

Enfermedad hipertensiva en el embarazo. Nuestra experiencia en Angola

Hypertension pregnancy. Our experience in Angola

Arcides A. Varela Valds (1), Emilio E. Sotomayor Castro(2), Reinaldo L. Rivero Reyes (3).

RESUMEN

Se hizo un estudio de los casos que tenían como diagnóstico Eclampsia y que fueron atendidas en la sala de Reanimación del hospital central de Cabinda, una provincia de la Republica de Angola, en el periodo comprendido entre enero y diciembre del 2001 con el objetivo de conocer su incidencia en la sala así como su comportamiento estadístico- epidemiológico. Se estudiaron 34 pacientes, que representó el 100% de las ingresadas con ese diagnóstico. La Eclampsia representó el 4% entre las patologías atendidas en la sala y el mes que en más cantidad de casos hubo resultó ser el de Julio que es un mes de invierno en esta zona del continente africano. El 52,94 % de las pacientes tenían una edad entre los 20 y 30 años y en la gran mayoría del total de los pacientes (85,29%) fue realizada la cesárea. El Paludismo estuvo asociado a la Eclampsia en el 61,76% y no se reportaron fallecimientos en el total de las pacientes estudiadas.

Especialista en Terapia Intensiva del HCC.

Especialista en Gineco- Obstetricia del HCC.

Especialista en Oftalmología del HCC.

INTRODUCCIÓN

Hace dos años cuando iniciamos nuestro trabajo en Cabinda, la provincia más al norte de la Republica de Angola, nos llamó mucho la atención la gran frecuencia de pacientes que asistían al Hospital Central (HCC) con el diagnóstico de Enfermedad Hipertensiva del Embarazo y es por eso que decidimos hacer un estudio sobre el comportamiento de la patología en este medio, teniendo en cuenta que en su gran mayoría son atendidas por un equipo de médicos cubanos de las especialidades de gineco-obstetricia, oftalmología y cuidados intensivos.

En 1972 el Comité de Terminología del Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología definió la hipertensión arterial en el embarazo como una presión arterial sistólica (PAS) de 140 mm Hg o mayor a ésta y una presión arterial diastólica (PAD) de 90 mm Hg o mayor, o bien un incremento de 30 ó 15 mm Hg o más, respectivamente, con respecto a los valores basales de la primera mitad del embarazo. Los aumentos de la tensión arterial deben ser observados en por lo menos dos ocasiones consecutivas con un intervalo de 4 a 6 horas, para ser considerados como válidos. La presión arterial (PA) es por lo general más baja en decúbito lateral izquierdo, posición que adoptará la embarazada para una determinación confirmativa del diagnóstico de hipertensión arterial, cuando se ha obtenido una lectura elevada en posición sentada.

Durante la gestación las dos formas más comunes de hipertensión arterial (HTA) son:

- HTA inducida por el embarazo (HIE) que aparece durante la gestación y revierte luego del parto y que es responsable del 70% de los casos.

- La HTA crónica pre-existente, que no está relacionada con el embarazo y no revierte luego del parto.

Actualmente se acepta más el término de hipertensión inducida por la gravidez que es sinónimo de Pre-eclampsia y Eclampsia (siendo la Eclampsia una extensión del proceso pre-eclámptico) y se sustituye así el término de Toxemia.

Las pacientes con HTA durante la gravidez tienen una incidencia significativamente mayor de mortalidad y morbilidad materno – fetal que las normotensas.

En nuestro medio específico podemos añadir que además del proceso patológico como tal, todo se complica teniendo en cuenta que la incidencia de la malaria es extremadamente alta y por supuesto entorpece el comportamiento habitual de esta enfermedad. Sumado que existen factores múltiples que probablemente incidan en la alta frecuencia de esta enfermedad siendo entre otros los más importantes, las deficiencias nutricionales, pésima atención primaria, embarazos en edades muy tempranas o por el contrario en pacientes con más de 40 años de edad. Así es que teniendo en cuenta todo lo antes dicho, nos encaminamos a realizar este trabajo para conocer el comportamiento de esta enfermedad en las pacientes ingresadas en la Sala de Reanimación del Hospital Central de Cabinda (HCC) para que pueda servir de experiencia y mostrar parte de los resultados obtenidos por el equipo de médicos cubanos que labora en este centro.

