

ARTICULO ORIGINAL

Eclampsia: análisis de un quinquenio

Eclampsia: a Five-Years Analysis

Dra. Viviana Sáez Cantero.

(1) Especialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia. Máster en Atención Integral a la Mujer. Profesor Auxiliar. Facultad de Ciencias Médicas " Enrique Cabrera ". La Habana.

(1) Terminal Professional Degree in Gynecology and Obstetrics. MSc. in Comprehensive Care for Women. Associate Professor. "Enrique Cabrera" Faculty of Medical Sciences. Havana.

RESUMEN

Fundamento: la eclampsia permanece como una importante causa de morbi-mortalidad materna, sobre todo en países en vías de desarrollo. **Objetivo:** determinar la incidencia y caracterizar las pacientes que ingresaron con diagnóstico de eclampsia en el Hospital General Docente "Enrique Cabrera". **Método:** se realizó un estudio retrospectivo, observacional-descriptivo, y transversal, de todas las pacientes que ingresaron con diagnóstico de eclampsia en la unidad de cuidados intensivos del Hospital General Docente "Enrique Cabrera", en el periodo de enero/2006 a diciembre/2010. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas y se procesaron mediante el sistema estadístico SPSS-11,5 y se utilizaron distribuciones de frecuencias y porcentajes para variables cualitativas. **Resultados:** la incidencia de eclampsia fue de 9,8 x 10,000 nacimientos, el 62,1 % de las pacientes eran de color de piel blanca, el 58,6 % eran adolescentes, la edad gestacional media fue de $37,6 \pm 3,3$ y el parto fue por cesárea en el 89,6 %. El 55,2 % de las eclampsias fueron puerperales, 81,2 % de ellas tempranas, la cefalea fue el síntoma en el 100 % de los casos y el 20,7 % tuvieron complicaciones. **Conclusión:** aunque la incidencia de eclampsia en nuestro medio no fue elevada, el predominio de la eclampsia puerperal, obliga a reflexionar sobre la

necesidad de mejorar el diagnóstico y control de las pacientes con riesgo.

Palabras clave: Eclampsia; incidencia; diagnóstico

ABSTRACT

Background: eclampsia remains an important cause of maternal mortality and morbidity, mostly in developing countries. **Objective:** to determine the incidence and to characterize patients that were admitted with an eclampsia diagnosis in the "Enrique Cabrera" Teaching Hospital. **Method:** a descriptive and observational study was conducted in the "Enrique Cabrera" Teaching Hospital including all patients diagnosed with eclampsia who were admitted in the intensive care unit from January 2006 to December 2010. Data were obtained from medical records. Statistics SPSS 11,5 Windows system was used as well as frequency and percentage distributions for qualitative variables. **Results:** incidence of eclampsia was 9, 8 per 10000 births. 62, 1 % of patients were white skinned and 58, 6 % were adolescents. The average gestational age was $37, 6 \pm 3, 3$ and 89, 6 % of these patients required to be performed a cesarean (c-section). 55, 2 % of eclampsia cases appeared postpartum, most of them (81, 2 %) were early eclampsia. The constantly present symptom was headache (100 %) and 20, 7 % of patients

Recibido: 12 de septiembre de 2011

Aprobado: 28 de septiembre de 2011

Correspondencia:

Dra. Viviana Sáez Cantero.

Hospital General Docente "Enrique Cabrera".

Calzada de Aldabó # 11117 Altahabana, Boyeros.

La Habana.

Dirección electrónica: vamaya@infomed.sld.cu

presented complications. **Conclusion:** even when eclampsia incidence was not high in our setting, the prevalence of postpartum eclampsia forces us to reflect on the need to improve diagnosis and control of patients at risks.

