

Factores de riesgo y complicaciones asociadas a la hipertensión y embarazo, en el Hospital Central Huambo, Angola 2019

Risk factors and complication associated with hypertension and Pregnancy in the Central Huambo hospital Angola2019

Yanicela Zapata González^{1*}, Hector Eduardo Páez Rodríguez², Marlenis Pedroso Monterrey³, Caridad Vega Rodriguez⁴

¹ Lic. Profesora Asistente. Instituto Superior Politécnico De Huambo. yanicelazapata75@gmail.com

² Ing. Profesor Instructor. Instituto Superior Politécnico De Huambo. hectoepr88@gmail.com

³ MSc. Profesora Asistente. Universidad Ciencias Médicas de Matanzas. pedrosomarleni@gmail.com

⁴ MSc. Profesora Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. cary2020@gmail.com

*Autor para correspondência: yanicelazapata75@gmail.com

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo con el objetivo de identificar las complicaciones asociadas a la hipertensión gestacional en 51 embarazadas internadas en el Hospital Central de Huambo de Abril-Septiembre 2019. Las variables fueron: edad materna, raza, factores de riesgo y complicaciones, los datos se obtuvieron de las historias clínicas. Predominaron las mujeres mayores de 35 años, el factor de riesgo fue la nuliparidad y embarazo en la adolescencia. Las complicaciones más frecuentes fueron preeclampsia y crecimiento intrauterino retardado.

Palabras clave: Hipertensión gestacional; Embarazo; Preeclampsia, Factores de riesgo.

ABSTRACT

A descriptive and retrospective study was carried out with the aim of identifying complication associate with gestational hypertension in 51 pregnant women admitted to the Central Hospital of Huambo from Abril- September 2019.the variables were. Maternal age, race, risk factors and complication, the data were obtained from the medical record.Women over 35 years of age predominated, the risk factor was nulliparity and Pregnancy in adolescence. The most frequent complication were preeclampsia and delayet intrauterine growth.

Keywords: Hypertension gestational; Pregnancy; Preeclampsia, risk factors.

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) que aparece por primera vez durante la gestación y se recupera después del parto se la clasifica como hipertensión gestacional o transitoria y en preeclampsia. El término de hipertensión gestacional es reservado para aquellos casos en los cuales se encuentra HTA en dos o más ocasiones con un intervalo de 6 horas de diferencia entre las tomas y dentro del lapso de una semana, sin ninguna otra alteración clínica o de laboratorio.

La hipertensión gestacional es clasificada a su vez en moderada o severa. En la hipertensión gestacional severa, la presión arterial es mayor o igual a 160 mmHg y/o 110 mmHg en la sistólica y diastólica, respectivamente, debiendo cumplir también el criterio de dos tomas con intervalo mínimo de 6 horas y máximo de 7 días entre ambos registros. Se ha preferido emplear el término de HTA moderada en lugar de leve para llamar la atención de los profesionales de la salud y no subestimar la gravedad de los cuadros de HTA durante el embarazo.

La recuperación de la presión arterial debe ser constatada en el control 6 semanas después del parto. En los casos que la presión arterial se mantenga elevada, se evaluará hasta las 12 semanas posparto, para clasificarla finalmente como transitoria, si se ha normalizado, o crónica, si después de ese tiempo persiste elevada. (Pedro Saona-Ugarte, 2006)

La Hipertensión gestacional es la elevación de la tensión arterial después de 20 semanas de gestación en ausencia de proteinuria o de otros síntomas de daño sistémico; se incluye un grupo heterogéneo de procesos cuyo diagnóstico se realiza de forma retrospectiva según la entidad clínica que se presente. (Nápoles Méndez D, 2016).

Los trastornos hipertensivos durante el embarazo representan las complicaciones más frecuentes en la gestación y es considerada una causa importante de morbilidad y mortalidad materna fetal, y neonatal estos trastornos hipertensivos llegan a complicar del 10 a 15% de los embarazos y constituyen un importante problema de salud pública, siendo considerados la primera causa de muerte materna en los países desarrollados y la tercera causa de muerte materna en los países en vías de desarrollo. (Bryce Moncloa A ,2020).

Según Bryce Moncloa A, Alegría Valdivia E y otros autores (2018) la hipertensión en el embarazo (HE), además de producir daño materno y fetal, también puede suponer el inicio de alteraciones vasculares y metabólicas futuras, implicando así que el riesgo relativo de padecer hipertensión crónica tras la hipertensión y embarazo (HE) es entre 2,3 y 11,0 veces mayor. Las mujeres con historia previa de preeclampsia/eclampsia tienen doble riesgo de accidentes cerebrovasculares y mayor frecuencia de arritmias y hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca. Así mismo, se observa un riesgo 10 veces mayor de enfermedad renal terminal a largo plazo.

