

Patología hipertensiva durante el embarazo y el producto de la concepción

Hypertensive pathology during pregnancy and the product of conception

Eduardo José-Borjas ^{1,2*}, Norma Ledezma², German Sevilla², César Alas-Pineda ^{1,2},
Suyapa Bejarano ³

¹Asociación Científica Estudiantes de Medicina Universidad Católica de Honduras-San Pedro y San Pablo (ASOCEM UNICAH-SPSP), Honduras. ²Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas, Honduras.

³Liga Contra el Cáncer, Honduras

*Autor al que se dirige la correspondencia: eduborjas1211@hotmail.com

Recibido: 28 de marzo 2020 / Revisión: 23 de febrero 2021 / Aceptado: 16 de junio 2021

Resumen

El Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas (hospital de segundo nivel de atención), sirve como centro de atención para embarazos de alto riesgo de la zona noroccidental de Honduras; reportó 1,702 casos de trastornos hipertensivos del embarazo en 2017 y 2,070 casos en 2018. Se caracterizó pacientes con signos y síntomas de trastornos hipertensivos del embarazo agrupadas desde un punto de vista obstétrico, epidemiológico y clínico. Se realizó un estudio, descriptivo de corte transversal en gestantes que presentaron cefalea, cifras tensionales elevadas ($\geq 140/90$ mmHg); registrando ausencia o presencia de proteinuria, atendidas en la emergencia de labor y parto de un hospital nacional de segundo nivel de atención en San Pedro Sula, Honduras, desde junio hasta octubre del 2019. Se incluyeron 110 pacientes de entre 18-43 años, mestizas y amas de casa, la edad gestacional promedio por fecha de última menstruación de 37.7 semanas; el 28.2% presentó preeclampsia severa. Las manifestaciones clínicas frecuentes fueron edema de miembros inferiores y cefalea. El 57.3% desarrolló trabajo de parto espontáneo, la resolución del embarazo fue cesárea en el 57.3% de las gestantes. Respecto al producto de la concepción, 66.4% tenían peso normal y talla apropiada para la edad gestacional, un APGAR de 8 al primer minuto y de 9 a los 5 minutos. En este estudio, se reporta una prevalencia del 13.72% con respecto a los trastornos hipertensivos del embarazo. Particularmente en pacientes mayores de 35 años, múltipara, con índice de masa corporal ≥ 32 kg/m², presentando antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus y preeclampsia.

Palabras claves: Embarazo, Hipertensión gestacional, Preeclampsia, Eclampsia, HELLP

Abstract

The National Hospital Dr. Mario Catarino Rivas (second-level care hospital), serves as a care center for high-risk pregnancies in the northwestern part of Honduras; it reported 1,702 cases of hypertensive disorders of pregnancy in 2017 and 2,070 cases in 2018. Patients with signs and symptoms of hypertensive disorders of pregnancy were characterized grouped from an obstetric, epidemiological and clinical point of view. A descriptive cross-sectional study was carried out in pregnant women who presented headache, high blood pressure ($\geq 140/90$ mmHg); registering the absence or presence of proteinuria in urine, attended in the labor and delivery emergency of a national hospital of second level of care in San Pedro Sula, Honduras; from June to October 2019. 110 patients between 18-43 years old, mixed race and housewives were included, the average gestational age by date of last menstruation of 37.7 weeks, 28.2% presented severe preeclampsia. The frequent clinical manifestations were lower limb edema and headache. 57.3% developed spontaneous labor, the pregnancy termination route was cesarean section in 57.3% of pregnant women. Regarding the product of conception, 69.1% had weight and height appropriate for gestational age, an APGAR of 8 at the first minute and of 9 at 5 minutes. In this study, a prevalence of 13.72% is reported with respect to hypertensive disorders of pregnancy. Particularly in patients older than 35 years, multiparous, with a body mass index ≥ 32 kg / m², presenting a history of arterial hypertension, diabetes mellitus and pre-eclampsia.

