

Morbimortalidad materna en la preeclampsia complicada

Maternal morbidity and mortality related to complicated pre-eclampsia

Danieska Verdecía Carmenates^I; Frank Alberto Castillo Fernández^{II}; Adalberto Lluch Bonet^{III}; Alfredo Morales López^{IV}.

^I Licenciada en Enfermería. Especialista de I Grado en Enfermería Materno Infantil con perfil Ginecobstétrico. Hospital Provincial Ginecobstétrico "Ana Betancourt de Mora". Camagüey, Cuba.

^{II} Médico Especialista de 1er Grado en Ginecología. Asistente. Hospital Provincial Ginecobstétrico "Ana Betancourt de Mora". Camagüey, Cuba.

^{III} Licenciado en Enfermería. Máster en Salud Pública. Asistente. Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Amalia Simoni Argilagos". Camagüey, Cuba.

^{IV} Licenciado en Enfermería. Máster en Trabajo Social. Profesor auxiliar. Instituto Superior de Ciencias Médicas de Camagüey. Cuba.

RESUMEN

Los trastornos hipertensivos incluyen diversas perturbaciones vasculares que aparecen antes o durante el embarazo, el parto y/o el puerperio. Junto a la hemorragia y la infección constituyen la tríada más letal de la medicina humana. Se realizó un estudio descriptivo transversal para caracterizar la morbimortalidad materna secundaria a preeclampsia complicada en el Hospital Provincial Ginecobstétrico "Ana Betancourt de Mora" desde enero 2006 _ septiembre 2007. El universo estuvo conformado por 312 gestantes que presentaron algún trastorno hipertensivo. Se seleccionó una muestra de 82 embarazadas con diagnóstico de preeclampsia complicada que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. Predominó la preeclampsia grave (89,02%), las menores de 20 años (31,71%) y las nulíparas con 51 señoras. El mayor número de gestantes (48) fueron evaluadas como normopeso, mientras que 27 evidenciaron un aumento exagerado de este. La curva plana de tensión arterial incidió con 57,32%. Al 96,34% de las gestantes se les practicó cesárea, de éstas, a un 70% de forma electiva. No se reportó muerte materna. La caracterización de la morbimortalidad materna de la preeclampsia

complicada en nuestro medio nos permitió realizar propuestas encaminadas a correlacionar un grupo de factores que influyen en la calidad del cuidado y sus resultados en la atención a estas gestantes complicadas.

Palabras clave: gestantes, hipertensión, preeclampsia, eclampsia.

ABSTRACT

Hypertensive disorders include many vascular alterations appearing before or during pregnancy, delivery and/or puerperium. Together with hemorrhage and infection they are the more lethal triad of human medicine. We made a cross-sectional and descriptive study to characterize maternal morbidity and mortality secondary to a complicated pre-eclampsia in "Ana Betancourt de Mora" Gynecology and Obstetrics Provincial Hospital from January 2006 to September 2007. Sample included 312 pregnant presenting with some hypertensive disorder. We selected a sample including 82 pregnant diagnosed with complicated pre-eclampsia fulfilling inclusion and exclusion criteria. There was a predominance of severe pre-eclampsia (89,02 %), aged under 20 (31,71%), and nullipara with 51 ladies. Most of pregnant (48) was assessed as of normal weight, whereas 27 showed an exaggerated weight gain. Plain wave of arterial tension incidence was of 57, 32%. In 96,34% of pregnant we performed a cesarean section, from these, in a 70% in a elective way. There was not maternal death. Characterization of maternal morbidity and mortality of a complicated pre-eclampsia in our practice allow us to make proposal aimed to collect a series of risk factors influencing in care quality and its results in care to these complicated pregnant.

