

Eclampsia en Santa Clara

Eclampsia rate present in Santa Clara

Rogelio Orizondo Ansola^I; Vivian Cairo González^{II}

^I Especialista de II Grado en Medicina interna. Profesor asistente, clínico interconsultante del Hospital Ginecoobstétrico Mariana Grajales. Santa Clara, Villa Clara, Cuba.

^{II} Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Instructora. Hospital Ginecoobstétrico Mariana Grajales. Santa Clara, Villa Clara, Cuba.

RESUMEN

OBJETIVO: determinar el comportamiento de la eclampsia en el Hospital Ginecoobstétrico Mariana Grajales en el período 2007-2008.

MÉTODOS: se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo, se revisaron las historias clínicas de todas las pacientes que presentaron eclampsia.

RESULTADOS: 15 pacientes presentaron eclampsia entre 10 047 partos (1/669). Tuvo hipertensión arterial (HTA) 66,6 %, de ellas solo 46,7 % presentaron TA > 110 mmHg, 46,7 % proteinuria y 40 % edema, 26,7 % de las pacientes eran asintomáticas, 40 % la presentó antes del parto, 26,7 % intraparto y 33,3 % en el puerperio. Una paciente la presentó 48 h después del parto. Tenía diagnóstico de preeclampsia el 60 %, (de ellas 33,3 % fueron clasificadas como graves), 13,3 % hipertensión crónica y 26,7 % nunca tuvo HTA antes de la convulsión.

Convulsionaron 3 (20 %) después de haber recibido el tratamiento profiláctico con sulfato de magnesio. No hubo muertes maternas ni perinatales. Presentaron hematoma retroplacentario 13,3 % pacientes, 33,3 % de los recién nacidos fueron de bajo peso, 26,7 % fue prematuro y 20 % tuvo Apgar > 7 al nacimiento.

CONCLUSIONES: la incidencia de eclampsia aún es alta en este hospital, aunque las complicaciones maternas no son tan frecuentes y los resultados perinatales no son malos. No todos los casos pueden prevenirse con la administración de sulfato de magnesio, pero en la preeclampsia grave es una indicación indispensable.

Palabras clave: Eclampsia, preeclampsia, sulfato de magnesio.

ABSTRACT

OBJECTIVE: to determine eclampsia behavior in the "Mariana Grajales" Gynecology-Obstetrics Hospital during 2007-2008 years.

METHODS: we made a descriptive and retrospective study and a review of medical records from all patients with eclampsia.

RESULTS: a total of 15 patients had eclampsia among 10 047 labors (1/669). The 66,6 % of them had high blood pressure (HBP), only 46,7% had BP >110 mmHg, 46,7 % had proteinuria, and the 40% had edema, 26,7 % of patients were asymptomatic, 40% had it before delivery, 26,% during intrapartum, and 33,3 % in puerperium period. A patient had it 48 h postpartum. With a diagnosis of pre-eclampsia in 60 % (from them 33,3 % were classified as severe), 13,3 % with chronic high blood pressure, and 26,7 % never had HBP before convulsion. Three convulsions after administration of magnesium sulfate as the prophylactic treatment. There were neither maternal nor perinatal deaths. There was a retroplacental hematoma in 13,3 % of patients, 33,3 % were low weight newborns, 26,7 % were premature, and 20 % had a Apgar score of > 7 at birth.

CONCLUSIONS: the pre-eclampsia incidence is still high in this hospital, although mother complications are not so frequent and perinatal results are not bad. Not all cases may be prevented with administration of magnesium sulfate, but the severe pre-eclampsia is an essential indication.

Key words: Eclampsia, pre-eclampsia, magnesium sulfate.

INTRODUCCIÓN

La eclampsia se define como la aparición de convulsiones o coma durante el embarazo o el puerperio inmediato, en una paciente con síntomas y/o signos de preeclampsia.^{1,2} Es una emergencia con peligro para la vida, que continúa siendo una causa mayor de morbilidad y una de las primeras causas de muerte materna en todo el mundo. Tradicionalmente se ha considerado que la incidencia de eclampsia está en relación inversa con la calidad de la atención prenatal y que la mayoría de los casos pueden evitarse con la detección temprana de la preeclampsia, ingreso temprano y profilaxis con sulfato de magnesio. Sin embargo, en los últimos años se ha visto el incremento de un número de casos de eclampsia que ocurren a pesar de las medidas mencionadas, por lo que se han denominado eclampsias no prevenibles.^{1,3,4} En nuestro país se orientó la utilización del sulfato de magnesio en la preeclampsia, en cualquiera de sus estadios. Con el objetivo de estudiar el comportamiento de esta enfermedad en nuestro hospital, realizamos este estudio en los dos últimos años.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo en el cual se revisaron todas las historias clínicas de los casos con el diagnóstico de eclampsia en el período 2007-2008. Se recogieron fundamentalmente los siguientes datos: edad de la paciente, factores de riesgo, síntomas y signos antes de la convulsión, exámenes de laboratorio, diagnóstico previo, edad gestacional y momento de aparición de la convulsión con relación al parto (antes, durante, después), complicaciones maternas, resultados perinatales, vía del parto, uso de tratamiento profiláctico y respuesta al tratamiento terapéutico con sulfato de magnesio.