Keywords: Pregnancy, Gestational hypertension, Preeclampsia, Eclampsia, HELLP



Introducción

La Hipertensión Arterial Crónica (HTAC) se presenta durante el embarazo al generarse cifras tensionales de 140/90 mmHg y proteinuria en las primeras 12 semanas de gestación (Sananes et al., 2016). La enfermedad hipertensiva del embarazo se genera por un desbalance angiogénico entre sustancias vasodilatadoras y vasoconstrictoras de etiología desconocida o esencial (Gobierno de la República de Honduras, Secretaría de Salud, 2016), causando isquemia útero placentaria, mala adaptación inmunológica, aumento de la apoptosis y una respuesta inflamatoria materna exagerada a los trofoblastos. Esto produce la liberación de agentes vasoactivos, como la prostaciclina y tromboxano A₂, ocasionando una hipervolemia asociada con el embarazo (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2019).

Durante el periodo de gestación los trastornos hipertensivos del embarazo se caracterizan por presentar cambios hematológicos, hepáticos, neurológicos y renales en las gestantes, provocando resultados neonatales adversos, como restricción del crecimiento intrauterino, oligohidramnios, desprendimiento placentario y muerte fetal (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2019). Entre los factores de riesgo más destacados se encuentra el incremento del índice de masa corporal, edad materna avanzada, antecedentes de HTAC, diabetes mellitus, embarazo gemelar y preeclampsia en embarazos previos (Tesfaet al., 2020).

Mundialmente los trastornos hipertensivos del embarazo registran 303,000 muertes maternas por año, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019), ocasionando un problema de salud pública en todo el mundo, al reportar 830 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos cada día; complicando el 2-8% de los embarazos. América Latina y El Caribe reportan un 26% de las muertes maternas asociadas a trastornos hipertensivos del embarazo (ACOG, 2019).

Interpretando el comportamiento de la mortalidad materna en Honduras durante el periodo de 1990 al 2017, se observó una tendencia en disminución, pasando de 182 a 65 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos; al informar cuatro defunciones maternas por cada 100,000 nacidos vivos; estimando una prevalencia del 7.8%, con respecto a trastornos hipertensivos del embarazo (Gudiel, 2018).

En Honduras, la mortalidad infantil en menores de 5 años es de 16,8 por cada 1,000 nacidos vivos, solo durante el periodo neonatal (antes de cumplir los

28 días de edad) ocurren 9.2 muertes neonatales por cada 1,000 nacidos vivos (Gudiel, 2018). En gestantes analfabetas se reportan 85 muertes neonatales por cada mil nacidos vivos y 22 muertes neonatales por cada mil nacidos vivos en gestantes alfabetas (República de Honduras, Secretaría de Salud, 2010).

La utilización de un nuevo modelo de sistema de salud pública en Honduras, conformado por dos niveles de atención médica primaria. El primer nivel de atención primaria cuenta con Centros de Salud Rural (CESAR) y los Centros de Salud con Médico y Odontólogo (CESAMO), el segundo nivel de atención se localizan los hospitales nacionales, regionales y hospitales de área (Carmenate-Milián et al., 2016).

La Secretaría de Salud de Honduras otorga a los proveedores de salud información escrita en forma de normas, diseñadas para ponerse en práctica en los dos niveles de atención médica (República de Honduras, Secretaría de Salud, 2010).

Las Normas Nacionales para la atención Materno-Neonatal tiene como objetivo disminuir la morbimortalidad del binomio materno-fetal, implementando prácticas clínicas basadas en evidencia científica actualizada, estandarizando los criterios para el manejo de las complicaciones obstétricas y neonatales (República de Honduras, Secretaría de Salud, 2010).

La Secretaría de Salud de Honduras, define los criterios del manejo inicial de las complicaciones obstétricas en los *Protocolos para la atención durante la preconcepción, el embarazo, el parto, el puerperio y del neonato*. El objetivo de este es brindar al personal de salud lineamientos técnicos para el manejo inicial de mujeres con trastornos hipertensivos del embarazo, ofreciendo una atención oportuna, segura y eficaz, permitiendo la culminación del embarazo; realizando la siguiente clasificación: (a) Hipertensión gestacional, (b) Preeclampsia, (c) Preeclampsia con datos de severidad (incluyendo síndrome de hemólisis, elevación de enzimas hepáticas, trombocitopenia [HELLP; por sus siglas en inglés], (d) Hipertensión Arterial Crónica (HTAC), (e) HTAC más preeclampsia sobre agregada; y, (f) Eclampsia (Gobierno de la República de Honduras, Secretaría de Salud, 2016).

El Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas durante el 2017, reportó 1,702 casos de trastornos hipertensivos del embarazo y 2,070 casos en el 2018, siendo este un hospital nacional y el principal centro de referencia para toda la zona noroccidental de Honduras. El servicio de Ginecología y Obstetricia atiende mujeres con embarazos patológicos de alto riesgo dentro de la emergencia de labor y parto. En base a

lo anterior, el objetivo de este estudio es describir las características clínicas, obstétricas y epidemiológicas de gestantes con trastornos hipertensivos del embarazo atendidas dentro de un hospital de segundo nivel de atención durante el 2019, para que los proveedores de salud en Honduras realicen diagnóstico y tratamiento precoz lo cual permita a la gestante la culminación de su embarazo sin complicación alguna.

Materiales y Metodos

Ubicación geográfica y temporalidad de la investigación/Obtención de información

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal de pacientes embarazadas, que acudieron por consulta obstétrica o en trabajo de parto a la emergencia de labor y parto del “Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas”, en la ciudad de San Pedro Sula, Honduras; en el periodo comprendido entre el uno de junio y el 31 de octubre del 2019, que hayan presentado algún tipo de trastorno hipertensivo del embarazo.

Recolección de datos

La población del estudio está constituida por toda paciente que presentó algún trastorno hipertensivo del embarazo, se incluyeron pacientes mayores de 18 años con cifras tensionales mayor o igual a 140/90 mmHg en ausencia o presencia de proteinuria en orina y gestantes que firmaron de manera voluntaria el consentimiento informado; se excluyeron pacientes con antecedentes de trastornos convulsivos o epilépticos y pacientes que no se encontraran en condiciones cognitivas óptimas para brindar información. Se utilizó una muestra no probabilística, empleando un muestreo por conveniencia o disponibilidad debido a que se desconocía el total de sujetos candidatas durante el tiempo de estudio y por la proximidad de las participantes al investigador principal, toda paciente con trastorno hipertensivo que perteneciera a la población de interés era reportada al grupo de investigación para proceder a su enrolamiento. Durante el periodo de estudio se registraron en total 842 pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo, de las cuales se enrolaron 110 gestantes, las cuales firmaron de manera voluntaria el consentimiento informado y cumplían los criterios de inclusión anteriormente mencionados.

Técnicas e instrumentos

Para la recolección de información, se elaboró un instrumento propio de tipo encuesta; la validación del contenido se realizó por dos expertos en el área de ginecología y obstetricia. Igualmente se validó por el método Kuder-Richardson formula 20 (KR-20) obteniendo una homogeneidad aceptable de 1.0. Se tomaron en cuenta variables sociodemográficas, antecedentes patológicos y gineco-obstétricos, características clínicas y laboratoriales, tipo de trastorno hipertensivo durante el embarazo y características del parto y del recién nacido.

Procesamiento y análisis de información

Se empleó estadística descriptiva para el análisis de datos, se obtuvieron las frecuencias y porcentajes de las variables categóricas, así mismo se encontró la mediana y rangos intercuartílicos de las variables cuantitativas.

Para la categorización de las pacientes según el índice de masa corporal pregestacional y la ganancia de peso materno durante el embarazo, se utilizaron los parámetros establecidos por la Academia de Ciencias de los Estados Unidos en 1990, aceptados por la Organización Mundial de la Salud (Leal-Mateos et al., 2008).

La unidad de análisis la constituyeron pacientes que presentaron cefalea con cifras tensionales elevadas ($\geq 140/90$ mmHg) registrando ausencia o presencia de proteinuria en orina, que de manera voluntaria aceptara participar en la investigación, previa firma de consentimiento informado con la finalidad de caracterizar gestantes con signos y síntomas de trastorno hipertensivo del embarazo.