Dentro de las complicaciones de esta enfermedad está la preeclampsia que es una enfermedad propia del embarazo, parto y puerperio, que posee un origen multisistémico, el cual se relaciona básicamente con un desarrollo anormal de la placenta y con la interacción de múltiples factores que llevan a daño endotelial. En el orden clínico se define que la tensión arterial es el elemento diagnóstico y pronóstico más importante, por su relación directa con la morbilidad y mortalidad tanto materna como perinatal. (Nápoles Méndez D, 2016).

En Latinoamérica y el Caribe la preeclampsia es la causante de 25,7 % de las muertes maternas y en Estados Unidos se ha producido un aumento de su incidencia de 25 % en las últimas 2 décadas; de igual forma se plantea que por cada mujer fallecida por esta causa de 50-100 padecen morbilidad materna extremadamente grave. A escala mundial, cada año los trastornos hipertensivos durante el embarazo representan unas 50 000 muertes maternas y 900 000 perinatales, además de constituir una predisposición a presentar complicaciones cardiovasculares en el futuro, y de que los hijos puedan padecer hipertensión arterial (HTA) en edades tempranas, así como síndrome metabólico. (Nápoles Méndez D, 2016).

Bryce Moncloa y otros autores (2018) plantean en su investigación que para un mejor manejo de la hipertensión durante la gestación, lo primero a tener en cuenta debería ser la consejería preconcepcional para discutir los riesgos asociados a la hipertensión durante la gestación, en el primer control de la gestante, se deberá hacer el tamizaje respectivo y de corroborarse el diagnóstico de HTA,

se hará un seguimiento cercano a la gestante que tendrá como objetivo prevenir y/o evitar el desarrollo de preeclampsia, HTA severa y/o complicaciones maternas y/o fetales. También es aconsejable que durante el seguimiento se le deberán realizar controles dirigidos a identificar complicaciones maternas y fetales para descartar la posibilidad de HTA secundaria la cual es más probable en gestantes jóvenes.

DESARROLLO

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo con el objetivo de identificar factores de riesgo y complicaciones asociadas a la hipertensión y embarazo en mujeres atendidas en la sala de obstetricia del Hospital Central Huambo, en la República de Angola, de abril a septiembre de 2019. El universo estudiado estuvo constituido por los 54 pacientes, y una muestra de 51 respectivamente a esta última se les realizó el diagnóstico hipertensión y embarazo.

Con previo consentimiento informado a la embarazada y familiares, los datos se obtuvieron mediante la revisión de las hojas de cargo, historias clínicas individuales y entrevistas, apoyándose en los datos estadísticos.

Las variables estudiadas fueron: edad, raza, factores de riesgo, y complicaciones de la Hipertensión y embarazo (HTA): tales como preeclampsia y crecimiento intrauterino retardado (CIUR)

Se utilizó además métodos estadísticos como el porcentaje; los datos se plasmaron en tablas, y se interpretaron los resultados.

Para realizar esta investigación se tuvo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión que se presenta a continuación:

Criterios de inclusión.

- Embarazadas diagnosticadas con Hipertensión y Embarazo.
- Embarazadas con uno o más factores de riesgo.
- Embarazadas con una o más complicaciones.

Criterios de exclusión.

- Embarazadas ingresadas, pero no tienen ninguna complicación.
- Embarazadas ingresadas con hipertensión crónica.
- Embarazadas ingresadas con otras patologías que no se relacionan con hipertensión y embarazo.

En la tabla 1 se aprecia que el grupo de edades más afectado fue de (35 a 40), con 14 casos para un 27,4 %, seguido por el de (14 a 19) con 10 casos para un 19,6 %.

Tabla 1. Distribución de las embarazadas según grupo de edades. Hospital Central Huambo, Angola. Abril-septiembre/2019.

Grupo de edades (Años)	Cantidad	%	Total
14-19	10	19,6	10
20 -23	6	11,7	6
24-28	5	9,9	5
29-34	7	13,7	7
35-40	14	27,4	14
Más de 41	9	17,7	9
Total	51	100	51

Fuente. Historias clínicas individuales.

En la tabla 2 se aprecia que la raza que más incidió fue la negra con 49 casos para un 96%.

Tabla 2. Distribución de las embarazadas según Raza. Hospital Central Huambo, Angola. Abril-septiembre/2019.

Raza	No.	%
Negra	49	96,0
Blanca	2	3,9
Total	51	100

Fuente. Historias cínicas individuales.

