

## ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO A PROPOSITO DE 182 CASOS

\* Dr. José Garrido Calderón  
 \*\* Dra. Rosario Barranco de Hernández  
 \*\* Dra. Beatriz Barrot de Townsend  
 \*\* Dra. Eduvigés Añil de Núñez  
 \*\*\* Dr. Luis Cabrera.

### INTRODUCCION:

Durante años nos ha inquietado una patología que ocurre con bastantes frecuencias en Obstetricia: La Enfermedad Hipertensiva del Embarazo. Su frecuencia es variable de un país a otro, igualmente en diferentes centros asistenciales en un mismo país o región dependiendo de la clase social a la que atiende.

Baldera y Cabrera (1974-1976), M. N. S. A.,<sup>1</sup> reportan una frecuencia de 0.74 o/o, Williams (1980), 5 o/o; Wilson y Carrington (1979), 7-10 o/o y Niswander ((1976) 5-10 o/o<sup>2</sup>

Son ampliamente conocidos los efectos que sobre el feto y la madre produce la hipertensión, a saber: Aumento de morbi-mortalidad materno-fetal, prematuridad y retardo del crecimiento fetal, 3,4,5,6,7,8. Este síndrome constituye un gran reto para el obstetra ya que tiene que hacer uso de su buen juicio clínico y de pruebas de laboratorio para determinar el momento adecuado en que debe interrumpir la gestación. 4,9.

A pesar que la enfermedad se conoce desde los orígenes mismos de la humanidad su etiología es desconocida, no obstante, se han realizado innumerables estudios dando como resultado un mayor conocimiento de la fisiopatología útero-placentaria, mejorando el porvenir de la embarazada pre-eclámpsica y del feto, 10,11,12. En los últimos años Dillon y Duff, entre otros investigadores, le dan mucha importancia, como factor predisponente, a la obesidad anterior al embarazo, y no al aumento de peso durante el mismo. 12.

### MATERIAL Y METODO

Se seleccionaron todas las pacientes que ingresaron con diagnóstico de pre-eclampsia, eclampsia o hipertensión crónica en el Departamento de Obstetricia del Hospital de Maternidad del Instituto Dominicano de Seguros Sociales, desde Abril de 1980 hasta Junio de 1981.

Todas las pacientes fueron sometidas a un estudio prospectivo, realizado por el mismo equipo de trabajo, mediante un protocolo con el cual se investigaban variables tales como: Edad, paridad, estado socio-económico, anteceden-

tes familiares y personales patológicos, consulta prenatal, sintomatología, forma de término del embarazo, mortalidad materno-fetal, etc.

Como criterio diagnóstico de hipertensión arterial se consideró todo aumento de 30 mmHg en la presión sistólica, 15 mmHg sobre la diastólica con relación a los niveles tensionales basales; o una presión absoluta de 140/90 mmHg registrados por lo menos en dos períodos separados de 6 horas. La hipertensión arterial crónica fue considerada cuando se presentó antes de las 20 semanas o previo al embarazo. Pre-eclampsia leve: Niveles tensionales de hasta 150 la sistólica y 95 mmHg la diastólica, no síntomas vasoespásticos, edema hasta dos cruces, proteinuria fraccionada de hasta dos cruces. La pre-eclampsia severa fue considerada cuando se presentaban los mismos signos y síntomas, o agravado éstos, y acompañados por uno o más síntomas vasoespásticos. Hipertensión arterial crónica, tal como descrita anteriormente.

### RESULTADOS:

Del total de 3,873 pacientes obstétricas manejadas en el Departamento de Obstetricia, 182 presentaron trastornos hipertensivos. Las edades más afectadas fueron las comprendidas entre los 25-29 años con 54 casos (Cuadro 1), se presen-

CUADRO N° 1  
EDAD DE LAS PACIENTES

EDAD (años)	N° CASOS	%
Menos de 20 años	8	4.4
20 a 24	49	26.9
25 a 29	54	29.7
30 a 35	53	29.1
mas de 35	18	9.9
<b>TOTAL</b>	<b>182</b>	<b>100</b>

tó en las nulíparas en un 45.6 o/o. En 24.2 o/o de los casos existía el antecedentes materno de hipertensión (Cuadro 2), detectándose que en estas pacientes el 8.8 o/o habían tenido pre-eclampsia, y el 14.8 o/o hipertensión crónica en algún embarazo anterior (Cuadro 3). Hay que destacar que el 94.5 o/o tenía consulta prenatal, y de éstas el 57.7 o/o acudía regularmente.