MATERIAL Y METODO

Se revisó el Libro de Registro de ingresos de la sala de Reanimación del HCC y las historias clínicas de todas las pacientes que ingresaron con el diagnóstico de Eclampsia y que en algún momento de su estadía hospitalaria fueron atendidas en la Sala de Reanimación del HCC, en el periodo comprendido entre enero y diciembre del año 2001, es decir un año.

Para realizar este estudio nos basamos en el método observacional analítico, siendo posible revisar todas las historias clínicas (100%) y reunir todos los datos requeridos para este trabajo.

Fueron estudiadas las siguientes variables: edad, si fue realizada la cesárea o no, mortalidad, relación con la malaria, aparición por meses, así como su relación con otras patologías ingresadas en la Sala.

De todos los datos obtenidos en dichas revisiones surgió el procesamiento de los mismos lo que permitió la confección de las tablas que sustentaron este trabajo

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En la tabla 1 se muestra la totalidad de las pacientes atendidas con el diagnóstico de Eclampsia y se comparan en % con otras entidades internadas en la sala de Reanimación del HCC; se observa que el 4% de los ingresos en el servicio de reanimación fueron por eclampsia. Según se recoge en la literatura (1), la enfermedad hipertensiva del embarazo ocurre aproximadamente entre el 7 y el 10 % de los embarazos, pero en nuestro trabajo sólo se recogen las pacientes internadas en la Sala de Reanimación, las que fueron consideradas de peor estado clínico y que necesitaban del apoyo de los cuidados intensivos por lo que consideramos que representan una frecuencia bastante alta de estas pacientes.

La tabla 2 muestra como en el mes de Julio se internaron a 5 pacientes con eclampsia (14,70%) siendo ese el mes de mayor internamiento y febrero el de menor con 1 pacientes (2.94%). El mes de Julio aquí es un mes de pleno invierno a diferencia de nuestro país por lo que febrero es un mes de verano. En

este estudio los datos obtenidos son similares a los textos revisados (2,3) donde se recoge que la enfermedad es más frecuente en los meses de invierno.

La tabla 3 expresa el número de pacientes ingresadas con eclampsia distribuidas según la edad, siendo evidente que el grupo de pacientes comprendidas entre los 20 y los 30 años representó el mayor número con 18 (52,94%) y las comprendidas entre las edades de 40 y 50 representan el grupo etario de menor incidencia con 5 (14,70%)

Se conoce que las pacientes más jóvenes y las de más edad tienen mayor probabilidad de padecer la enfermedad (1,2,3,4,5), pero también el mayor número de embarazos ocurre entre los 20 y 30 años de edad y es por eso que pensamos sea éste el motivo por el cual presenta ese grupo etario el mayor número de pacientes.

En la tabla 4 se refiere a la relación de pacientes con eclampsia y si le fue realizado o no la cesárea observándose que a 29 pacientes (85,29%) se le realizó y por otra parte a 5 (14,70%) no le fue realizado dicho procedimiento quirúrgico. Teniendo en cuenta las condiciones del medio lo consideramos acertado pues el personal que atiende el proceso del parto son enfermeras de nivel medio, sin una guardia médica física, es decir el médico después del horario de trabajo sólo aparece si es solicitado en condiciones de urgencia; por tanto, las pacientes a las que no se les realizó cesárea y que tuvieron una mejor evolución no fueron ingresadas en la sala de reanimación.

La tabla 5 expresa la relación de Eclampsia con Paludismo y vemos que en el 61,76% de las pacientes estaban presentes ambas enfermedades. Se sabe que aquí en el África la malaria es un verdadero flagelo y representa una de las tres primeras causas de muerte en todas las edades lo que hace que nuestras pacientes a veces se encuentren en estado crítico y obliga a tomar medidas de extrema urgencia para evitar la muerte en ellas, así como cuidar los efectos sobre el feto.

Por último la tabla 6 recoge que en 34 pacientes ingresadas no hubo, felizmente, fallecimientos lo que representa que el 100% de las pacientes fueron transferidas al servicio de maternidad del hospital, recuperadas.

CONCLUSIONES

1-La eclampsia representó el 4% del total de las patologías atendidas en la Sala de reanimación del HCC.

2-En el mes de Julio ingresó el mayor número de pacientes y en febrero la menor cantidad.

3-Las pacientes comprendidas entre las edades de 20 y 30 años representaron la mayor cantidad de las ingresadas.

