

EMBARAZO COMPLICADO CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL HOSPITAL ROATÁN, HONDURAS

Pregnancy-induced hypertension at Hospital Roatán, Honduras

Adolfo-Enrique Lizardo,¹ Gustavo A. Moncada-Paz,² Iván Espinoza Salvadó³

¹Médico en servicio social período 2009-2010; Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

²Cardiólogo Intervencionista, Profesor Titular Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

³Maestría en Salud Pública, Profesor Titular III Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

RESUMEN. Introducción: La hipertensión arterial en el embarazo amenaza la salud y la vida del binomio madre-hijo; su diagnóstico oportuno es una prioridad. El objetivo de este estudio fue determinar la frecuencia del embarazo complicado con hipertensión arterial y factores de riesgo asociados en un grupo de mujeres de Roatán, Islas de la Bahía, Honduras, realizado entre diciembre de 2009 y marzo de 2010. **Pacientes y Métodos:** Descriptivo transversal cuyo universo poblacional fueron todas las mujeres embarazadas con ≥ 20 semanas de gestación que acudieron a la consulta externa y la emergencia del Hospital Roatán, realizado entre diciembre de 2009 y marzo de 2010, obteniendo una muestra de 28 mujeres embarazadas. Previo consentimiento informado, se utilizó una encuesta estructurada para recolectar la información. **Resultados:** Se encontró un 10.7% de embarazos complicados con hipertensión arterial de los cuales un 66.7% presentó hipertensión gestacional y 33.6% preeclampsia. Todas las embarazadas tenían acceso a la red de servicios de salud, de las cuales el 89% recibía el control de embarazo por médico general en los centros de atención primaria del estado y las embarazadas complicadas eran referidas al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital. El 32.1% eran primigestas, el 3.6% consumía alcohol y ninguna tabaco ni drogas ilícitas. Dentro de los antecedentes familiares el 32.1% tenían algún familiar consanguíneo con hipertensión arterial, 21.4% diabetes mellitus y ninguna con preeclampsia, eclampsia u obesidad. Además de la hipertensión arterial, no se encontraron complicaciones maternas ni fetales relacionadas. **Conclusión:** En Roatán la frecuencia de embarazo complicado con hipertensión arterial es similar a lo reportado en la literatura, pero reflejan la necesidad de utilizar adecuadamente la hoja de atención prenatal, ya que es un documento ampliamente estructurado que permite identificar los factores de riesgo tempranamente para prevenir las posibles complicaciones, tanto maternas como fetales.

Palabras clave: Hipertensión gestacional, hipertensión, preeclampsia, eclampsia.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la salud (OMS) reconoce cuatro diferentes tipos de presentación de embarazo complicado con Hipertensión Arterial (HTA): a) HTA crónica ya existente antes del embarazo o que se presenta en las primeras 20 semanas de gestación (SG); b) HTA gestacional, la cual se presenta después de las 20 SG y desaparece con el parto; c) Pre-eclampsia, que se caracteriza por HTA, proteinuria y edema de miembros inferiores; y d) Eclampsia, constituida por la preeclampsia más síndrome convulsivo.^{1,2}

La HTA complicando al embarazo puede ocurrir con una frecuencia de aproximadamente 10-15% según reportes en diferentes países.³⁻⁷ En Honduras, la hipertensión arterial afecta al 20% de la población mayor de 20 años, en general sin relación al embarazo, y ocupa el sexto lugar en el grupo de enfermedades de notificación obligatoria,⁸ por lo cual es primordial la protección del binomio madre-hijo, contemplándose la reducción de la mortalidad materna como una de las dos metas del objetivo número cinco del desarrollo del milenio,⁹ así como, parte de la estrategia de reducción de la pobreza. Es importante destacar los factores de riesgo asociados al embarazo complicado con HTA, tales como los antecedentes

personales de hipertensión arterial, preeclampsia, eclampsia, diabetes mellitus, las inadecuadas condiciones socioeconómicas, la no suplementación de folatos y obesidad^{10,11}, así como, el uso de alcohol, drogas ilícitas y tabaco.¹² En Roatán no existen estudios sobre embarazo complicado con hipertensión arterial, por lo que se determinó investigar la frecuencia del embarazo con tal complicación y sus factores de riesgo para hacer intervenciones oportunas que nos permitan prevenir en el futuro sus consecuencias tanto maternas como fetales.

