



Ginecología y Obstetricia

© Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

Ginecol. obstet. 1997; 43 (1) : 29-32

ARTICULOS ORIGINALES

Frecuencia de la hipertensión en el embarazo

NILA Calderón, ROGER CARBAJAL, CÉSAR HERRERA, CARLOS ÑIQUE

Resumen

DISEÑO: Para conocer la frecuencia y algunos factores epidemiológicos relacionados con el síndrome hipertensivo del embarazo (SHE), se realizó un estudio descriptivo-retrospectivo en el HVLE, revisando correlativamente las 168 historias clínicas que correspondían a alguna entidad de este síndrome, de un total de 1216 pacientes obstétricas, en el período, marzo 1995 - marzo 1996. El análisis estadístico se efectuó en base a frecuencias, porcentajes, medidas de posición y dispersión. **RESULTADOS:** El SHE tuvo una frecuencia de 13,8%; por entidades específicas fue: preeclampsia 6,7%, hipertensión transitoria 3,8%, hipertensión crónica 1,6%, HTA con preeclampsia sobrecargada 1,3% y eclampsia 0,3%. Fue más frecuente en: primigestas (54,2%), casadas (87,5%) y con instrucción secundaria o superior (90%). Afectó con mayor frecuencia a las gestantes de 30 a 34 años, con 28%; la preeclampsia y eclampsia ocurrieron preferentemente en menores de 25 años y el resto de entidades en las mayores de 35 años. **CONCLUSIÓN:** Los trastornos hipertensivos del embarazo constituyen una entidad frecuente en las pacientes obstétricas, con un predominio de la preeclampsia, por lo que su estudio y control son importantes para tomar medidas tendientes a disminuir la morbimortalidad materno-neonatal.

Palabras clave: Hipertensión, embarazo.

Summary

DESIGN: Descriptive, retrospective study to find the Incidence and epidemiological factors related to Hypertension during pregnancy by reviewing 168 clinical histories of 1216 obstetrical patients attended from March 1995 through March 1996. Statistical analysis was done based on frequencies, percentages, and position and dispersion measures. **RESULTS:** Frequency was 13,8%, including preeclampsia 6,7%, transitory hypertension 3,8%, chronic hypertension 1,6%, hypertension plus preeclampsia 1,3%, and eclampsia 0,3%. It was more frequent in first pregnancies (54,2%), married (87,5%), high school or superior education (90%), ages 30 to 34 (28%). Pre-eclampsia and eclampsia occurred more frequently in women less than 25 year-old and the other hypertensive diseases in women over 35. **CONCLUSION:** Hypertensive diseases of pregnancy are frequent findings in obstetrical patients, mainly pre-eclampsia. Its study and control are important in order to decrease maternal and neonatal morbidity and mortality.

Key words: Hypertension, pregnancy.

Introducción

La hipertensión arterial, de alta frecuencia en la población general (10,2% en adultos), es la mayor causa de morbimortalidad cardiovascular¹⁻⁶.

Es también la complicación médica más frecuente del embarazo^{6,7,9,10}. El embarazo puede inducir a elevar la presión arterial y causar daño renal^{6,7,11,12}.

Es también significativo el número de mujeres hipertensas en edad fértil susceptibles de quedar embarazadas. Otras mujeres, con predisposición genética para desarrollar hipertensión, la expresan en forma transitoria durante la gestación, al estar sometidas a alteraciones hemodinámicas y hormonales propias de esta condición.¹⁻³ Las



diferentes patologías hipertensivas que ocurren durante el embarazo⁹⁻¹¹, si bien sus etiologías y riesgos difieren, su enfoque diagnóstico y terapéutico es similar⁴⁻⁶.

La forma en la que el embarazo por si mismo estimula o agrava la enfermedad vascular hipertensiva y sus complicaciones es uno de los problemas mas importantes pendientes de solución en obstetricia^{8,16}.

