Descargado el: 28-11-2026 ISSN 1727-897X

COMUNICACIÓN BREVE

Caracterización materno-perinatal de pacientes con preeclampsia-eclampsia en el Centro de Salud de Nioro de Sahel

Maternal and Perinatal Characterization of Patients with Preeclampsia and Eclampsia in a Health Center in Nioro du Sahel

Yuset Muñoz Ricart[1]

[1] Policlínico Docente Lidia y Clodomira, La Habana, La Habana, Cuba

Cómo citar este artículo:
Muñoz-Ricart Y. Caracterización materno-perinatal de pacientes con preeclampsia-eclampsia en el Centro de Salud de Nioro de Sahel. **Medisur** [revista en Internet]. 2013 [citado 2026 Nov 28]; 11(6):[aprox. 4 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2272

Resumen

Fundamento: La preeclampsia es una de las complicaciones más comunes del embarazo, con frecuencia asociada al bajo peso al nacer y a una elevada mortalidad perinatal.
Objetivo: caracterizar la preeclampsia-eclampsia en embarazadas atendidas en el Centro de Salud de Referencia de Nioro de Sahel.
Métodos: se realizó un estudio descriptivo, de enero a diciembre del 2008, en el servicio de la maternidad del Centro de salud de referencia de Nioro de Sahel, con 82 pacientes con diagnóstico de preeclampsia –eclampsia y 60 fetos procedentes de ellas. La información se obtuvo del registro obstétrico neonatal de urgencias. Las variables objetos de estudio fueron: edad materna, vía de resolución del embarazo, clasificación fetal y peso neonatal.
Resultados: existió un predominio de embarazadas de 15-20 años de edad. El parto transpelviano se le practicó al 41,46 % de las pacientes. La supervivencia de los neonatos alcanzó el 63,33 %; se observó una elevada mortalidad fetal. El 50 % de los neonatos tuvo pesos mayores o iguales a los 2 650 gramos.
Conclusión: los resultados obtenidos evidencian un comportamiento peculiar de la preeclampsia –eclampsia en la Villa Nioro de Sahel, pues variables como la edad materna y la vía utilizada para la resolución del embarazo muestran valores que difieren con respecto a los de estudios similares publicados.

Palabras clave: eclampsia, preeclampsia, complicaciones del embarazo

Abstract

Background: Preeclampsia is one of the most common pregnancy complications. It is often associated with low birth weight and high perinatal mortality.
Objective: to characterize preeclampsia and eclampsia in pregnant women attending the Health Reference Center in Nioro du Sahel.
Methods: a descriptive study involving 82 patients diagnosed with preeclampsia and eclampsia and 60 fetuses carried by them was conducted in the maternity department of the Health Reference Center in Nioro du Sahel from January to December 2008. Data was collected from emergency obstetric and neonatal records. Variables analyzed were: maternal age, method of delivery, fetal classification and neonatal weight.
Results: pregnant women aged 15-20 years predominated. Vaginal delivery was performed in 41.46% of the patients. Neonatal survival was 63.33%, a high fetal mortality was observed. Fifty percent of neonates weighed 2650 grams or more.
Conclusions: these results show a peculiar progression of preeclampsia and eclampsia in Nioro du Sahel village, since variables such as maternal age and method of delivery reflect values that differ from similar published studies.

Key words: eclampsia, pre-eclampsia, pregnancy complications

Aprobado: 2013-11-18 15:34:26

Correspondencia: Yuset Muñoz Ricart. Policlínico Docente Lidia y Clodomira. La Habana yusetmunoz@infomed.sld.cu

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial inducida por el embarazo constituye la principal causa de morbi-mortalidad materna en el mundo. Los reportes mundiales de la incidencia de esta enfermedad van desde un 10 hasta un 20 %, y en los países del tercer mundo alcanza hasta un 40 %.[1]

La preeclampsia-eclampsia (PEE) es una enfermedad propia del embarazo y por el momento su tratamiento definitivo es la interrupción del embarazo, con una repercusión significativamente importante en la morbi-mortalidad perinatal. Es asociada con frecuencia a bajo peso al nacer y a crecimientos intrauterinos retardados (CIUR). Se manifiesta por hipertensión arterial y disfunción orgánica múltiple. Su aparición es de 6 a 8 veces más frecuente en las primíparas que en las multíparas; se ve favorecida por múltiples factores de riesgos como las edades extremas de las gestantes (menores de 20 años y mayores de 35), antecedentes de PEE en familiares de primera línea o en embarazos anteriores, algunas condiciones obstétricas como el embarazo múltiple, patrones culturales y factores socioeconómicos como la pobreza, las carencias nutricionales, entre otros.[1,2]