Desde hace varios años, tanto en las unidades productoras de salud de la Secretaría de Salud Pública como del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) se implementó un protocolo de control del embarazo, con el objetivo de identificar los factores de riesgo entre ellos la HTA.^{13,14}

La presente investigación se desglosa de un estudio multicéntrico nacional asesorado por la Unidad de Investigación Científica (UIC) de la Facultad de Ciencias Médicas (FCM) de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), en mujeres embarazadas con gestación mayor a 20 semanas residentes en localidades asignadas a los médicos en servicio social.

PACIENTES Y MÉTODOS

El presente estudio forma parte de un estudio nacional desarrollado en varios municipios de Honduras y que en un futuro serán consolidados.

Recibido el 02/10/ 2011, aceptado con modificaciones el 17/10/ 2011

Dirigir correspondencia a: Dr. Adolfo E. Lizardo Rodríguez, Residencial San Ignacio segunda avenida, quinta calle, casa número 3530, Tegucigalpa, Honduras. Teléfono: (504) 2231 0767, móvil: (504) 9901 6567. Correo E: fito_ii@yahoo.com

Se trata de un estudio descriptivo transversal cuyo universo poblacional fueron las mujeres embarazadas con ≥ 20 semanas de gestación, que acudieron al Hospital Roatán, de las Islas de la Bahía, sobre el litoral atlántico en la región norte del país, realizado entre diciembre de 2009 y marzo de 2010. Se calculó la muestra por conveniencia, resultando un total de 28 mujeres embarazadas con ≥ 20 semanas de gestación que llegaron al hospital en el periodo determinado, ya sea a la consulta externa o a la emergencia independientemente si el embarazo tenía o no complicaciones.

A cada persona participante se le dió lectura del consentimiento informado, se explicó el propósito del estudio y se obtuvo su consentimiento para participar en el mismo, haciendo hincapié en que su participación era voluntaria y asegurando la confidencialidad de la información. El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación Biomédica (CEIB) de la Facultad de Ciencias Médicas.

Se utilizó una encuesta estructurada aplicada directamente por el investigador principal, recopilando en primer lugar los datos generales de la participante, seguido de sus antecedentes personales incluyendo embarazos previos y el actual. Se enfatizó en los factores de riesgo para desarrollar hipertensión arterial en el embarazo, tales como la historia personal y familiar de HTA, preeclampsia, eclampsia, diabetes mellitus, obesidad, uso de alcohol, tabaco, drogas ilícitas y control prenatal. Se realizó la anamnesis y examen físico, consignando los datos requeridos en la hoja de atención de control prenatal implementada por la Secretaría de Salud Pública,¹⁴ así como, en el instrumento diseñado para la investigación.

Una vez recolectada la información, se procedió a crear una base de datos, la cual se sometió a análisis. Se utilizó el programa Epiinfo 3.02 para el análisis estadístico.

RESULTADOS

CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACION ESTUDIADA

Se encontró que un 82.2% (23/28) pertenecían al grupo de edad 18 a 35 años, un 10.6% (3/28) al grupo menor de 18 años y un 7.2% (2/28) al grupo mayor de 35 años. Respecto a la educación, la primaria completa predominó con un 52.6% (15/28). Todas tenían acceso a la red servicios de salud; un 10.7% (3/28) optó por el servicio médico privado y un 89.3% (25/28) al público. Un 89.3% (25/28) tuvieron control de embarazo por médico general. Con respecto a la fuente de ingreso, un 92.9% (26/28) no trabajaban y eran económicamente dependientes. Un 32.1% (9/28) eran primigestas, de las cuales un 88.9% (8/9) eran nulíparas.