Se consideraron como criterios de preeclampsia: presión arterial (TA) 140/90 en dos ocasiones después de las 20 sem y proteinuria $\geq 0,3\text{g}/24\text{h}$. Se clasificaron las pacientes como preeclampsia grave cuando tuvieron $\text{TA} \geq 160/110$ o alguno de los signos clásicos de agravamiento. El bajo peso se tuvo en cuenta cuando los recién nacidos pesaron menos de 2 500 g. El sulfato de magnesio generalmente se utilizó con el esquema de 4-6 g de entrada y seguimiento con 1 g/h, en infusión por 24 h, tanto para el tratamiento profiláctico como para el terapéutico.

RESULTADOS

En los dos años estudiados, se encontraron 15 pacientes con eclampsia en 10 046 partos en nuestro hospital, para una incidencia de 1 por 669 nacimientos: 9 (60%) pacientes fueron blancas y 6 (40 %) negras; 3 (20 %) fueron menores de 20 años, 8 (53,4 %) estaban entre 20 y 34 años y 4 (26,7 %) mayores de 35 años. Eran nulíparas 11 pacientes (66,7 %).

En la [tabla 1](#) pueden apreciarse los síntomas previos a la convulsión: 10 (66,6 %) tuvieron hipertensión arterial (HTA) pero de ellas solo 7 (46,7 %) presentaron $\text{TA} \geq 110$ mmHg, 7 (46,7%) tuvieron proteinuria y 6 (40%) edema. Solamente 5 pacientes presentaron la triada clásica de la eclampsia (HTA, proteinuria y edema). Presentaron cefalea persistente 6 (40%), 3 (20%) náuseas y vómitos, 3 (20%) trastornos visuales, y 4 (26,7%) eran totalmente asintomáticas; 6 (40%) pacientes la presentaron antes del parto, 4 (26,7%) durante él y 5 (33,3%) en el puerperio. Solo una paciente presentó la convulsión después de 48 h del parto. Se le realizó cesárea a 11 pacientes (73,3%), pero de las que la presentaron antes o intraparto se le practicó a 9 de 10 (90%).

Tabla 1. Manifestaciones clínicas previas a la convulsión (n=15)

Manifestaciones clínicas		No.	%
HTA	Severa ($\geq 160/110$)	7	46,3
	Leve ($< 160/110$)	3	20
Proteinuria	$\geq 2g/24h$	2	13,3
	$< 2g/24h$	5	33,3
Edema		6	40
Cefalea		6	40
Trastornos visuales		3	20
Náuseas y vómitos		3	20
HTA, edema y proteinuria		5	33,3
Asintomática		4	26,7

La edad gestacional al momento de la convulsión aparece descrita en la [tabla 2](#). No hubo ningún caso antes de las 27 sem, 2 (13,3 %) entre las 27 y 32, 5 (33,3 %) entre las 33 y 37 y 8 (53,4 %) entre las 37 y 42 sem, de ellas 4 fueron después de las 40.

Tabla 2. Edad gestacional en el momento de las convulsiones (n=15)*

Edad gestacional (sem)	No.	%	No. casos posparto
21-26	0	0	0
27-32	2	13,3	0
33-37	5	33,3	3
37-42	8	53,4	2

* En los casos posparto se tomó en cuenta la edad gestacional cuando se produjo el parto.

En la [tabla 3](#) se muestra el diagnóstico de la paciente en el momento de la convulsión: 9 (60 %) pacientes tenían diagnóstico de preeclampsia, de las cuales 5 (33,3 %) fueron clasificadas con signos de agravamiento, 2 padecían de hipertensión crónica sin preeclampsia y 4 (26,7 %) nunca tuvieron HTA antes de la convulsión. De los casos de nuestro estudio, 3 (20 %) presentaron la convulsión después de haber recibido el tratamiento profiláctico con sulfato de magnesio. Todas la presentaron más de 24 h después de su administración.

