



**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMÓN**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**ESCUELA DE GRADUADOS Y EDUCACION CONTINUA**  
**SISTEMA NACIONAL DE RESIDENCIA MÉDICA**



**INCREMENTO DE LA PRESIÓN SANGUÍNEA SISTÓLICA DE  $\geq 30$  mmHg Y/O  
DE LA PRESIÓN SANGUÍNEA DIASTÓLICA  $\geq 15$  MMHg CON VALORES  
MENORES A 140/90 MMHg, COMO CRITERIO DIAGNÓSTICO DE  
PEECLAMPSIA Y LAS CONSECUENCIAS MATERNO - PERINATALES**

**AUTOR:**

Dr. Mirko Quillaguamán Leytón  
RESIDENTE 2º AÑO

**TUTOR:**

Dr. Luis Choque  
GINECOLOGO - OBSTETRA

**COORDINADOR RESID. MÉDICA GOB-HMIGU:**

Dr. Angel Maida Terceros

**COCHABAMBA - BOLIVIA**  
**2009**

# ÍNDICE

	Pg.
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>1. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL</b> .....	9
1.1. Hipertensión en el embarazo .....	9
1.1.1. Clasificación .....	11
1.1.2. Hipertensión gestacional .....	11
1.1.3. Preeclampsia .....	12
1.2. Significación del alza de 30 mmHg de la presión arterial sistólica y/o 15 mmHg de la diastólica, por debajo de 140/90 mmHg, y el diagnóstico de preeclampsia .....	15
1.2.1. Criterio aún vigente en la práctica hospitalaria .....	16
1.2.2. Fundamentos teóricos que comprueban la hipótesis .....	17
<b>2. COMPROBACIÓN EMPÍRICA DE LA HIPÓTESIS</b> .....	22
2.1. Análisis e interpretación de resultados .....	22
2.1.1. Resultados del componente materno .....	22
2.1.2. Resultados del componente perinatal .....	37
<b>CONCLUSIONES</b> .....	42
<b>RECOMENDACIONES</b> .....	43
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	44
<b>ANEXOS</b> .....	45

## INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo de investigación, se analizará el tema referido al incremento de la presión sanguínea sistólica  $\geq 30$  mmHg y/o de la presión sanguínea diastólica  $\geq 15$  mmHg en el embarazo, pero con niveles absolutos de menos de 140/90 mmHg, y su relación con el diagnóstico de preeclampsia y a las consecuencias materno-perinatales.

La preeclampsia, actualmente, es definida principalmente como hipertensión gestacional más proteinuria, con riesgo de órganos reducido como consecuencia de vasoespasmo y activación endotelial. En consecuencia, los criterios mínimos para el diagnóstico de preeclampsia son hipertensión más proteinuria.

En ausencia de proteinuria, también se consideran como factores de riesgo para el síndrome de preeclampsia, los siguientes:

- Si la hipertensión gestacional se asocia a síntomas cerebrales persistentes, dolor epigástrico o en hipocondrio derecho con náuseas y vómitos.
- El retardo del crecimiento fetal.
- Las anomalías de laboratorio: trombocitopenia o alteraciones de las enzimas hepáticas.
- Y también, según el criterio que aún se sostiene en la práctica hospitalaria, el aumento de la presión sistólica  $\geq 30$  mmHg y/o de la presión diastólica  $\geq 15$  mmHg, con niveles absolutos por debajo de 140/90 mmHg.

Este último criterio, también es sustentado por los autores Enrique Oyarzun y Gloria Valdés, en la *Obstetricia* de Pérez Sánchez, quienes afirman que: "...Por sobre las cifras tensionales absolutas deben tomarse en cuenta las variaciones de la presión arterial, considerando que un alza de 15 mm para la presión diastólica y de 30 mm para la presión sistólica significan una elevación patológica de la presión arterial en la embarazada..."<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Pérez Sánchez, Alfredo y Donoso Sifia, Enrique: *Obstetricia*. p. 597

Más adelante, reiteran que: "... Para las embarazadas que tienen controles secuenciales, se considera significativa un alza de 15 mmHg para la presión diastólica y 30 mmHg para la sistólica..."<sup>2</sup>.