Del total, el 32.1% (9/28) tenía antecedentes familiares de hipertensión arterial, el 21.4% (6/28) de diabetes mellitus y ninguna de preeclampsia, eclampsia u obesidad. El 7.1% (2/28) tenía antecedentes personales de hipertensión arterial y el 3.6% (1/28) de preeclampsia.

El uso de anticonceptivos se observó en el 85.7% (24/28), detectándose un mayor uso de anticonceptivos orales con un 69.7% (19/28), el 17.9% (5/28) usaban anticonceptivos inyectables y no se identificó uso de dispositivo intrauterino (DIU). Se identificó que un 3.6% (1/28) de las participantes consumía alcohol (frecuencia y cantidad no fueron consignados), aunque ninguna consumía tabaco ni drogas ilícitas.

En relación a la duración del embarazo al momento de parto, se reportó que la semana de gestación predominante fue de 40 con un 39.3% (11/28). Se detectó un 3.6% (1/28) con APGAR de 3 y 6 al primer y quinto minuto respectivamente, el cual requirió reanimación. Se encontró un 7.1% (2/28) de óbitos fetales, ambos tenían 32 semanas de gestación, pero en ninguno había historia materna de hipertensión arterial.

CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACION COMPLICADA CON HIPERTENSIÓN

En este estudio el 10.7% (3/28) presentó embarazo complicado con hipertensión arterial. En el 7.1% (2/28) se encontró hipertensión gestacional y en un 3.6% (1/28) preeclampsia, esta paciente tenía antecedente de hipertensión arterial. No hubo casos de eclampsia.

De las entrevistadas que presentaron hipertensión gestacional, el 50% (1/2) tenían antecedentes familiares de hipertensión arterial y el otro 50% (1/2) tenían antecedentes personales de preeclampsia.

En relación al tratamiento médico, a pesar de que había pacientes con antecedentes de hipertensión arterial y de preeclampsia, ninguna recibía tratamiento antihipertensivo, no obstante en ninguna de ellas hubo complicaciones maternas ni del producto.

DISCUSIÓN

En Honduras al igual que el resto de los países latinoamericanos y el mundo, la hipertensión gestacional y la preeclampsia son las dos enfermedades más comunes que complican el embarazo.¹⁵ En este estudio se encontró una frecuencia de 10.7% de embarazos complicados con hipertensión de los cuales correspondió un 7.1% a la hipertensión gestacional y un 3.6% a la preeclampsia. Este porcentaje es similar al reportando en la literatura internacional, en la cual se reporta de un 10 a 15%.³⁻⁷

El primer paso en el abordaje de una mujer con historia de preeclampsia en embarazos previos es realizar una evaluación detallada de los factores de riesgo potenciales para la preeclampsia¹⁶ por lo cual el control de embarazo es básico y de hecho se reflejó en nuestro estudio ya que se demostró que un 89.3% fueron controladas por médico general. Según algunos estudios las inadecuadas condiciones socioeconómicas, la no suplementación de folatos y la obesidad también constituyen factores de riesgo para desarrollar hipertensión gestacional.^{10,11} Estos factores antes enunciados no fueron consignados en nuestro estudio. Además hay otros factores de riesgo asociados como ser: el uso de alcohol, drogas ilícitas y tabaco¹² y en el presente estudio se encontró que el 3.6% (1/28) consumía alcohol y sin consecuencias observables en su embarazo y en el recién nacido; este hallazgo pudo haber sido porque el consumo de alcohol era escaso o muy probablemente porque la muestra del estudio era pequeña.

En relación a los grupos de riesgo, el grupo específico de adolescentes embarazadas es el que tiene peor pronóstico materno-fetal seguido por el grupo mayores de 35 años,¹⁷ ambos presentan un alto rango de parto pre término, bajo peso al nacer y mayor riesgo de muerte materna,¹⁸ sin embargo en este estudio solo el 17.8% de embarazadas pertenecían en este grupo de edad y no se observó relación directa con dichas complicaciones.

