

Complicaciones materno-fetales en embarazadas con hipertensión arterial en el servicio de Ginecología del Hospital Regional de Coronel Oviedo. 2013 al 2015

Maternal-fetal complications in pregnant women with arterial hypertension in the gynecology service of the Regional Hospital of Coronel Oviedo. 2013 to 2015

Meza-Aquino, A. N.¹; Kawabata, A.^{2*}

¹Andrea-Natalia Meza-Aquino – Egresada de la Carrera de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Caaguazú.

^{2*}Aníbal Kawabata – ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3960-435X> Correo electrónico de correspondencia: bhatayazz2204@hotmail.com, Laboratorio Central de Salud Pública, Asunción, Paraguay.

Fecha de aceptación: 01/06/2018

Nota del Editor: Este artículo fue publicado originalmente en la Revista de la Facultad de Ciencias Médicas Vol 1 Núm 1. Dado que la revista fue discontinuada, se republica aquí con autorización de la Facultad y de sus autores/as, al solo efecto de su difusión.

Resumen

Los trastornos hipertensivos del embarazo forman parte de un conjunto de alteraciones vasculares que complican el curso de un embarazo y junto con las infecciones y hemorragias ocupan las principales causas de mortalidad materna y perinatal en todo el mundo. El estudio se realizó con el siguiente objetivo: Conocer las complicaciones materno – fetales más frecuentes en embarazadas con hipertensión arterial en el servicio de Ginecología. El diseño aplicado fue cuantitativo, observacional, descriptivo y retrospectivo de corte transversal. Para la obtención de los resultados, se incluyó un total de 54 pacientes con una media de edades de $26,6 \pm 7,3$ años, el 52% proviene del área rural, en el 24% se constató que el número de controles prenatales fueron suficientes. Se constató como complicaciones prevalentes en un 31% hipertensión uterina, 26% abrupcio placentae, mortalidad fetal 2%. En conclusión, se ha constatado que las complicaciones materno-fetales con mayor frecuencia han sido la hipertensión uterina, retraso del crecimiento uterino y la Policitemia en recién nacidos, presentándose con mayor frecuencia en mujeres de 20 a 24 años con nivel educativo bajo y de procedencia rural.

Palabras claves: complicaciones, morbilidad materna.

Abstract

Hypertensive disorders of pregnancy are part of a set of vascular disorders that complicate the course of pregnancy and with infections and bleeding occupy the leading causes of maternal and perinatal mortality throughout the world. The study was carried out with the following objective: To determine the frequency of maternal complications - in pregnant women with fetal blood pressure in the service of Gynecology. The design applied was quantitative, observational, descriptive study of crosscut. To obtain the results, a total of 54

patients were included with an average age of 26.6 ± 7.3 years, 52% comes from the rural area, 24% was found enough prenatal visits. It was found as prevalent complications in uterine hypertonus 31%, 26% placental abruption, fetal mortality 2%. In conclusion, with these results, it is concluded that maternal-fetal complications are high in the study population, resulting more frequently in uterine hypertension, uterine growth retardation and polycythemia, and that it presents with a greater proportion in young people with low educational level and of rural origin.

Keywords: complications, maternal morbidity.

Introducción

Las complicaciones hipertensivas del embarazo son causa importante de morbilidad severa, discapacidad crónica y muerte entre las madres, los fetos y los recién nacidos. En África y Asia, casi una décima parte de las muertes maternas están relacionadas con estas complicaciones y en América Latina, una cuarta parte. Dentro de los trastornos hipertensivos que complican el embarazo, la preeclampsia y la eclampsia son las causas principales de morbilidad y mortalidad maternas y perinatales. Pese a una reducción significativa del número de muertes maternas, el ritmo de esa disminución es de poco más de la mitad de la necesaria para alcanzar la meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de reducir en tres cuartas partes la razón de mortalidad materna entre 1990 y 2015. Mejorar y optimizar la asistencia sanitaria para prevenir y tratar los trastornos hipertensivos en las mujeres es un gran paso necesario e importante para el cumplimiento de los ODM (World Health Organization, 2015).