Pruebas recientes, sin embargo, muestran que la elevación de la presión sanguínea diastólica  $\geq 15$  mmHg y/o de la presión sistólica  $\geq 30$  mmHg, con niveles absolutos de menos de 140/90 mmHg, no representan un signo concomitante relevante para desarrollar preeclampsia ni está asociada con resultados adversos en el embarazo.

En efecto, en la "Obstetricia de Williams", por ejemplo, sus autores señalan que: "En el pasado se había recomendado que un aumento creciente de 30 mmHg de presión sistólica o 15 mmHg de presión diastólica se usaran como criterios diagnósticos, aun cuando los valores absolutos estuvieran por debajo de 140/90 mmHg. Estos criterios ya no se recomiendan porque las pruebas muestran que estas mujeres no tienen probabilidades de sufrir aumento de los resultados adversos del embarazo..."<sup>3</sup>

Por su parte, los autores Gabbe, Niebyl y Simpson refieren que: "...Dos trabajos recientes, uno de Australia y otro de los Estados Unidos, estudiaron el resultado de los embarazos en mujeres con un aumento en la presión diastólica de más de 15 mmHg, pero con niveles diastólicos absolutos de menos de 90 mmHg, comparándolos con gestantes que permanecieron normotensas. El trabajo australiano incluía a mujeres con elevaciones de la presión sanguínea sin proteinuria, mientras que el trabajo americano incluyó a mujeres con un incremento en la presión diastólica de 15 mmHg o más, además de proteinuria ( $\geq 300$  mg/24h.). Ambos encontraron que el resultado general del embarazo fue similar entre las mujeres que permanecían normotensas y aquellas que tuvieron una elevación en la presión diastólica de 15 mmHg o más, pero no alcanzaban los 90 mmHg..."<sup>4</sup>

Estos estudios, como puede apreciarse, contradicen el criterio de que un alza de la presión diastólica  $\leq 15$  mmHg y/o de la presión sistólica  $\geq 30$  mmHg, por debajo de 140/90

---

<sup>2</sup> Ibid, p. 605.

<sup>3</sup> Cunningham, F. Gary y otros: *Obstetricia de Williams*. p. 763.

<sup>4</sup> Gabbe, Niebyl y Simpson: *Obstetricia*. p. 951.

mmHg, constituye un factor de riesgo para desarrollar preeclampsia y una condición adversa para el embarazo.

Consecuentemente, frente a dicha contradicción que importa un problema a resolver, el propósito fundamental de la presente investigación consiste en establecer el criterio válido que debe utilizarse en la práctica hospitalaria acerca del incremento de la presión arterial con valores de  $\geq 30$  mmHg de la presión sistólica y/o de  $\geq 15$  mmHg de la presión diastólica, por debajo de 140/90 mmHg, con respecto al diagnóstico de preeclampsia y las consecuencias maternas y perinatales.

Por lo tanto, para la solución del problema planteado, se formula la siguiente **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN: ¿El incremento de la presión arterial sistólica de  $\geq 30$  mmHg y/o de la presión arterial diastólica de  $\geq 15$  mmHg en embarazadas, por debajo de 140/90 mmHg, constituye criterio válido para el diagnóstico de preeclampsia y factor de riesgo materno-perinatal?**

Para responder la pregunta de la investigación, se plantea como **HIPÓTESIS: “El incremento de  $\geq 30$  mmHg de la presión arterial sistólica y/o de  $\geq 15$  mmHg de la presión arterial diastólica en embarazadas, pero con niveles absolutos de menos de 140/90 mmHg, no es criterio válido para el diagnóstico de preeclampsia ni implica factor adverso materno-perinatal”.**

De acuerdo a la hipótesis formulada, las variables involucradas son:

**Variable independiente:**

- Incremento de  $\geq 30$  mmHg de la presión arterial sistólica y/o de  $\geq 15$  mmHg de la presión diastólica, con niveles absolutos de menos de 140/90 mmHg.

**Variables dependientes:**

- Riesgo de preeclampsia.
- Consecuencias adversas para la madre y perinatales.