

Predictores de la preeclampsia/eclampsia en un grupo de gestantes de alto riesgo

Pre-eclampsia/eclampsia predictors in high risk pregnant

Juan Antonio Suárez González,^I Mario Gutiérrez Machado,^{II} María Rosa Cabrera Delgado,^{III} Alexis Corrales Gutiérrez,^{IV} María Elena Salazar^{III}

^IMáster en Atención Integral a la Mujer. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Especialista de I y II Grados en Obstetricia y Ginecología. Profesor Auxiliar. Hospital Universitario Ginecoobstétrico "Mariana Grajales". Santa Clara, Villa Clara.

^{II}Máster en Urgencias y Emergencias Médicas en la Atención Primaria. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Especialista de I y II Grados en Obstetricia y Ginecología. Instructor. Hospital Universitario Ginecoobstétrico "Mariana Grajales". Santa Clara, Villa Clara.

^{III}Especialista de I Grado en Obstetricia y Ginecología. Instructor. Hospital Universitario Ginecoobstétrico "Mariana Grajales". Santa Clara, Villa Clara.

^{IV}Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de I y II Grados en Obstetricia y Ginecología. Profesor Titular. Hospital Universitario Ginecoobstétrico "Mariana Grajales". Santa Clara, Villa Clara.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Los trastornos hipertensivos durante el embarazo son muy frecuentes y ocurren en más del 10 % de todas las gestaciones a término.

OBJETIVO: Determinar los factores de riesgos en este grupo de pacientes que permitan establecer estrategias de trabajo diferenciadas en pro del bienestar materno fetal.

MÉTODOS: Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, en 30 gestantes con riesgo de preeclampsia/eclampsia que acuden a la consulta municipal de atención al riesgo de preeclampsia/eclampsia en la ciudad de Santa Clara, Villa Clara, en el periodo comprendido entre septiembre de 2009 a enero de 2010.

RESULTADOS: La mayoría de las pacientes fueron nulíparas (70 %), con malnutrición por exceso (80 %) y en edades extremas (56,6 %) con predominio de la avanzada edad materna (33,3 %), se encontró un gran porcentaje de gestantes con riesgo de síndrome metabólico. Se proponen estrategias de atención con enfoque de riesgo a estas gestantes en la atención prenatal.

CONCLUSIONES: La nuliparidad, las cifras de glicemia elevadas en la captación del embarazo y la malnutrición por exceso fueron algunos de los factores de predicción más frecuentemente encontrados para la preeclampsia/eclampsia en el grupo estudiado.

Palabras clave: Hipertensión, factores de riesgo, embarazo, síndrome metabólico, riesgo vascular.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The hypertensive disorders during pregnancy are very frequent and occur in more than the 10% of all term pregnancies.

OBJECTIVE: To determine the risk factors in this group of patients to allow establishing differential working strategies for the social maternal wellbeing.

METHODS: A cross-sectional and descriptive study was conducted in 30 pregnant women with risk of pre-eclampsia/eclampsia in the Santa Clara city, Villa Clara province from September, 2009 to January, 2010.

RESULTS: Most of patients were nulliparous (70 %), with excessive malnutrition (80 %) and in extreme ages (56.6 %) with predominance of maternal old age (33.3 %), as well as a high percentage of pregnant women with metabolic syndrome risk. Authors propose care strategies approaching the risk of these patients during the prenatal care.

CONCLUSIONS: Nulliparity, figures of a high level glycemia during the pregnancy screening and the excessive malnutrition were some of the more frequent prediction factors for the pre-eclampsia/eclampsia in the study group.

Key words: High blood pressure, risk factors, pregnancy, metabolic syndrome, vascular risk.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos hipertensivos durante el embarazo son muy frecuentes y ocurren en más del 10 % de todas las gestaciones que llegan a término, constituyen, junto con las hemorragias y las infecciones, la tríada que origina la mayoría de las muertes maternas y es una de las principales causas de morbilidad en las embarazadas, es mayor su importancia como causa de niños nacidos muertos, así como la morbilidad y mortalidad neonatal.¹ Estos trastornos hipertensivos constituyen la primera causa de muerte materna en los países desarrollados y la tercera en los países en vía de desarrollo, lo que representa 4 defunciones por cada 100 000 nacimientos y 150 defunciones o más por cada 100 000 nacimientos, respectivamente.²

