

Comportamiento de los factores de riesgos de la Hipertensión Gestacional. Policlínico Fray Benito, 2020 - 2021.

Félix Alberto Montero Pérez. ¹
Leyra Maday Aguilar Penas. ²
Frank Javier Batista Pupo. ³
Alina María Pérez Pérez. ⁴

¹ Universidad de Ciencias Médicas de Holguín, Policlínico Fray Benito Holguín, Cuba, felix.montero@nauta.cu

² Universidad de Ciencias Médicas de Holguín, Policlínico Fray Benito Holguín, Cuba, leyramadayaguilar@gmail.com

³ Universidad de Ciencias Médicas de Holguín, Policlínico Fray Benito, Holguín, Cuba, fbatista96@nauta.cu

⁴ Universidad de Ciencias Médicas de Holguín, Policlínico Fray Benito Holguín, Cuba, alina@infomed.sld.cu

Resumen:

Introducción: El embarazo constituye una de las etapas más importantes en la vida de la mujer, que en ocasiones trae consigo algunos trastornos que pudieran implicar peligro para la madre y/o el feto.

Objetivo: caracterizar el comportamiento de los factores de riesgo de la hipertensión gestacional en embarazadas.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, de corte transversal en los consultorios Fray Benito 1 y Fray Benito 2 del Policlínico Fray Benito del municipio de Rafael Freyre, el período comprendido desde enero 2020 a septiembre 2021. El universo estuvo constituido por 39 embarazadas de los consultorios estudiados, y la muestra quedó conformada por las 34 gestantes con factores de riesgo para la hipertensión gestacional.

Resultados: El grupo etáreo que predominó fueron las adolescentes nulíparas. Los antecedentes patológicos personales de HTA se encontraron en seis gestantes, la prematuridad fue la más frecuente. La variedad clínica de los trastornos hipertensivos del embarazo de preclampsia leve fue el más incidente.

Conclusiones: los factores no controlados influyen en la morbilidad obstétrica.

Palabras clave: embarazo, hipertensión, factores de riesgo.

INTRODUCCIÓN

El embarazo constituye una de las etapas más importantes en la vida de la mujer, que en ocasiones trae consigo algunos trastornos que pudieran implicar peligro para la madre y/o el feto. Nunca antes la OMS ha tenido un reto tan grande como el de reducir la morbilidad y mortalidad por complicaciones en el embarazo. Para enfrentar desde la Atención Primaria de Salud (APS) este reto, se debe tener un enfoque médico integral a la mujer. ⁽¹⁾

La Hipertensión Arterial (HTA) es una de las complicaciones más frecuentes en el embarazo y una causa significativa de morbilidad materno-fetal, ocurre entre el 10 y el 15 % de todas las gestaciones que llegan cerca de su término. ⁽¹⁾

La preeclampsia se evidencia como la manifestación hipertensiva más frecuente del embarazo, siendo ésta una enfermedad de gran complejidad para la que se requiere un manejo de alto nivel de complejidad dentro del sistema de prestadores de servicios de salud. ^(4, 12, 13). Su diagnóstico lleva implícita siempre la presencia de una disfunción orgánica múltiple que conduce a vigilar los criterios de compromiso severo de cada uno de los órganos vitales, condición que ha sido considerada la base clínica para entender la alta morbilidad de dicha patología. ^(5, 14, 15). Cuando la gestante es diagnosticada con Hipertensión Gestacional (HG), su embarazo pasa a ser de alto riesgo, ya que si la presión sanguínea es elevada, aumenta la resistencia en los vasos sanguíneos, lo que puede perjudicar el flujo sanguíneo en muchos de los órganos de la madre embarazada, entre los que se incluyen el hígado, los riñones, el cerebro, el útero y la placenta. ^{(6), (7)}.