Según Chiara et al (1996/8), la etiopatogenia de la preeclampsia es desconocida, pero la placentación

inadecuada ha sido sugerida como un posible factor etiológico (Manual de Diagnóstico y Tratamiento en Obstetricia y Perinatología, 1997). Este proceso involucra la infiltración anormal del citotrofoblasto en el endometrio, generando problemas en las arterias como la pérdida de elasticidad, lo que puede afectar el remodelado vascular y el aporte sanguíneo al feto, llevando a una hipoxia placentaria local

El manejo médico es ineficaz debido a la presentación tardía de la enfermedad; el problema generado por su etiología y naturaleza impredecible es lo que lleva a la complicación, que hace necesario contar con un control efectivo de la preeclampsia y sugerir las medidas para aplicarlas en cualquier parte de la población. La presente revisión de la literatura proporciona evidencia sobre el diagnóstico, prevención, tratamiento de la preeclampsia Ministerio de Salud Pública (MSP, 2009). A nivel mundial, la incidencia del trastorno hipertensivo como la preeclampsia oscila entre 2-10% de los embarazos, la cual es el precursor de la eclampsia y varía en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la incidencia de preeclampsia es siete veces mayor en los países en vías de desarrollo que en los desarrollados (2,8% y 0,4% de los nacidos vivos respectivamente) (MSP, 2009).

La incidencia de eclampsia en los países desarrollados de Norteamérica y Europa es similar y se estima alrededor de 5 a 7 casos por cada 10.000 partos, mientras que en países en desarrollo es variable, oscilando entre 1 caso por cada 100 embarazos a 1 por cada 1.700 embarazos. Las tasas de los países africanos como Sudáfrica, Egipto, Tanzania y Etiopía varían de 1,8% a 7,1% y en Nigeria, la prevalencia oscila entre 2% a 16,7% (MSP, 2009).

Teniendo en cuenta estos aspectos, el presente estudio tiene como objetivo identificar las complicaciones materno fetales debido a la hipertensión arterial, de manera a establecer un diagnóstico precoz y oportuno con el fin de evitar complicaciones.

Materiales y métodos

Tipo de estudio y diseño general: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal.

Población de estudio: Gestantes con hipertensión arterial que acudieron al Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Coronel Oviedo, en el periodo comprendido entre enero de 2013 hasta diciembre de 2015.

Muestreo: Para la recolección de los datos, se aplicó un muestreo no probabilístico de casos consecutivos.

Cálculo del tamaño de la muestra: Se ha recurrido a la base de datos del Hospital Regional de Coronel Oviedo en el Servicio de Ginecología y Obstetricia hallándose una población de 454 embarazadas con hipertensión arterial. Se calculó el tamaño de la muestra se utilizó una proporción esperada del 5%, nivel de confianza del 95% y con un efecto de diseño de 1.0. Luego de establecer los parámetros descriptivos y una precisión del 6% se

obtuvo el tamaño de la muestra de 46 (n=46). Se ha aplicado el programa estadístico EPIDAT 4.0.

Unidad de Análisis: Gestantes que acudieron al Servicio de Ginecología y Obstetricia con hipertensión arterial, del Hospital Regional de Coronel Oviedo, en el periodo comprendido entre el año 2013 al 2015.

Criterios de inclusión:

- Embarazadas diagnosticadas con hipertensión en el embarazo.
- Ficha de pacientes embarazadas e hipertensas con complicaciones maternas- fetales.

Criterios de Exclusión:

- Fichas que no reúnan los datos clínicos completos o variables a ser analizadas por el equipo investigador.

Técnica de recolección de los datos: Se realizó a través de un cuestionario acorde a los objetivos específicos y general, a partir de fichas clínicas completas de gestantes con diagnóstico de hipertensión en el embarazo, con previa autorización del Director del Hospital.

