

Resumed

Resúmenes sobre preeclampsia

1. Aduay A, Valdés E, Salinas H, Rojas P, Miranda C. Amaurosis bilateral cortical en preeclampsia severa. Rev Chil Obstet Ginecol. 2004;69(6):460-3. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262004000600009&lng=es&nrm=iso

Se presenta un caso clínico con diagnóstico final de preeclampsia severa que debuta con una complicación excepcional, la amaurosis bilateral cortical. Se discute esta presentación poco frecuente, y se realiza una revisión actualizada.

2. Almuna R, Sanhueza P, Chahuán K, Arab C. Intoxicación por sulfato de magnesio en pacientes con preeclampsia y eclampsia e insuficiencia renal. Rev Chil Obstet Ginecol. 2004;69(1):44-7. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262004000100009&lng=es&nrm=iso

Se analiza y discute la evolución de dos pacientes, la primera con eclampsia e insuficiencia renal aguda, y la segunda con hipertensión arterial crónica e insuficiencia renal crónica, más preeclampsia sobreagregada. Ambas son tratadas con sulfato de magnesio endovenoso y presentan elementos clínicos de intoxicación. Se controla la evolución clínica y bioquímica de las pacientes y los niveles de magnesemia hasta alcanzar niveles normales. Se observa que posterior a la interrupción del sulfato de magnesio, los niveles normales se logran al tercer día en la primera paciente y al décimo en la segunda.

3. Castillo Fernández FA, Navas Ábalos N. Hipertensión grave que complica el embarazo. Archivo Médico de Camagüey. 2006;10(1). Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2006/v10n1-2006/2138.htm>

Se realizó un estudio longitudinal prospectivo de casos control para determinar la morbimortalidad de las formas graves de hipertensión que complican el embarazo en el Hospital Ginecobstétrico Docente “Ana Betancourt de Mora” desde enero a diciembre de 2004. El universo de trabajo se conformó por 72 gestantes clasificadas como portadoras de preeclampsia grave, hipertensión arterial crónica más preeclampsia-eclampsia sobreañadida y/o eclampsia, más cada púérpera con tensión arterial y parto normal posterior a estas. Clínicamente predominó la preeclampsia grave seguida de la hipertensión crónica más preeclampsia-eclampsia sobreañadida y luego la eclampsia. La edad media de las hipertensas fue de 25,6 +- 6,4 años. Prevalió la nuliparidad en

ambos grupos con 45 en las afectadas y 42 en las sanas. En el grupo estudio, la anemia con 27 fue la enfermedad asociada más frecuente, mientras que el crecimiento intrauterino retardado y el oligohidramnios con 21 y 12, respectivamente las propias; en el grupo control el asma bronquial con 13 y el crecimiento intrauterino retardado y el oligohidramnios, coincidentemente, con 12 cada una. Se realizaron 52 cesáreas, 45 primitivas y 7 iteradas. La morbilidad perinatal estuvo representada por el bajo peso al nacer con 33, el distrés respiratorio con 9 y la neumonía congénita con 7. Solo ocurrieron 2 muertes fetales, no hubo que lamentar muerte materna. El dato primario obtenido del carné obstétrico, las historias clínicas hospitalarias y el registro de nacimientos de la institución completó una encuesta confeccionada al efecto, en la que se agruparon variables que respondieron a los objetivos trazados; la información se procesó en una microcomputadora IBM compatible mediante el sistema Microstat, se aplicó estadística descriptiva y chi cuadrado. Se demostró la incidencia de las formas graves de hipertensión asociadas al embarazo en nuestro hospital, y la morbimortalidad materno-fetal relacionada con éstas. La cesárea fue la vía más frecuente de los nacimientos en las preeclámpticas.