La enfermedad hipertensiva gestacional, conocida bajo múltiples sinonimias, es con seguridad un proceso muy antiguo del que se encuentran referencias en los escritos hipocráticos. Primero fue reconocida como fenómeno convulsivo (eclampsia del griego *éklampsis*, destello o relámpago), considerada como patognomónico de la enfermedad. En el siglo XVII las convulsiones eclámpicas fueron consideradas como estados de posesión diabólica.³

Los estudios epidemiológicos y la aplicación del concepto de riesgo del problema han llevado a establecer una relación evidente entre un conjunto de características asociadas que intervienen e incrementan la aparición de la preeclampsia y que han obligado a sustituir la idea de un estado de salud anterior por un terreno de riesgo sobre el cual se desarrolla la enfermedad.

Todo lo anterior sirvió de motivación para identificar algunos de los factores predictores presentes en las pacientes que tienen riesgo de padecer la enfermedad desde el inicio del embarazo.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal a un universo de 30 gestantes diagnosticadas con riesgo de preeclampsia/eclampsia, de la ciudad de Santa Clara, Villa Clara, desde septiembre de 2009 hasta enero de 2010. La muestra quedó constituida por 30 pacientes que representaron el 100 % del universo, según los siguientes criterios de exclusión:

- a) Pacientes con riesgo de preeclampsia/eclampsia que no asistieron a las consultas.
- b) Las pacientes que no reunían al menos dos factores de riesgo de preeclampsia eclampsia.

Para la recogida de la información se confeccionó una ficha que fue llenada en el momento de su incorporación a la consulta, y completada con la historia clínica de seguimiento de la gestante.

Variables relacionadas con los factores de riesgo

I. *Edad*: Se tuvo en cuenta el último año cumplido, por interés de la investigación se agrupó de la siguiente forma:

- < 20 años adolescentes
- 20 a 35 años jóvenes
- > 35 años adultas (avanzada edad materna)

Este grupo de edades fue la de interés obstétrico por considerarse factor de riesgo menor de 20 y mayor de 35 años.

II. Antecedentes patológicos familiares de madre o hermana con preeclampsia.

III. *Antecedentes patológicos personales*: Se indagó acerca de antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitas, neuropatías. Antecedentes de preeclampsia/eclampsia en embarazos anteriores, así como complicaciones en embarazos anteriores relacionados con la preeclampsia. La presencia de cualquiera de ellas se consideró como variable de riesgo.

IV. *Paridad:*

Se agrupó en:

Nulípara: la que nunca ha parido. Se consideró como factor de riesgo.

Partos anteriores: la que ha parido uno o más hijos.

Con partos anteriores y en embarazo actual con un nuevo cónyuge. Si el embarazo actual fue de un nuevo cónyuge se consideró también un factor de riesgo.

V. *Evaluación nutricional:* se realizó según Índice de Masa Corporal (IMC).

$IMC = \text{Peso en Kg} / (\text{talla m})^2$

Categorías IMC

Bajo peso < 19,8

Normopeso 19,8 26,0

Sobrepeso > 26,0 29,0

Obesa > 29,0

VI. *Riesgo de síndrome metabólico:* Se tuvieron en cuenta los resultados de las mediciones antropométricas (cintura abdominal en período pregestacional) y los resultados de complementarios como glicemia en ayunas, colesterol, triglicéridos.

Para el procesamiento de la información se resumieron las variables de forma manual mediante calculadora de mesa. Se presentaron en forma de distribuciones de frecuencia en valores absolutos y porcentajes. Se realizó estadística inferencial mediante una tabla de contingencia con la prueba de Chi cuadrado con un nivel de significación de α (falta) 0,05 por el sistema estadístico SPSS.

RESULTADOS

Al analizar la edad materna y según las edades de riesgo de menos de 20 años y más de 35, se encontró que estas representan el 23,3 % y 33,3 % respectivamente.

En nuestro estudio predominaron las nulíparas en 21 pacientes para un 70 %.

En esta investigación solo 5 pacientes multíparas tuvieron un embarazo de nuevo cónyuge, 16,6 % (tabla 1).