Key words: Eclampsia; incidence; diagnosis

INTRODUCCIÓN

La eclampsia es un trastorno multisistémico y potencialmente fatal y que permanece como una importante causa de morbilidad y mortalidad materna y perinatal, sobre todo en países en vías de desarrollo. ^(1,2)

El edema pulmonar, el fallo hepático, el síndrome de hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y trombocitopenia y la coagulación intravascular diseminada (CID), son complicaciones maternas graves, bien reconocidas de la eclampsia, además de otras como: la insuficiencia renal, el fallo cardiovascular y las complicaciones de la intervención de la que pueden ser objeto las pacientes afectadas. ⁽³⁾

La etiopatogenia de la eclampsia permanece desconocida, lo cual dificulta la prevención primaria, ⁽⁴⁾ sin embargo, es reconocida la existencia de múltiples factores que incrementan el riesgo de desarrollar una preeclampsia-eclampsia y algunos de estos factores pueden ser modificables. ⁽⁵⁾

La eclampsia afecta menos del 0,2 % de los embarazos, ⁽⁶⁾ la incidencia varía en los diferentes reportes consultados desde 2,4 x 10000 ⁽⁷⁾ hasta 895 x 10 000 ⁽¹⁾ nacimientos. La incidencia en nuestro medio y las características de las pacientes con esta complicación, se desconocen, lo cual motivó a realizar el presente trabajo.

MÉTODO

Se realizó un estudio retrospectivo, observacional-descriptivo, y transversal, en el Hospital General Docente "Enrique Cabrera", del 1ro /enero/ 2006 al 31/ diciembre /2010, que incluyó a todas las pacientes obstétricas que ingresaron con diagnóstico de eclampsia en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Las variables estudiadas fueron: color de la piel, edad materna, paridad, antecedentes de enfermedades crónicas, edad gestacional al diagnóstico, si tenía diagnóstico previo de preeclampsia, cifras de tensión arterial al producirse el evento eclámpico, clasificación de la eclampsia según cuadro clínico y según momento de ocurrencia en relación al parto, modo de parto, morbilidad materna, estadia en la Unidad de Cuidados Intensivos y Hospitalaria.

Los datos obtenidos de las historias clínicas, se registraron en una base de datos en Microsoft Excel 2007 y se procesaron al utilizar el sistema estadístico para Windows (SPSS) versión 11,5.

Se utilizaron distribuciones de frecuencias y porcentajes para la suma de variables cualitativas y el test de Chi – cuadrado para el análisis del diagnóstico previo de

preeclampsia en relación con la procedencia al ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$. Para calcular la incidencia real de eclampsia en nuestro hospital, se consideraron solo las pacientes que tuvieron su parto en este lugar.

RESULTADOS

Del 2006 al 2010, hubo 17,281 nacimientos en el Hospital General Docente "Enrique Cabrera". Ingresaron en la UCI 29 pacientes con diagnóstico de eclampsia, de ellas 17 tuvieron su parto en el centro, para una incidencia de 9,8 x 10,000 nacimientos.

El 41,4 % de las eclampsias, ocurrió antes del parto, 3,4 % intra-parto y el mayor porcentaje se presentó en el puerperio (55,2 %). De estas últimas, 81,2 % fueron tempranas, en las primeras 12 horas del puerperio y 18,8 %, fueron eclampsias tardías, a los 3, 6 y 15 días postparto.

Predominó el color de la piel no blanca, 18 (62,1 %) pacientes. La edad media fue $21,4 \pm 5,7$ años, el mayor grupo de pacientes estuvo representado por las menores de 20 años (17/58,6 %), seguido por el grupo de 20 a 24 años (5/17,2 %). La edad gestacional media al diagnóstico de la eclampsia fue $37,6 \pm 3,3$ semanas y aunque la mayoría de las pacientes tenían un embarazo a término, casi la tercera parte de ellas, tenían menos de 37 semanas (9/31,1 %). Predominaron las primíparas (15/51,7 %) y nulíparas (9/31%), el parto fue por cesárea en 89,6 % de la muestra. (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución según características socio-demográficas y obstétricas .

