Análisis observacional de mujeres embarazadas con hipertensión inducida en el embarazo y resultados en el puerperio mediato

Observational analysis of pregnant women with pregnancy-induced hypertension and immediate postpartum outcomes

Rojo, Carmen; Balanza, Gonzalo; Trigo, Pablo
Facultad de Ciencias Médicas - Sede San Juan
Universidad Católica de Cuyo - Argentina

Resumen

Los trastornos hipertensivos del embarazo representan una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna y perinatal a nivel mundial. Este estudio observacional retrospectivo analizó los factores de riesgo y los resultados perinatales en mujeres con hipertensión inducida en el embarazo (HIE) atendidas en el Hospital Dr. Guillermo Rawson, San Juan, entre marzo y junio de 2024. Se incluyeron 57 pacientes con edad gestacional ≥34 semanas y diagnóstico confirmado de HIE. La edad media fue de 28,25 ± 6,27 años; el 80,7 % de las mujeres tenía entre 20 y 35 años y el 63,2 % refirió embarazo deseado. El 59,6 % de los partos se realizó por cesárea y el 19,3 % correspondió a nacimientos pretérmino. El 38,6 % no completó el nivel educativo primario o secundario. El 29,8 % de las gestantes eran fumadoras activas, el 7 % estaban expuestas pasivamente y el 63,2 % no fumaban. El 24,6 % de los recién nacidos requirió internación neonatal, cifra superior a la esperada en la población general (6–16 %). La lactancia materna se observó en el 57,9 % de los casos, con un peso promedio significativamente menor en los recién nacidos no amamantados (2610 g vs. 3236 g; p = 0,25). La HIE se presentó con mayor frecuencia en mujeres primíparas, lo que reafirma su papel como factor de riesgo principal. Los hallazgos confirman el carácter multifactorial de la HIE y resaltan la necesidad de optimizar los controles prenatales y la educación sanitaria para reducir las complicaciones materno-perinatales asociadas.

Palabras Clave: Embarazo, Hipertensión, Puerperio.

Introducción

Los trastornos hipertensivos del embarazo, que incluyen hipertensión gestacional, preeclampsia y eclampsia, representan una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Su incidencia es del 7% al 10% de todos los embarazos (según Nasif JC, 2012).

En la provincia de San Juan, estos trastornos constituyen un problema de salud pública relevante, asociado a desenlaces adversos tanto para la madre como para el recién nacido. Las estadísticas nacionales del año 2021 del Ministerio de Salud de la Nación (según Ministerio de la Salud de la Nación Argentina, 2023), del total de 393 muertes maternas, 34 fueron relacionadas a trastornos hipertensivos lo que representa casi el 10% del total, ahora si se consideran solo causas obstétricas directas, representa alrededor del 35% de la muertes totales, para el año 2020 los resultados son similares.

Para la OMS, es la segunda causa de complicación materna grave luego de las hemorragias post-parto requiriendo internación en unidades de cuidados intensivos poniendo en peligro sus vidas y desarrollando secuelas a largo plazo (según Lai, C., Coulter, S. A., & Woodruff, A, 2017) .

En general el desarrollo de trastornos hipertensivos del embarazo es de clínica lenta, no dando síntomas ni signos evidentes al inicio de la enfermedad, por ende es importante buscarlos en los controles de embarazo para evitar complicaciones graves como un Síndrome Help.

ÍNDICE

Este estudio retrospectivo evaluó los principales factores de riesgos en mujeres con trastornos hipertensivos en el embarazo para tener un mejor conocimiento de estos en el Hospital Dr. Guillermo Rawson que es el principal nosocomio público de partos a nivel provincial. Nuestro objetivo fué evaluar factores de riesgo en embarazadas con hipertensión inducida en el embarazo y su repercusión posparto. Además, se estudiaron variables relacionadas con el comportamiento general de los resultados perinatológicos, la relación entre edad e hipertensión inducida embarazo, lactancia, relación entre hipertensión inducida embarazo y grado de escolarización, relación entre HIE y tabaquismo, relación entre paridad, gestas e HIE, y correlaciones entre peso fetal y lactancia. **Nivel de evidencia** III