En 90 casos (49.5 o/o) el aumento de peso mensual fue

\* Jefe del Departamento de Obstetricia de la Maternidad del Instituto Dominicano de Seguros Sociales.

Profesor de la Universidad Autónoma de Santo Domingo.

\*\* Médicos Residentes del Tercer Año del Programa de Post-Grado en Ginecología y Obstetricia de la Maternidad del Instituto Dominicano de Seguros Sociales.

\*\*\* Médico Residente del Segundo Año del Programa de Post-Grado en Ginecología y Obstetricia de la Maternidad del Instituto Dominicano de Seguros Sociales.

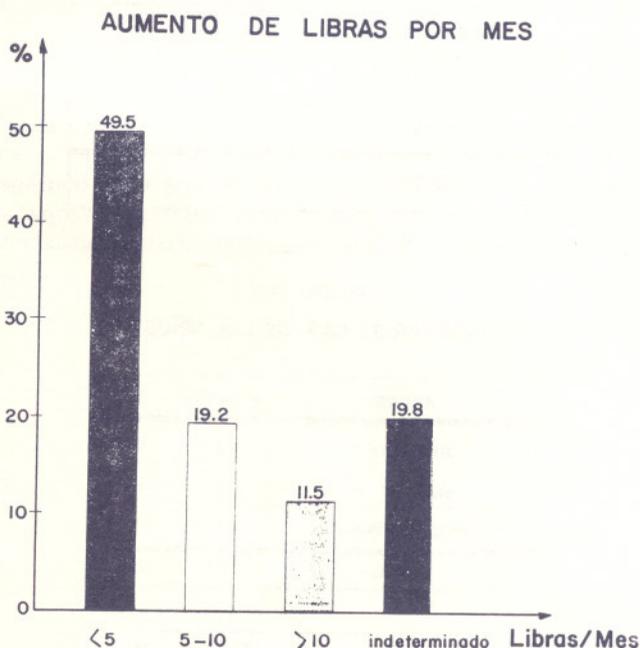
menor de 5 libras por mes (Gráfica I), la cefalea fue el síntoma más frecuente ya que estuvo presente en 108 casos, aso-

CUADRO No. 2

**PACIENTES CON ANTECEDENTES FAMILIARES DE HIPERTENSION**

	Nº CASOS	%
MADRE	44	24.2
PADRE	16	8.8
NINGUNO	122	67.0
<b>TOTAL</b>	<b>182</b>	<b>100</b>

Gráfica I



tuvo peso mayor de 6.0 libras. Hubo 15 natimueertos (8.2 o/o), de éstos, 4 casos tenían edad gestacional de 20-28 se-

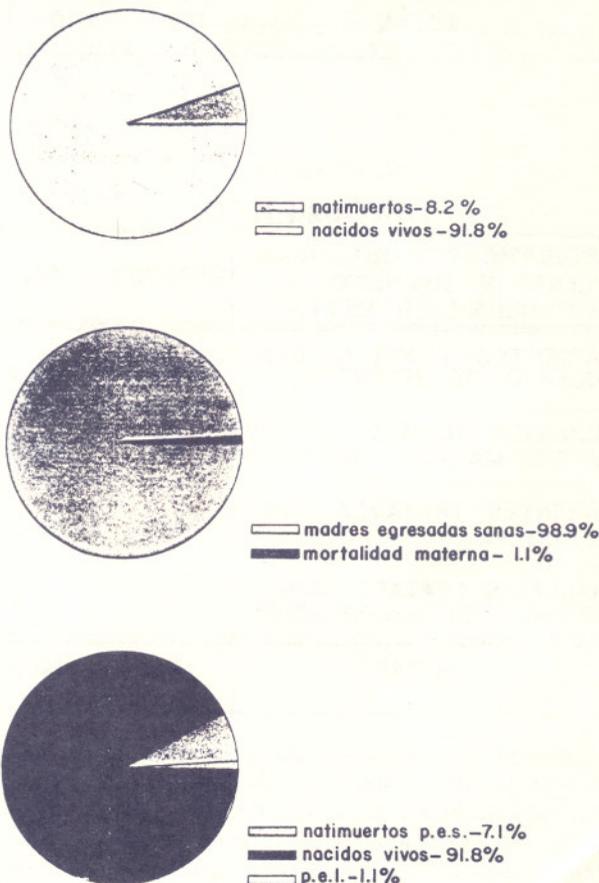
CUADRO No. 3

**PACIENTES CON ANTECEDENTES PERSONALES DE**

	Nº CASOS	%
PRE-ECLAMPSIA	16	8.8
HIPERTENSION CRONICA	27	14.8
HIPERTENSION CRONICA CON PREECLAMPSIA SOBRE ANADIDA	2	1.1
CARDIOPATIA	3	1.6
SIN ANTECEDENTES	134	73.7
<b>TOTAL</b>	<b>182</b>	<b>100</b>