4. López-Ramírez Y, Carvajal Z, Arocha-Piñango CL. Parámetros hemostáticos en placenta de pacientes con embarazo normal y con preeclampsia severa. Invest Clín 2006;47(3). Disponible en:

http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0535-51332006000300003&lng=pt&nrm=iso&tlng=es

Con el objeto de buscar el mejor entendimiento del mecanismo hemostático en la preeclampsia, se estudiaron extractos de placentas obtenidos de 26 mujeres embarazadas normales (EN) y 12 pacientes con preeclampsia severa (PES), en los cuales se determinaron trombomodulina (TM), factor tisular (FT), activador tisular del plasminógeno (t-PA), inhibidores del activador del plasminógeno 1 y 2 (PAI-1 y PAI-2) y el inhibidor del factor tisular (TFPI). Los resultados mostraron concentraciones similares de FT, TM y PAI-2 en ambos grupos, t-PA incrementado no significativamente y el TFPI y el PAI-1 presentaron un incremento significativo en las placentas de PES.

5. Parra M, San Martín A, Valdés E, Hasbún J, Quiroz L, Schepeler M, Pérez S, Rau C, Miranda JP. Espectro clínico de la preeclampsia: estudio comparativo de sus diversos grados de severidad. Rev Chil Obstet Ginecol. 2007;72(3). Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262007000300007&lng=es&nrm=iso

Con el objetivo de comparar los resultados maternos y perinatales en embarazadas que cursaron con preeclampsia (PE) en sus diversas presentaciones en el período 2001-2005, se realizó un estudio retrospectivo de 7 205 partos asistidos en la maternidad del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. 204 mujeres presentaron PE/eclampsia, y se dividieron en 3 grupos: PE modera, severa y síndrome de HELLP. Se analizaron las variables clínicas y de laboratorio de la embarazada y del recién nacido. Se compararon estos resultados en los 3 grupos de estudio. Para variables continuas de distribución

normal se empleó el análisis de varianza (ANOVA). Para variables categóricas se empleó la tabla de contingencia de chi cuadrado o la prueba exacta de Fisher. Los resultados fueron: 80 mujeres presentaron PE moderada (39,2 %), 114 PE severa (55,8 %) y 10 HELLP (4,9 %). Se observaron diferencias significativas en la vía de parto, edad gestacional, peso del recién nacido, percentil, morbimortalidad neonatal, complicaciones maternas médico-quirúrgicas en los grupos de PE severa y HELLP comparados con las PE moderadas. La PE severa tuvo una mayor proteinuria que los otros 2 grupos. Así mismo, se observaron también diferencias significativas en el grupo de síndrome de HELLP en los niveles de enzimas hepáticas, LDH y recuento plaquetario, en comparación con el grupo de las PE moderadas y severas. Se concluye que la PE es una entidad clínica que puede presentarse en diversos grados de severidad, por lo que su correcta clasificación de acuerdo con criterios clínicos y de laboratorio, es clave para el tratamiento y pronóstico de las pacientes.

6. Reyes Balseiro ES, Vilallonga Recino P, Reyes Balseiro N, Viñas Sifontes L. Enfermedad vascular hipertensiva en Nuevitas durante un quinquenio. Archivo Médico de Camagüey. 2006;10(1). Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2006/v10n1-2006/2018.htm>

Se realizó un estudio de casos y controles pareado 1:2 con el objetivo de identificar el comportamiento de los factores de riesgo de la enfermedad vascular hipertensiva inducida por el embarazo en Nuevitas durante el quinquenio 1999-2003. Los datos recogidos fueron procesados mediante medios automatizados utilizando los paquetes de programas estadísticos Microstat y Epidat. La edad materna más frecuente de los pacientes fue de 20 a 35 años (76,12 %) y la modalidad de hipertensión más encontrada fue la preeclampsia-eclampsia (73,13 %). Constituyeron factores de riesgo reales en la investigación en orden de significación el antecedente personal de hipertensión gestacional (OR 18,034; p=0,000), el antecedente personal de hipertensión arterial (OR 8,772; p=0,000) y la ganancia de peso exagerada (OR 3,486; p=0,000). Se detectó un riesgo elevado de morbilidad perinatal en estas pacientes portadoras de hipertensión vascular inducida por el embarazo (OR 10,241; p= 0,000).