Key words: pregnant, hypertension, pre-eclampsia, eclampsia.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos hipertensivos incluyen diversas perturbaciones vasculares que aparecen antes o durante el embarazo, el parto y/o el puerperio, complicando entre un 10 a un 15 % de todas las gestantes. Junto a la hemorragia y la infección constituyen la tríada más letal de la medicina humana. En la actualidad se estima que unas 50 000 muertes anuales se producen como consecuencia de sus formas más graves, y aunque su aparición es inversamente proporcional al desarrollo socioeconómico de un país se aprecia un incremento de su incidencia en los países del primer mundo.¹

Bajo la expresión "trastornos hipertensivos de la gestación" se agrupa una extensa gama de procesos que tienen en común la existencia del signo hipertensión. Su diagnóstico se realiza al comprobar cifras arteriales iguales o superiores a 140/90 mmHg tomada en dos ocasiones consecutivas con una diferencia de seis horas o

cuando la tensión arterial media (TAM) sea igual o superior a 105 mmHg en cualquier momento del embarazo, ^{2,3} o más de 95 en la segunda mitad; recordando que TAM es igual a presión sistólica más dos veces la presión diastólica sobre tres. Se ha llegado al consenso de que si el aumento tensional de 30 mmHg sobre la tensión sistólica y 15 mmHg sobre la diastólica respectivamente no igualan o superan las cifras de 140/90 no debe considerarse hipertensión arterial, sólo riesgo.

En relación con el edema se ha abandonado el uso de este como criterio diagnóstico, por ser tan frecuente y de bases normales en el embarazo, (la compresión del útero grávido sobre los grandes vasos abdominales disminuye la circulación de retorno y aumenta el desplazamiento hídrico al tercer espacio, la salida de Sodio (Na), al espacio intersticial, que "arrastra" agua y también se invoca en la génesis de este signo; por tanto, sólo tendrá importancia semiológica en la tríada sintomática del síndrome hipertensivo los llamados "edemas patológicos", o lo que es lo mismo, los que aparecen en las zonas no declives _manos, cara y/o anasarca-. Si no hacemos referencia "al que persiste después de doce horas de reposo" es por considerar que este término puede crear confusión al médico práctico, ya que los edemas de miembros inferiores persisten durante todo el embarazo y los primeros días del puerperio, por tanto, no debe ser considerado como patológico. Un 40% de las gestantes que han desarrollado eclampsia nunca presentaron edemas patológicos.^{4,5}

La proteinuria es un signo tardío en la evolución natural de la entidad, hoy se conoce que la hipertensión aparece de tres a cuatro meses después de comenzar a producirse las alteraciones vasculares y ésta, en un tiempo similar, después de aparecido este signo, como consecuencia del daño vascular que produce en el glomérulo la vasoconstricción mantenida. Este trastorno ocasiona un aumento de la permeabilidad a estas moléculas, las más grandes de la economía humana (glomérulo-endoteliosis o nefritis intersticial), por fortuna inconstante, por lo cual se sugiere para realizar el diagnóstico la toma y medición de una orina de 24 horas. El criterio de proteinuria dosificable comprende los 300 mg en 24 horas, o los 100 gramos/dl en dos tomas consecutivas con una diferencia de seis horas.⁶ La ausencia de proteinuria en una toma ocasional no elimina el diagnóstico. Creemos oportuno recordar lo planteado por León Chesley en su apreciación sobre la importancia de este signo, y que se ha convertido en un elemento clásico de valoración: «el diagnóstico de preeclampsia es cuestionable en ausencia de proteinuria, sin embargo, no se debe esperar proteinuria para diagnosticar preeclampsia». Hasta un 10% de las pacientes eclámpicas nunca tienen proteinuria.

La preeclampsia es un síndrome progresivo, específico o propio del embarazo causado por la reducción de la perfusión de múltiples órganos, secundaria a vasoespasmo, activación endotelial y de la cascada de la coagulación, en la cual la hipertensión es un signo más, o lo que quiere decir, que dicho síndrome estará matizado en primer lugar por los signos de disfunción o fallo orgánico independientemente de las cifras de hipertensión arterial; de allí su carácter polisintomático.⁷ Como forma clínica de hipertensión inducida por el embarazo aparece después de las 20 semanas, durante el parto o las doce primeras semanas del puerperio.⁸

La posibilidad real de disfunción o fallo multiorgánico en el desarrollo de esta afección, complican seriamente la vida del binomio materno _ fetal y obliga al médico práctico a la caracterización de la morbimortalidad consiguiente con el objetivo de disminuir sus nefastas consecuencias e incrementar la calidad de vida de nuestra población femenina. El análisis antropométrico de la gestante con morbilidad secundaria a preeclampsia, sugiere medidas de control de riesgo, sobre todo en la atención primaria: la descripción de enfermedades propias y asociadas,

la forma de comienzo y tipo de parto, elementos prácticos en el seguimiento y la forma en que termina el embarazo podrán destacar y sobre todo contribuir a disminuir la morbimortalidad materna de las gestantes complicadas con hipertensión.