Los antecedentes familiares patológicos predominantes son hipertensión arterial, preeclampsia, diabetes mellitus y obesidad.¹⁹ De manera particular, en un estudio realizado entre junio 2005 y julio 2007 en el Instituto Hondureño de Seguridad Social, se encontró una tasa de mortalidad materna de 3.66/1000 nacidos vivos con un nivel socioeconómico más alto que el promedio a nivel nacional y además con antecedente familiar de riesgo en un tercio de los casos, hipertensión gestacional y alta prevalencia de eclampsia.⁸ Al contrastar estos hallazgos con la presente investigación se resalta el registro de antecedentes familiares de hipertensión arterial en un 32.1%, diabetes mellitus en un 21.4%; preeclampsia, eclampsia y obesidad no se registró. Entre los antecedentes personales patológicos que más predisponen a embarazos complicados con hipertensión están hipertensión crónica, preeclampsia, diabetes mellitus, embarazo múltiple, nuliparidad y factores genéticos,^{20,21} los cuales al contrastarlos con la presente investigación solo se detectaron antecedentes de hipertensión arterial y preeclampsia en un 7.1% y 3.6% respectivamente.

Respecto al número de embarazos, es conocido que las primigestas tienen una predisposición importante hacia la preeclampsia o eclampsia.²² En este estudio a pesar de que un 32.1% eran primigestas solo un caso presentó preeclampsia. El síndrome de HELLP (Hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y trombocitopenia) es una patología frecuentemente asociada a la preeclampsia,^{23,24} pero en el presente estudio no se detectó dicha patología, muy posiblemente por el tamaño de la muestra.

Las complicaciones neonatales frecuentes como el distress respiratorio, la restricción de crecimiento intrauterino, la sepsis neonatal y el oligohidramnios^{25,26} no se identificaron en el estudio.

A nivel mundial parece haber una disminución de muertes por hipertensión en los últimos 3 años.²⁷ De igual manera en este estudio no se presentaron complicaciones maternas, pero es importante tener siempre en cuenta la posible ocurrencia de complicaciones como edema pulmonar, encefalopatía, retinopatía, hemorragia cerebral y falla renal aguda;²⁸ dichos riesgos están particularmente incrementados en mujeres con hipertensión severa no controlada, en las que tienen disfunción renal significativa en embarazo temprano y con disfunción del ventrículo izquierdo antes de la concepción.²⁹ Por otra parte, se ha informado que la mortalidad materna después de un infarto cerebral ocurre hasta en un 25% de las pacientes y en un 26% inmediatamente después de un accidente cerebro vascular,³⁰ sin embargo, esto no pudo relacionarse en este estudio, ya que no se obtuvo ningún dato de muerte materna. Es importante resaltar en relación al tratamiento que los antihipertensivos sólo deberían utilizarse en el embarazo cuando los beneficios esperados superen los riesgos potenciales,³¹ ya que el tratamiento idóneo es la evacuación del producto.³²

Finalmente es perentorio dejar en claro que si bien es cierto el porcentaje de embarazos complicados con hipertensión arterial encontrado en este estudio es similar a lo reportado en la literatura, no concuerda con la realidad en nuestro país y es una de las debilidades de este estudio, lo cual puede explicarse ya que la muestra es pequeña y el periodo de estudio corto, por lo tanto no podemos traspolar estos resultados al departamento de Islas de la Bahía y mucho menos al país, haciendo necesario que se haga al menos el consolidado del trabajo que se realizó en todos los diferentes municipios para poder conocer el verdadero problema que representa la hipertensión arterial como causa de morbilidad materno-fetal en nuestro país.

