

Medicentro 2003;7(4 Supl 1)

**POLICLÍNICO DOCENTE 1
CAIBARIÉN, VILLA CLARA**

**ENFERMEDAD HIPERTENSIVA GRAVÍDICA: UN RETO PARA LA
ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.**

Por:

Dr. Ariel A. Sánchez Olalde¹, Lic. Eva María Rojas Sánchez², Dra. Luisa L. Olalde Jover³ y Dr. Ramón Olalde Cancio⁴

1. Especialista de I Grado en Medicina General Integral.
2. Licenciada en Enfermería del Policlínico II de Caibarién.
3. Especialista de I Grado en Pediatría. Asistente. Policlínico I de Caibarién
4. Especialista de I Grado en Obstetricia y Ginecología. Instructor del Hospital General de Remedios.

Resumen

Se realizó un trabajo descriptivo-prospectivo durante los años 1998 y 1999 en tres consultorios médicos de la familia en el municipio de Caibarién, con el fin de analizar el comportamiento de la enfermedad hipertensiva gravídica y su relación con la prueba de Gant. Para esto se realizó una encuesta con las variables que nos hablen de los factores de riesgo en las madres, la utilización y ventajas de la prueba, y la evaluación de los partos de estas madres. La prueba de Gant fue un predictor de importancia para la enfermedad hipertensiva gravídica; los factores de riesgo más significativos en las madres fueron: la multiparidad, ganancia de peso superior a los 12 kg, y el hábito de fumar; esta prueba nos permitió detectar precozmente el 75,8 % de las pacientes que desarrollaron la enfermedad hipertensiva gravídica; el parto y el fruto del mismo fueron adecuados en la mayoría de las gestantes.

Descriptores DeCS:

ATENCION PRIMARIA DE SALUD
HIPERTENSION
EMBARAZO

Subject headings:

PRIMARY HEALTH CARE
HYPERTENSION
PREGNANCY

Introducción

La hipertensión arterial es una condición común que afecta el estado de salud a individuos y poblaciones en todas partes del mundo, y representa en sí misma una enfermedad; además, constituye un factor de riesgo importante para otras entidades¹⁻⁴. La hipertensión arterial durante el embarazo es considerada la causa más frecuente de partos pretérmino y bajo peso al nacer después del embarazo múltiple, en la que el producto de la gestación se afecta tanto por la enfermedad como por los medicamentos necesarios para su control. La aparición de preeclampsia (PE) durante el embarazo provoca un aumento en la morbilidad y mortalidad perinatal, y se asocia con una mayor incidencia de sufrimiento fetal intraparto y crecimiento intrauterino retardado (CIUR); se considera el 18,8 % en la PE leve y 37 % en la grave^{5,6}. La prueba de Gant (Roll-Over-Test), descrita en el año 1974, es una herramienta de gran utilidad en manos del médico de la familia, por cuanto permite predecir la hipertensión gestacional. Aunque se han sugerido una serie de marcadores o pruebas predictivas para el riesgo de la enfermedad, fundamentalmente en la preeclampsia, son mucho más costosos, por lo que en nuestro medio se considera la prueba de Gant como la de mayor utilidad⁷⁻⁹.