4-Se le realizó cesárea a la gran mayoría de las pacientes internadas en la Sala de Reanimación con el diagnóstico de Eclampsia.

5-El Paludismo estuvo presente como patología asociada en la mayor parte de las pacientes.

6-En la totalidad de las pacientes 6 estudiadas no hubo fallecimientos.

ABSTRACT

An study was done of cases with eclampsia diagnosis that were assisted in the reanimation room of

Cabinda Central Hospital, Republic of Angola Province, in the period between January and December, 2001 with of the objective to know the incidence in that room as well as the statistical epidemiologic behaviour. Thirty four patients were studied that represent the 100% of impatient women with that diagnosis. Eclampsia represented the 4% within the pathologies presented in this room and month in which more patients were assisted was July that is a winter month in this zone of the African Continent. The Fifty two point ninety four percent of the patients were 20 to 30 years old and most of the patients (85,29%) were cesarean section. Malaria was associated to eclampsia in the 61.76% and no death were reported in the whold sample studied.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cunningham FG, Mac Donald PC, Gant NF, Leveno KJ. Distúrbios Hipertensivos na Gravidez. Complicações Comuns da Gravidez. En: Williams Obstetricia. 20ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. p. 607 – 636.
2. Dilts PV, Hendrix S, Schwartz R. W. Pre Eclampsia y Eclampsia. Anomalías del Embarazo. En: Brees MH., Bogin RM., Bondy P K. El Manual Merck. 10ª ed en Español (Edición del Centenario en CD- ROM). Madrid: Ed Harcourt. 1999.
3. Richard SA, Robert EW. Hypertensive Disorders. En: Stein. J. H., Hutton JJ, Kholer PO, O'Rourke R A. Internal Medicine. 4th ed. London: Mosby; 1994. p. 2816 – 2817.
4. Espinós Gómez JJ, Durán I, Sánchez P. Estados hipertensivos en el embarazo. En: Lloret J, Muñoz J, Artigas V. Protocolos Terapéuticos de Urgencias. 3ª ed. Barcelona: Springer- Verlag Ibérica; 1997. p.1242-1245.
5. Dubow D. Hipertensão inducida pela Gravidez. EN: Cline DM., Ma OJ, Tintinalli JE. Emergências Hipertensivas. Emergências Médicas (Compêndio). Lisboa: Ed. Mc Graw- Hill de Portugal; 1998. p.210-211.
6. Aron DC, Schnall AM, Sheeler LR. Cushing's syndrome and pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1990;162:244-252.
7. Baker PN, Broughton Pipkin F, Symonds EM. Platelet angiotensin II binding sites in normotensive and hypertensive women. Br J Obstet Gynaecol 1991; 98:436-440.
8. Beilin Y, Bodian CA, Haddad EM. Practice patterns of anesthesiologists regarding situations in obstetric anesthesia where clinical management is controversial. Anesth Analg 1996; 83:735741.
9. Cheek TG, Samuels P. Pregnancy induced hypertension. In Datta S (ed). Anesthetic and Obstetric Management of High-Risk Pregnancy. St Louis: Mosby; 1991, pp 423-456.
10. Chesley LC. Plasma and red cell volumes during pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1972; 112:440-450.
11. Cockburn J, Moar VA, Ounsted M. Final report of study on hypertension during pregnancy: The effects of specific treatment on the growth and development of the children. Lancet 1982; 1:647-649.
12. Cotton DB, Janusz CA, Berman RF: Anticonvulsant effects of magnesium sulfate on hippocampal seizures: Therapeutic implications in preeclampsia-eclampsia. Am J Obstet Gynecol 1992;166:1127-1136.
13. Cotton DB, Lee W, Huhta JC. Hemodynamic profile of severe pregnancy-induced hypertension. Am J Obstet Gynecol 1988;158(3pt 1):523-529.
14. Cunningham FG, Lindheimer MD. Hypertension in pregnancy. N Engl J Med 1992;326:927932.
15. Cunningham FG, MacDonald PC, Gant NF. Hypertensive disorders in pregnancy. En: Cunningham FG, MacDonald PC, Gant NF (eds). Williams Obstetrics, 18 ed. Norwalk: CT, Appleton & Lange; 1989, pp 653-694.
16. DeJong CL, Dekker GA, Sibai MB. The renin-angiotensin-aldosterone system in preeclampsia: A review. Clin Perinatol 1991;18:683-711.
17. Easterling TR. The maternal hemodynamics of preeclampsia. Clin Obstet Gynecol 1992;35:375-386.
18. Eskenazi B, Fenster L, Sidney S. A multivariate analysis of risk factors for preeclampsia. JAMA 1991;266:237-241.

