

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE MUJERES CON SÍNDROME HIPERTENSIVO GESTACIONAL DEL SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE LOMA PYTA DE DICIEMBRE DE 2018 A MARZO DE 2019

Vieira, Elizandra¹; Glenn, Franilson¹; Sánchez, Rocío S.¹; Giménez, Graciela¹

¹ Universidad María Auxiliadora UMAX

RESUMEN

Introducción: El Síndrome Hipertensivo Gestacional o Preeclampsia es una enfermedad propia del embarazo. Se manifiesta por hipertensión y disfunción orgánica múltiple. Es la principal causa de morbilidad materna y perinatal en la mayor parte del mundo. No es una simple enfermedad hipertensiva, sino un desorden inducido por factores dependientes de la presencia de la placenta. **Objetivo:** Determinar la frecuencia y distribución de los factores de riesgo para el desarrollo del síndrome hipertensivo gestacional en las pacientes atendidas en el servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Materno Infantil de Loma Pyta en el periodo de 2018 a 2019. **Metodología:** Estudio observacional, descriptivo de corte transversal, de tipo retrospectivo. **Resultados:** La población de estudio es de un total de unas mil seiscientas dos mujeres; se tiene como resultado los siguientes valores; según la edad, 27% tiene entre veintiuno y veinticinco años; 20% reside en Limpio; 67% no tuvo por parto; el 22% tuvo una gesta; 18% tuvo una cesárea y 13% tuvo un aborto. Según los antecedentes familiares, 72% no lo posee y 28% sí presenta antecedentes de preeclampsia; 56% no lo tiene como factor de riesgo y 44% sí. **Conclusión:** La mayoría de las mujeres tiene una edad de entre veintiuno y veinticinco años y reside en Limpio. Un grupo tuvo solo un parto, una gesta, una cesárea y la mayoría

no tuvo aborto. Según antecedentes familiares, un mínimo presenta estos antecedentes y factores de riesgo.

Palabras Clave: Preeclampsia, morbilidad, factores de riesgo, complicaciones.

INTRODUCCION

La preeclampsia constituye una enfermedad propia del embarazo, parto y puerperio, que posee un origen multisistémico, el cual se relaciona con un desarrollo anormal de la placenta y con la interacción de múltiples factores que llevan a daño endotelial; se caracteriza por su asociación con morbilidad y mortalidad materna y perinatal¹. En Latinoamérica y el Caribe, es la causante de 25,7% de las muertes maternas, razón por la cual demanda más atención por parte de las ginecoobstetras, así como mayor dedicación y nivel científico, a fin de diagnosticarla precozmente, con carácter preventivo. Representa, a escala mundial, unas cincuenta mil muertes maternas y novecientos mil perinatales y se complica con accidentes cerebrovasculares².

La preeclampsia es definida como hipertensión arterial que debuta o agrava la hipertensión pregestacional a las 20 semanas de embarazo, es un síndrome inducido por la gestación. A pesar de avances en la fisiopatología, la preeclampsia sigue afectando hasta a 7%

de todos los embarazos y es una de las principales causas de mortalidad materna y perinatal en países en vía de desarrollo y desarrollados³. Una complicación frecuente durante el embarazo con enfermedad hipertensiva es el hematoma subcapsular hepático o síndrome de hígado graso agudo del embarazo. Se asocia con mortalidad materna significativa y elevada mortalidad fetal. Ocurre más frecuentemente en mujeres mayores de treinta años y mujeres multíparas de edad avanzada⁴. El Síndrome Hipertensivo gestacional o preeclampsia es una enfermedad propia del embarazo. Se manifiesta por hipertensión y disfunción orgánica múltiple. Es la principal causa de morbimortalidad materna y perinatal en la mayor parte del mundo. No es una simple enfermedad hipertensiva, sino un desorden inducido por factores dependientes de la presencia de la placenta⁵. La Organización Mundial de la Salud formuló recomendaciones basadas en datos de investigación con miras a promover las mejores prácticas clínicas para el tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia. Formuló veintitrés recomendaciones. La calidad de los datos de investigación en que se apoyaba cada una se clasificó como muy poca, poca, moderada o grande⁶. El cumplimiento de una adecuada atención prenatal es una garantía dentro del Programa Materno Infantil para lograr niños sanos y madres saludables; por lo que la atención debe realizarse con el mayor rigor y cumplimiento establecido. La OMS resalta la importancia de las recomendaciones para mejorar la atención prenatal y reducir la mortalidad materna y prenatal en todo el mundo⁷. Los trastornos hipertensivos del embarazo son una condición frecuente en todo el mundo, particularmente en los países menos aventajados, y son responsables de una fracción relevante