Procesamiento y análisis de la información: Se ingresaron los datos en el Excel 2010. Para el análisis de datos se utilizó el software estadístico Stata 11.0®. Las variables cuantitativas fueron descriptas a través de medidas de tendencia central y dispersión.

Consideraciones Éticas: Como este es un estudio sin procedimientos invasivos, no se observaron eventos adversos directamente relacionados con la participación en el mismo. Con previa autorización del Comité de Investigación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Caaguazú y aprobación del Director del Hospital Regional, el estudio consiste en la revisión de historias clínicas del Departamento de Archivo del Hospital Regional de Coronel Oviedo, dándose a conocer solo los resultados, a modo de proteger la integridad de los pacientes.

Resultados

Se hallaron 54 fichas de pacientes embarazadas con hipertensión arterial y complicaciones las cuales acudieron al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo, en el periodo comprendido entre el año 2013 al 2015.

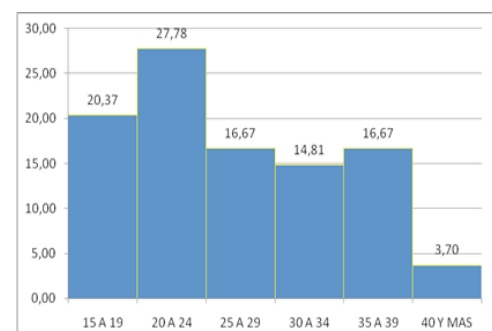


Figura 1. Distribución de embarazadas según franja etaria. Hospital regional de coronel Oviedo. 2013 al 2015 (n=54).

Las edades presentaron una mediana de 25 años con valores intercuartílicos entre 21 y 34 años, con mínima de 15 y una máxima de 43 años. La distribución por grupo de edades más frecuentes fueron: 11 (20,3%) pertenecientes al grupo de 15 a 19 años, y 15 (27,7%) 20 a 24 años.

Dentro de los nacidos se constató un peso promedio de 2.973,3 ± 803,4 con un peso de 1.940 gramos en el percentil 10, y 4.000 gramos para el percentil 90. Un promedio de 37,2 ± 2,6 cm de perímetro cefálico. Promedio de 48,9 ± 3,9 cm de longitud. El 31(57%) fueron del sexo masculino, y el 23 (43%) del sexo femenino.

En cuanto a la puntuación de APGAR a los 5 minutos se constató un puntaje de 8 en el 23 (42,5%) de los recién nacidos.

Tabla 1. Características natales de recién nacidos. Hospital regional de Coronel Oviedo. 2013 al 2015 (n=54)

Variable	Promedio	Li – Ls	P 10%	P 90%
Peso (Gramos)	2.973,3 ± 803,4	1.050 – 4.700	1.940	4.000
Perímetro Cefálico (Cm)	32,7 ± 2,6	23 – 38	30	36
Longitud (Cm)	48,9 ± 3,9	34 – 58	45	53

Dentro los factores de morbimortalidad fetal analizados, se constató en mayor proporción de restricción del crecimiento intrauterino en un 14 (26%), seguido de Policitemia en un 8 (15%) (Tabla 2).

Tabla 2. Factores de morbimortalidad fetal. Hospital Regional de Coronel Oviedo. 2013 al 2015 (n= 54).

Variable	Sí
RCIU	26%
Hipoglicemia	13%
Policitemia	15%
Muerte Neonatal	2%

Respecto a las madres incluidas dentro del estudio se constató una mortalidad fetal de 1 (2%). Dentro de los factores de morbi-mortalidad materna se constató la hipertensión uterina en un 17 (31%) de las complicaciones, en un 6 (11%) pre-eclampsia refractaria, en un 3 (6%) edema agudo de pulmón, 14 (26%) abrupto placentae, 9 (16%) insuficiencia renal aguda.