REFERENCIAS

- Romero G, Muro S, Ponce A. Evolución de hipertensión gestacional a hipertensión crónica. *Ginecol Obstet Mex*. 2009;77(9):401-6.
- Di Marco I, Basualdo M, Di Pietrantonio E, Paladino S, Ingilde M, Domergue G, et al. *Guía Práctica Clínica: Estados Hipertensivos del embarazo 2010*. Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá. 2011;30(1):70-93.
- Marín R, Gorostidi M, Álvarez-Navascués R. Hipertensión arterial y embarazo. *Nefro Plus*. 2011;4(2):21-30.
- Fernández R, Gómez H, Ferrarotti F, Lorge F. Guía y recomendaciones para el diagnóstico de la hipertensión arterial [monografía en internet]. Argentina: Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial Saha [serie en internet]; 2009 [citado Nov 2009]. Disponible en: http://www.saha.org.ar/pdf/GUIA_SAHA_VERSION_COMPLETA.pdf.htm.
- Chronic hypertension in pregnancy. ACOG Practice Bulletin No. 29. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol*. 2001;98:177-85.
- Fernández C. Hipertensión Gestacional. *Ginecol Obstet Mex*. 2009;77(9): 399-404.
- Agudelo M, Agudelo L, Castaño J, Giraldo J, Hoyos A, Lara A, et al. Prevalencia de los trastornos hipertensivos del embarazo en mujeres embarazadas controladas en Assbasalud E.S.E., Manizales, (Colombia), 2006 a 2008. *Arch Med*. 2010;10(2):139-50.
- Rodríguez D, Lezama S. Epidemiología de los trastornos hipertensivos del embarazo en el IHSS periodo julio 2005 a julio 2007. *Rev Med Post UNAH*. 2008;11(1):69-70.
- Organización de las Naciones Unidas. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Declaración del Milenio y Objetivos de Desarrollo del Milenio. Nueva York (EEUU): Cumbre del Milenio; 2000.
- Torres Y, Lardoeyt R, Lardoeyt M. Caracterización de los factores de riesgo en gestantes con hipertensión gestacional y crónica en un área de salud. *Rev Cub Obstet Ginec*. 2009;15(7):1-10.
- Coeli R, Holanda H, Vieira Z, Salani R. Predictive factors for pregnancy hypertension in primiparous adolescents: analysis of prenatal care, ABPM and micro albuminuria. *Arq Bras Cardiol*. 2006;87(4):440-8.
- Dommar L, Suarez C, Rojas G, Marcano M, Nuccio J. Hipertensión arterial inducida por el embarazo: factores de riesgo asociados. *Saber* 2009;21(1):34-9.
- Instituto Hondureño de Seguridad Social. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Guías clínicas de II-III nivel del IHSS tomo II Gineco-Obstetricia. Tegucigalpa (Honduras) : IHSS; 2009.
- Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. Hoja de atención prenatal. Montevideo (Uruguay): CLAP-OPS/OMS; 2001.
- Toirac A, Pascual V, Deolufeu I, Mastrapa K, Torres Y. Hipertensión arterial durante el embarazo, el parto y el puerperio. *Medisan* 2010;14(5):685-701.
- Ulanowicz M, Parra K, Rozas G, Monzón L. Hipertensión gestacional consideraciones generales, efectos sobre y el producto de la concepción. *Revista de postgrados de la Vía Cátedra de medicina - N° 152*. 2005 Dic;152:19-22.
- Martin M, Martin G, Torres A, Todelo L, Jironca C, García I. Diagnóstico de una hipertensión arterial secundaria en una gestante en el primer trimestre como causa de un aborto espontáneo. *Nefrología*. 2011;31(2):229-31.
- Barton J, Sibai B. Prediction and Prevention of Recurrent Preeclampsia. *Obstet Gynecol*. 2008;112(2):359-72.
- Bolaños M, Hernández I, Gonzales Y, Dolores M. Intervención educativa sobre los factores de riesgo de la hipertensión gestacional. *Rev Arch Med*. 2010;14(5):1-10.20. Ciero M, Rodríguez D, Fernández-Llimós F. Hipertensión arterial: riesgos para la madre y el bebé. *Seguim Pharmacoter*. 2003;1(3):91-8.
- Alvares V, Alonso R, López I, Muñiz M. El bajo peso al nacer y su relación con la hipertensión arterial en el embarazo. *Rev Cub Obstet Ginecol*. 2010;30(1):23-31.