En la tabla 3 se aprecia que el factor de riesgo que más incidió fue Edad materna Menor de 19 años con 13 casos para un 25,4 %, seguido de las nulíparas con 10 casos para un 19,6 % algunas embarazadas tenían más de un factor de riesgo.

Tabla 3. Distribución de las embarazadas según factores de riesgo. Hospital Central Huambo, Angola. Abril-septiembre/2019.

Factores de riesgo	Cantidad	%	Total
Multiparidad	4	7,8	4
Nuliparidad	10	19,6	10
Antecedentes familiares de preeclampsia-eclampsia.	3	5,8	3
Gestación múltiple	1	1,9	1
Preeclampsia en una gestación previa	2	3,9	2
Hipertensión crónica	5	9,8	5
Obesidad	3	5,8	3
Diabetes mellitus pregestacional	4	7,8	4
Edad materna menor de 19 años (Adolescente)	13	25,4	13
Avanzada edad materna mayores de 35 años	6	11,7	6
Total	51	100	51

Fuente. Historias cínicas individuales.

En la tabla 4 se refleja que la complicación que más prevaleció fue partos pre eclampsia con un total de 11 para un 39,2 %, seguido de crecimiento intrauterino retardado (CIUR) con 8 casos para un 28,5 %.

Tabla 4. Complicaciones presentadas en las embarazadas estudiadas. Hospital Central Huambo, Angola. Abril-septiembre/2019.

Complicaciones de la Hipertensión y embarazo	Cantidad	%	Total
Desprendimiento prematuro de la placenta	1	3,5	1
Preeclampsia	11	39,2	11
Crecimiento intrauterino retardado (CIUR)	8	28,5	8
Eclampsia	2	7,1	2
Parto pre término	6	21,4	6
Total	28	100	28

Fuentes: Historias cínicas individuales.

Estudios similares fueron los encontrados por (Alfonso Bryce Moncloa) y otros autores que un estudio francés refiere que 1 % de las mujeres presentaba una HTA crónica, 4,9 % una HTA gravídica y 2,1 % una preeclampsia, la cual es más probable en gestantes jóvenes.

En nueve estudios donde se analizó específicamente la hipertensión arterial durante el embarazo y su relación con el futuro riesgo de accidente cerebrovascular, en un seguimiento médico de mujeres durante un período de hasta 32 años luego de la gravidez, se pudo concluir que las que habían padecido HTA en esa etapa poseían más probabilidades de presentar un accidente cerebrovascular a una mayor edad. La HTA es el factor de riesgo más importante asociado a un accidente cerebrovascular, de modo que es relevante en las mujeres que la padecen durante el embarazo. (Nápoles Méndez D, 2016).

Manejo de la hipertensión y embarazo.

Las mujeres deberán someterse a controles de presión arterial y análisis de orina mensualmente hasta las 30 semanas de gestación, quincenal a partir de las 30 semanas de gestación y semanalmente desde las 36 semanas de gestación. Si se encuentra hipertensión y/o proteinuria, enviar a centro de referencia.

Evaluación materna.

Repetir (al menos 4 horas después) la medición de la presión arterial. Realizar la medición cuantitativa de proteínas en la orina (Preeclampsia: 0,3 g de proteínas en orina de 24 horas). Exámenes auxiliares básicos: recuento de plaquetas, ácido úrico y pruebas de función hepática (transaminasas, tiempo de protrombina). Perfil de coagulación si la función hepática está alterada.

Control fetal.

Administrar corticoesteroides profilácticos si la duración de la gestación es menor de 34 semanas de gestación. Realizar una evaluación del peso fetal por ultrasonido en la consulta inicial y repetir quincenalmente. Realizar evaluación con ecografía Doppler de la velocidad del flujo sanguíneo umbilical si hay evidencia de restricción de crecimiento. Cardiotocografía regular. Ultrasonografía al menos dos veces por semana para evaluar el volumen del líquido amniótico. Enfoque multidisciplinario con respecto a la fecha y el modo de parto. Bryce Moncloa y otros autores (2018)

Un seguimiento oportuno de esta enfermedad reduce considerablemente las complicaciones maternas y/o fetales e incluso la muerte. Tratar las complicaciones de la hipertensión gestacional en la madre es el resultado de haber llegado tarde. Es necesario detectar a las pacientes de riesgo poniendo especial interés en los factores predisponentes y brindando una adecuada información sobre las complicaciones que representa esta enfermedad sobre la madre y el bebé, de esta manera se reducirían las muertes por esta causa.

CONCLUSIONES

Se aprecia que el grupo de edades más afectado fue de 35 a 40 años seguido por las de 14 a 19 años.

La raza que más incidió fue la negra con 49 casos.