Tabla 1. Distribución de las gestantes según paridad

Paridad	No.	%
Nulípara	21	70
Con partos anteriores	9	30
Con partos anteriores y nuevo cónyuge	5	16,6
Malos antecedentes obstétricos relacionados con la preeclampsia	8	26,6

Al analizar el estado nutricional se apreció que más de la mitad de la muestra estudiada se encontraba mal nutrida (por exceso o defecto) para un 86,6 %, la malnutrición por exceso fue la que reportó el mayor número de casos (80 %) (tabla 2).

Tabla 2. Distribución de las gestantes según estado nutricional

Estado nutricional	No.	%
Bajo peso	2	6,6
Normopeso	4	13,3
Sobrepeso	15	50
Obesas	9	30
Total	30	100

En nuestra investigación solamente 7 (23,3 %) pacientes presentaron el antecedente familiar de ser hijas de madres que presentaron hipertensión en el embarazo.

De los factores de riesgo estudiados, los más hallados fueron la nuliparidad, la malnutrición por exceso, las edades de riesgo y los antecedentes obstétricos desfavorables (tabla 3).

Tabla 3. Distribución de los factores de riesgo

Factores predictores		Presencia en la muestra	
		No.	%
Edad	< 20 años	7	23,3
	20 - 24 años	13	43,3
	>= 35 años	10	33,3
APF HTA crónica		16	53,3
Antecedentes obstétricos desfavorables		8	26,6
Nuliparidad		21	70
Malnutrición por exceso		24	80
Glicemia elevada en la captación		13	43,3
Pobre ingesta de calcio previa a la gestación		20	66,6
Pobre ingesta de calcio en la gestación		15	50
Circunferencia abdominal > 88 cm		15	50
Colesterol elevado		8	26,6
Triglicéridos elevados		7	23,3
Alteraciones en el fondo de ojo		3	10

DISCUSIÓN

Varios investigadores han encontrado resultados similares a los nuestros en los cuales hubo una alta incidencia de enfermedad hipertensiva del embarazo en adolescentes y añosas.^{1,4} Si se compara con el grupo de edades, que se considera como edad óptima para la gestación, no existe diferencia; sin embargo, el hecho de que en un grupo de gestantes la mitad de ellas se gesten en edades de riesgo, resulta de gran importancia.

La paridad también está muy relacionada con la aparición de los trastornos hipertensivos gravídicos, específicamente la nuliparidad es reconocida como un factor de riesgo para este tipo de trastorno en las pacientes que en su primer embarazo son homocigóticas para un gen relativamente común susceptible.^{5,6} Investigadores del Hospital "General de O'Horan", México, encuentran que el 55 % de las enfermas eran primigestas.⁷

En el Instituto de Investigaciones Cardiológicas de la Universidad de Buenos Aires se observa que las primigrávidas son de 6 a 8 veces más susceptibles que las múltiparas.⁸ En Cuba, en las encuesta de riesgo obstétrico de 1981, aparece la nuliparidad como el principal y más frecuente factor de riesgo de la enfermedad.¹

También se afirma que la hipertensión inducida por el embarazo puede ser más bien un problema de primipaternidad que de primigravidez, donde la cohabitación

sexual previa y duradera antes de la concepción parece proteger a la mujer de los trastornos hipertensivos del embarazo.^{5,6} Sin embargo, los resultados obtenidos en esta investigación pueden explicarse por la idiosincrasia de la población haitiana donde el divorcio no es común y puede que se tenga un número desconocido entre las multíparas que podrían tener verdaderamente embarazos de un nuevo cónyuge, pero que debido a los tabúes sociales no salen a relucir.

La explicación de la nuliparidad y la multiparidad con embarazos de nuevo cónyuge en el desarrollo de la preeclampsia se sustenta en varias teorías, basadas en la propia fisiopatología de la enfermedad, desde la isquemia placentaria con disfunción endotelial, las lipoproteínas de muy baja densidad como actividad que previene toxicidad, hasta la adaptación inmunitaria deficiente y la impronta genética, estas dos últimas son las que pudieran explicar el desarrollo de la enfermedad en este tipo de pacientes.^{5,6,9}

*Villegas*¹⁰ plantea que la obesidad se relaciona con la preeclampsia. *Lugo Sánchez*¹¹ la señala como un factor predisponente de gran importancia para el desarrollo de la enfermedad, y en el estudio de *Moya Romero*,¹² ocupó el primer lugar en importancia. Sin embargo, en este estudio la malnutrición por defecto fue la que reportó el mayor número de casos, lo cual se corresponde con otros en los cuales las desnutridas tienen mayor riesgo de padecer la enfermedad;² en lo que sí casi todos coinciden es en encontrar relación entre los estados de mal nutrición y la entidad que nos ocupa.