Las tasas de mortalidad materna por enfermedad gravídica continúan siendo altas a escala mundial, manteniéndose como la primera causa de muerte materna en países desarrollados y la tercera causa en los países en vías de desarrollo, lo cual representa cuatro defunciones por cada 100 mil nacimientos. ^(7, 18, 19). Según una estimación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) más de 200.000 muertes maternas ocurren cada año en el mundo como consecuencia de las complicaciones derivadas de la preeclampsia - eclampsia. ⁽⁸⁾.

En Cuba la HTA es la tercera causa de muerte materna y juega un significativo papel como causa de niños nacidos muertos y de morbilidad neonatal, entre las que se encuentran el bajo peso al nacer, la emisión de meconio durante el embarazo y/o parto y el Apgar bajo al nacer. ⁽¹⁻⁶⁾. Según reportes estadísticos en el año 2020 la tasa de mortalidad por trastornos hipertensivos en el embarazo fue de 0.8. ^(15,16, 17). La incidencia de esta enfermedad, según estudios cubanos, puede aumentar con la edad, se ha detectado hasta un 28, 5 % en gestantes de 40 años y más. ⁽⁶⁾ Actualmente se considera una prioridad para el Programa de Atención Materno Infantil (PAMI) en Cuba la prevención, diagnóstico precoz, control, seguimiento y tratamiento oportuno de la HTA en el embarazo por sus complicaciones para la madre, el feto y el neonato. ^(2,7).

Basados en la problemática y los daños que ocasiona en la morbilidad tanto materna como fetal, motivó a la realización del presente estudio para conocer el comportamiento de los factores de riesgo de la Hipertensión Gestacional en el consultorio ocho, del área de salud René Ávila Reyes, Holguín. Planteando como problema científico: ¿Cuál fue el comportamiento de los factores de riesgo de la Hipertensión Gestacional en pacientes pertenecientes a los consultorios Fray Benito 1 y Fray Benito 2 del Policlínico Fray Benito, municipio de Rafael Freyre, Holguín?

OBJETIVO: Caracterizar el comportamiento de los factores de riesgo de la hipertensión gestacional en embarazadas pertenecientes a los consultorios Fray Benito 1 y Fray Benito 2 del Policlínico Fray Benito del municipio de Rafael Freyre, el período comprendido desde enero 2020 a septiembre 2021.

I. MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, de corte transversal en los consultorios Fray Benito 1 y Fray Benito 2 del Policlínico Fray Benito del municipio de Rafael Freyre, el período comprendido desde enero 2020 a septiembre 2021. Con el objetivo de caracterizar el comportamiento de los factores de riesgo de la hipertensión gestacional en embarazadas.

I. *UNIVERSO Y MUESTRA:*

El universo estuvo constituido por 39 embarazadas de los consultorios Fray Benito 1 y Fray Benito 2 del Policlínico Fray Benito del municipio de Rafael Freyre, el período comprendido desde enero 2020 a septiembre 2021, y la muestra quedó conformada por 34 embarazadas del consultorio 1 y 2.

II. *ANÁLISIS DOCUMENTAL:*

Para la recogida de la información teórica, su procesamiento, búsqueda y definición de rasgos esenciales que permitió realizar la valoración de los resultados y compararlos con diferentes fuentes bibliográficas. Fue necesario revisar múltiples documentos, entre ellos los que rigen el programa materno infantil en Cuba y la documentación de la carpeta metodológica para la atención primaria de salud en los acápites pertenecientes al tema tratado y las historias clínicas individuales de cada paciente (Historia Clínica Obstétrica o tarjeta de embarazada). (Fuente Secundaria.)

III. *RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:*

Para realizar el estudio se revisó el registro estadístico del área, las historias clínicas obstétricas, no se reveló en ningún momento la identidad de las pacientes estudiadas, sólo fue del conocimiento de la autora con fines investigativos. La evaluación tuvo un carácter integral, es decir a nivel de programa (indicadores). No se ofrece resultado independiente. Los datos obtenidos de las posibles deficiencias no se utilizaron con fines ajenos a este estudio. En ningún caso se relacionaron los resultados con las personas. Los resultados obtenidos se ubicaron en tablas para facilitar su análisis y discusión. Se compararon los resultados con lo planteado en la bibliografía nacional e internacional.

