 20 o después de los 35 años.⁶ Prevaleciendo en las secundigestas y no en las primigestas, como diferentes autores han reportado.³ Su presencia predominó entre las semanas 36 a 40, tal como lo reporta Álvarez Ponce en su estudio¹ así como Vázquez² donde el promedio de edad gestacional fue mayor a las 38 semanas.

Un dato que resultó relevante fue su presentación en aquellas pacientes que no trabajaban, lo cual no está documentado en la literatura, pudiendo atribuirse a la falta de actividad física, lo cual deberá comprobarse en estudios posteriores. Se puede decir que existen diferencias en nuestra población con respecto a la del resto del país que deben ser tomadas en cuenta para próximos estudios y analizarlos e identificar los factores asociados para incidir sobre estos y disminuir la morbimortalidad por HIE y sus complicaciones.

Conclusión

De acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio, la HIE se presentó con una menor frecuencia con relación a la media nacional de un 3.2%, afectando a la población embarazada entre los 21 a 25 años de edad, secundigestas de la 36 a 40 semanas de gestación y que no trabajaban. Consideramos importante reafirmar el papel que desempeña la participación conjunta del equipo de salud como el responsable de identificar los casos –oportunamente- para disminuir las complicaciones que se dan en el binomio, anticipándose al daño a través de acciones preventivas, siguiendo las guías clínicas de atención a la embarazada para hacer detecciones y tratamientos oportunos y así disminuir la morbimortalidad del binomio.

Referencias

1. Álvarez-Ponce V, Lugo-Sánchez A, Rodríguez-Pérez A. Tratamiento de la hipertensión inducida por el embarazo. Rev Cubana Obstet Ginecol 1999;25(3):159-64.
2. Vázquez Niebla Juan Carlos, Vázquez Cabrera Juan, Namfantche Julio. Asociación entre la hipertensión arterial durante el embarazo, bajo peso al nacer y algunos resultados del embarazo y el parto. Rev Cubana Obstet Ginecol [periódico en la Internet]. 2003 Abr [citado 2008 Sep 07]; 29(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2003000100005&lng=es&nrm=iso.
3. Gómez-Sosa E. Trastornos hipertensivos durante el embarazo. Rev cubana Obstet Ginecol 1999;26(2):99-114.
4. Frangieh A - Baham S. M. Enfermedad hipertensiva en el embarazo. En: Gleicher. Tratamiento de las complicaciones del embarazo. 3^a ed. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana; 2000. p.1171-99.
5. Di Muro MA, Colmenares G, Bello F, Marchán N, Borges MA, Durán Z. Subunidad B de la Gonadotropina Coriónica Humana como factor de predicción de Hipertensión Inducida por el embarazo. Informe Médico 2004; 6(6):263-73.
6. Oyarzún E, Muñoz H. Síndrome Hipertensivo del embarazo. Disponible en: <http://www.cedip.cl/Guias/SHE.htm> Acceso: 24 de junio de 2004.
7. Norma Oficial Mexicana. NORMA Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 17 de enero de 2001.
8. Sánchez-Padrón A, Sánchez-Valdivia A, Bello-Vega M, Ernesto-Somoza M. Enfermedad hipertensiva del embarazo en terapia intensiva. Rev Cubana Obstet Ginecol 2004;30(2):00. 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=396628&indexSearch=ID>
9. Previte C, Inciarte H, Chirinos M. Papel del Zinc en la Hipertensión inducida por el embarazo. Informe Médico 2001;3(12):731-44.
10. Norma Oficial Mexicana. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 6 de enero de 1995.