El factor de riesgo que más incidió fue Edad materna Menor de 19 años (adolescentes) con 13 casos, seguidos de las nulíparas.

La complicación que más prevaleció fue la preeclampsia con un total de 11 casos, seguido de crecimiento intrauterino retardado (CIUR).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alvarez-Alvarez, B., Martell-Claros, N., Abad-Cardiel, M., García-Donaire, JA (2017). Trastornos hipertensivos en el embarazo: repercusión a largo plazo en la salud cardiovascular de la mujer. *Hipertensión*; 34:85-92

American College of Obstetricians and Gynecologists (2013). Task Force on Hypertension in Pregnancy. *Hypertension in Pregnancy*. Washington, D.C.: ACOG. Disponible en: <http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Task-Force-and-Work-Group-Reports/Hypertension-in-Pregnancy>

Blondel, B., Kermarrec, M (2011). Enquête périnatale 2010. Disponible en. www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les naissances en 2010 et leur evolution depuis 2003.pdf.

Bryce Moncloa, A., Alegría Valdivia, E., Valenzuela Rodríguez, G., Larrauri Vigna, CA., Urquiaga Calderón, J., San Martín San Martín, MG (2018). Hipertensión en el embarazo. *Rev Peru Ginecol Obstet*; 64(2):191-196. Disponible en: <https://doi.org/10.31403/rpgov64i2077>

Garrido, MF., Carvajal, JA (2013). Síndrome de HELLP normotensivo: caso clínico. *Rev Med Chile*; 141(11). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013001100015

Gómez Sosa, E (2000). Trastornos hipertensivos durante el embarazo. *Rev Cubana Obstet Ginecol*; 26(2):99-114.

Koopmans, CM., Bijlenga, D., Groen, H; HYPITAT study group (2009). Induction of labour versus expectant monitoring for gestational hypertension or mild pre-eclampsia after 36 weeks' gestation (HYPITAT): a multicentre, open-label randomised controlled trial. *Lancet*; 374:979-88. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60736-4.

Nápoles Méndez, D (2015). Actualización sobre las bases fisiopatológicas de la preeclampsia. *MEDISAN*; 18(8). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000800012

Pacheco Romero, J (2013). Del editor sobre las guías de hipertensión en el embarazo del ACOG. *Rev peruana Ginecol Obstet*; 59(4). Disponible en: <http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/58/53>

Pridjian, G., Puschett, JB (2002). Pre-eclampsia. Part I: Clinical and pathophysiologic considerations. *Obstet Gynecol Survey*; 57(9):598-618.

Report of the National High Blood Pressure (2000). Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*; 183: S1-S21.

Sibai, BM (2003). Diagnosis and management of gestational hypertension and preeclampsia. *Obstet Gynecol*; 102:181-92.

Smith, E (2013). La hipertensión arterial durante el embarazo podría incrementar el riesgo de accidente cerebrovascular futuro. *Science Daily*. Disponible en: <http://articulos.sld.cu/hta/2013/10/28/la-hipertension-arterial-durante-el-embarazo-podria-incrementar-el-riesgo-de-accidente-cerebrovascular-futuro/>

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (2006). Trastornos hipertensivos del embarazo. Guía práctica de asistencia actualizada en 2006. Disponible en: www.sego.es >documentos >gap PDF.

Síntese curricular dos autores

Lic. Yanicela Zapata González. Licenciada en Enfermería en Instituto Superior Politécnico De Huambo Angola; Profesora Asistente; especializada en Cuidados intensivos perfil Pediatría; Diplomada en Emergencia Médica, Atención integral a la mujer, Atención a la materna crítica ha realizado varias investigaciones relacionadas con enfermedades en la infancia, publicó recientemente un libro sobre desnutrición proteico energética en la Editorial Académica Española. se desempeña como profesora en Instituto Superior Politécnico de Huambo”. Id ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0492-836X>

Hector Eduardo Páez Rodríguez. Ingeniero en Medicina biomédica. Profesor Instructor, se desempeña como profesor en Instituto Superior Politécnico de Huambo Id. ORCID <https://orcid.org/0000-0003-4343-8451>.

Marleni Pedro Monterrey. Licenciada en Enfermería en la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas, Cuba; Profesora Asistente; Máster en Urgencias Médicas; ha realizado varias investigaciones relacionadas con enfermedades infecciosas. Se desempeña como profesora en la Universidad José Eduardo dos Santos, Huambo, Angola. Id. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8468-1901>

Caridad Veja Rodriguez, Msc. Licenciada en Enfermería en la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana; Profesora Auxiliar; Msc, se desempeña como jefa del Departamento de Enfermería en Facultad de Ciencias Médicas “Julio Trigo López”. IdORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7741-6093>.