De las 54 pacientes estudiadas, el promedio de edades de las gestantes hipertensas fue de 26,6± 7,3 años, con edad máxima de 43 y mínima de 15 años. La hipertensión arterial se presentó con mayor frecuencia entre los 20 - 24 años lo que muestra un predominio de presentación de este síndrome clínico en pacientes jóvenes, mientras que hay menor proporción en las edades avanzadas.

Tabla 3. Factores de morbi-mortalidad materna. Hospital Regional de Coronel Oviedo. 2013 al 2015 (n=54)

Variable	Sí
Hipertonia Uterina	31%
Preeclampsia Refractaria	11%
Edema Agudo de Pulmón	6%
Abruptio Placentae	26%
IRA	16%

Discusión

En la mayoría de los estudios que se ha hecho, las edades extremas de la vida reproductiva de la mujer (menor de 20 y mayor de 35 años) han estado asociadas estadísticamente con la preeclampsia (Cunningham et al., 2004).

En un trabajo de investigación elaborado en el Hospital Gineco-obstétrico "Mariana Grajales" de Santa Clara Colombia, en el periodo de enero del 2006 a diciembre del 2008 se encontró que las edades extremas de la vida aparecen con similitudes, 108 mujeres mayores de 35 y 115 adolescentes, 223 en subtotal. Aparecen entre los 20-35 años un total de 154 pacientes con diagnóstico de preeclampsia grave (40,8 %), seguidos de (30,5 %) que corresponden a 115 adolescentes y (28,6 %) a 108 mujeres mayores de 35 años. La media de edad del grupo de gestantes con preeclampsia grave fue 26,8 años con una desviación estándar de 8,5 años (Suárez et al., 2009).

De los datos sociodemográficos de gestantes con diagnóstico de hipertensión arterial, en cuanto a la profesión el 35,1% fue desocupada, en mayor proporción provenientes de la zona rural, en el estado civil predominó unión libre, y en un 54% de las gestantes completo sus estudios secundarios.

En un estudio descriptivo, observacional, de corte transversal; se estudió un total de 162 pacientes, que entraron al servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque Nicaragua, con diagnóstico de preeclampsia en embarazos fuera de término donde fue hallado que el 74% (120 pacientes) su estado civil era unión libre, el 11,9% (19 pacientes) casadas y 23 para 14,1% solteras (Schwarcz, 2005).

Dentro de las características prenatales, de las mujeres embarazadas se constató un promedio de 37,5 ± 2,15 semanas de gestación. De las vías de terminación del parto en un 53% fue por vía cesárea y 47% por vía vaginal. En cuanto al número de controles prenatales el 24% obtuvo un número suficiente de controles prenatales.

Se hizo un estudio descriptivo y retrospectivo acerca de la incidencia de ciertos factores de riesgo en la preeclampsia en el Hospital Universitario Ginecoobstétrico "Eusebio Hernández" de la Habana, Cuba el cual arrojó que la mayoría de las pacientes con preeclampsia grave estuvieron comprendidas en el grupo con edad gestacional de 37 a 41,6 semanas para un total de 35 pacientes al ingreso y en el mismo momento del

parto del parto 37 para un total, respectivamente de 57,3 % y 60,7 % (Ministerio De Salud Pública, 2007).

En cuanto al número de control prenatales, realizó en un 12,9% un control durante la gestación, 12,9% dos controles, en un 25,9% 3 controles, 24% 4 controles y solo en un 24% se constató 5 controles prenatales.