La data fue colectada y vaciada en tablas de co-tejo del programa Microsoft Excel, versión 2016, exportadas posteriormente al programa estadístico IBM SPSS versión 25.0, donde fue realizado el análisis de la información. Este estudio se llevó a cabo conforme a las buenas prácticas clínicas, derivadas de la conferencia Internacional de Armonización y la declaración de Helsinki, además de cumplir todas las leyes locales vigentes contando con última aprobación de revisión CEI# EXP-2020-004 por el Comité de Ética Institucional de la Universidad Católica de Honduras, “Nuestra Señora Reina de La Paz,” campus San Pedro y San Pablo.

Resultados

Se analizó una población de 110 gestantes con trastornos hipertensivos del embarazo, atendidas en la emergencia de labor y parto del “Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas”. La mediana de edad de las pacientes fue de 26 [22-32] años, con un rango que oscila entre 18 y 43 años.

El perfil socio-demográfico de las gestantes, corresponde al de una mujer procedente del área urbana, en unión libre, primaria completa como último grado académico alcanzado, siendo ama de casa su principal ocupación y predominando la raza mestiza (Tabla 1).

Tabla 1

Características Sociodemográficas en Gestantes con Trastorno Hipertensivo del Embarazo en un Hospital de Segundo Nivel, Honduras año 2019. N =110

Características	n
Edad en años, mediana [RIQ] ^a	26 [22-32]
≤ 20 años	17 (15.5)
21-34 años	78 (70.9)
≥ 35 años	15 (13.6)
Procedencia	%
Rural	51 (46.4)
Urbano	59 (53.6)
Estado Civil	
Soltera	18 (16.4)
Casada	17 (15.5)
Unión Libre	72 (65.5)
Viuda	3 (2.7)
Escolaridad	
Primaria Completa	46 (41.8)
Primaria Incompleta	17 (15.5)
Secundaria Completa	7 (6.4)
Secundaria Incompleta	34 (30.9)
Educación Superior	6 (5.5)
Ocupación	
Ama de casa	94 (85.5)
Estudiante	3 (2.7)
Trabaja	13 (11.8)
Raza	
Mestizo	87 (79.1)
Blanco	18 (16.4)
Indígena	1 (0.9)
Negra	4 (3.6)

Nota. ^aSRIQ = Rangos Intercuartílicos.

El historial obstétrico de las gestantes, tenía una mediana de 2 [1-4] gestas, el 19.1% presentó antecedentes de cesárea previa y otro 19.1% antecedentes de aborto. La mediana de edad gestacional fue de 37.7 [35.4-39.3] semanas por fecha de última menstruación, encontrándose el 60.9% con un embarazo a término, predominando las pacientes multíparas (57.3%).

Todas las pacientes del estudio contaban con al menos un antecedente personal patológico, de las cuales el 10.9% padecían de HTAC y el 27.3% había presentado preeclampsia en su embarazo anterior (Tabla 2). La mediana de peso fue de 80.0 [68.0-97.0] kg, talla de 1.56 [1.52-1.60] m y un índice de masa corporal pregestacional 32.7 [29.0-38.3] kg/m². Todas las pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo habían tenido en promedio una ganancia de 11 kg cuando la ganancia de peso materno recomendada era menor a 7 kg al ser clasificadas como obesas desde el inicio del embarazo.

En su totalidad las pacientes presentaron signos y síntomas atribuibles a cifras tensionales elevadas, siendo las principales manifestaciones clínicas: edema de miembros inferiores (53.6%) cefalea (49.1%) e hiperreflexia (39.5%). La mediana de presión sistólica (PAS) fue 145 [140-150] mmHg, sobre una presión arterial diastólica (PAD) de 97 [90-100] mmHg. En cuanto a los resultados laboratoriales, la biometría hemática presentó un nivel leucocitario de 11,215 [9,337-15,520] mm³ y recuento plaquetario de 241,500 [192,500-293,500] mm³ (Tabla 3).

El trastorno hipertensivo más frecuente fue preeclampsia severa (28.2%), seguido de hipertensión gestacional (24.5%), preeclampsia (23.6%), hipertensión arterial crónica (14.5%) y HTAC más preeclampsia sobreagregada (9.1%) (Figura 1). El 57.3% presentó complicaciones maternas (63), predominando el parto prematuro con mayor frecuencia (10.0%). Se registraron dos muertes maternas en la población de estudio secundaria a complicaciones atribuibles a trastorno hipertensivo.