Tabla 3. Diagnóstico en el momento de la convulsión (n=15)

Diagnóstico	No.	%
Preeclampsia sin signos de agravamiento	4	26,7
Preeclampsia con signos de agravamiento	5	33,3
HTA crónica sin preeclampsia	2	13,3
Sin diagnóstico de HTA	4	26,7

En relación con los resultados maternos y perinatales no se reportaron muertes maternas ni perinatales; 2 (13,3 %) pacientes presentaron hematoma retroplacentario y 3 (20 %) ingresaron en la sala de cuidados intensivos. Ningún caso tuvo edema pulmonar, hemorragia cerebral, insuficiencia renal, coagulación intravascular diseminada, síndrome de HELLP u otras complicaciones frecuentes de esta enfermedad. En nuestro estudio ninguna paciente tuvo una segunda convulsión después del primer episodio.

De los recién nacidos 5 (33,3 %) fueron de bajo peso, 4 fueron prematuros (26,7 %), 3 (20 %) tuvieron Apgar bajo (7) al nacimiento y 3 ingresaron en la sala de cuidados intensivos neonatales.

DISCUSIÓN

Los países desarrollados reportan una incidencia de eclampsia con un rango de 1 en 2 000 a 3 448 partos ¹. En algunos reportes recientes hemos visto una tendencia a dar este resultado por 10 000 partos, como es el caso de *Zwart* ⁵ y otros quienes encontraron una incidencia en Holanda en el período 2006-08 de 6,2 por 10 000 y *Knight* ⁶ que informa 2,7 por 10 000 en el año 2005, en el Reino Unido. En nuestro estudio la tasa es de 14,9 por 10 000. El resultado obtenido en este estudio puede ser alto debido a que el hospital recibe las remisiones de toda la provincia de Villa Clara donde el número de partos es mucho mayor (14 995 en el mismo período por lo que la incidencia aproximada es de 1 por 1000).

Se ha señalado que la HTA es severa solamente entre el 20 y 54 % de los casos de eclampsia, es leve en el 30-60 % y puede estar ausente en el 26 %, ^{1,2} lo cual coincide con nuestros resultados. Llama la atención que solo en el 33,3 % de las pacientes estaba presente la triada clásica caracterizada por HTA, proteinuria y edema. *Knight* ⁶ encontró un 38 % mientras otros reportes dan cifras cercanas al 80 %.⁴ En un estudio de *Mattar y Sibai*,⁷ con 399 pacientes, la proteinuria importante ($\geq 2g/24h$) solo se presentó en el 48 %, mientras en este solo estuvo presente en el 13,3 %. La cefalea se ha informado en otros estudios ^{1,2,7} en el 50-75 % de las pacientes y los trastornos visuales en el 19-32 %, datos que coinciden con los aquí presentados.

Un resultado de interés en este trabajo es que 4 (26,7 %) pacientes presentaron convulsiones como síntoma inicial, sin haberse constatado hipertensión arterial previa ni otra manifestación de preeclampsia. Todos estos casos tuvieron una atención prenatal adecuada en forma general y tuvieron al menos 10 controles prenatales. El tema de las eclampsias no prevenibles es muy discutido actualmente, ya que en los países desarrollados con adecuada atención prenatal se ha reportado

que el 50 % de las pacientes que tienen eclampsia desarrollan la convulsión bajo "supervisión médica estrecha", muchas veces hospitalizadas y habiendo recibido tratamiento profiláctico con sulfato de magnesio.^{1,3,4} En una serie de Sibai y otros³ con 179 mujeres, el 31 % de las eclampsias se consideraron no prevenibles ya que no se detectaron fallas en la atención prenatal. En otro estudio con 254 mujeres, el 13 % de ellas las presentaron mientras recibían el tratamiento con este medicamento.⁴ Tres de nuestras pacientes lo recibieron profilácticamente, pero en todos los casos habían transcurrido más de 24 h de su administración, tiempo tras el cual se discute que pueda tener un efecto beneficioso.¹

Aunque la utilización del sulfato de magnesio en la preeclampsia sin signos de agravamiento, ha sido cuestionada un tanto,⁸ a pesar de los resultados del estudio Magpie,⁹ su uso en la preeclampsia con signos de agravamiento es de amplia aceptación y solo es rechazado por algunos países europeos con incidencias muy bajas. Llama la atención que cinco pacientes de nuestro estudio tenían diagnóstico de preeclampsia con signos de agravamiento, y no se utilizó este medicamento. Se analizaron las historias clínicas, en casi todos los casos transcurrió poco tiempo del diagnóstico a la aparición de la convulsión.