Cada año, en África, 30 millones de mujeres quedan embarazadas, de ellas 250 000 mueren de causas ligadas al embarazo, 1 millón de bebés resultan ser mortinatos y otro millón muere durante el primer mes de vida, medio millón durante el primer día y 3,3 millones de niños y más mueren antes de los 5 años. Cada cuatro muertes de bebés que ocurren en el mundo, 1,16 muertes pertenecen al África, lo que significa la tasa de mortalidad neonatal más alta del mundo, con 41 fallecidos por cada 1 000 nacidos vivos.

Reportes del año 2006 ubican a Mali, país del África subsahariana, entre los 10 países africanos con las más altas tasas de mortalidad neonatal registrada, 46 por cada 1 000 nacidos vivos, una tasa de mortalidad materna de 582 por cada 100 000 nacidos vivos y una tasa de mortalidad perinatal de 24 por cada 1 000 partos.[3,4]

El reporte estadístico anual del 2008 del Centro de Salud de Referencia (CSREF) de Nioro de Sahel, mostró una tasa de mortalidad perinatal de 3,6 por cada 100 y una tasa de mortalidad materna de 3,7 por cada 1 000 nacidos vivos. Se atendieron en el servicio de maternidad 402 urgencias obstétricas, de las cuales los casos con diagnóstico de PEE fueron los de mayor representatividad (20,4 %), seguidos por el paludismo y el trabajo distócico prolongado.[5] Estas cifras motivaron la realización de una investigación para caracterizar la PEE en embarazadas atendidas en el CSREF de Nioro de Sahel y exponer algunos de los resultados perinatales más significativos relacionados con esta entidad.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, de serie de casos, entre los meses de enero a diciembre del 2008, en el servicio de maternidad del CSREF de la Villa Nioro de Sahel, región de Kayes.

Se estudiaron las 82 pacientes con el diagnóstico de preeclampsia-eclampsia (PEE), y 60 fetos procedentes de estas pacientes, independientemente de su condición vital y peso.

La información se obtuvo del registro obstétrico neonatal de urgencias (SONU) de este centro hospitalario y los datos estadísticos del reporte anual del centro al cierre del 2008. Toda la información fue procesada en Microsoft Excel.

Los resultados se presentaron en tablas de frecuencias absolutas y relativas, para las variables edad materna, vía de resolución del embarazo, clasificación fetal y peso neonatal; a esta última se le calculó la mediana (Me), la desviación media (DM), los porcentajes para cada intervalo y los subtotales para los pesos superiores e inferiores a los 2 500 g.

RESULTADOS

Se observó un predominio de gestantes entre los 15-20 años de edad seguido del grupo entre los 21-26 años con el 54,87 y 17,07 % respectivamente. (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de gestantes con PEE según la edad

Grupos de edades	No.	%
15-20 años	45	54,87
21-26 años	14	17,07
27-32 años	10	12,19
33-38 años	9	10,97
39 años y más	4	4,87
Total	**82**	**100**

Fuente: SONU

Tabla 2. Distribución de gestantes según la vía utilizada para la resolución del embarazo

Vía	No.	%
Cesárea	21	25,60
Transpelviano	34	41,46
Subtotal	**55**	**67,07**
Sin resolución ni hospitalización	27	32,92
Total	**82**	**100**

Fuente: SONU

El embarazo fue interrumpido en 55 gestantes, mayoritariamente mediante el parto transpelviano (41,46 %). (Tabla 2).

Los resultados reflejaron un total de 38 neonatos vivos y 14 mortinatos frescos para un 63,33 y 23,33 % respectivamente. (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución según clasificación fetal en el momento de la interrupción del embarazo

Clasificación fetal	No.	%
Mortinatos frescos	14	23,33
Mortinatos macerados	8	13,33
Neonatos vivos	38	63,33
Total	**60**	**100**

Fuente: SONU

Del total de neonatos 28 tuvieron un peso mayor o igual a los 2 500g, siendo el intervalo entre los 2 500-2 999g (50 %) el más representativo; la mediana de los pesos de la muestra fue de 2 650g ± 448g (DM). (Tabla 4).