El gran número de vidas maternas e infantiles que puede perderse por hipertensión provocada o agravada por el embarazo, es susceptible de disminución en la mayor parte de casos.¹⁹

Frente a una embarazada que presenta elevación significativa de las cifras tensionales, debe plantearse las posibilidades diagnósticas de una de las entidades del síndrome hipertensivo del embarazo. El grupo de trabajo NHBPEP sobre "Hipertensión en el embarazo" hace una clasificación simple de cuatro categorías:

1. Hipertensión crónica.
2. Preeclampsia-eclampsia.
3. Hipertensión crónica con preeclampsia sobre agregada.
4. Hipertensión transitoria¹⁹.

La hipertensión es considerada una presión diastólica igual o superior a 90 mm Hg y/o una presión sistólica igual o superior a 140 mm Hg; también se define como una elevación sobre los valores basales (previos a la semana 20) de por lo menos de 15 mm Hg en la diastólica ó de 30 mm Hg en la sistólica. Las presiones sanguíneas citadas tienen que hacerse manifiestas, por lo menos, dos veces en 6 horas o más separadamente.

Es la escasez de trabajos científicos acerca del SHE lo que nos impulsa a efectuar esta investigación con el propósito de un mejor conocimiento de la historia natural de este síndrome, para lo cual nos planteamos la siguiente interrogante:

¿Cuál es la incidencia del síndrome hipertensivo del embarazo en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray de Trujillo, en el periodo comprendido entre marzo de 1995 a marzo de 1996?

Material y métodos

Se revisó 186 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de algunas de las entidades de la hipertensión del embarazo durante el periodo comprendido entre el 19 de marzo de 1995 al 31 de marzo de 1996 en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray (HVLE) de Trujillo, para lo cual se acudió al departamento de Archivos de los mencionados hospitales.

Se tomó los datos correspondientes a edad del paciente al momento del diagnóstico, edad gestacional, paridad, estado civil y tipo de hipertensión del embarazo; los que fueron anotados en fichas de recopilación de datos.

Se utilizó el diseño de una sola casilla.

El análisis estadístico se efectuó en base a:

- Medidas de posición o de tendencia central.
- Media aritmética y mediana.
- Medidas de dispersión; rango y desviación. estándar
- Frecuencia y porcentajes.

Discusión

Las enfermedades hipertensivas del embarazo constituyen un grupo heterogéneo de cuadros patológicos cuyo denominador común es un aumento de la presión arterial^{1,34,23,24}.

En la Tabla 1 observamos que el grupo etáreo que predomina es de 30 a 34 años, con un 28,0%, seguido por el grupo comprendido entre 35 a 40 años y 25 a 29 años con 24,4 y 20,2% respectivamente.



Edad (años)	Tipo de Hipertensión										Total	
	H. Transitoria		H. Crónica		H. Crón. + Pre		Preeclampsia		Eclampsia		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
20-34	3	6,4	0	0	0	0	24	29,3	3	75	30	17,9
25-29	12	25,8	0	0	0	0	21	25,6	1	25	34	20,2
30-34	9	19,0	11	57,9	9	56,2	18	22,0	0	0	47	28,0
35-40	20	42,6	6	31,6	4	25,0	11	13,4	0	0	41	24,4
> 40	3	6,4	2	10,5	3	18,8	8	9,8	0	0	16	9,5
Total	47	100	19	100	16	100	82	100	4	100	168	100

Grado instrucción	Hipertensión del embarazo										Total	
	H. Transitoria		H. Crónica		H. Crón. + Pre		Preeclampsia		Eclampsia		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Analfabeta	2	4,3	0	0	0	0	1	1,2	1	25	4	2,4
Primaria	3	6,4	0	0	0	0	2	2,4	0	0	5	3,0
Secundaria	14	29,8	7	36,8	5	31,3	31	37,8	1	25	58	34,5
Superior	28	59,6	12	63,2	11	68,7	48	58,5	2	50	50	60,1
Total	47	100	19	100	16	100	82	100	4	100	168	100