Todas las pacientes habían concluido su embarazo al término del estudio (110). El 57.3% inició el trabajo de parto de manera espontánea (63). El 41.8% necesitó el uso de uterotónicos (46), la oxitocina fue el de principal elección en el 84.7%. La vía de parto más frecuente fue cesárea en 57.3% (63); referente a la condición de los recién nacido el 98.2% nacieron vivos, presentándose dos muertes neonatales. Se encontró peso y talla adecuado para la edad gestacional en el 66.4% de los recién nacidos (73), con un APGAR promedio al nacimiento de 8 y 9 puntos al primer y quinto minuto de vida respectivamente (Tabla 4).

Tabla 2

Antecedentes Personales Patológicos y Gineco-Obstétricos en Gestantes con Trastorno Hipertensivo del Embarazo en un Hospital de Segundo Nivel, Honduras año 2019. N = 110

Características	n
Antecedente de HTA ^a	%
Si	12 (10.9)
No	98 (89.1)
Antecedente de DM ^b	
Si	4 (3.6)
No	106 (96.4)
Antecedente de Preeclampsia	
Si	30 (27.3)
No	80 (72.7)
Paridad	
Primigesta	40 (36.4)
Múltipara	63 (57.3)
Gran Múltipara	7 (6.4)
Edad Gestacional	37.7 [35.4-39.3]
Pre término (<37 SG)	40 (36.4)
A Término (37-42 SG)	67 (60.9)
Pos término (>42 SG)	3 (2.7)
Porta Carnet de controles prenatales	97 (88.2)
Si	13 (11.8)
No	
Controles Prenatales, mediana [RIQ] ^c	5 [4-7]
Un control	3 (2.7)
Dos controles	4 (3.6)
Tres controles	11 (10.0)
Cuatro controles	18 (16.4)
Más de 5 controles	68 (61.8)
Ninguno	6 (5.5)

Nota. ^aHTA = Hipertensión Arterial ^bDM = Diabetes Mellitus ^cRIQ = Rangos Intercuartílicos

Discusión

Durante el periodo de estudio se atendieron en el Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas 6,135 pacientes gestantes, de las cuales 842 presentaron algún tipo de trastorno hipertensivo del embarazo, según el Departamento de Estadística Institucional. La prevalencia de trastornos hipertensivos durante el periodo de

Tabla 3

Características Clínicas y Laboratoriales en Gestantes con Trastorno Hipertensivo del Embarazo en un Hospital de segundo nivel, Honduras año 2019. n =110

Variable	n
Manifestaciones Clínicas	%
Cefalea	54 (49.1)
Visión Borrosa	35 (31.8)
Tinnitus	28 (25.5)
Edema de miembro inferior	59 (53.6)
Epigastralgia	37 (33.6)
Convulsiones	1 (0.9)
Hiperreflexia	39 (35.5)
Laboratorio	
Hemograma	
Leucocitos	
≤ 3,999 mm ³	1 (0.9)
4,000-10,000 mm ³	47 (42.7)
≥ 10,001 mm ³	62 (56.4)
Plaquetas	
≤ 149,999 mm ³	10 (9.1)
150,000-400,000 mm ³	98 (89.1)
≥ 400,001 mm ³	2 (1.8)