de los partos prematuros en la medida en que el tratamiento incluye, en muchos casos, la terminación del embarazo⁸⁻¹⁰. En Asunción, Paraguay, la prevalencia encontrada fue del 10%, dato extraído de la tesis doctoral de la Dra. Ylbe Palacios de Franco, de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción (UNA), Cátedra de Clínicoobstétrica en el año 1992. En Encarnación, la Dra. Burgos y el Dr. Ruiz hallaron que la prevalencia de la preeclampsia en el Hospital Regional de Encarnación en 2009 fue del 8%¹¹⁻¹³. La preeclampsia ocurre en 2% al 12% de los embarazos, 25% de ellos con elementos de severidad. En el mundo, la preeclampsia es la causa directa de aproximadamente 15% de las muertes maternas. En los Estados Unidos, es la cuarta causa de mortalidad materna. En América Latina, la preeclampsia-eclampsia es la primera causa de muerte materna en 25,7% de los casos¹⁴⁻¹⁶. La preeclampsia constituye uno de los síndromes en gestantes de mayor interés a nivel mundial. Cerca de seiscientas mil mujeres mueren cada año por causas relacionadas con esta enfermedad. El 99% de esas muertes ocurren en los países en vías de desarrollo, probablemente debido a sus particulares condiciones socioeconómicas y sanitarias¹⁷⁻¹⁹. El objetivo de la investigación es determinar la frecuencia y distribución de los factores de riesgo para el desarrollo del síndrome hipertensivo gestacional en las pacientes atendidas en el servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Materno Infantil de Loma Pyta, entre diciembre de 2018 y marzo de 2019.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño metodológico: Estudio observacional, descriptivo de corte transversal de tipo retrospectivo. Diseño de muestreo: Documental basado en

una ficha técnica. **Población enfocada:** La población sometida a este estudio son pacientes que acudieron al servicio de Ginecoobstetricia con diagnóstico de síndrome hipertensivo gestacional en el Hospital Materno Infantil de Loma Pyta, entre diciembre de 2018 y marzo de 2019. **Población accesible:** Las pacientes tratadas son mujeres que consultaron por el servicio de Ginecoobstetricia en el periodo de diciembre de 2018 a marzo de 2019. **Criterios de inclusión:** pacientes con diagnóstico de síndrome hipertensivo gestacional y pacientes que acudieron a consulta externa de embarazo de alto riesgo. **Criterios de exclusión:** pacientes sin diagnóstico de síndrome hipertensivo gestacional, pacientes derivados a otro servicio y fichas clínicas incompletas. **Muestreo:** no probabilístico de casos consecutivos. **Reclutamiento:** se usaron fichas clínicas del archivo de unas mil seiscientos dos pacientes del servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Materno Infantil de Loma Pyta, que reunían los

criterios de inclusión. Los datos serán recolectados en la ficha técnica y serán cargados en Excel para luego analizarlos y obtener los resultados esperados.