Materiales y método

Se realizó un estudio observacional retrospectivo de las historias clínicas de pacientes embarazadas ingresadas del área preparto del Hospital Dr. Guillermo Rawson desde las fechas 01/03/2024 hasta la fecha 01/06/2024. Se incluyeron las HC de pacientes embarazadas con edad gestacional mayor o igual a 34 semanas, parto vaginal o por cesárea, diagnóstico de hipertensión inducida en el embarazo, no presentar diagnóstico de feto muerto (FM), cuyas historias clínicas estuvieran completas y legibles. Se excluyeron las historias clínicas de pacientes embarazadas con edad gestacional menor a 34 semanas, mujeres no embarazadas de cualquier edad, mujeres que no presenten el diagnóstico de hipertensión inducida en el embarazo, mujeres que hayan parido fuera del servicio de preparto del Hospital Guillermo Rawson, pacientes con historias clínicas ilegible y/o incompletas.

Las variantes que se estudiaron fueron edad materna, número de gestas, número de paridad, embarazo deseado, embarazo no deseado, nivel educativo, sexo del RN, vía del parto, edad gestacional al momento del parto, internación de bebe y lactancia.

El análisis estadístico descriptivo de todas las variables recolectadas se realizó utilizando el software Microsoft Excel. Los datos se presentaron en tablas de resumen. La mayoría de las variables del estudio se describieron utilizando los siguientes parámetros estadísticos: medias aritméticas, desviación estándar, mediana, mínimo y máximo. Las variables continuas fueron analizadas bajo el supuesto de normalidad, utilizando la distribución normal como modelo probabilístico. Las variables cualitativas, se analizaron mediante distribuciones de tipo binomial/multinomial, según corresponda.

Resultados

De una muestra total de 500 mujeres, 57 cumplieron los criterios de inclusión (edad promedio de 28,25 años ±6,27 años) (ver tabla 1). La mayoría de las mujeres presentó 2 gestas (ver tabla 1). La variable paridad obtuvo un promedio de 1,38±1,43 partos previos (tabla 1). El 63,2% de los embarazos fueron embarazos deseados vs 36,8% no deseados (tabla 1). El 38.6% de las pacientes no completó el nivel primario o secundario (tabla 1) . De los nacimientos, el 52,6 % fueron varones y el 47,3 % mujeres (ver gráfico 1) .El porcentaje de embarazos pretérmino de nuestra muestra fue del 19,3%, similar a lo descrito en la literatura mundial. El 40,4 % de los nacimientos fue por vía vaginal, mientras que el 59,6 % restante fue por cesárea (tabla 1). El promedio de la edad gestacional fue 38,35±1,76 semanas, (ver gráfico 2). El 29,8 % de las embarazadas refería consumo activo de tabaco, el 63,2 % fué no fumadoras y el 7,0 % estaba expuesta al humo de manera pasiva (ver gráfico 3). El hábito tabáquico fue positivo en el 36,8%, sin embargo, al analizar la relación entre tabaquismo materno y necesidad de internación neonatal, se observó que, entre las madres no fumadoras, 12 bebés (33,3 %) requirieron internación, mientras que 24 (66,7 %) no; en el grupo de RN de madres con exposición pasiva ninguno necesitó internación; y del grupo de RN de madres fumadoras, 2 bebés (11,8 %) precisaron internación y 15 (88,2 %) no. El 24,6 % de los recién nacidos requirió internación, superior al reportado en la población general (6 % al 16 %) según distintos estudios, mientras que el 75,4 % no necesitó cuidados especiales (ver gráfico 4). El 57,9 % de las madres amamantó a sus recién nacidos (ver gráfico 5). Respecto a la relación entre peso fetal y lactancia se observó que el promedio de peso para los bebés que no recibieron lactancia fue de 2610±1004 gramos y para los que sí recibieron fue de 3236±1312 gramos, con una diferencia de 626 gramos

(p=0,25 no es estadísticamente significativo).

Tabla 1: Resultados para las distintas variables.