7. Rojas Domínguez DM, García Bacallao L, Clapés Hernández S, Álvarez Corredera MS. El óxido nítrico: implicaciones fisiopatológicas en la preeclampsia. Rev Cubana Invest Biomed. 2003;22(2). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol22_2_03/ibi09203.

Se hizo una revisión de la preeclampsia, uno de los problemas de salud más significativos en el embarazo humano, que complica aproximadamente de 6 a 8 % de los embarazos, y además causa retardo del crecimiento fetal, morbilidad y mortalidad infantil, nacimientos prematuros y muerte materna. Estudios recientes han reportado que hay un desbalance en el *status* oxidativo, aumentados los sistemas oxidantes y los sistemas antioxidantes disminuidos en mujeres con preeclampsia, y que este factor pudiera contribuir a la patogénesis de esta enfermedad. El óxido nítrico es un factor vasodilatador y antiagregante plaquetario que puede desempeñar un papel importante al inducir cambios hemodinámicos durante el embarazo. Se trató acerca de la bioquímica

del óxido nítrico y sus posibles interacciones con otros radicales libres. Estudios en ratas muestran que el embarazo está asociado con un aumento en la producción y respuesta al óxido nítrico. En humanos se han encontrado contradicciones acerca del papel del óxido nítrico en la adaptación materna al embarazo. Esto sugiere que el óxido nítrico, puede ser uno de los múltiples sistemas que actúan en el mantenimiento de la relación simbiótica entre la madre y el feto. Sin embargo, la función de cada sistema puede estar determinada genéticamente.

8. Rosell Juarte E, Brown Bonora R, Pedro Hernández A. Factores de riesgo de la enfermedad hipertensiva del embarazo. Archivo Médico de Camagüey. 2006;10(5). Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2006/v10n5-2006/2114.htm>

Se realizó un estudio de casos y controles pareado 1:2 para investigar los factores de riesgo de la enfermedad hipertensiva del embarazo en el Policlínico “Carlos Juan Finlay” del municipio Camagüey desde octubre de 2002 hasta abril de 2004. Fueron estudiados 36 casos y 72 controles a partir de los registros oficiales de la atención perinatal, complementados con una encuesta. Para el procesamiento de los datos se utilizaron métodos univariados y bivariados. El tabaquismo (OR=6,40000; P<0,01285), la obesidad (OR=3,32727; P<0,03755), el bajo peso materno o pregravídico (OR=2,20000; P<0,04712) y la nuliparidad (OR=4,88000; P<0,00365) estuvieron asociados estadísticamente con la enfermedad hipertensiva del embarazo, en tanto que las edades extremas, el nivel escolar bajo y las enfermedades crónicas asociadas evaluadas, no estuvieron relacionadas con el evento estudiado. Se reportó un caso de hija de madre ecláptica, isoinmunización Rh e hidramnios, respectivamente. Estos hallazgos muestran los principales factores de riesgo de los trastornos hipertensivos del embarazo dentro de la población estudiada (tabaquismo, obesidad, malnutrición materna por defecto y la nuliparidad), los cuales pueden servir como marcadores clínicos que permitan detectar la enfermedad en estadios clínicos precoces y evitar su progresión hacia formas graves.

9. Sánchez Padrón A, Sánchez Valdivia A, Bello Vega M, Zomoza ME. Enfermedad hipertensiva del embarazo. Rev Cuba Med Int Emerg. 2004;3(1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol3_1_04/mie10104.htm

La terapia intensiva tiene un papel determinante en la reducción de la mortalidad materna; por ello el tema de la enfermedad hipertensiva del embarazo, dada su incidencia en la morbimortalidad materna, cobra una importancia decisiva. Se revisa lo relacionado con la preeclampsia grave y la eclampsia, haciendo hincapié en aquellos aspectos relacionados con la atención a la paciente grave en este tipo de unidad, así como y los aspectos farmacológicos y terapéuticos. El surgimiento de las Unidades de Cuidados Intensivos en la atención al paciente grave ha podido disminuir la mortalidad y las complicaciones mediante la vigilancia y el empleo de modernas técnicas diagnósticas y terapéuticas.