Características	No	%	
Color de la piel	Blanca	11	37,9
	No blanca	18	62,1
	Media	$21,4 \pm 5,7$	
Edad materna (años)	<20	17	58,6
	20-24	5	17,2
	25-29	3	10,3
	30-34	3	10,3
	>35	1	3,4
Media	$37,6 \pm 3,3$		
Edad gestacional (semanas)	<37	9	31,1
	37-42	20	68,9
	Nulíparas	9	31
Paridad	Primíparas	15	51,7
	Múltiparas	5	17,2
Modo de parto	Eutócico	3	10,4
	Cesárea	26	89,6

Se muestra, que la cefalea estuvo presente en el 100 % de las pacientes, seguida por los trastornos visuales (34,5 %), otros síntomas se reportaron con menor frecuencia. El 72,4 % de las pacientes presentaron algún grado de hipertensión arterial, pero fue severa solo en el 34,5 % de ellas. Complicaciones médico-quirúrgicas mayores tuvieron 6 pacientes (20,7 %), el síndrome de

HELLP (por sus siglas en inglés) se diagnosticó en 2 pacientes, 3 requirieron reintervención quirúrgica por hemoperitoneo y hematoma de la herida quirúrgica y 2 tuvieron insuficiencia renal aguda. No hubo muertes maternas. La estadía en UCI fue de $3,6 \pm 1,6$ días y la estadía hospitalaria de $9,6 \pm 6$ días.

En 9 (31 %) de las pacientes se desconocía si tenían diagnóstico de preeclampsia antes del evento eclámptico, casi todas remitidas de otros centros (24,1 % vs 6,9 %), no tenían diagnóstico de preeclampsia 14 (48,3 %) pacientes y solo en 6 (20,7 %) pacientes se había diagnosticado con anterioridad, todas pertenecientes a nuestro centro, $p = 0,003$. (Tabla 2).

Tabla 2. Cuadro clínico, complicaciones y estadía

Características	No	%	
Síntomas	Hipertensión arterial severa	10	34,5
	Hipertensión arterial ligera	11	37,9
	Cefalea	29	100
	Visión borrosa	10	34,5
	Dolor epigástrico	7	24,1
	Tensión arterial sistólica media	$150,1 \pm 25$	
	Tensión arterial diastólica media	$97,5 \pm 14,8$	
	Sí	6	20,7
Complicaciones médico-quirúrgicas mayores	Reintervención	3	10,3
	Síndrome de HELLP	2	6,9
	Insuficiencia renal	2	6,9
	Edema pulmonar	1	3,4
	HSH	1	3,4
	Derrame pleural	1	3,4
	PTT	1	3,4
Diagnóstico previo de preeclampsia	Desconocido	9	31
	No	14	48,3
	Sí	6	20,7
Estadía en UCI	$3,6 \pm 1,6$ (Min: 2, Max: 8)		
Estadía total	$9,6 \pm 6$ (Min: 3, Max: 30)		

HSH: hematoma subcapsular hepático

PTT: púrpura trombocitopénica trombótica

DISCUSIÓN

En muchos países se ha producido una reducción en la incidencia de la eclampsia, favorecido por el diagnóstico y tratamiento precoz de la preeclampsia. Nuestra incidencia, que se aproxima más a la encontrada en países desarrollados,^(8,9) fue inferior a la reportada por Orizondo y Cairo,⁽¹⁰⁾ en Santa Clara y Onuh y Aisien^(11,12) en Benin, Nigeria. Se reportan incidencias tan altas como 895/10 000 por Begum y col.⁽¹⁾ en Bangladesh, India.

El predominio de la raza no blanca en este estudio, se atribuye al mestizaje de la población cubana, otro estudio reporta mayor riesgo de eclampsia en mujeres afroamericanas.⁽¹³⁾ Acorde con otros autores, se halla

mayor frecuencia de adolescentes⁽⁸⁾ y nulíparas o primíparas.^(8, 12, 14)

El parto por cesárea es más frecuente en varios reportes.^(11, 12) La vía abdominal es preferida, como la más expedita para la terminación de la gestación, en la eclampsia antes del parto e intra-parto, cuando el cérvix es desfavorable. El alto índice de cesárea en nuestra muestra responde a otras indicaciones, en las pacientes con presentación puerperal de la eclampsia.