Esta alternativa nos motivó a realizar este estudio en diferentes consultorios médicos de la familia del municipio de Caibarién, para poder detectar el valor de la prueba, su eficacia en la detección de la enfermedad hipertensiva gravídica (EHG), y poder dejar pautas para el trabajo posterior de los restantes consultorios.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo-prospectivo y longitudinal en el tiempo en tres consultorios del médico de la familia del municipio de Caibarién durante los años 1998-1999. El universo de trabajo estuvo constituido por 94 mujeres embarazadas durante este período de tiempo. La muestra fue conformada por 82 embarazadas que se captaron desde las 20 semanas por el equipo del estudio, las cuales se siguieron hasta la terminación del embarazo en el Hospital General de Remedios, entre enero de 1998 hasta diciembre de 1999. Al total de la muestra se le confeccionó una encuesta a través del método observacional-documental de las historia obstétricas (modelo 66-01), con una entrevista personal a la embarazada para detectar datos de interés, con el fin de determinar los factores de riesgo de la hipertensión arterial: edad, estado nutricional, si ganó más de 12 kg de peso durante el embarazo, paridad anterior a la existencia de preeclampsia, historia personal de hipertensión, hábito tóxicos y otras enfermedades crónicas padecidas por ellas. Entre las 28-32 semanas se realiza la prueba de Gant, y se tiene en cuenta si ésta fue positiva; para realizar la misma, se colocó a la paciente en decúbito lateral izquierdo y se tomó la tensión arterial en el brazo derecho cada cinco minutos hasta que se normalizó, entre 15 y 20 minutos. Se colocó entonces en decúbito supino y se tomó la tensión arterial al minuto y a los cinco minutos. Se considera positivo un incremento de la tensión arterial diastólica de 20 mmHg; ésta debe realizarse en las semanas señaladas anteriormente. La conducta seguida por el equipo del estudio con la paciente dependió de los resultados de la prueba: en los casos negativos, se evaluó ganancia de peso y tejido celular subcutáneo; con resultados positivos, se evaluó ganancia de peso, tejido celular subcutáneo y se agrega tratamiento fármaco dietético, de acuerdo con lo establecido en estos casos. Se analizó el seguimiento a estas pacientes y el parto, así como el recién nacido y sus complicaciones. La información se procesó con una calculadora de mesa. Para los análisis se utilizaron: distribución de frecuencias, frecuencias absolutas y porcentajes, así como la prueba estadística Chi cuadrado, de independencia para comparación de proporciones, y la razón de productos cruzados; se tomó 0,05 como nivel de significación.

Resultados

En la tabla 1 se muestra la edad de las embarazadas estudiadas, donde se observó un predominio de las de 20-35 años de edad (65,8 %), en las cuales la mujer está apta para la fecundación; sólo 3,3 % fueron afeosas. Sin embargo, la adolescencia representó el 21,9 %.

Tabla 1 Embarazadas estudiadas según edad.

Edad	Años de estudio		Total	
	1998	1999	No.	%
-20 años	8	10	18	21,9
20-35 años	28	26	54	65,8
+ 35años	4	6	10	12,3
TOTAL	40	42	82	100,0

Fuente: Encuesta.

Distribución ambos años: $\chi^2 = 0,76$ 2hl $p > 0,05$.

La incidencia de la EHG se refleja en la tabla 2; desarrollaron la enfermedad 25 (30 %) y no la desarrollaron 57 (70 %); de ellas, la hipertensión transitoria contra las demás formas de presentación, se nos muestra con significación estadística.

Tabla2 Incidencia de la enfermedad hipertensiva gravídica en las embarazadas.

Enfermedad hipertensiva gravídica	Total	
	No.	%
Hipertensión arterial crónica.	5	6,0
Hipertensión transitoria.	14	17,0
Preeclampsia	2	2,4
Eclampsia	1	1,2
HTA crónica con preeclampsia sobreañadida	3	4,6
Desarrollaron EHG	25	30
No desarrollaron EHG	57	70

TOTAL	82	100
-------	----	-----

Fuente: Encuesta HC Hospital.

Hipertensión transitoria vs. Las demás $Z = 8,93$ $p < 0,01$.

EHG: Enfermedad hipertensiva gravídica.

En la tabla 3 se analizó el peso del recién nacido según desarrolló o no la EHG y la complicación del mismo. El 64,7 % presentó un peso de más de 3000 g, que es el peso ideal para el neonato; en segundo lugar, el peso insuficiente (2500-2999) para 26,8 %, y sólo 8,5 % fue bajo peso, de las que presentaron o no la EHG. Con relación a las complicaciones de los recién nacidos, sólo nueve tuvieron complicaciones, y no las presentaron 73; no hubo fallecidos entre los mismos.

Tabla 3 Peso del recién nacido según desarrollo de enfermedad hipertensiva gravídica.

Peso (gramos)	Desarrollaron		No desarrollaron		Total		Complicación RN	
	No.	%	No	%	No	%	Sí	No
- 2499	2	8,0	5	8,7	7	8,5	3	4
2500-2999	10	40,0	12	21,0	2,2	26,8	5	17
3000 y más	13	52,0	4,0	72,3	53	64,7	1	52
TOTAL	25	100,0	57	100,0	82	100,0	9	73

Fuente: Historias clínicas del Hospital.