RESULTADOS

La población de estudio fue de mil seiscientos dos mujeres, de diciembre de 2018 a marzo de 2019. Ellas consultaron por Ginecoobstetricia en el Hospital Materno Infantil de Loma Pyta. Según la edad, 1% tiene entre doce y quince años; 20%, entre dieciséis y veinte años; 27%, entre veintiuno y veinticinco años; 24%, entre veintiséis y treinta años; 16%, entre treinta y uno y treinta y cinco años; 10%, entre treinta y seis y cuarenta y 2%, entre cuarenta y uno y cuarenta y cinco. Con respecto a la procedencia, 1% reside en Arroyos y Esteros; 12%, en Asunción; 7%, en el Chaco; 4%, en Emboscada; 2%, en Fernando de la Mora; 20%, en Limpio; 1%, en Loma Grande; 2%, en Luque; 18%.

Tabla N° 1. Población de estudio según partos. Hospital Materno Infantil de Loma Pyta (Paraguay)

PARTOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	1067	67%
1	222	14%
2	130	8%
3	118	7%
4	41	2%
5	12	1%
6	5	0%
7	4	0%
9	3	0%
Total	1602	100%

De entre la población estudiada, se encontró que el 14% tuvo un parto; 8%, dos partos; 7%, tres partos; 2%, cuatro partos; 1%, cinco partos y llegó a presentar preeclampsia; solo 67% no tuvo por parto normal, pero presentó preeclampsia (Tabla 1).

Tabla N° 2. Población de estudio según gesta. Hospital Materno Infantil de Loma Pyta (Paraguay)

GESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	740	45%
1	350	22%
2	250	16%
3	153	10%
4	65	4%
5	21	1%
6	13	1%
7	6	0%
8	1	0%
9	3	0%
Total	1602	100%

El 22% de las mujeres tuvieron una gesta; 16%, dos gestas; 10%, tres gestas; 4%, cuatro gestas; 1%, cinco gestas; 1%, seis gestas y 45% no tuvo gesta y presentaron preeclampsia (Tabla 2). De entre la población de estudio, se encontró que el 18% tuvo una cesárea; 7%, dos cesáreas; 2%, tres y 72% no tuvo cesárea. Encontramos, en la población de estudio, que el 13% tuvo un aborto; 2%, dos abortos; 1%, tres abortos y 84% no tuvo aborto.

Tabla N° 3. Población de estudio según antecedentes familiares. Hospital Materno Infantil de Loma Pyta (Paraguay)

ANTECEDENTES FAMILIARES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí	454	72%
No	1148	28%
Total	1602	100%

Según los antecedentes familiares, encontramos que el 72% sí los posee y 28% no presenta antecedentes de preeclampsia (Tabla 3). Se encontró que el 44% tiene la preeclampsia como un factor de riesgo elevado (obesidad o sobrepeso, hipertensión y edad mayor de cuarenta años); 56% no la tiene como factor de riesgo elevado.

DISCUSIÓN

La población de estudio es de un total de unas mil seiscientas dos mujeres. Se dan como resultado los siguientes valores: según la edad, nosotros la dividimos en las siguientes edades: 1% tiene entre doce y quince años; 20%, entre dieciséis y veinte años; 27%, entre veintiuno y veinticinco años; 24%, entre veintiséis y treinta años; 16%, entre treinta y uno y treinta y cinco años; 10%, entre treinta y seis y cuarenta y 2%, entre cuarenta y uno y cuarenta y cinco. Sumando los porcentajes de veintiuno a treinta y cinco años, tenemos un porcentaje

de 67%. Comparado con el porcentaje realizado por Acosta²⁰, entre las mismas edades, de veintiuno a treinta y cinco años, un 33,4%, que es un valor inferior al nuestro. Con respecto a la cantidad de cesáreas, se dividió la población estudiada así: con una cesárea, 18%; dos cesáreas, 7%; tres cesáreas, 2% y 72% no tuvo cesárea. Comparado con en el trabajo de Altamirano²¹, según la población de estudio, el 77,43% tuvo una cesárea, un porcentaje mayor al encontrado en nuestra población de estudio. De la población estudiada según la cantidad de partos,

nosotros la dividimos del modo siguiente: un parto, 14%; dos partos, 8%; tres partos, 7%; cuatro partos, 2% y cinco partos, 1%. Esta población llegó a presentar preeclampsia. Solo 67% no tuvo por parto normal, pero presentó preeclampsia. Comparado con el porcentaje encontrado en el trabajo de Álvarez²², se encuentra que el 21,8% tuvo un parto, siendo un valor más alto al nuestro.