En el hospital Bertha Calderón Roque Nicaragua las pacientes con diagnóstico de preeclampsia tuvieron un control prenatal insuficiente en un 51% (Williams, 1997). Mientras que en el Perfil epidemiológico de embarazadas atendidas en el Hospital Universitario "Dr. Ángel Larralde" de Carabobo, Venezuela encontramos que el 25% no presentaba ningún control prenatal mientras que el 49% se presentó con un número de controles deficientes estimados entre 1 y 2 mientras que en un 26% presentaban más de 5 controles prenatales (Ministerio De Salud Pública, 2008). En un estudio en el Hospital Provincial General de Latacunga sobre los factores de riesgo que determina la aparición de preeclampsia de las pacientes investigadas 80 (78,43%) se realizaron menos de 3 controles prenatales y 22 pacientes (21,57%) tuvieron más de 3 controles prenatales (Ministerio de Salud Pública, 2008).

En cuanto a las vías de terminación del parto en un 53% fue por vía cesárea y 47% por vía vaginal. Dentro del área de maternidad del Hospital "Julio C. Perrando", Chaco, Argentina se encontró una incidencia de cesárea por preeclampsia muy baja apenas del 1 % mientras que el 99% de pacientes su vía de terminación fue vaginal (Bolte A et al., 2001).

En nuestro estudio las características natales de niños de madres hipertensas; se constató un peso promedio de $2.973,3 \pm 803,4$ con un peso de 1.940 gramos en el percentil 10, y 4.000 gramos para el percentil 90. Un promedio de $37,2 \pm 2,6$ cm de perímetro cefálico. Promedio de $48,9 \pm 3,9$ cm de longitud. El 57% fueron del sexo masculino, y el 43% del sexo femenino.

En Hospital Universitario De Neiva, se ha hallado que las embarazadas con preeclampsia tuvieron recién nacido con peso bajo para la edad gestacional Bolte A et al., 2001). Por otro lado Balestena Sánchez en su estudio encontró que el 77,5% de los recién nacidos con preeclampsia tuvieron un peso inferior a 2.500 gramos (Trujillo et al., 2004). Algo similar se observó el Hospital Nacional de Maternidad, Chile el bajo peso al nacer como complicación neonatal de la preeclampsia un 39,9% (Távora et al., 1994).

Dentro de los factores de complicaciones maternas se constató la hipertensión uterina en un 31% de las complicaciones.

Por otro lado en el Hospital Bertha Calderón Roque Nicaragua se halló un 3,7% de mujeres preeclámpicas que presentaron hipertensión uterina (Távora et al., 1994). Sibai reportó 3% de casos con trastornos hipertensivos que desarrollan este síndrome clínico como complicación del mismo (Pinedo et al., 1995).

Dentro de las complicaciones fetales, se constató en mayor proporción de restricción del crecimiento

intrauterino en un 26%, seguido de policitemia en un 15%, con una mortalidad fetal del 2%.

En un estudio que fue realizado por la Dra. Olga Ravetti y colaboradores en Chile sobre morbilidad perinatal en preeclampsia se halló un 8% de muertes neonatales a causa de preeclampsia (Alva y Rojas, 1997). De la misma manera un estudio realizado en el Hospital Ernesto Guevara de la Serna de la provincia Las Tunas, Cuba se encontró muerte neonatal en 9%. Scatt J. reporta en su estudio un 14.8 % de muertes neonatales. Rodrigo. Cifuentes B. reporta en su estudio un 15.7 % de muertes neonatales. Avanta CV. Reporta en su estudio un 18 % de muertes neonatales (Sesmeros, 1997).

Conclusiones

Con estos resultados se concluye que las complicaciones materno-fetales más frecuentes en la población de estudio han resultado ser la hipertensión uterina, retraso del crecimiento uterino y policitemia. La edad de presentación de las gestantes hipertensas fue con una edad máxima de 43 y mínima de 15 años.

La hipertensión arterial se presentó con mayor frecuencia entre los 20 -24 años. En cuanto a los datos socio demográficos referente a la procedencia, acuden al servicio de la zona rural, por su parte el nivel educativo predominante fue el de secundaria completa. En lo que respecta al estado civil el mayor número de mujeres vivían en unión libre. La mayoría de las embarazadas se encontraban desocupadas en cuanto a la situación laboral.