Existe una alta susceptibilidad a los trastornos hipertensivos en el embarazo en aquellas mujeres nacidas de madres con estos mismos antecedentes; se incrementa la relación cuando la madre de la actual gestante ha sufrido este episodio durante su embarazo.¹³ Este autor también señala: "Cuando más evidente es la anamnesis familiar de hipertensión con más frecuencia aparecerá la enfermedad". En la investigación este factor no se presentó, por lo que en nuestro grupo no fue un factor determinante. Puede deberse a la dificultad en la recogida de los antecedentes, o por el desconocimiento de la enfermedad.

La nuliparidad, las cifras de glicemia elevadas en la captación del embarazo y la malnutrición por exceso fueron algunos de los factores de predicción más frecuentemente encontrados para la preeclampsia/eclampsia en el grupo estudiado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez Hidalgo N, Cutié León E, Cordero Isaac R, Cabezas Cruz E, Águila Setién S, Álvarez Lajonchere C, et al. Enfermedad hipertensiva durante el embarazo. En: Manual de diagnóstico y tratamiento en Obstetricia y Perinatología. 3ra. ed. La Habana: ECIMED; 2000. p. 237-52.
2. Witlin. AG, Sibai Baha. Hypertension in pregnancy: current concepts of pre-eclampsia. An Rev Med. 2007; 48: 125-7.
3. Botella Llusíá J, Clavero Núñez JA. Hipertensión y embarazo. En: Tratado de Ginecología. 14ta ed. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2001. p. 5-55.
4. OPS/OMS. Problemas de salud. En: Análisis de la situación sanitaria de Haití. Puerto Príncipe: Ediciones de las Antillas; 2008. p. 61.

5. Dekker GM. Etiology and pathogenesis of pre-eclampsia: current concepts. *Am J Obst Gynecol.* 2008;5(179):1359-75.
6. González Ávalos GA. Consideraciones sobre la fisiología de la hipertensión del embarazo. *Rev Hosp Met.* 2000; 1: 35-40.
7. Durán Nah JJ, Couoh Noh J. Epidemiología de la preeclampsia-eclampsia en el Hospital General O'Horan. *Ginecol Obstet Méx.* 1999;67(12):570-7.
8. Fernández Contreras R, Gómez Llambi H. Preeclampsia. En: Guía y recomendaciones para el manejo de la hipertensión arterial. Buenos Aires: Universidad Nacional de Argentina; 2000. p. 2-3.
9. Sibai Gordon B. Risk factors for pre-eclampsia in healthy multiparous women: a prospective multicenter study. *Am J Obst Gyn.* 2005;172:642-8.
10. Villegas Cuaresma A. Incidencia y factores de riesgo asociados a la preeclampsia/eclampsia: estudio en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, Perú. Lima; 2007. p. 11-63.
11. Lugo Sánchez A, Álvarez Ponce V, Rodríguez Pérez A. Factores epidemiológicos de la hipertensión en el embarazo. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 1999;25(1):61-5.
12. Moya Romero BC, Lugones Botell MA, Gazapo Pernas R, León Molinet FJ. Aplicación de la prueba de Gant en la predicción de la enfermedad hipertensiva gestacional. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 1996:12(3).
13. Rigol Ricardo O, Sinobas del Olmo H, Famot Cardoso V. Riesgo obstétrico. En: *Ginecología y Obstetricia. T 2.* La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1984. p. 1-8.

Recibido: 22 de diciembre de 2010.

Aprobado: 5 de enero de 2011.

Dr. *Juan Antonio Suárez González*. Hospital Universitario Ginecoobstétrico "Mariana Grajales". Santa Clara, Villa Clara. Correo electrónico: jasuarez@hmmg.vcl.sld.cu