10. 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). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol30_2_04/gin06204.htm

La terapia intensiva tiene un rol determinante en la reducción de la mortalidad materna, por ello se actualizan aspectos importantes de la enfermedad hipertensiva del embarazo que tiene alta incidencia en la morbilidad y mortalidad materna, sobre todo lo relacionado con la preeclampsia grave/eclampsia, con énfasis en aquellos aspectos que se refieren a la atención de la paciente grave en este tipo de unidad y los fármacos más frecuentemente utilizados. Se incluyen, además, aspectos clínicos de la enfermedad. El surgimiento de las salas de terapia intensiva para la atención al paciente grave ha permitido minimizar la mortalidad y las complicaciones mediante la monitorización invasiva o no y el empleo de modernas técnicas diagnósticas y terapéuticas en estas unidades.

11. Vázquez Niebla JC, Vázquez Cabrera J, Namfantche J. Asociación entre la hipertensión arterial durante el embarazo, bajo peso al nacer y algunos resultados del embarazo y el parto. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2003;29(1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol29_1_03/gin05103.htm

Se realizó un estudio con 415 mujeres con hipertensión arterial y embarazo, que tuvieron su parto en el Hospital “América Arias” entre octubre 1998 y octubre 1999, un grupo control seleccionado de forma aleatoria de 450 embarazadas no hipertensas. Se valoró en ambos grupos la frecuencia de recién nacidos con bajo peso al nacer. La incidencia de bajo peso en el grupo con hipertensión arterial fue 22,16 %. En pacientes preeclámplicas el bajo peso fue 2,27 veces más frecuente que en las normotensas (pretérmino 1,83, crecimiento intrauterino retardado 2,24). La cesárea fue 2,55 veces más frecuente, y en los neonatos hubo 2,55 veces más apgar bajo al min que en los hijos de madres sin preeclampsia. En las hipertensas crónicas hubo 1,46 veces más niños con bajo peso y la cesárea fue 1,27 veces más frecuente. Se concluyó que el recién nacido de bajo peso y sus complicaciones son más frecuentes en embarazadas con hipertensión arterial.

12. Vázquez Vigeo A, Reina Gómez G, Román Rubio P, Guzmán Parrado R, Méndez Rosabal A. Trastornos hipertensivos del embarazo. Rev Cubana Med. 2005;44(3-4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232005000400010&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Los trastornos hipertensivos del embarazo son problemas médicos importantes que explican una proporción elevada de complicaciones maternas y fetales. La preeclampsia constituye la más grave de las complicaciones hipertensivas del embarazo y puede resultar catastrófica si pasa inadvertida, sin tratamiento, o si evoluciona hacia una eclampsia. El tratamiento adecuado requiere tener presente los cambios normales de la presión arterial y del volumen intravascular que tienen lugar durante el embarazo. La preeclampsia se caracteriza por vasoconstricción extrema, aumento de la reactividad

vascular y disminución del volumen intravascular. El desafío mayor es enfrentar el tratamiento por el hecho de estar en riesgo 2 vidas y porque no existen estudios de vigilancia prolongada con los diferentes fármacos antihipertensivos. En esta revisión se presenta una propuesta de tratamiento en el que se discuten las pautas terapéuticas fundamentales basadas en la correcta utilización de los pilares principales de terapia antihipertensiva, con eficacia y seguridad reconocida, que incluye la metildopa, la hidralacina, los bloqueadores α y β (labetalol), los anticálcicos y los betabloqueadores.