Tabla 4. Distribución de los neonatos según su peso en el momento del nacimiento

Peso	No.	%
< 2 000	4	10,52
2 000-2 499	6	15,78
Subtotal	**10**	**26,31**
2 500-2 999	19	50,00
3 000-3 499	5	13,15
3 500-3 999	3	7,89
> o igual 4 000	1	2,63
Subtotal	**28**	**73,68**
Total	**38**	**100,00**

Me=2 650g ± 448g
Fuente: SONU

DISCUSIÓN

La enfermedad hipertensiva del embarazo se caracteriza por la disfunción endotelial de todo el organismo materno y el lecho placentario. Como consecuencia del daño endotelial, se encuentra disminuido el flujo útero-placentario, con trombosis del lecho vascular placentario, depósitos de fibrina, isquemia e infartos de la placenta, exponiendo a los hijos de mujeres con cualquier trastorno hipertensivo en el embarazo a un riesgo incrementado de morbimortalidad perinatal.[5]

Es conocido que la preeclampsia es una enfermedad multifactorial y que aún los estudios sobre su etiología no son concluyentes; investigadores de todo el mundo han identificado a la edad como un factor de riesgo asociado a edades extremas, sea la adolescencia o la edad materna avanzada y cuando esta condición se combina con factores de riesgo como la pobreza y las carencias nutricionales, entre otros, las probabilidades de desarrollar la enfermedad se incrementan. El trabajo realizado por Suárez González en el hospital Ginecobstétrico de Santa Clara, mostró que el 58,1 % de las pacientes estaba en el grupo de edades extremas de la vida.[6]

Los resultados de esta investigación se corresponden con la literatura revisada y sitúa a las gestantes menores de 20 años como las de mayor riesgo para el desarrollo de la PEE, pero contradictoriamente a lo encontrado por otros autores, el número de gestantes de la muestra va disminuyendo con el aumento de la edad.[1,6-8] Este resultado pudiera guardar relación con los patrones culturales de países del África, como lo es la República de Mali, donde las mujeres contraen nupcias a muy temprana edad e inician precozmente la maternidad.

La vía más utilizada para la resolución del embarazo fue la transpelviana, discordando con otros autores, que plantean mayores probabilidades de la ocurrencia de un parto distócico en pacientes con algún tipo de trastorno hipertensivo. En la muestra de Ganfong Elías, nueve de cada diez pacientes terminaron su embarazo por cesárea[9] y en la serie de Pérez Hernández, la proporción de cesárea para todos los grupos de gestantes con HTA y embarazo también se mostró elevada.[10] La mayoría de los investigadores abogan por el parto transpelviano para el término de la gestación, mientras que la cesárea se reserva para casos con complicaciones adicionales.[8-10]

La literatura refleja que las madres con PEE tienen un riesgo perinatal aumentado, señalando como complicaciones fetales el bajo peso al nacer, la prematuridad y muerte perinatal,[5-11] lo cual está en correspondencia con los resultados en esta serie, donde la mortalidad fetal se manifestó seriamente elevada.

El 73,68 % de los neonatos de la serie estudiada, tuvo un peso mayor o igual a los 2 500g, resultado que no se corresponde con los de Ganfong Elías, cuya proporción de gestantes hipertensas con neonatos bajo peso fue de 3:1;[9] de igual manera, Álvarez Ponce resumió que el 60,9 % de sus neonatos clasificaron como CIUR;[12] los trabajos de Sáez Cantero y García Mirás, mostraron un mayor número de recién nacidos bajo peso provenientes de madres con PEE.[11,13]

En la literatura revisada existe como consenso que solo una atención prenatal sistemática es capaz de lograr la identificación precoz de los factores de riesgo y los síntomas en estadios iniciales de la enfermedad, con lo que se garantiza un diagnóstico y seguimiento precoz de las gestantes con cualquier trastorno hipertensivo del embarazo, reduciendo así el riesgo del binomio madre-feto.[2,6,10,11]

Su condición de país del Tercer Mundo y las limitaciones de recursos de todo tipo, hacen que la República de Mali carezca de un sistema de salud pública capaz de asumir los programas, que en materia de atención médica, se necesitan para reducir su elevada morbi-mortalidad materna e infantil.[3]

Los resultados obtenidos evidencian un comportamiento peculiar de la PEE en la Villa Nioro de Sahel, pues variables como la edad materna y la vía utilizada para la resolución del embarazo muestran valores que difieren con respecto a los de estudios similares.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez PL, Acosta R. Hipertensión y Embarazo. In: Rigol Ricardo O, Cutié León E, Santisteban Alba S, Cabezas Cruz E, Farnot Cardoso U, Vázquez Cabrera J et al. Obstetricia y Ginecología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.