Al considerar la incidencia de esta afección y el impacto negativo de sus complicaciones sobre la integridad biológica de la madre y el posterior desarrollo biopsicosocial del recién nacido en el entorno de su familia y el esfuerzo que por erradicarlo realizan, el Instituto Superior de Ciencias Médicas (ISCM) y el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) a través del perfeccionamiento de las diferentes carreras de la salud, nos sentimos motivados a realizar este estudio con el objetivo de caracterizar la morbimortalidad materna relacionada con la preeclampsia complicada y que esto nos permita realizar propuestas encaminadas a correlacionar un grupo de factores que influyen en la calidad del cuidado y sus resultados en la atención a estas gestantes complicadas.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal para caracterizar la morbimortalidad materna de la preeclampsia complicada. El universo estuvo constituido por 312 gestantes quedando conformada la muestra por 82 féminas portadoras de esta entidad atendidas en el Hospital Provincial Docente Ginecobstétrico "Ana Betancourt de Mora", en el período comprendido entre enero de 2006 a septiembre de 2007, que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de Inclusión: Se realizó una investigación retrospectiva tomando como grupo de estudio a todas las gestantes con diagnóstico de preeclampsia complicada, con tiempo de gestación igual o superior a 20 semanas hasta el momento del parto.

Criterios de Exclusión: Toda mujer que desarrolló la afección después del décimo día del puerperio o las formas clínicas de esta entidad no complicada.

Para la recogida de la información se elaboró un formulario según la bibliografía estudiada y criterios de expertos, a partir del cual se confeccionó una encuesta que incluyó las variables objeto de estudio, dando respuesta a los objetivos planteados. Se transcribió la información obtenida de las historias clínicas (de las pacientes hospitalizadas en la Sala de Cuidados Especiales Perinatales y Pre-parto) que constituyó la fuente del dato primario ([Anexo](#)).

Se reunió la información obtenida en una base de datos y se procesó con el paquete de programa estadístico Microstat. Se aplicó el método de distribución de frecuencia y contingencia.

RESULTADOS

De acuerdo a los elementos clínicos presentados fue más frecuente la forma clásica de presentación de la preeclampsia grave con 73 pacientes (89,02%), en 16 de

ellas apareció como complicación el Desprendimiento Prematuro de la placenta normo inserta DPPNI (19,51%). Ver [tabla 1](#).

Tabla 1. Formas clínicas

Formas clínicas	Frecuencia	Por ciento
Preeclampsia grave	73	89,02
DPPNI		
SPE	16	19,51
HTA + preeclampsia	10	12,20
Eclampsia	9	10,98
IV Izquierda	7	8,54

En la [tabla 2](#) se observó que las menores de 20 años primaron en la serie con 26 gestantes (31,71%), mientras que 51 (62,20%) no tenían experiencia previa de parto.

Tabla 2. Relación edad/paridad

Edad	Paridad						Total	%
	Nulípara		1 hijo		2 o más			
	No.	%	No.	%	No.	%		
Hasta 19 años	24	29,27	2	2,44	-	-	26	31,71
De 20 a 34 años	23	28,05	18	21,96	6	7,32	47	57,31
35 años y más	4	4,88	3	3,66	2	2,44	9	10,98

Fuente: Cuestionario

El mayor número de gestantes comprendidas en el análisis fue considerado nutricionalmente como normopeso con 48 pacientes (58,54%), alcanzando igual proporción las que obtuvieron una ganancia excesiva de peso. ([Tabla 3](#))

Tabla 3. Ganancia de peso en relación con la valoración nutricional

Ganancia de peso								
Valoración nutricional	Adecuada		Insuficiente		Excesiva		Total	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
Normo peso								
Bajo peso	16	19,51	5	6,10	27	32,93	48	58,54
Sobre peso	6	7,32	3	3,66	2	2,44	11	13,41
	2	2,44	-	-	14	17,07	16	19,51
Obesa	2	2,44	-	-	5	6,10	7	8,54
Total	6	31,71	8	9,76	48	58,54	82	100

La curva plana de tensión arterial en la atención prenatal fue la que más incidió con 57,32% (47 mujeres). ([Tabla 4](#))