Entre peso diferencia significativa $< 0,05$.

RN: Recién nacido.

Cuando se investigaron los resultados de la realización de la prueba de Gant en pacientes que desarrollaron o no la enfermedad (tabla 4), se demostró que 75,8 % de las mujeres que desarrollaron EHG habían tenido una prueba positiva, mientras que sólo 25,2 % de las mujeres con prueba positiva no desarrollaron la enfermedad. De forma general, la prueba de Gant fue positiva en 35,3 % de las 82 gestantes estudiadas. El análisis estadístico determinó una sensibilidad de 0,96, especificidad de 0,84 y prevalencia de EHG de 29,6 %, con un valor predictivo positivo de 75,8 % y negativo de 94,4 %.

Tabla 4 Resultado de la prueba y la evolución.

Prueba de Gant	Desarrollaron EHG		No desarrollaron EHG		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Positiva	22	75,8	7	25,2	29	35,3
Negativa	3	5,6	50	94,4	53	64,7
TOTAL	25	30,4	57	69,6	82	100

Sensibilidad = 0,96

Valor predictivo: R. positivo: 75,8 %

Especificidad = 0,84

R. negativo: 94,4 %

Prevalencia de EHG = 29,6 %

La tabla 5 se refiere a la presencia de los factores de riesgo para la embarazada. En este estudio la multiparidad se presentó en 35 gestantes, seguida de la ganancia de más de 12 kg de peso durante el embarazo; el tercer lugar lo ocupa el hábito de fumar durante la gestación. Los demás factores de riesgo estuvieron presentes, pero en menor cuantía; se detectaron 164 factores de riesgo para 82 pacientes, que expresan un índice de 2,3.

Tabla 5 Desarrollaron o no un tipo de enfermedad hipertensiva gravídica según factores de riesgo.

Factores de riesgo	Desarrollaron EHG					Total	%
	Pre-eclampsia No	Eclampsia No	HTA transitoria No	HTA con PE No	No EHG No		
Ganancia de peso >12 kg	1	0	12	1	20	34	41,4
Multiparidad	1	1	12	1	20	35	42,6

Gemelaridad	0	0	2	0	1	3	3,6
Hábito de fumar	1	1	2	1	25	30	39,2
Ingestión de bebidas alcohólicas	0	0	3	1	0	4	4,8
Enfermedad renal	1	0	7	1	5	14	17,0
Índice de masa corporal	2	1	7	2	3	14	17,0
Desnutrida	0	0	1	1	1	3	3,6
Edad -20años	1	0	5	0	12	18	21,9
Edad + 36años	0	1	1	1	1	4	4,8
HTAC. Ant.	0	0	0	3	0	3	3,6
Diabetes mellitus	0	0	2	1	0	3	3,6
Ant.Pre-Ec.	1	0	1	0	1	3	3,6
Cardiópatas	0	0	0	0	2	2	2,4
Total de embarazadas	2	1	14	3	57	164/82	1= 2,3 FR.
82							

Fuentes: Encuestas.

EHG: Enfermedad hipertensiva gravídica.

HTAC An: Hipertensión arterial crónica anterior.

Ant. Pre-Ec: Preeclampsia anterior.

FR: Factores de riesgo.

Discusión

En el trabajo realizado por Álvarez Fumero⁵ se detecta una incidencia similar a la nuestra en edades entre 25 y 29 años; la adolescencia se comportó en su estudio un poco por encima del nuestro. Vázquez² habla de un predominio de la adolescencia, pero este trabajo es dedicado sólo a estas edades; Ayala¹⁰ observa un predominio muy marcado en las adolescentes y menores de 25 años, con una prevalencia de 70 %.

Con relación a la incidencia de la EHG, Palle¹¹ encontró una prevalencia de 35 %, con predominio de la hipertensión transitoria, para 25,4 %. Os y Andersson⁴, con mujeres de alto riesgo de padecer preeclampsia-eclampsia, encuentran una alta incidencia de la enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo, para 32,4 %, así como Hernández Acosta (comunicación personal), que halló una incidencia de 30,1 %, lo que concuerda con nuestro estudio.