Los hallazgos de este estudio son similares a los reportados internacionalmente, con inicio de la eclampsia puerperal, en las horas próximas después del parto y declinación progresiva con cada 12 horas de postparto.⁽¹⁵⁾ El diagnóstico de eclampsia 48 horas postparto, fue visto con escepticismo en el pasado, pero ya se reconoce, que puede presentarse sin previo diagnóstico de preeclampsia y en casos tratados con sulfato de magnesio, cuando las dosis no son adecuadas o se suspende la terapéutica.^(6, 14, 16)

La sintomatología clínica y neurológica que precede la convulsión eclámptica es variable. Las convulsiones pueden ser la primera manifestación del síndrome preeclampsia/eclampsia⁽¹⁷⁾ y la hipertensión/proteinuria pueden estar ausentes en hasta 38 % de los casos con diagnóstico de eclampsia.⁽⁵⁾ Según Sibai,⁽²⁾ 30-60 % de las pacientes eclámpticas, tienen solo una ligera hipertensión. La cefalea persistente y severa y los trastornos visuales están entre los síntomas más frecuentes.^(2, 17)

La eclampsia se asocia a un incremento del riesgo de resultados maternos y fetales adversos.^(1, 2) Zhang y col.⁽¹⁸⁾ encontraron que las mujeres con eclampsia tuvieron de 3 a 25 veces mayor riesgo de complicaciones obstétricas y clínicas graves. Este estudio muestra que el 20,7 % de las pacientes tuvieron complicaciones, inferior a lo reportado por Mahmoudi y col.⁽⁸⁾ Rugarn y col.⁽¹⁴⁾ en su revisión de 26 años, en Suecia, no reportaron complicaciones mayores.