2. Roca R, Smith VV, Paz E, Lozada J, Serrat B, Llanos N, et al. Temas de Medicina Interna. T III.

4ta. ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002. p. 596-603.

3. Robalo M, Namboze Y, Renshaw M, Ba-Nguz A, Serufilira A. Malaria control Programmes. In: The Partnership for Maternal, Newborn and Child Health. Opportunities for Africa\'s newborns: Practical data, policy and programmatic support for newborn care in Africa [Internet]. Geneva: WHO; PNMCH; 2006. [cited 20 Nov 2013] Available from: http://www.who.int/pmnch/media/publications/aonsectionIII_8.pdf.

4. Dakono G, Simaga D, Diop M, Sanaké S. Paludisme. In: Encuesta Demográfica y de Salud (EDSM-IV) [Internet]. República de Mali: CPS/MS; 2007. [cited 10 Jun 2013] Available from: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/pnadl598.pdf.

5. Di Marco I, Basualdo MN, Di Pietrantonio E, Paladino S, Ingilde M, Domergue G, et al. Guía de Práctica Clínica: Estados hipertensivos del embarazo 2010. Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá [revista en Internet]. 2011 [cited Jul 13] ; 30 (2): [aprox. 25p]. Available from: http://www.sarda.org.ar/content/download/1007/7408/file/70-93.GuíADa.Di....

6. Suárez González JA, Gutiérrez Machado M, Cairo González V, Bravo Torres Y, Corrales Gutiérrez A, Tempo Alberto C. Comportamiento materno y perinatal de un grupo de gestantes con preeclampsia grave. Rev. Cubana Obstet Ginecol [revista en Internet]. 2009 [cited 6 Abr 2012] ; 35 (3): [aprox. 9p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2009000300004&lng=es.

7. Colectivo de autores. Enfermedad hipertensiva durante el embarazo. In: Manual de diagnóstico y tratamiento en obstetricia y perinatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2000.

8. Diago Caballero D, Vila Vaillant F, Ramos Guilarte E, García Valdés R. Factores de riesgo en la hipertensión inducida por el embarazo. Rev. Cubana Obstet Ginecol [revista en Internet]. 2011 [cited 6 Abr 2012] ; 37 (4): [aprox. 12p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000400002&lng=es.

9. Ganfong Elías A, Nieves Andino A, Simonó Bell NM, González Pérez JM, Díaz Pérez MC, Ramírez Robert R, et al. Hipertensión durante la gestación y su repercusión en algunos resultados perinatales en el Hospital Dr. Agostinho Neto, Guantánamo. Rev. Cubana Obstet Ginecol [revista en Internet]. 2007 [cited 6 Abr 2012] ; 33 (3): [aprox. 13p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2007000300001&lng=es.

10. Pérez Hernández MT, Sáez Cantero V, Agüero Alfonso G, González García H, Alfonso Dávila A, Vilches Luis F. Incidencia y caracterización de los trastornos hipertensivos del embarazo. Medisur [revista en Internet]. 2011 [cited 6 Abr 2012] ; 9 (5): [aprox. 8p]. Available from: http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1709/900.

11. Sáez Cantero V, Pérez Hernández MT, Agüero Alfonso G, González García H, Alfonso Dávila A. Resultados perinatales relacionados con trastornos hipertensivos del embarazo. Rev. Cubana Obstet Ginecol [revista en Internet]. 2012 [cited 6 Abr 2012] ; 38 (1): [aprox. 10p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000100005&lng=es.

12. Álvarez Ponce VA, Alonso Uría RM, Ballesté López I, Muñiz Rizo M. El bajo peso al nacer y su relación con la hipertensión arterial en el embarazo. Rev. Cubana Obstet Ginecol [revista en Internet]. 2011 [cited 19 Mar 2012] ; 37 (1): [aprox. 11p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000100004&lng=es.

13. García Mirás R, Llera Valdés A, Pacheco Bermúdez AL, Delgado González MJ, González Sánchez A. Resultados maternos-perinatales de pacientes con preeclampsia. Rev. Cubana Obstet Ginecol [revista en Internet]. 2012 [cited 1 Nov 2013] ; 38 (4): [aprox. 14p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000400004&lng=es.