Rango	Frecuencia absoluta	Porcentaje
EDAD MATERNA		
MENOR DE 20	1	1.75
ENTRE 20 y 35	46	80.70
MAYOR DE 35	10	17.54
CANTIDAD DE PARTOS		
0	18	31.58%
1	19	33.33%
2	9	15.79%
3	5	8.77%
4	4	7.02%
5	1	1.75%
6	1	1.75%
N° DE GESTAS		
1	13	22.81
2	21	36.84
3	13	22.81
4	3	5.26
5	5	8.77
6	0	0.00
7	2	3.51

Rango	Frecuencia absoluta	Porcentaje
NIVEL EDUCATIVO		
PRIMARIO INCOMPLE-TO	8	14.04%
PRIMARIO COMPLETO	13	22.81%
SECUNDARIO INCOM-PLETO	14	24.56%
SECUNDARIO COM-PLETO	15	26.32%
TERCIARIO INCOM-PLETO	1	1.75%
TERCIARIO COMPLETO	4	7.02%
UNIVERSITARIO IN-COMPLETO	0	0.00%
UNIVERSITARIO COM-PLETO	1	1.75%
ANALFABETA	1	1.75%
VÍA DE PARTO		
CESÁREA	23	40.4
PARTO	34	59.6
EMBARAZO DESEADO		
SI	36	36.84%
NO	21	63.16%

Gráfico 1: Distribución por sexos



Gráfico 2: Edad gestacional porcentajes

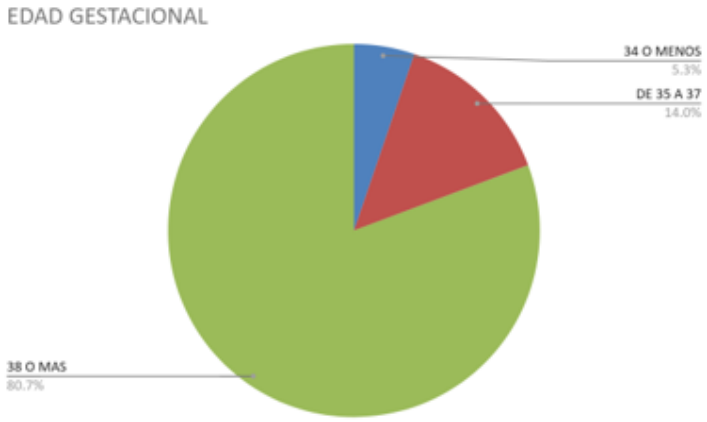


Gráfico 3: Porcentaje de fumadoras, no fumadoras y tabaquismo pasivo

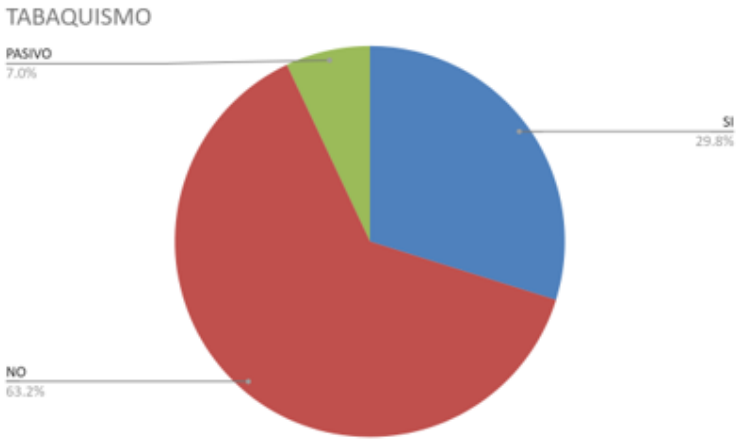
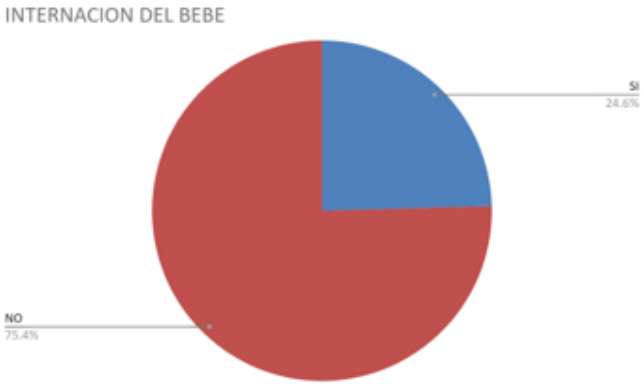
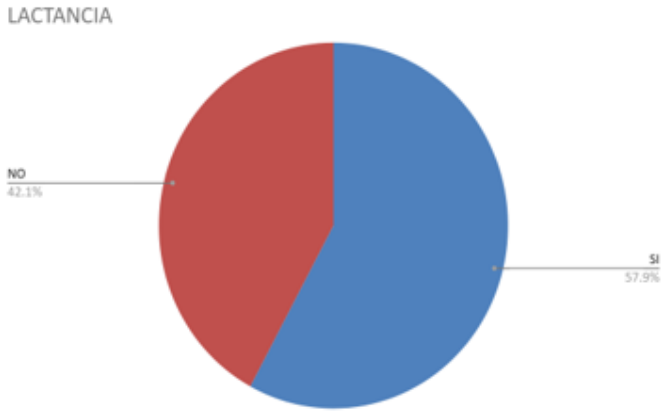