Tabla 4. Formas clínicas en relación con la curva de TA en la atención prenatal*

Curva de TA								
Formas clínicas	Normal		Plana		Patológica		Total	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
Preeclampsia grave								
	26	31,71	43	52,44	4	4,88	73	89,02
DPPNI	7	8,54	7	8,54	2	2,44	16	19,51
SPE	2	2,44	8	9,76	-	-	10	12,20
HTA + preeclampsia	1	1,22	4	4,88	4	4,88	9	10,98
IV Izquierda	-	-	-	-	1	1,22	1	1,22
CID	-	-	1	1,22	-	-	1	1,22
Insuf. renal	1	1,22	-	-	-	-	1	1,22

Fuente: Cuestionario

* Varias pacientes dentro del total estudiado presentaron más de una forma clínica.

Respecto a las vías de terminación del embarazo ([tabla 5](#)) se comprobó que del total de 82 gestantes, al 96,34% se les practicó cesárea, de éstas, a 70 de forma electiva.

Tabla 5. Tipos de partos/Vías de terminación del embarazo

Vías de terminación del embarazo								
Tipos de parto	Espontáneo		Inducido		Cesárea		Total	%
Eutócico	-	-	2	2,44	-	-	2	2,44
Instrumentado	1	1,22	-	-	-	-	1	1,22
Cesárea	-	-	9	10,98	70	85,37	79	96,34
Total	1	1,22	1	1	13,41	70	85,37	100

Fuente: Cuestionario

DISCUSIÓN

Habitualmente se afirma que la incidencia de la preeclampsia oscila entre un 5 y 7 % pero con variaciones notables de una a otra región del mundo. En nuestro trabajo predominó la forma clásica de presentación de la preeclampsia grave coincidiendo con autores como *López Aramillo*⁹ y *Reyes Balseiro*.¹⁰

Mantuvimos la tendencia de concebir las formas clínicas de hipertensión asociadas al embarazo con un predominio de las edades extremas del período fértil, y de éstas, las menores de 20 años y las nulíparas desde el punto de vista de la paridad, coincidiendo con *Castillo Fernández* y otros.^{11,12}

En nuestro estudio primaron las embarazadas evaluadas de normopeso y las que obtuvieron una ganancia excesiva de peso coincidiendo ambas con 48 gestantes. Resultados similares nos ofrecen *Hernán Daza* y *Vázquez Niebla*.^{13,14}

Predominó la curva plana de tensión arterial en la atención prenatal, debido a que un gran número de embarazadas no demostraron pérdida de la refractividad o resistencia a sustancias presoras entre las 28 y 32 semanas, y por ende se produjo un incremento en la posibilidad de descompensación en mujeres con factores de riesgo o hipertensas propiamente dichas. Estos resultados nos obligan a realizar el Test de Gant entre 28 y 32 semanas, e incrementar la aplicación de medidas profilácticas, hemos coincidido con otros autores.¹⁵

En nuestro estudio primó la cesárea como vía de terminación del embarazo y como tipo de parto. Similar reporte ofrece *Jorge Balestena* acerca de la alta incidencia de la cesárea electiva;¹⁶ mientras que *Vázquez Niebla* nos informa en casos de parto transvaginal.¹⁷

Podemos concluir que un gran número de gestantes desarrolló preeclampsia grave o algunas de las complicaciones inherentes a esta afección, por lo que resulta imprescindible continuar estudios que nos permitan modificar precozmente los factores de riesgos y relacionar un grupo de acciones que garanticen mayor la gestión del cuidado con calidad así como la atención prioritaria de las gestantes complicadas.

ANEXO 1.

CUESTIONARIO

Nombre_____

HC_____

1- Consecutivo_____

2- Edad_____

3- Edad Codificada_____

1. Hasta 19 años_____

2. De 20-34 años_____

3. 35 años y más_____

4- Paridad_____

5- Paridad Codificada

1. Nulípara_____

2. 1 hijo_____

3. 2 y más_____

6- Evaluación Nutricional (captación)