Encontramos, en la población de estudio, que el 13% tuvo un aborto; 2%, dos; 1%, tres y 84% no tuvo aborto. Comparado con el trabajo de Zuñiga²³ y Zorrilla²¹, se encontró que el 24% tuvo un aborto y 27% no tuvo aborto. Según los antecedentes familiares, el 72% sí poseen preeclampsia y 28% no presentan antecedentes de preeclampsia. En comparación con el trabajo de Martínez¹⁹, que dice que el 4% tiene antecedentes de preeclampsia, es un porcentaje menor al que obtuvimos en nuestra población. Se encontró que el 44% tiene la preeclampsia como un factor de riesgo elevado de antecedentes familiares (obesidad o sobrepeso, hipertensión y edad mayor de cuarenta años) y 56% no la tiene como factor de riesgo elevado. Con antecedentes de hipertensión, comparado con lo que se encontró en el trabajo de Torres²⁴, la población de estudio tiene antecedentes de preeclampsia como un factor de riesgo elevado, 3,16%, siendo un porcentaje bajo en comparación con el nuestro.

Después de realizar cada detalle del trabajo y el análisis de cada historia clínica obtenida en los archivos del Hospital Materno Infantil de Loma Pyta, obtuvimos como resultado que el 27% de las mujeres tienen entre veintiuno y veinticinco años; 20% reside en Limpio; 67% no tuvo por parto; el 22% tuvo una gesta; 18% tuvo una cesárea y 13% tuvo un aborto. Según los antecedentes familiares, 72% no los posee y 28% sí

presentan antecedentes de preeclampsia; 56% no la tiene como factor de riesgo

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Nápoles D. Nuevas interpretaciones en la clasificación y el diagnóstico de la preeclampsia. MEDISAN. 2016; 20(4):516-529.
- 2- Nápoles D. Actualización sobre las bases fisiopatológicas de la preeclampsia. MEDISAN. 2015; 19(8):1020-1042.
- 3- Gómez L. Actualización en la fisiopatología de la preeclampsia. Rev. Perú. Ginecol. Obstet. 2014; 60(4):321-332.
- 4- Segovia M, Vázquez G. Hematoma hepático asociado a eclampsia y síndrome de Hellp. Rev. Nac. (Itauguá). 2016; 8(1):78-82.
- 5- Acosta Y, Bosch C, López R, Rodríguez O, Rodríguez D. Preeclampsia y eclampsia en el periodo grávido y puerperal de pacientes ingresadas en cuidados intensivos. Rev. Cubana Obstet Ginecol. 2017; 43(4):53-60.
- 6- Organización Mundial de la Salud. Prevención y tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia. [citado el 05 de diciembre del 2018]. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/rhr_11_30/es/
- 7- Lugones M. La importancia de la atención prenatal en la prevención y promoción de salud. Rev. Cubana Obstet. Ginecol. 2018; 44(1):1-3.
- 8- Díaz L. El verdadero impacto en la salud del neonato nacido de una gestación con trastorno hipertensivo del embarazo. Bol. Med. Hosp. Infantil. 2015; 72(5):297-298.
- 9- Ferreira F. Prevalencia de Preeclampsia en el Hospital Regional de Encarnación – 2013. Revista sobre Estudios e Investigaciones del Saber Académico. 2015; 9(9):69-72.
- 10- La Rosa M, Ludmir J. Manejo de la preeclampsia con elementos de severidad antes de las 34 semanas de gestación: nuevos conceptos. Rev. Perú. Ginecol. Obstet. 2014; 60(4):373-378.
- 11- Cruz H, León M, Cáceres A, López R, Álvarez E. El análisis multivariado a partir del estado redox asociado a la preeclampsia. Revista cubana de Ginecología y Obstetricia. 2017; 43(3):107-118.
- 12- Camacho L, Berzain M. Una mirada clínica al diagnóstico de preeclampsia. Rev. Cient. Cienc Med. 2015; 18(1):50-55.
- 13- Zúñiga M, Guerra A, Castillo A. Prevalencia de depresión mayor en pacientes con preeclampsia en una clínica de cuarto nivel en Cali, Colombia. CES Med. 2018; 32(2):98-106.
- 14- Tomairo R. Manejo clínico de preeclampsia severa. [Tesis de grado].