Sibai¹ señala que los últimos trabajos publicados sitúan la eclampsia anteparto en rango de 38 a 53 % y la posparto de 11 a 44 %, lo cual se corresponde con nuestros resultados. Otro dato de interés es el hecho que al 90 % de las eclampsias ante e intraparto se les realizó cesárea. Otros autores reportan índices menores, cercanos al 50 %.⁴

Solamente tuvimos un caso de eclampsia después de 48 h del parto. La paciente se encontraba en su casa cuando tuvo el episodio; a su llegada al hospital la TA era de 140/90, pero no se pudo encontrar en la hoja de atención prenatal ninguna TA superior a 110/70 ni durante su estancia hospitalaria periparto; no tenía edema, y el recién nacido fue de peso adecuado. La eclampsia tardía postparto ha recibido especial atención últimamente por un número ascendente de mujeres que la presentan, y se ha informado su aparición hasta 4 sem después del parto.^{1,10-12}

A pesar de los altos índices de complicaciones maternas que se describen en las pacientes con eclampsia, tuvimos pocas complicaciones mayores. Esto puede estar en relación con que en nuestro hospital, al ser un centro de referencia, los casos son atendidos por personal entrenado y pueden tomarse a tiempo las medidas para evitar la mayoría de estas complicaciones, muchas de ellas relacionadas con la repetición de las convulsiones.

Como conclusiones podemos señalar que la incidencia de eclampsia aún es alta en nuestro hospital, aunque las complicaciones maternas no son tan frecuentes y los resultados perinatales no son malos. No todos los casos pueden prevenirse con la administración de sulfato de magnesio, pero en la preeclampsia con signos de agravamiento es una indicación indispensable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sibai BM. Diagnosis, prevention and management of eclampsia. *Obstet & Gynecol.* 2005; 105(2): 402-10.

2. Karumanchi SA, Lindheimer MD. Advances in the understanding of eclampsia. *Curr Hypertens Rep.* 2008;10(4): 305-12.
3. Sibai BM, Abdella TN, Spinatto J, Anderson GD. Eclampsia V. The incidence of non-preventable eclampsia. *Am J Obstet Gynecol.* 1986; 154(3):581-6.
4. Sibai BM. Eclampsia VI. Maternal-perinatal outcome in 254 consecutive cases. *Am J Obstet Gynecol.* 1990; 163(3):1049-55.
5. Zwart JJ, Richetrs A, Ory F, de Vries JI, Bloemenkamp KW, van Roosmalen J. Eclampsia in the Netherlands. *Obest Gynecol.* 2008; 112(4):820-7.
6. Knight M. Eclampsia in the United Kingdom 2005. *BJOG.* 2007; 114(9):1072-8.
7. Mattar F, Sibai BM. Eclampsia VIII. Risk Factors for maternal morbidity. *Am J Obstet Gynecol.* 2000; 182:307-12.
8. Livingstone C, Livingstone LW, Ramsey R, Mabie BC, Sibai BM. Magnesium sulphate in women with mild pre-eclampsia: a randomized controlled trial. *Obtest Gynecol.* 2003; 101(2):217-20.
9. The Magpie Trial Collaborative Group. Do women with pre-eclampsia, and their babies, benefit from magnesium sulphate? The Magpie Trial: a randomised placebo-controlled trial. *Lancet.* 2002; 359:1877-90.
10. Martin J, Sidman R. Late postpartum eclampsia: a common presentation of an uncommon diagnosis. *J Emerg Med.* 2003; 25(4): 387-90.
11. Matsuo K, Kooshesh S, Dinc M, Sun CC, Kimura T, Baschat AA. Late postpartum eclampsia: report of two cases managed by uterine curettage and review of the literature. *Am J Perinatol.* 2007; 24(4):257-66.
12. Hirshfeld-Cytron J, Lam C, Karumanchi SA, Lindheimer M. Late postpartum eclampsia: examples and review. *Obstet Gynecol Surv.* 2006; 61(7):471-80.

Recibido: 17 de marzo de 2009.

Aprobado: 1ro. de abril de 2009.

Dr. *Rogelio Orizondo Ansola*. Hospital Ginecoobstétrico Mariana Grajales. Cuba 171 e/San Miguel y Nazareno. Santa Clara, Villa Clara. CP: 50 100. Teléfono: 20 3220. E-mail. rorizondo@iscm.vcl.sld.cu