Con respecto, a entidades específicas, los grupos tareso predominantes en enfermedad hipertensiva rónica o en hipertensión crónica con preeclampsia sobreagregada fueron los mayores de 30 años, daños similares a los encontrados por Frederick⁹ y Beson¹. Esto es explicable por la edad promedio de paricift de la hipertensión arterial en la población general^{1,3,23,24}. Contrariamente en el grupo de preeclampsia. Sin eclampsia las edades predominantes en las menores de 25 años con 29% y 75% respectivamente, cifras inferiores a las de Contreras⁴ quien refiere un 60% para este grupo etareo y que Gaige¹⁰ quien encuentra un 65,9%. Sin embargo, Sánchez²² publica que la mayor frecuencia corresponde a gesantes con 35 años o más (57,1%) para preeclampsia leve y para eclampsia, gestantes de 19 años o menos con 2,4%. Con respecto a la hipertensión transitoria, el grupo predominante fue el de 35 a 40 años, seguido por el grupo de 25 a 29 años.

En la Tabla 2 apreciamos un predominio de pacientes con grado de instrucción superior y secundaria con 60,1 y 35,5% respectivamente, cifras parecidas a las encontradas en otras poblaciones, donde predominan pacientes con nivel educativo bajo^{1,3,19,23,24}. Esto puede se explicado porque el grupo de pacientes en estudio, que pertenecen al IPSS, donde la gran mayoría tiene estudios secundarios o superior.

El estado civil (Tabla 3) predominante fue el de casa da con 87,5% y convivientes con 11,3%, cifras superiores a las encontradas por Chávez⁵ y los descritos por Pérez¹⁹, investigadores que encuentra un predominio de solteras o separadas. Sin embargo, esto también puede ser explicado por el grupo de pacientes en estudio. Los usuarios del IPSS en su mayoría son familias formadas con unión estable.

Estado civil	Hipertensión del embarazo										Total	
	H. Transitoria		H. Crónica		H. Crón. + Pre		Preeclampsia		Eclampsia		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Soltera	0	0	0	0	0	0	1	1,2	0	0	1	0,6
Casada	40	85,1	19	100	14	87,5	70	85,4	4	100	147	87,5
Conviviente	0	0	0	0	0	0	1	1,2	0	0	1	0,6
Viuda	7	14,9	0	0	2	12,5	10	12,2	0	0	19	11,3
Total	47	100	19	100	16	100	82	100	4	100	168	100



Paridad	Hipertensión del embarazo										Total	
	H. Transitoria		H. Crónica		H. Crón.+Pre		Preeclampsia		Eclampsia		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Nulípara	21	44,7	7	36,8	5	31,3	55	67,1	3	75	91	54,1
Primípara	17	36,1	9	47,4	8	50,0	12	14,6	1	25	47	28,0
Múltipara	6	12,8	3	15,3	2	12,5	10	12,2	0	0	21	12,5
G. Múltipara	3	6,4	0	0	1	6,2	5	6,1	0	0	9	5,4
Total	47	100	19	100	16	100	82	100	4	100	168	100

En cuanto a la paridad (Tabla 4), las pacientes fueron predominantemente nulíparas (54,2%), lo que concuerda con lo referido en literatura especializada^{1,2,5,19,23,24}. Este predominio de múltiparas en pacientes con hipertensión crónica, no lo encontramos en el presente estudio.

En la Tabla 5 apreciamos la incidencia de las diferentes entidades de este síndrome en el que predomina la preeclampsia con 48,8% y con una incidencia de 6,7%, cifra similar a la encontrada por Greenhill¹², quien encuentra una incidencia de 6,2%, Hurtado¹³ quien encuentra 5,94%.

Para eclampsia, la incidencia fue de 2,4, cifra inferior a la encontrada por Hurtado¹³ de 23,9%. Sin embargo, cifras similares refieren Benson¹ y Pérez¹⁹, una incidencia comprendida en este rango, 1,6%.

La hipertensión transitoria del embarazo tuvo una incidencia de 3,8% y la hipertensión crónica mas preeclampsia sobreagregada una incidencia de 9,5%, cifras similares a las descritas en la literatura ^{12,18}.

La incidencia de la hipertensión del embarazo fue 13,8%, cifra superior a la dada por Schwarcz y col.²⁴, quienes encuentran una incidencia de 5 a 10%.