Gráfico 4: Porcentaje de bebés internados



REVISTA CUADERNOS Año 11 Nº 15 ISBN: 2545-6180

Gráfico 5: Porcentajes de lactancia matern



a

Discusión

Los resultados obtenidos parecen reforzar la teoría de multicausalidad de la HIE, debido a que la multiparidad y el antecedente de múltiples gestas han presentado la patología, tanto como pacientes nuligravidas y primigestas. Los embarazos no deseados podrían jugar un papel importante al momento del desarrollo de HIE, probablemente relacionado a la falta de controles en el embarazo y conductas no saludables para el mismo, derivadas del rechazo a la condición grávida de las pacientes, se necesitan mayor cantidad de estudios de diseño para evaluar esta variable en profundidad. En nuestra serie, la variable tabaquismo no parece jugar un papel preponderante en el desarrollo de la patología en estudio, no obstante, se ha relacionado, en mayor medida, con el retardo del crecimiento intrauterino, es teratogénico y está fuertemente desaconsejado durante la gestación. Como debilidad de nuestro trabajo podemos mencionar que la distribución etaria es diferente a las series encontradas. Creemos que esto se debe a la cantidad de pacientes incluidos en nuestra muestra ya que representa solamente a la población que tiene acceso al sistema de salud pública como única opción, lo cual podría significar un posible sesgo tipo 1. Creemos que nuevos estudios con mejor calidad metodológica son necesarios para poder responder los diferentes interrogantes planteados.

Conclusiones

La HIE se presentó mayoritariamente en mujeres de 20 a 35 años coincidiendo con el período de mayor fecundidad y número de embarazos. Además, las pacientes nuligravidas y primigravidas tuvieron una mayor frecuencia de desarrollo de HIE, el 64.91%, lo que coloca a la primiparidad como un factor de riesgo relevante. En conclusión, la HIE se presentó predominantemente en mujeres con baja paridad, lo cual concuerda con la evidencia de que la nuliparidad y las primeras gestas representan factores de riesgo. Sin embargo, la presencia de casos en mujeres multíparas, aunque menos frecuentes, indicaría que la HIE es un fenómeno multicausal. Las variables embarazo deseado y sexo del RN no influyeron en el desarrollo de HIE.

El 40% de las pacientes requirieron cesárea, probablemente por indicaciones obstétricas relacionadas con riesgo materno (pre-eclampsia grave, riesgo de eclampsia, alteraciones de laboratorio, mala respuesta a tratamiento antihipertensivo) o fetal (sufrimiento fetal agudo, restricción del crecimiento intrauterino, alteraciones doppler-placentarias), hallazgos coinciden con lo informado en la literatura disponible.

En relación al hábito tabáquico en las embarazadas, estos datos sugieren que en el tabaquismo no aumentó la necesidad de asistencia a los RN en nuestra muestra. No obstante, existen múltiples estudios que demuestran grandes efectos negativos del tabaquismo durante la gestación.

En nuestra serie el porcentaje de lactancia materna fue menor al informado a nivel nacional (57.9

% vs 97 %). La diferencia observada sugiere que las pacientes con HIE tienen menos propensión a la lactancia materna. No se encontraron diferencias significativas entre el grupo con lactancia materna vs no lactancia respecto al peso de los recién nacidos.