Gráfica II

**GRAFICO DEL PORCENTAJE DE LA MORTALIDAD MATERNO FETAL**



ciado o no a epigastralgia y/o trastornos visuales (Cuadro 4), el edema de 2 a 3 cruces se encontró en 48 casos (26.4 o/o). Hubo 47 casos de pre-eclampsia leve (25.8 o/o), 99 casos de pre-eclampsia severa (54.4 o/o), 6 casos de eclampsia (3.3 o/o) y 30 casos de hipertensión crónica.

El sulfato de magnesio como único medicamento fue empleado en 74 casos (40.7 o/o) y asociado con metil dopa en 61 pacientes (33.5 o/o), en 17 casos se utilizó metildopa solamente y en 30 casos no se administró ninguna medicación (Cuadro 5)

De las pacientes con eclampsia 5 convulsionaron anteparto y una después del parto (Cuadro 6), dos no tenían chequeo prenatal en nuestro hospital, las 4 restantes tenían de 5-9 consultas.

En el Cuadro 7 notamos que los recién nacidos vivos 132 (72.6 o/o) tuvieron Apgar de 7 al minuto, y el 66.5 o/o

manas, 7 con 28 a 37 semanas y 4 casos con más de 37 semanas. De estas muertes 13 correspondieron a madres con pre-

eclampsia severa y 2 casos a pre-eclampsia leve. (Gráfica II).  
La mortalidad neonatal fue baja ya que sólo 3 niños mu-

CUADRO No. 4

### SINTOMAS VASOESPATICOS SEGUN SU APARICION EN CADA PACIENTE

SINTOMAS	Nº CASOS	%
CEFALEA	39	21.4
TRASTORNOS VISUALES	21	11.5
EPIGASTRALGIA	22	12.1
CEFALEA Y TRASTORNOS VISUALES	16	8.8
CEFALEA Y EPIGASTRALGIA	20	11.0
EPIGASTRALGIA Y TRASTORNOS VISUALES	3	1.6
CEFALEA, EPIGASTRALGIA Y TRASTORNOS VISUALES	33	18.1
NO SINTOMAS	28	15.4
<b>TOTAL</b>	<b>182</b>	<b>100</b>

CUADRO No. 5

### TRATAMIENTO

MEDICAMENTOS USADOS: SULFATO DE MAGNESIO Y METIDOLPA (ALDOMET).—	Nº CASOS	%
PACIENTES TRATADOS CON SULFATO DE MAGNESIO	74	40.7
PACIENTES TRATADOS CON SULFATO DE MAGNESIO Y METIDOLPA	61	33.5
PACIENTES TRATADOS CON METIDOLPA.	17	9.3
PACIENTES TRATADO CON REPOSO Y DIETA HIPOSODICA	30	16.5
<b>TOTAL</b>	<b>182</b>	<b>100</b>

rieron: el primero tenía una edad gestacional de 28 semanas, peso 1.1 libra y Apgar de 1/3; el segundo con 29 semanas, pesó 2.4 libras y Apgar 4/7. Ambos murieron durante las primeras 24 horas. El tercer niño de 31 semanas, pesó 5.4 libras, Apgar 8/9 murió al séptimo día. Los dos primeros casos nacieron mediante operación cesárea, y el tercero por vía vaginal. Los tres fueron productos de madres con pre-eclampsia severa. (Gráfica II).

Hubo dos muertes maternas por coagulopatía de consu-

mo, en ambos casos se había practicado operación cesárea (Gráfica II). Ninguna tenía chequeo prenatal en la institución.

El 66.5 o/o de las pacientes tuvo niveles tensionales normales a su egreso del hospital.