1. normopeso_____

2. bajo peso_____

3. sobre peso_____

4. obesa_____

7- Ganancia de peso

1. normal o adecuada_____

2. insuficiente_____

3. excesivo_____

8- Curva de TA en la atención prenatal

1. Normal_____

2. Plana_____

3. Patológica_____

9- Formas Clínicas

1. Sí_____

2. No_____

10- Síndrome de Hellp_____

11- Preeclampsia grave clásica_____

12- HTA crónica + preeclampsia sobreañadida_____

13- DPPNI_____

14- IV izquierda _____

15- ACV hemorrágico_____

16- ACV oclusivo_____

17- Eclampsia_____

18- Signos Premonitorios de Eclampsia_____

19- CID_____

20- Insuficiencia Renal_____

21- Coma_____

22- Vías de terminación del parto

1. espontáneo_____

2. inducción_____

3. cesárea_____

23- Tipos de parto

1. eutócico_____

2. Instrumentado_____

3. cesárea_____

24- Mortalidad materna

1. Sí_____ 2. No_____

25- Hemorragia obstétrica_____

26- Embolismo del líquido amniótico_____

27- CID_____

28- Insuficiencia hepática_____

29- Fallo multiorgánico_____

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cunningham FG, Mac Donald PC, Gant NF. Williams Obstetricia. 22da edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2002: 489-525.

2. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Manual de Diagnóstico y Tratamiento en Obstetricia y Perinatología. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2000: 237-252.
3. Botero Uribe J, Júbiz Hazbún A, Herno G. Obstetricia y Ginecología. Texto integrado. 6ta ed. Bogotá: Colombia; 2001: 197.
4. Villanueva Egan LA. Factores pronósticos asociados a la progresión de la preeclampsia-eclampsia. Ginecol Obstet Mex 2000; 68: 312-316.
5. Rigol Ricardo O, Cutié León E, Santiesteban Alba S, Cabezas Cruz E, Farnot Cardoso U, Vázquez Cabrera J, et al. Obstetricia y Ginecología. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004: 127-36.
6. Sánchez Padrón A, Sánchez Valdivia A, Bello Vega M, Somoza ME. Enfermedad hipertensiva del embarazo en Terapia Intensiva. Rev Cubana Obstet Ginecol 2004; 30(2): 3-10.
7. Scott JR, Di Saia PJ, Hammond CHB, Spellacy WN. Danforth. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 8va ed. México: Mc Graw-Hill Interamericana; 2000: 323-42.
8. Gómez Soza E. Trastornos hipertensivos durante el embarazo. Rev Cubana Obstet Ginecol 2000; 26(2): 99-114.
9. Balderas Pena LM. Síndrome de Hellp ¿Evidencias de una posible Respuesta Inflamatoria Sistémica en la preeclampsia? Ginecol Obstet Méx 2002; 70(7):21-4.
10. Reyes Balseiro ES, Vilallonga Recino P, Reyes Balseiro N. Enfermedad Vasculat Hipertensiva en Nuevitas durante un quinquenio. Rev AMC 2006; 10(1): 14-20.
11. Castillo Fernández FA, Navas Ábalos N. Hipertensión grave que complica el embarazo. Rev. AMC 2006; 10(1).
12. Ramos Gómez JA, Pérez Berlanga AM. Comportamiento de la enfermedad hipertensiva en el embarazo. Correo Científico Médico de Holguín 2005; (2)9.
13. Hernán Daza C. La obesidad: un desorden metabólico de alto riesgo para la salud. Rev Cubana Obstet Ginecol 2002; 33: 72-80.
14. Clínica de la enfermedad hipertensiva aguda del embarazo. En: Vázquez Cabrera J. Hipertensión y embarazo. Ciudad de La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1989: 41-61.
15. Fuentes Salinas J. La Toxemia en el Embarazo. Los Ángeles; 2007. Disponible en: <http://www.preeclampsia.org.com>
16. Balestena Sánchez JM, Fernández Alech R, Hernández Sordo A. Comportamiento de la preeclampsia grave. Rev Cubana Obstet Ginecol 2001; 27 (3): 226-32. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2001000300010&lng=es&nrm=iso&tIng=es

17. Vázquez Niebla JC. Asociación entre hipertensión arterial durante el embarazo, bajo peso al nacer y algunos resultados del embarazo y el parto. Rev Cubana Obstet Ginecol 2003; 29 (2): 114.

Recibido: 12 de octubre de 2008

Aprobado: 26 de noviembre de 2008

Adalberto Lluch Bonet. Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Amalia Simoni Argilagos". Camagüey, Cuba. E-mail: alluch@finlay.cmw.sld.cu