IV. *PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN:*

Se efectuó la triangulación de la información obtenida mediante la aplicación de los métodos empíricos, los métodos teóricos y el procesamiento estadístico, lo que permitió el análisis de los resultados y arribar a conclusiones.

RESULTADOS

Tabla 1. Distribución de embarazadas según edad.

Edades	No.	%
-19	15	44,1
20-35	10	29,4
36 o +	9	26,5

La distribución de las embarazadas según la edad se muestra en la tabla uno. Las adolescentes fueron el grupo que predominó con 15 gestantes adolescentes (44,11%). Seguido del grupo de gestantes entre 20 y 35 años de edad, con 10 gestantes (29,41%) y 9 mujeres gestantes de más de 35 años (26,48%).

En estudio realizado en Holguín, en el policlínico Máximo Gómez Báez, autores encabezados por González Marrero, encontraron en la muestra estudiada un predominio en las edades de las gestantes de más de 36 años en un 46,42%. Lo que no coincide con los resultados obtenidos por la presente investigación. Cedeño Escobar, en estudio precedente en el policlínico René Ávila Reyes en su investigación, muestra la tendencia actual de la población a concebir embarazos en edades extremas de la vida, cuando constituye un riesgo tanto para la madre como para el producto de la concepción. Pero sus resultados no coinciden con los de la presente investigación pues plantea que la Enfermedad Hipertensiva Gestacional (EHG) fue más frecuente en pacientes mayores de 35 años; factor de riesgo importante para su prevención. ⁽²⁾

Juan Antonio Suárez se refiere en la variable edad, a que esta se convierte en un factor de riesgo para preeclampsia-eclampsia cuando se presenta el embarazo en sus extremos de riesgo, la adolescencia y la avanzada edad materna. No concordando con la presente investigación sus resultados, que el subtotal de edades extremas en la muestra resultó el 58,01 % del total con 105 mujeres a predominio, dentro del subgrupo de la avanzada edad materna como factor de riesgo: 69 (38,12 %). ⁽²⁾

Blaren Morales en el policlínico de Santa Clara, apreció que la edad de mayor incidencia de estos trastornos fue en el grupo de mujeres con edades comprendidas entre los 20 y los 34 años de edad. Explicando sus resultados a la relación con la edad de mayor actividad sexual y reproductiva. No obstante, las gestantes menores de 20 años también tuvieron una incidencia elevada de 17,3 %, así como las de edad \leq 35 años que constituyeron 13,5 % de su muestra de estudio. Al unir los dos grupos de las edades extremas de la vida reproductiva alcanzó la cifra de 30,8 %. ⁽³⁾

No coincidiendo además con Cuenca Duque, el que, al hacer un análisis de la edad de las gestantes estudiadas con preeclampsia con agravamiento, observó que la edad comprendida entre 20 y 25 años fue la que más predominó con 43,18%; la que menos incidencia obtuvo fue en el rango de menos de 20 años con 11,34%. La media de la edad fue de 26,9 años. ⁽⁸⁾

Tabla 2. Distribución de embarazadas según Paridad.

Paridad	No.	%
Nulípara	19	55,9
Múltipara	15	44,1
Total	34	100,0

La tabla dos permite observar la distribución de las gestantes según su paridad. La nuliparidad en 19 gestantes (55,89%) y la multiparidad en 15 gestantes (44,11 %). Estos resultados en opinión de la autora se corresponden con el predominio de las adolescentes en el estudio y es esperable que sea el primer embarazo el que estemos tratando. Coincidiendo con autores como Yuselis Torres Sánchez que, al analizar el grado de paridad de las gestantes, el 68 % en su estudio fueron nulíparas. Los factores de riesgo asociados a estas enfermedades obtuvieron que el antecedente de un embarazo previo complicado con preeclampsia fue el principal factor asociado. ⁽⁴⁾