De acuerdo a los factores de morbimortalidad fetal analizados, se constató en mayor proporción de restricción del crecimiento intrauterino, y en los recién nacidos la Policitemia.

Se ha hallado entre los factores de morbi-mortalidad materna con mayor frecuencia la hipertensión uterina como complicación.

De las vías de terminación del parto en mayor número fue por vía cesárea.

En cuanto al número de control prenatal se obtuvo un número suficiente de controles prenatales.

En cuanto a la puntuación más frecuente de APGAR a los 5 minutos se constató un puntaje de 8 de los recién nacidos.

Agradecimientos:

Parte de estos resultados formaron parte de la Tesis de Grado de Andrea Natalia Meza Aquino, Carrera de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Caaguazú, Coronel Oviedo, Paraguay.

Referencias Bibliográficas

- Alva, J., Rojas, S. (1997). Trombocitopenia en gestantes con preeclampsia severa y eclampsia. *Ginecol Obstet Perú*, 43(2), 138-141.
- Bolte A, et al. (2001). Fisiopatología de la preeclampsia y papel de la serotonina. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* Ed. Española, 1:322- 332.
- Chiara B, et al. (1996). Blood pressure patterns in normal pregnancy and in pregnancy induced hypertension, preeclampsia and chronic hypertension. *Obstet. Gynecol*, 8(4.1).
- Cunningham, G. Hauth, J. W. (2007). *Obstetrician*. 22a ed, México- Mc Graw Hill. 12. *JOSEFINA L.A. y otros. Medical. Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina. (Argentina)*, 165:12-14. 13.
- Manual de Diagnóstico y Tratamiento en Obstetricia y Perinatología. (1997). Colectivo de Autores de ciencias médicas.
- Ministerio de Salud Pública. (2009). Comisión Nacional para el monitoreo y reducción de las muertes de mujeres por causa del embarazo, parto, cesárea, puerperio y aborto. Informe. Recuperado de: www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?3920,18451
- Ministerio De Salud Pública. (1997). Guías de salud sexual 111 y reproductiva capítulo: Normas de Atención a la mujer en el embarazo. Uruguay, MSP, 226.
- Ministerio De Salud Pública. (2008). Normas y Protocolos de Atención Materno Neonatal. Quito.MSP. Recuperado de : www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D64.pdf
- Ministerio De Salud Pública. (2008). *Normas y Protocolos Maternos.Trastornos Hipertensivos del Embarazo*. Quito. MSP, 165-192.
- Pinedo, A., Tavaram L., Chumbe, O., Parra, J. (1995). Factores de riesgo asociados a la mortalidad materna. *Ginecol Obstet Perú*, 41:52-64.
- Schwarcz, R. (2005). *Obstetricia. Preeclampsia. 6ta Edición. El Ateneo. Buenos Aires. 862.*
- Sesmeros, JR. (1997). Conducta obstétrica en la preeclampsia grave y síndrome de Hellp antes de término: aspectos actuales. *Toko Gin Pract* 56(3), 131-139
- Suárez González, J. A. et al. (2009). Comportamiento materno y perinatal de un grupo de gestantes con preeclampsia grave. *Rev Cubana Obstetricia y Ginecología*, 35(3):145-152.
- Távora, L., Parra, J., Chumbe, O., Ayasta, C. (1994). Repercusiones maternas y perinatales de la hipertensión inducida por el embarazo. *Ginecol Obstet, Perú* 34, 52-90.
- Trujillo, Y., Cortés, L., Herrera, J. (2004). Perfil epidemiológico de las pacientes con diagnóstico de restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) que consultaron al Servicio De Ginecoobstetricia Del Hospital Universitario De Neiva. Universidad Surcolombiana.
- Williams, D.J. (1997). The pathophysiology of preeclampsia. *Intensive Care Med*. México, 23 (20):201-211.
- World Health Organization. (Mayo 2015). *Centro de Prensa. Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs290/es/>