Entre los factores de riesgo para el bajo peso al nacer^{1,2,6}, se describe con frecuencia la hipertensión durante la gestación, tanto en las hipertensas crónicas como en la hipertensión gravídica. Esto aumenta las complicaciones en el recién nacido y favorece el fallecimiento.

Con relación a los estudios donde se realizó la prueba de Gant, en el de Hernández Acosta se encontró una sensibilidad de 0,97, especificidad de 0,86, con un valor predictivo positivo de 75 % y valor negativo de 98,6 %.

Mediante esta prueba, Moya⁷ encuentra un valor predictivo positivo de 73,3 % y negativo de 98,2 %. Gómez¹² la utiliza y halla valores semejantes a los nuestros. Herrera¹³ en su estudio colombiano con el uso de ácido linoleico y suplemento de calcio en el tercer trimestre, obtiene un alto valor predictivo en la EHG.

Con relación a los factores de riesgo, hay que destacar que la ganancia de peso es un factor de riesgo bien establecido¹⁴. La multiparidad es reflejada por muchos autores^{5,6}, así como el hábito de fumar^{5,6,11}; todos coinciden en la importancia de la labor educativa para disminuir este importante factor de riesgo. Asimismo, expresan que todos los factores de riesgo en el embarazo son de interés, y que debemos modificarlos o controlarlos para mejorar la calidad de vida de la población femenina en edad fértil.

En nuestro trabajo, la prueba de Gant fue de gran utilidad, por lo que recomendamos al médico de la familia su uso de forma sistemática, por lo sencillo de la técnica, el bajo costo y su utilidad en la predicción de la enfermedad hipertensiva gravídica.

Referencias bibliográficas

1. Cuba Ministerio de Salud Pública. Programa nacional de prevención, diagnóstico, evaluación y control de la hipertensión arterial. La Habana: MINSAP; 1998.
2. Vázquez Márquez A, Guerra Verdecía C, Herrera Vicente V, de la Cruz Chávez F, Almiral Chávez A. Embarazo y adolescencia: factores biológicos maternos y perinatales más frecuentes. Rev Cubana Obstet

Ginecol 2001;27(2):158-64.

3. Albers LL, Overman B, Sedler KD. Intrapartum hypertension in a low risk obstetric population. *J Nurse Midwifery* 1998;43(2):106-10.
4. Os I, Andersson KS, Olaw P, Henriksent F. Pregnancy, essential hypertension and chronic renal disease. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1998;118(6):884-6.
5. Álvarez Fumero R, Urra Cobra L, Aliño Santiago M. Repercusión de los factores de riesgo en el bajo peso al nacer. *Resumed* 2001;11(3):115-21.
6. Rodríguez Pino M, Torna Castro JL, Hernández Cabrera J, Crespo Hernández T, Triana Álvarez P. Enfermedad hipertensiva gravídica: algunas consideraciones sobre su influencia en los indicadores de morbimortalidad perinatal. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 1999;25(2):108-13.
7. Moya Romero B, Lugones Botell MA, Gazapo Pernas R, León Molinet F. Aplicación de la prueba de Gant en la predicción de la enfermedad hipertensiva gestacional. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1996;12(3):264-9.
8. Hanriksen T. Hypertension in pre-eclampsia diagnosis and treatment. *Scand J Rheumatol* 1998;107 (Supl):86-91.
9. Ramos JG, Martins Costa SH, Kessler JB, Costa CA, Barros E. Caciuria and preeclampsia. *Braz J Med Biol Res* 1998;31(4):519-22.
10. Ayala DE, Hernida RC, Mojon A, Fernández Silva I, Ucieda R. Blood pressure excess for the early identification of gestational hypertension and preeclampsia. *Hypertension* 1998;31(1):83-9.
11. Paller MS. Hypertension in pregnancy. *J Am Soc Nephrol* 1998;9(2):314-21.
12. Gómez Sosa E. El Roll-Over-Test como predictor de la enfermedad hipertensiva de la gestación. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1994;10(2):115-7.
13. Herrera JA, Arévalo Herrera M. Prevention of preeclampsia by linoleic acid and calcium supplementation: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 1998;91(4):585-90.
14. Balestena Sánchez J, Pereda Padilla S. El calcio en los estados hipertensivos del embarazo. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2000;26(1):41-7.