El hecho de que el 48,3 % de las pacientes no tuvieran diagnóstico de preeclampsia previo a la convulsión y que el 20,7 % de las diagnosticadas previamente evolucionaran hacia la eclampsia, permite llegar a la conclusión que el sulfato de magnesio no fue usado o las dosis fueron inadecuadas, factor que hace plantearse la necesidad de controlar la protocolización del manejo de las paciente con preeclampsia, pues los beneficios del sulfato de magnesio en la prevención de la convulsión eclámptica y su recurrencia, ha sido demostrada.^(2,5) El hallazgo de un predominio de la eclampsia puerperal, obliga a reflexionar sobre la necesidad de mejorar el diagnóstico y control de las pacientes obstétricas con factores de riesgo para preeclampsia-eclampsia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Begum MR, Begum A, Quadir E, Akhter S, Shamsuddin L. Eclampsia: Still a Problem in Bangladesh. *MedGenMed*. [Internet]. 2004 [citado junio de 2007];6(4):52. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15775879>.
2. Sibai, Baha M. Diagnosis, prevention and management of eclampsia. *Obstetrics & Gynecology*. [Internet]. 2005 [citado julio de 2006];105(2):402-10. [aprox. 8p.] Disponible en: http://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2005/02000/Diagnosis,_Prevention,_and_Management_of_Eclampsia.31.aspx.
3. Hirshfeld-Cytron J, Lam C, Karumanchi SA. Late postpartum eclampsia: examples and review. *Obstet Gynecol Surv*. 2006;61:471-80.
4. Dekker G, Sibai B. Primary, secondary, and tertiary prevention of pre-eclampsia. *Lancet*. 2001;357:209-15.
5. Sibai B, Dekker G, Kupferminc M. Preeclampsia. *Lancet* 2005;365:785-99.
6. Ginzburg VE, Wolff B. Headache and seizure on postpartum day 5: late postpartum eclampsia. *CMAJ*. [Internet]. 2009 [citado mayo de 2010];180(4):425-8. [aprox. 3p.] Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=19221357&lang=es&site=ehost-live>.
7. Salmi MM, Ekholm E, Polo O, Erkkola R. Eclampsia in Finland 1990-1994. *Acta Obstet Gynecol Scand*. [Internet]. 1999 [citado abril de 2000];115(7)78:797-801. [aprox. 5p.] Disponible en: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=18&sid=66c3a6df-b1c9-4358-a519-8825fb4e3c78%40sessionmgr14&vid=5>.
8. Mahmoudi N, Graves WS, Solomon GC, Repke TJ, Seely WE. Eclampsia: A 13 year experience at the United State Tertiary Care Center. *Journal of Woman Health & Gender-Based Medicine*. [Internet]. 1999 [citado marzo de 2000];8(4):495-00. [aprox. 5p.] Disponible en: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=18&sid=66c3a6df-b1c9-4358-a519-8825fb4e3c78%40sessionmgr14&vid=5>.
9. Gill Kullberg G, Lindeberg S, Hanson U. Eclampsia in Sweden. *Hypertension in Pregnancy*. 2002;21(1):13-21.
10. Saftas AF, Olson DR, Franks AL, Atrash HK, Polras R. Epidemiology of preeclampsia and eclampsia in the United States, 1979-1986. *Am J Obstet Gynecol*. 1990;163:460.
11. Orizondo AR, Cairo GV. Eclampsia en Santa Clara. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [Revista en Internet]. 2009 [citada 4 de octubre de 2010];35(3):[aprox. 10p.] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2009000300005&lng=en.
12. Onuh OS, Aisien OA. Maternal and fetal outcome in eclamptic patients in Benin City, Nigeria. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. [Revista en Internet]. 2004 [citada 4 de octubre de 2006];24(7):765-8. [aprox. 3p.] Disponible en: [http://web.ebscohost.com/ehost/resultsadvanced?hid=18&sid=66c3a6df-b1c9-4358-a519-8825fb4e3c78%40sessionmgr14&vid=4&bquery=\(eclampsia+incidence\)&bdata=JmRiPWFwaCZkYj1tbm9mY2xpMD1GVmVkbGFuZz1lcyZ0eXBIPTEmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl](http://web.ebscohost.com/ehost/resultsadvanced?hid=18&sid=66c3a6df-b1c9-4358-a519-8825fb4e3c78%40sessionmgr14&vid=4&bquery=(eclampsia+incidence)&bdata=JmRiPWFwaCZkYj1tbm9mY2xpMD1GVmVkbGFuZz1lcyZ0eXBIPTEmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl)
13. Saftas AF, Olson DR, Franks AL, Atrash HK, Polras R. Epidemiology of preeclampsia and eclampsia in the United States, 1979-1986. *Am J Obstet Gynecol*. 1990;163:460.
14. Rugarn O, Moen CS, Berg G. Eclampsia at a tertiary hospital 1973-99. *Acta Obstet Gynecol Scand*. [Internet]. 2004 [citada mayo de 2005];83:240-5. [aprox. 5p.] Disponible en: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=18&sid=6d849a02-3736-4d91-8c3d-dd3e99d53dc3%40sessionmgr12&vid=1>.
15. Sibai BM, Schneider JM, Morrison JC, Lipshitz J, Anderson GD, Shier RW, Dilts PV Jr. Late postpartum eclampsia. A controversy. *Obstetrics & Gynecology*. [Internet] 1980 [citada mayo de 2000];55(1):74-8. [aprox. 4p.] Disponible en: http://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/1980/01000/The_Late_Postpartum_Eclampsia_Controversy.16.aspx.
16. Stella CM, Sibai BM. Preeclampsia: Diagnosis and management of the atypical presentation. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*. [Internet]. 2006 [citada mayo de 2000];19(7):381-6. [aprox. 5p.] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16923692>.
17. Nelson MS, Greer AI. Hypertensive disorders of pregnancy. Preventative, immediate and long-term management. *Expert Rev. Pharmacoeconomics Outcomes Res*. 2006;6(5):541-4.
18. Zhang J, Meikle S, Trumble A. Severe Maternal Morbidity Associated with Hypertensive Disorders in Pregnancy in the United States. *Hypertension in pregnancy*. 2003;22(2):203-12.