22. Orizondo R. Novedades y controversias en relación con la preeclampsia/eclampsia. *Rev cubana med.* 2007;46(2):1-3.
23. Diagnosis and management of preeclampsia and eclampsia. ACOG Practice Bulletin No. 33. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol.* 2002;33(1):1-4.
24. Caro J, Anwandter C, Schaffeld S, Vega F, López C, Jara J. Síndrome HELLP: Experiencia del Hospital regional de Puerto Montt, 2000-2006. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2008;73(5):318-24.
25. Cárdenas R, Águila S. Incidencia de la hipertensión arterial en gestantes con oligohidramnios. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 2005;31(3):42-64.
26. Ovalle A, Kakarieka E, Correa A, Vial M, Aspillaga C. Estudio anatómico-clínico de las causas de muerte fetal. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2005;70(5):303-12.
27. Saviato B, Knobel R, Ariene C, Moraes CA, Tonon D. Morte materna por hipertensão no Estado de Santa Catarina. *Arq Catar Med.* 2008;37(4):16-9.
28. Ganfong A, Nieves A, Simonó N, González J, Díaz M, Ramírez R, et al. Hipertensión durante la gestación y su repercusión en algunos resultados perinatales en el Hospital "Dr. Agostinho Neto", Guantánamo. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 2007;33(3):56-69.
29. Sibai B. Chronic Hypertension in Pregnancy. High-risk pregnancy series. *Obstet Gynecol.* 2002;100(2):369-77.
30. Jaigobin C, Silver F. Stroke and pregnancy. American Heart Association. *Stroke.* 2000;31:2948-51.
31. Lima C, Lúcio A, Torres H, Abra T, Miranda R, Costa R. Eficácia de do tratamento de gestantes hipertensas. *Rev Assoc Med Bras.* 2006;52(6):390-4.
32. Euser A, Cipolla M. Magnesium Sulfate for the Treatment of Eclampsia: A Brief review. American heart Association. *Stroke.* 2009;40:1169-75.

ABSTRACT. Background: Hypertension threatens the mother-son health and life; early diagnosis is essential. The objective of this study was to determine the frequency of pregnancy-induced hypertension and associated risk factors among a small group of women in Roatán, Bay Islands, Honduras, carried out during december 2009 and march 2010. **Subjects and methods:** Cross-sectional study which universe were pregnant women with ≥ 20 gestational weeks who attended the emergency room and clinics at Hospital Roatán, carried out during december 2009 and march 2010 on 28 pregnant women. Once informed consent was acquired, data was gathered using a survey. **Results:** We found 10.7% of pregnancy-induced hypertension from which 66.7% had gestational hypertension and 33.6% preeclampsia. All pregnant women had access to the health network services, of which 89% were under prenatal care by general practitioners at national primary health care facilities; complicated pregnancies were consulted to the Hospital's Obstetrics and Gynecology department. 32.1% were primiparous, 3.6% drank alcohol and none used tobacco or illicit drugs. 32.1% had a family history with hypertension, 21.4% diabetes mellitus and none with preeclampsia, eclampsia or obesity. Amongst hypertension there were no related maternal or fetal complications. **Conclusions:** The frequency of Roatán's pregnancy-induced hypertension is similar as described in literature, but establishes the necessity to the adequately use of the prenatal care sheet, as it is a fully structured document which let us identify maternal or fetal risk factors to prevent complications.

Keywords: Gestational hypertension, hypertension, preeclampsia, eclampsia.

ANUNCIESE EN LA REVISTA MÉDICA HONDUREÑA
CONTÁCTECNOS PARA PUBLICIDAD EN IMPRESIÓN A COLOR
EN PAPEL SATINADO.

Descuento para anuncios de congresos de Asociaciones Médicas.