- Facultad de Ciencias Humanas y Ciencias de la Salud. ICA, Perú. 2018. [Citado el 19 de abril del 2019]. Disponible en: <http://repositorio.upica.edu.pe/bitstream/123456789/375/1/TOMAIRO%20CHOCC%C3%91A%20RUBEN%20ALEX%20-%20MANEJO%20CLINICO%20DE%20PREECLAMPSIA%20SEVERA.pdf>
- 15-** Altamirano f. Perfil clínico y epidemiológico de la paciente con preeclampsia atendida en el Hospital Belén De Trujillo, 2012-2016. [Tesis de grado]. Facultad de Ciencias de la Salud Escuela Profesional de Obstetricia. Trujillo, Perú. 2017. [Citado el 19 de abril del 2019]. Disponible en: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/3015/1/RE_OBST_FLOR.ALTAMIRANO_PERFIL.CLÍNICO.Y.EPIDEMIOLOGICO_DATOS.PDF
- 16-** Lugones M, Bueno M, Álvarez A. Parálisis facial y preeclampsia. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2018; 43(1):01-13.
- 17-** Álvarez V, Martos F. El sobrepeso y la obesidad como factores de riesgo para la preeclampsia. *Rev. Cub. Obstet. Ginecol.* 2017; 43(2):1-11.
- 18-** Ames J. IMC >24.9 pregestacional como factor de riesgo para preeclampsia en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo enero-junio del 2018. [Tesis de grado]. Facultad de Ciencias de la Salud Escuela Profesional de Obstetricia. Trujillo, Perú. 2017. [Citado el 19 de abril del 2019]. Disponible en: http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/2895/UNFV_AMES_ROJAS_JUAN_CARLOS_TÍTULO_PROFESIONAL_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- 19-** Muñoz E, Elizalde V, Téllez G. Aplicación de la escala de factores de riesgo para complicaciones de preeclampsia. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol.* 2017; 82(4):438-446.
- 20-** Zorrilla A, Segovia M. Ingresos a Unidad de Cuidados Intensivos de mujeres durante el embarazo y periodo puerperal. *Rev. Nac. (Itauguá)*. 2017; 9(1):49-60.
- 21-** Suárez J, Gutiérrez M, Benavides M, Sarmiento Z, Noorani A. Interrupción del embarazo en la preeclampsia agravada lejos del término y de aparición tardía. *Rev. Cubana Obstet Ginecol.* 2015; 41(1):13-22.
- 22-** Ramos L, Soyot K, Rams R, Ramos J, Galves L. Prescripción de metildopa en el tratamiento de pacientes con enfermedad hipertensiva en el embarazo. *MEDISAN.* 2017; 21(8):978-986.
- 23-** Martínez L, Rodríguez M, Ruiz C, Hernández F, Quintero D, Arango A. Perfil clínico y epidemiológico de pacientes con trastorno hipertensivo asociado al embarazo en Medellín, Colombia. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* [Revista en internet]. 2018. [Citado el Galvis 19 de abril del 2019]. Disponible en: <http://www.revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/349>
- 24-** Torres M, Vega E, Vinalay I, Cortaza L, Alfonso L. Factores de riesgo psicosociales asociados a preeclampsia en mujeres mexicanas: análisis comparado en tres Estados. *Enferm. Univ.* 2018; 15(3):226-43.