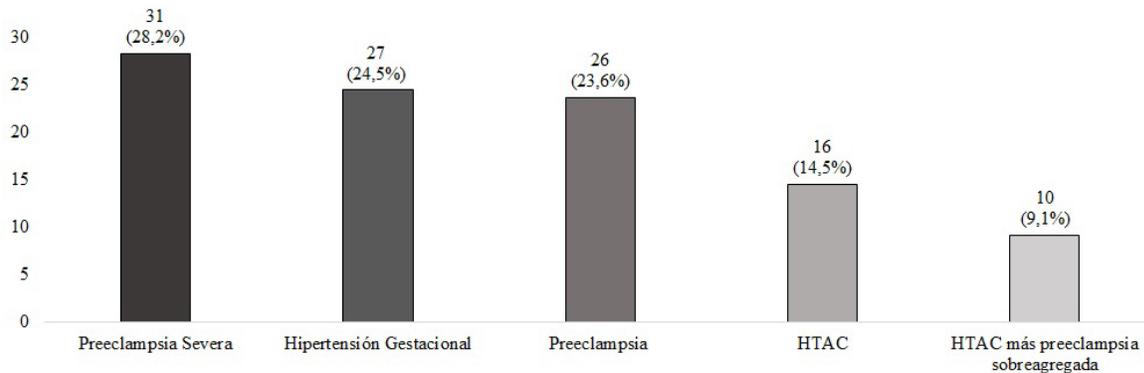
estudio elegible para esta investigación fue del 13.72%, porcentaje superior a lo reportado por otros hospitales nacionales; Izaguirre-González y colaboradores (2016) mostraron una prevalencia del 7.8%. En los países subdesarrollados la prevalencia de los trastornos hipertensivos del embarazo es del 5-15%.

En Honduras, Rodríguez y Lezama (2008), identificaron pacientes mayores de 35 años, con edad gestacional mayor o igual a las 37 semanas, antecedente de obesidad e HTAC en un estudio epidemiológico sobre los trastornos hipertensivos del embarazo. Al contrastar estos hallazgos se observa una similitud con respecto a la edad, semana gestacional, antecedente de obesidad y HTAC; la presente investigación amplía el perfil epidemiológico añadiendo: procedencia de área urbana, mestizas, múltiparas, obesas, con antecedente de diabetes mellitus y preeclampsia en embarazos previos, presentando edema de miembros inferiores, cefalea e hiperreflexia.

Tesfá y colaboradores (2020), en su revisión sistemática sobre trastornos hipertensivos del embarazo reconoce los siguientes factores de riesgo: el embarazo, en América Latina las primigestas tienen 2.38

Figura 1

Frecuencia de Trastornos Hipertensivos del Embarazo en un Hospital de Segundo Nivel, Honduras año 2019. n = 110



Nota. *HTAC = Hipertensión Arterial Crónica

Tabla 4

Características del Parto y Recién Nacido en Gestantes con Trastorno Hipertensivo del Embarazo en un hospital de segundo nivel, Honduras 2019. n = 110

Variable	n
Inicio de trabajo de parto	%
Espontáneo	63 (57.3)
Inducido	20 (18.2)
Conducido	27 (24.5)
Tipo de parto	
Cesárea	63 (57.3)
Vaginal	47 (42.7)
Condición de recién nacido	
Vivo	108 (97.9)
Muerto	2 (2.1)
Peso de recién nacido	
Peso muy bajo	8 (7.3)
Bajo peso	27 (24.5)
Peso normal	73 (66.4)
Macrosómico	2 (1.8)
Talla de recién nacido	
Talla baja	35 (31.8)
Talla normal	73 (66.4)
Talla alta	2 (1.8)
Sexo de recién nacido	
Masculino	58 (52.7)
Femenino	52 (47.3)

veces más probabilidades en desencadenar trastorno hipertensivo del embarazo en comparación con las multiparas; el antecedente de preeclampsia en embarazos previos, incrementa 5 veces el riesgo y los antecedentes de diabetes mellitus y HTAC aumentan 3 veces el riesgo de desarrollar trastorno hipertensivo del embarazo; la obesidad y el sobrepeso, se asocia con la resistencia a la insulina y a la inflamación sistémica materna. Este es uno de los mecanismos propuestos en la defunción endotelial, hipertensión, proteinuria y daño multi orgánico.

Las gestantes con un índice de masa corporal mayor o igual a 25 kg/m² presentan 3.9 veces más riesgo para desarrollar trastornos hipertensivos del embarazo, el presente estudio muestra gestantes con una media de 32 kg/m² de índice de masa corporal, encontrándose la mayoría en algún grado de obesidad, presentando una ganancia de 11 kg de peso materno durante el embarazo.