CUADRO No. 6

### NUMERO DE PACIENTES QUE PRESENTARON CONVULSIONES

APARICION DE CONVULSIONES	Nº CASOS	%
ANTE PARTO	5	2.7
INTRA PARTO	0	0.0
POST PARTO	1	0.6
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>3.3</b>

CONVULSIONES	Nº DE PACIENTES	%
1	5	2.7
3	1	0.6
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>3.3</b>

CUADRO No. 7

### CARACTERISTICAS DE LOS NIÑOS

APGAR	Nº CASOS	%
MENOS DE 7	32	17.6
MAS DE 7	132	72.5
INDETERMINADO	18	9.9
<b>TOTAL</b>	<b>182</b>	<b>100</b>

PESO	Nº CASOS	%
MENOS DE 6 lbs	55	30.2
MAS DE 6 lbs	121	66.5
INDETERMINADO	6	3.3
<b>TOTAL</b>	<b>182</b>	<b>100</b>

TALLA	Nº CASOS	%
MENOS DE 50 cms.	77	42.3
MAS DE 50 cms.	77	42.3
INDETERMINADO	28	15.4
<b>TOTAL</b>	<b>182</b>	<b>100</b>

### CONCLUSIONES

1.— La enfermedad hipertensiva del embarazo es más fre-

cuenta en la mujer nulípara (45.6 o/o).

2.— En el 49.5 o/o el aumento ponderal fue menor de 5 libras por mes.

3.— En el 33 o/o había un antecedente familiar de hipertensión.

4.— La mortalidad materna fue de 1.1 o/o.

5.— Mortalidad perinatal fue 9.9 o/o.

6.— El 62.6 o/o de los embarazos terminaron mediante la operación cesárea.

7.— En el 76.2 o/o de los casos se usó el sulfato de magnesio como anticonvulsionante.

8.— La asistencia y calidad de la consulta prenatal juega un papel preponderante en la detección temprana de enfermedades, modificando su evolución clínica.

#### RESUMEN:

En un estudio prospectivo realizado en el Departamento de Obstetricia de la Maternidad del Instituto Dominicano de Seguros Sociales, desde Abril de 1980 hasta Junio de 1981, de un total de 3,873 pacientes obstétricas manejadas se encontraron 182 casos con Enfermedad Hipertensiva del Embarazo, lo que corresponde a una frecuencia de 4.7 o/o.

Se presentó en la nulípara en un 45.6 o/o, y entre las edades de 25 a 29 años en 29.7 o/o. El 57.7 o/o acudía regularmente a la consulta prenatal. La cefalea fue el síntoma vasoespástico más frecuente. El 3.3 o/o de las pacientes presentó Eclampsia, registrándose una mortalidad fetal de 8.2 o/o, y mortalidad materna de 1.1 o/o. Al 62.6 o/o se le practicó cesárea.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1.— Baldera, L.; Cabrera, P.; Méndez, L.; Cabrera, R.; Vargas, D. Toxemia: Incidencia y Mortalidad (M. N. S. A. 1974—1976). Rev. Dom. de Obstet. Ginecol. 3:17, 1980.
- 2.— Niswander, K. Obstetrics. Essentials of clinical practice. Little, Brown and company. Baltimore, 1979.
- 3.— Bennedetti, T. J.; Carison, R. W. Cerebral edema in severe pregnancy-induced hypertension. A. J. Obstet. Gynecol. 135: 308, 1979.
- 4.— Caplan, M.; Sweeney, J.: Advances in Obstetrics and Gynecology. The Williams and Wilking Company. Baltimore, 1978.
- 5.— Chung, R.; Davis, H.; Ma. Y.; Novikul, O.; Williams, C. Wilson, K. Diet-Related toxemia in pregnancy. Am. J. Clin. Nutr. 32: 1902, 1979.
- 6.— Da Silva, A.; Sardia, I.; Gómez, N.; Salas, A. Toxemia en el Hospital "Miguel Pérez Carreño", Rev. de Obstet. Ginecol. de Venezuela. 35: 4, 1980.
- 7.— May, W. J.; Robert, J. M. Consumptive coagulopathy in severe preeclapxia. J. Obstet. Gynecol. 48: 163, 1976.
- 8.— Pichardo, A.: y Cols. Factores de coagulación (plaquetas, fibrinógeno, tiempo de protrombina) en pacientes con preeclampsia severa y eclampsia. Rev. Med. Dom. 40: 3, 1980.
- 9.— Davey, D. A.; Dominisse, J.: The management of hypertension in pregnancy. S. Afr. Med. J. 56: 551, 1980.
- 10.— Fannette, P. S.: Tratamiento en la Eclampsia. Rev. de Obstet. Ginecol. de Venezuela, 37:4, 1977.
- 11.— Fernández, D. B. y Cols.: Efectos de la Hipertensión en el Embarazo. Rev. Dom. de Obstet. Ginecol. 3: 15, 1979.
- 12.— Dillon, R. S.: Handbook of Endocrinology Lea and Febiger, Philadelphia, 1973.
- 13.— Duff, M. B.: Preeclampsia and the patient with Myasthenia gravis. J. of Obstet. Gynecol. 54:355, 1979.