Coincidiendo con colectivo de autores en Holguín en el policlínico Máximo Gómez, que encontraron la nuliparidad en el 42,85%. Similares resultados obtuvo Cedeño Escobar en estudios revisados para cualquier variante de la enfermedad se observó que, la predisposición a padecer esta enfermedad es mayor en las mujeres sin historia de embarazos anteriores. Concordado además con Suárez que destaca que la nuliparidad (63; 34,80 %) se comporta como un factor predisponente de hipertensión durante el embarazo. La nuliparidad es factor de riesgo para la aparición de la preeclampsia, fundamentados en la respuesta inmunitaria protectora deficiente que existe en esas pacientes. ⁽¹¹⁾

Coincidiendo además con Yaneya Acosta, que expresa la frecuencia de la nuliparidad y que la mujer primigesta por no haber sometido previamente el útero a la distensión de un embarazo, tiene durante toda su evolución un mayor tono del miometrio que, por compresión, disminuye el calibre de las arteriolas espirales y limita la perfusión sanguínea a esta zona. Comenta que se ha comprobado que la irrigación útero-placentaria está disminuida en un 50 %. ⁽¹⁷⁾

Tabla 3. Variedad clínica de los trastornos hipertensivos del embarazo.

Tipo de trastorno hipertensivo.	No	%
Preclampsia leve.	8	23,52
Preclampsia grave	6	17,64
Eclampsia.	6	17,64
HTA Crónica.	6	17,64
HTA Crónica + Preclampsia o Eclampsia sobreañadida.	3	8,82
HTA Gestacional.	5	14,70

La variedad clínica de los trastornos hipertensivos del embarazo fueron representados en la tabla cinco. Ocho pacientes con preclampsia leve (23,52%), seis gestantes con preclampsia grave, eclampsia y HTA Crónica (17,64%) respectivamente, cinco con HTA Gestacional (14,70%) y por último tres gestantes con HTA Crónica más preclampsia o eclampsia sobreañadida (8,82%).

El predominio de la preclampsia leve en opinión de los autores, se debe a que la asistencia prestada a las embarazadas es temprana y la conducta tomada por el equipo básico de salud en actividad de consulta y terreno permitió identificar tempranamente esta enfermedad en ellas, con la toma diaria de la Tensión Arterial en visitas frecuentes a la gestante.

Elías Angel Ganfong en el Hospital "Dr. Agostinho Neto" de la Provincia de Guantánamo, encontró que la mayoría de las gestantes estudiadas tenían preeclampsia en sus diversos grados, con 45 para el 46,4 % del total de hipertensas. Le siguió en orden de frecuencia la HTA Crónica con 37 para el 38,1%. ⁽¹³⁾

Cuenca en Mayarí hace referencia a que actualmente en Cuba, por la importancia que posee el Programa Nacional Materno Infantil, la búsqueda de gestantes para su control desde sus inicios, constituye la prioridad número uno, mientras más temprano se comienza el seguimiento de una grávida, más factible resulta poder actuar sobre los factores de riesgo que se presenten y sean modificables los estilos de vidas. ⁽¹⁵⁾

Referente a los tipos de trastornos hipertensivos, Blaren encontró un predominio de la HTA crónica en 21 pacientes (40,3 %) de la muestra de estudio, seguido por la HTA gestacional con 11 casos (23,1 %), la preeclampsia leve 15,4 % de los casos y la HTA crónica más preeclampsia o eclampsia sobreañadida 13,5 %. Encontró un solo caso de eclampsia (1,9 %), lo que está dado por la atención esmerada a las formas leves para evitar que lleguen a estas formas graves de la entidad. ⁽¹⁸⁾

II. CONCLUSIONES

- El grupo etario que preponderó fueron las adolescentes nulíparas.
- La variedad clínica de los trastornos hipertensivos del embarazo que predominó fue la preclampsia leve.