La Organización Panamericana de la Salud, otorga a los países de América Latina y El Caribe un instrumento denominado “Historia Clínica Perinatal-CLAP/SMR-OPS/OMS” (Fescina et al., 2011); este sistema informático perinatal permite llevar un registro de los controles prenatales durante el embarazo de manera periódica y anual, para que los trabajadores en salud identifiquen signos y síntomas de *Novo* aparición. A nivel mundial, se estima que el 81% de las gestantes asisten al menos a una visita de atención prenatal mientras que el 56% asiste a cuatro controles, durante todo el embarazo (Salomon et al., 2019).

En representación de América Latina y El Caribe; Honduras, en este reporte demostró que 61.8% de las embarazadas de la zona noroccidental del país cumplen con las recomendaciones brindadas por la OMS (2014) en asistir a cinco o más controles prenatales durante todo el embarazo.

El trastorno hipertensivo más frecuente en nuestro estudio fue la preeclampsia severa 28.2%, seguido de hipertensión gestacional 24.5%, preeclampsia 23.6% y HTAC 14.5%; al contrastar estos hallazgos con los resultados reportados durante 2005-2007 en el estudio de Rodríguez y Lezama (2008) describieron: hipertensión gestacional 84.6%, HTAC 24.54%, preeclampsia leve 13.55% y preeclampsia severa 12.45%, observándose un incremento en los casos de preeclampsia y preeclampsia severa.

La Organización Mundial de la Salud, define mortalidad materna como: “la muerte de una mujer embarazada, independientemente de la duración del embarazo, por cualquier causa relacionada con el embarazo o agravada por él” (Harris et al., 2020, p. 1). El presente estudio reporta dos muertes maternas; la primera paciente de 26 años con índice de masa corporal 22 kg/m², sin antecedentes personales patológicos, se clasificó como preeclampsia severa y se complicó con síndrome de HELLP. La segunda paciente, 38 años con índice de masa corporal 30 kg/m² y antecedente de HTAC, diabetes mellitus y preeclampsia en su embarazo anterior, se clasificó como HTAC más preeclampsia sobreagregada presentando deterioro materno como complicación materna; ambas pacientes tenían en común un embarazo pretérmino (< 37 semanas) y ambas eran pacientes múltíparas.

El periodo posnatal (12 semanas posteriores al parto) sigue siendo un aspecto descuidado en la atención materna post parto (Bick et al., 2020) y en el presente estudio no fue la excepción al no tomar en cuenta este aspecto como variable de estudio. La atención posnatal no puede seguir siendo ignorada, principalmente en gestantes con antecedentes de preeclampsia en su embarazo previo, evidenciando el riesgo de reaparición en embarazos a futuro. Varios estudios han demostrado que existe un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular en pacientes con antecedentes de preeclampsia previa (Wu et al., 2020).

En base a lo anterior, los autores del presente estudio recomiendan realizar estudios enfatizando en el periodo posnatal de gestantes que desarrollaron algún trastorno hipertensivo durante el embarazo con la finalidad de observar el comportamiento de la patología después del parto y sus manifestaciones asociadas.

Agradecimientos

Los autores agradecen a todas las pacientes que acudieron a la emergencia de labor y parto del Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas y aceptaron participar de manera voluntaria en este estudio. Así mismo a los Ginecólogos y Obstetras Thelma Amaya y Oscar Sánchez por su colaboración en la validación del instrumento de recolección de datos; por último, a la Ginecóloga y Obstetra Dina Gómez por su ayuda en la interpretación de estadística realizada en este estudio.

Contribución de los autores

Coordinación, elaboración y revisión del Documento: EJ-B
 Diseño de la recolección de datos o del trabajo en campo: EJ-B CA-P
 Recolección o contribución de datos o realización del trabajo de campo: EB, CA-P
 Limpieza, sistematización, análisis o visualización de datos: todos los autores
 Participación en análisis de datos, estructura y en la escritura del documento: todos los autores.