Tipo de Hipertensión	Nº	%	Incidencia
HTA. Crónica	19	11,3	1,6
HTA. Transitoria	47	28,0	6,7
HTA. C. + Preecla.	16	9,5	0,3
Preeclampsia	82	48,8	1,3
Eclampsia	4	2,4	3,8
Total	168	100	13,8

Referencias bibliográficas

1. Benson R. Manual de Ginecología y Obstetricia. 6.ª Ed Edit El Manual Moderno México DF. 1981; 281 p.
2. Caballero L. Complicaciones Obstétricas: Clínica y Manejo. Rev Med de Supervivencia Infantil Niños 1990; N.º7: 2-11: 16-20 p.
3. Cifuentes R. Obstetricia de alto riesgo. 2.ª Edic, Colombia 1988; 164-177 p.
4. Contreras A. et al, Reporte de 32 casos de eclampsia. Rev Med Hosp Gral, México 1981; 44 (3): 99-101 p.
5. Chavez R. et al. Correlación de antecedentes obstétricos con la mortalidad neonatal. Bol Med Hosp Infant, Mexico 1986; 413 (6): 359-363 p.



6. Duenhoelter J, Performance in patients under fifteen years old. *Obstet Ginecol* 1975; 46: 49 p.
7. Evelyne R. et al. The prognosis of pregnancy in women with chronic hypertension *Canadá* 1991; 171 (2): 410-416 p.
8. Fenrazzani S, et al. The duration of hypertension in the puerperium of preeclamptic women: Relationship with renal impairment and week of delivery, *Italia* 1994; 171 (2): 506-512 p.
9. Frederick R. Nuevos conceptos en el conocimiento de enfermedades hipertensivas del embarazo. *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas* 1993; 2: 638-644 p.
10. Gayge J. Toxemia del embarazo. Experiencia clínica de 10 años en Marcona, Perú Tesis Bah 1974.
11. Gedekho R. Eclampsia at Mages women hospital 1970 to 1980. *Am J Obstet Ginecol* 1981; 140 (8): 860-866 p.
12. Greenhill J, et al. *Obstetrics*. Sanders Company. EE. UU. 1974; 391-414 p.
13. Hurtado J. Toxemia gravídica. *Trib Med* 1976; XLII(4): 19-23 p.
14. Lairer O, et al. Mortalidad materna en el Hospital Central Portuguesa 1970-1984, *Rev Obstet Ginecol Venezuela* 1986; 46 (1): 33-30 p.
15. Lasso J, et al. Estudio epidemiológico de la eclampsia en el Complejo Hospitalario del Seguro Social. *Rev Med Caja Seguro Social, Panamá* 1985; 17 (2): 14-4-148 p.
16. Ludmir C. Toxemia del embarazo en el hospital San Bartolomé. *Tribuna Médica, Perú* 1968; 4(184): 1-19 p.
17. Milchev N. Epidemiological studies of late pregnancy toxemia in the district around Krumovgrad. *Hospital Akush Ginekol, Bulgaria* 1980; 19(3): 200-205 p.
18. Mongrut A. *Tratado de Obstetricia* 3.^a Edic., Perú 1980; 695-71 p.
19. Nuñez A. *Obstetricia*. 2.^a Edic, Santiago de Chile 1991; 535-558.
20. Pritchard J, et al. *Williams Obstetricia*. 3.^a Edic Edit Salvat, FELT 1986; 511-541 p.
21. Sánchez C, et al. Factores de riesgo y predisponentes de la toxemia gravídica en el HRDT durante 1982-1983, Perú.
22. Santamaría A. Investigación de riesgo materno infantil. Edit Interamericana Tercer documento, Bogotá 1977.
23. Schwarcz R. *Obstetricia*. 31.^a Edic Edit El Ateneo, Argentina 1981; 358 p
24. Schwarcz R. *Obstetricia*. 4.^a Edic Edit El Ateneo, Argentina 1986; 220-231 p.
25. Uranga I, et al. Resultados obtenidos en el seguimiento de embarazadas hipertensas. *Obstetricia y Ginecología Latinoamericana* 1983; 41 (3/4): 127-135 p.