Bibliografía

1. Nassif JC. Obstetricia: fundamentos y enfoque práctico. 1ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2012. p. 403

2. Ministerio de Salud de la Nación (Argentina). Mortalidad infantil y materna. Año 2021 [presentación en Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2023 [citado 2025 may 9]. Disponible en: ttps://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2023-03/anexo-7-mortalidad-infantil-materna-2021__2023.pptx

3. Lai, C., Coulter, S. A., & Woodruff, A. . Hypertension and pregnancy. Texas Heart Institute Journal, 2017 44(5), 350–351. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5731591/

4. Rosas-Peralta, M., Borrayo-Sánchez, G., Madrid-Miller, A., Ramírez-Arias, E., & Pérez-Rodríguez, G. Hipertensión durante el embarazo: El reto continúa [Revisión]. Revista Médica IMSS. 2016 Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2016/ims161g.pdf

5. González, E. R., Arroyo, A. M. H., García Benasach, F., & Conde, T. G. . Hypertensive states of pregnancy. Hipertensión y Riesgo Vascular, 2024 41(2), 118–131. https://doi.org/10.1016/j.hipert.2024.03.005

6. Álvarez-Álvarez, B., Martell-Claros, N., Abad-Cardiel, M., & García-Donaire, J. A. (2017). Trastornos hipertensivos en el embarazo: Repercusión a largo plazo en la salud cardiovascular de la mujer. Hipertensión y Riesgo Vascular, 34(2), 85–92.Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.hipert.2017.04.003

7. Cifkova, R. Hypertension in pregnancy: A diagnostic and therapeutic overview. High Blood Pressure & Cardiovascular Prevention. 2023 Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10403432/

8. Countouris, M., Mahmoud, Z., Cohen, J. B., Crousillat, D., Hameed, A. B., Harrington, C. M., et al. (2025). Hypertension in pregnancy and postpartum: Current standards and opportunities to improve care. Circulation, 151(7), 490–507. https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.124.073302

9. Morales-Suárez-Varela, M., Peraita-Costa, I., Borja Guerrero Cervera, C., Llopis-Morales, A., Botella-Juan, L., & Marcos Puig, B. (2024). Arterial hypertension and smoking in pregnant women in the Valencian Community: Maternal and neonatal outcomes. Medicina de Familia SEMERGEN, 50(4), Article 102171. https://doi.org/10.1016/j.semerg.2024.102171

10. Corrigan, L., O'Farrell, A., Moran, P., & Daly, D. (2021). Hypertension in pregnancy: Prevalence, risk factors and outcomes for women birthing in Ireland. Pregnancy Hypertension. https://doi.org/10.1016/j.preghy.2021.02.001

11. World Health Organization. Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications: the WHO near-miss approach for maternal health [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2011 [cited 2025 May 2]. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44692/9789241502221_eng.pdf

12. Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial. . Guía de diagnóstico, estudio, tratamiento y seguimiento de la hipertensión arterial: Versión de bolsillo (2005). Disponible en: https://www.saha.org.ar/documentos/publicaciones/guiasyconsensos/GUIA_SAHA_VERSION_DE_BOLSILLO.pdf

13. Ministerio de Salud de la Nación. . Plan Nacional de Prevención y Control de la Hipertensión Arterial (2023). https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2023-10/plan-nacional-prevencion-control-de-la-hipertension-arterial.pdf

14. Regitz-Zagrosek, V., Roos-Hesselink, J. W., Bauersachs, J., Blomström-Lundqvist, C., Cifko-

va, R., De Bonis, M., ... & Warnes, C. A. ESC guidelines for the management of cardiovascular diseases during pregnancy: The task force for the management of cardiovascular diseases during pregnancy of the European Society of Cardiology (ESC). European Heart Journal,2018, 39(34), 3165–3241. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy340

15.Rodríguez, A., & Martínez, F.. Hipertensión arterial y embarazo: Impacto en morbimortalidad materna y fetal. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, 2021, 72(1), 12–20. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-56332021000100003

16.Sáez Cantero, V., Pérez Hernández, M. T., Agüero Alfonso, G., González García, H., & Alfonso Dávila, A. Resultados perinatales relacionados con trastornos hipertensivos del embarazo. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, 2012, 38(1), 36–44. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000100005&lng=es&tlng=e

17. Di Marco, I., Basualdo, M. N., Di Pietrantonio, E., Paladino, S., Ingilde, M., Domergue, G., et al. (2010). Guía de práctica clínica: Estados hipertensivos del embarazo. Hospital Materno Infantil Ramón Sardá.