REFERENCIAS

1. Sánchez Oliveros B, Marín Santos AB, Sarmiento Rodríguez MP, Gómez Figueroa SM, Ramírez Ramírez JP, Carreño Rodríguez LD. Factores de riesgo que inciden en la hipertensión gestacional en San Gil, Santander. *universalud.rev.ciencias salud Unisangil* 2018; 3(1): 20-30.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. Task force on Hypertension in pregnancy. Hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2018 Nov;122(5):1122-31.
3. Ferrazzi E, Stampalija T, Aupont JE. The evidence for late onset preeclampsia as a maternogenic disease of pregnancy. *Fetal Matern Med Rev.* 2018 Feb; 24(1):18–31.
4. 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 Cubana Med Gen Integr [Internet].* 2017 Sep [citado 2021 Abr 25] ; 25(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000200004&lng=es.
5. Ornaghi S, Tyurmorezova A, Algeri P, Giardini V, Ceruti P, Vertemati E, Vergani P. Influencing factors for late-onset preeclampsia. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2018 Sep;26(13):1299–302.
6. Aksornphusitaphong A, Phupong V. Risk factors of early and late onset pre- eclampsia. *J Obstet Gynaecol Res.* 2018 MAr;39(3):627–31.
7. Herrera JA, Herrera-Medina R, Herrera-Escobar JP, Nieto-Díaz A. Reduction of maternal mortality due to preeclampsia in Colombia an interrupted time series analysis. *Colomb Med.* 2018; 45(1): 25-31.
8. Sánchez Mendoza CI, García Araujo MA, Díaz Montiel JC, Miranda Vargas LN, Vargas Alemán CL, Cuevas George L. Prevalencia de hipertensión arterial sistémica, diabetes gestacional y dislipidemias en puérpera del Hospital Materno Perinatal «Mónica Pretelini Sáenz» en el Estado de México. *Arch Inv Mat Inf.* 2019; 5 (3): 107-112.
9. Álvarez Ponce VA, Alonso Uría RM, Muñiz Rizo M, Martínez Murguía J. Caracterización de la hipertensión inducida por el embarazo. *Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia* 2019; 40(2):165-174.
10. Guzmán Juárez W, Ávila Esparza M, Contreras Solís RE, Levario Carrillo M. Factores asociados con hipertensión gestacional y preeclampsia. *Ginecol Obstet Mex* 2019;80(7):461-46 .
11. Romero Arauz JF, Ortiz Díaz CB, Leños Miranda A, Martínez-Rodríguez OA. Evolución de hipertensión gestacional a preeclampsia. *Ginecol Obstet Mex* 2020;82:229-235.
12. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Trastornos hipertensivos del embarazo, guía de práctica clínica Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normatización MSP; 2019.
13. Rosas Peralta M, Borrayo Sánchez G, Madrid Miller A, Ramírez Arias E, Pérez Rodríguez E. Hipertensión durante el embarazo: el reto continúa. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2019;54 Supl 1:S90-111.
14. Nápoles Méndez D. Nuevas interpretaciones en la clasificación y el diagnóstico de la preeclampsia. *MEDISAN* 2019; 20(4):517.

15. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud, 2019. 44 ed. LaHabana: MINSAP; 2020.
16. Oficina nacional de estadística e Información de la República de Cuba. Anuario Demográfico: Centro de estudios de Población y Desarrollo Edición, 2018. La Habana: Oficina nacional de estadística e Información de la República de Cuba; 2020.
17. Holguín. Dirección Provincial de Salud, Dirección Provincial de Estadística. Anuario estadístico de Salud. Holguín: Dirección Provincial de Estadística; 2020.
18. Pacheco Romero J. Del editor sobre las guías de hipertensión en el embarazo del ACOG. Rev Peruana Ginecol Obstet. 2018 [citado 11 mar 2021]; 59(4). Disponible en: <http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/58/53>