Materiales suplementarios

Los materiales suplementarios de este artículo se encuentran en la página web de la revista a través del doi: <https://doi.org/10.36829/63CTS.v8i2.888>

Referencias

- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2019). ACOG Practice bulletin No. 202: Gestational hypertension and preeclampsia. *Obstetrics & Gynecology*, 133(1), 1. <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000003018>
- Bick, D., Silverio, S. A., Bye, A., & Chang, Y.-S. (2020). Postnatal care following hypertensive disorders of pregnancy: A qualitative study of views and experiences of primary and secondary care clinicians. *BMJ Open*, 10(1), Article e034382. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-034382>
- Carmenate-Milián, L., Herrera-Ramos, A., & Ramos-Cáceres, D. (2016). Situación del sistema de salud en Honduras y el nuevo modelo de salud propuesto. *Archivos de Medicina*, 12(4), 10.

- <https://doi.org/10.3823/1333>
- Fescina, R. H., De Mucio, B., Martínez, G., Díaz Rossello, J. L., Durán, P., Mainero, L., & Rubino, M. (2011). *Sistema Informático Perinatal (SIP) historia clínica perinatal: Instrucciones de llenado y definición de términos* (Publicación Científica CLAP/SMR 1584).
- Gobierno de la República de Honduras, Secretaría de Salud. (2016). *Protocolos para la atención durante la preconcepción, el embarazo, el parto, el puerperio y del neonato* (Vol. Manejo inicial y referencia de complicaciones obstétricas y neonatales).
- Gudiel, H. R. (2018). Mortalidad materna. *Revista Médica Hondureña*, 86(3-4), 95
- Harris, M., Henke, C., Hearst, M., & Campbell, K. (2020). Future directions: Analyzing health disparities related to maternal hypertensive disorders. *Journal of Pregnancy*, Article 7864816. <https://doi.org/10.1155/2020/7864816>
- Izaguirre-González, A. I., Cordón-Fajardo, J. J., Cordón, J. J., Vásquez-Alvarado, J. A., Meléndez-Rodríguez, N. I., Durón-Rivas, O. J., Torres-Mejía, R. J., Durón-Rivas, O. O., Fernández-Serrano, R. D., & Bustillo-Urbina, M. C. (2016). Trastornos hipertensivos del embarazo: Clínica y epidemiología, Hospital Regional Santa Teresa 2015. *Revista Médica Hondureña*, 84(3-4), 101-106.
- Leal-Mateos, M., Giacomini, L., Pacheco-Vargas, L. D. (2008). Índice de masa corporal pregestacional y ganancia de peso materno y su relación con el peso del recién nacido. *Acta Médica Costarricense*, 50(3), 160-167.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Salud sexual y reproductiva. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia*. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9789241548335/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2019). Mortalidad materna. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- República de Honduras, Secretaría de Salud. (2010). *Normas nacionales para la atención Materno-Neonatal*.
- Rodríguez, D., & Lezama, S. M. (2008). Epidemiología de los trastornos hipertensivos del embarazo en el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) periodo Julio 2005-Julio 2007. *Revista Médica de los Post-Grados de Medicina*, 11(1), 69-70.
- Salomon, A., Ishaku, S., Kirk, K. R., & Warren, C. E. (2019). Detecting and managing hypertensive disorders in pregnancy: A cross-sectional analysis of the quality of antenatal care in Nigeria. *BMC Health Services Research*, 19(411). <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4217-8>
- Sananes, N., Gaudineau, A., Akladios, C.-Y., Lecointre, L., & Langer, B. (2016). Hipertensión arterial y embarazo. *EMC-Ginecología-Obstetricia*, 52(2), 1-15. [https://doi.org/10.1016/S1283-081X\(16\)77882-9](https://doi.org/10.1016/S1283-081X(16)77882-9)
- Tesfa, E., Nibret, E., Gizaw, S. T., Zenebe, Y., Mekonnen, Z., Assefa, S., Melese, M., Fentahun, N., & Munshea, A. (2020). Prevalence and determinants of hypertensive disorders of pregnancy in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. *PloS ONE*, 15(19), Article e0239048. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239048>
- Wu, R., Wang, T., Gu, R., Xing, D., Ye, C., Chen, Y., Liu, X., & Chen, L. (2020). Hypertensive Disorders of Pregnancy and Risk of Cardiovascular Disease-Related Morbidity and Mortality: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Cardiology*, (145), 633-647. <https://doi.org/10.1159/000508036>