18.Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Guía para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión en el embarazo (2ª ed.). Ministerio de Salud de la Nación. 2009

19.Centre de Medicina Fetal i Neonatal de Barcelona. (s.f.). Protocolo: Hipertensión y gestación. Hospital Clínic - Hospital Sant Joan de Déu - Universitat de Barcelona. https://www.medicinafetalbarcelona.org

20.Blanco, E., Marin, M., Nuñez, L., Retamal, E., Ossa, X., Woolley, K. E., et al. Adverse pregnancy and perinatal outcomes in Latin America and the Caribbean: Systematic review and meta-analysis. Revista Panamericana de Salud Pública, 2022 46, e21. https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.21

21.Mora, P., Gobernado, J. A., Pérez-Milán, F., & Cortés, S. . Estados hipertensivos del embarazo: Resultados perinatales. Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia, 2010 37(2), 56–62. https://doi.org/10.1016/j.gine.2009.03.008

22. Alarcón Díaz, M. Factores de riesgo relacionados a la preeclampsia en gestantes atendidas en el Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital de San Juan de Lurigancho, Lima, 2022 [Tesis de pregrado]. Repositorio Continental. https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/13222/8/IV_FCS_502_TE_Alarcon_Diaz_2023.pdf

23. Ministerio de Salud Pública de Misiones. (s.f.). Hipertensión en el embarazo. Disponible en: https://salud.misiones.gob.ar/wp-content/uploads/2017/08/Guia_Hipertension-1.pdf

24.Saegre. Análisis crítico por expertos de trabajos seleccionados.2006 Disponible en: http://www.saegre.org.ar/revista/numeros/2006/n3/9_preeclampsia_3_2006.pdf

25.RAC - Sociedad Argentina de Cardiología. Resultados de un registro prospectivo de pacientes con desórdenes hipertensivos del embarazo. 2023. Disponible en: https://www.rac.sac.org.ar/index.php/rac/article/view/78

26.Gobierno de San Juan. (s.f.). Manejo de situación de riesgo en el embarazo y puerperio. https://mildias.sanjuan.gob.ar/etapas/gestacion/item/39-manejo-de-situacion-de-riesgo-en-el-embarazo-y-puerperio

27.Agarwal GS, Agrawal AK, Singhal D, Bawiskar D, Shedge SS, Agarwal DGS, et al. Pregnancy-Induced Hypertension Pathophysiology and Contemporary Management Strategies: A Narrative Review. Cureus [Internet]. 2024 Jul 6;16(7). Disponible en: https://www.cureus.com/articles/268803-pregnancy-induced-hypertension-pathophysiology-and-contemporary-management-strategies-a-narrative-review

28.Vista de resultados de un registro prospectivo de pacientes con desórdenes hipertensivos del embarazo en un centro de la Ciudad de Buenos Aires [Internet]. Sac.org.ar. 2025 [cited 2025 May 8]. Disponible en: https://www.rac.sac.org.ar/index.php/rac/article/view/78/94

29.Prejbisz, A., Dobrowolski, P., Kosiński, P., Bomba-Opoń, D., Adamczak, M., Bekiesińska-Figatowska, M., et al. . Management of hypertension in pregnancy: Prevention, diagnosis, treatment and long-term prognosis. Kardiologia Polska, 2019 77(7-8), 757–806. https://doi.org/10.33963/KP.15617

ÍNDICE

30.İnan, C., Uygur, L., V., A., Ayaz, R., Uysal, N. Ş., Biri, A., et al. (2024). Hypertensive disorders of pregnancy: Diagnosis, management and timing of birth. Balkan Medical Journal, 41(5), 333–347. https://doi.org/10.4274/balkanmedj.galenos.2024.2024-9-1

31.Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia. Estados hipertensivos y embarazo: Consenso FASGO 2017. Disponible en: https://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_Fasgo_2017_Hipertension_y_embarazo.pdf