19. Fuentes A, Gokrand JW. Angiotensin-converting enzyme activity in hypertensive subjects after magnesium sulfate therapy. *Am J Obstet Gynecol* 1987;156:1375-1379.
20. Groenendijk R, Trimbos JB, Wallenburg HC. Hemodynamic measurements in preeclampsia: Preliminary observations. *Am J Obstet Gynecol* 1984; 150:232-236.
21. Hankins GD, Cunningham FG Severe preeclampsia and eclampsia: Controversies in management. En: *Williams Obstetrics, Supplement*. Norwalk: Appleton & Lange, 1991; p. 18.
22. Hays PM, Cruikshank DP, Dunn LJ. Plasma volume determination in normal and preeclamptic pregnancies. *Am J Obstet Gynecol* 1985;151:958-966.
23. Hodgkinson R, Husain FJ, Hayashi RH. Systemic and pulmonary blood pressure during cesarean section in parturients with gestational hypertension. *Can Anaesth Soc J* 1980; 27:389-394.
24. Hughes EC (ed). *Obstetric-Gynecologic Terminology*. Philadelphia: FA Davis; 1972.
25. Jouppila P, Jouppila R, Hollmen A. Lumbar epidural analgesia to improve intervillous blood flow during labor in severe preeclampsia. *Obstet Gynecol* 1982; 59:158-161.
26. Joyce TH, Debnath KS, Baker EA. Preeclampsia: Relationship of CVP and epidural analgesia [abstr]. *Anesthesiology* 1979;51:S297.
27. Leduc L, Wheeler JM, Kirshon B. Coagulation profile in severe preeclampsia. *Obstet Gynecol* 1992;79:14-18.
28. Lindheimer MD, Katz AI. Hypertension in pregnancy. *N Engl J Med* 1985; 313:675-680.

TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla y Gráfico # 1: Pacientes atendidos en la sala de reanimación del HCC durante el año 2001

Patologías	No	%
Eclampsias	34	4,01
Otras Patologías	815	95,99
Total	849	100

Fuente: Libro de Registro de pacientes de la Sala de Reanimación del HCC.



Tabla y Gráfico # 2: Distribución de los internados por Eclampsia por meses

Meses	No	%
Enero	3	8,82
Febrero	1	2,95
Marzo	4	11,77
Abril	3	8,82
Mayo	3	8,82
Junio	2	5,88
Julio	5	14,71
Agosto	3	8,82
Septiembre	1	2,94
Octubre	2	5,88
Noviembre	4	11,77
Diciembre	3	8,82
Total	34	100

Fuente: Libro de Registro de pacientes de la Sala de Reanimación del HCC.

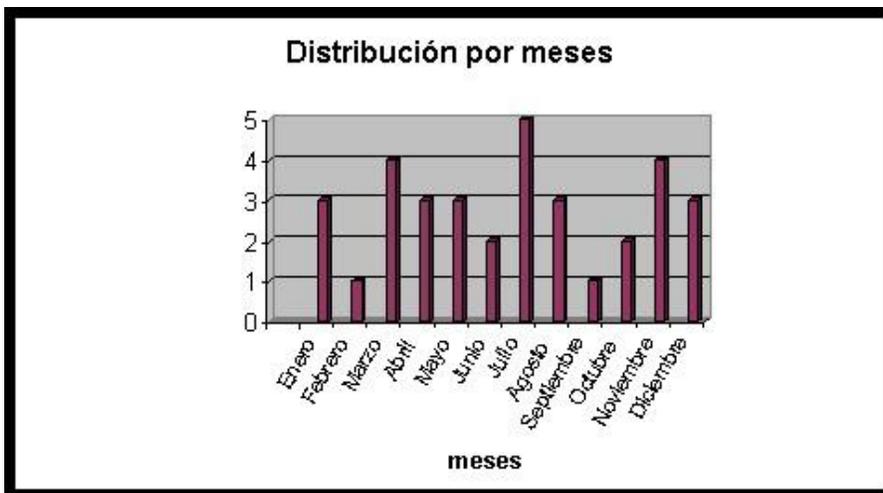
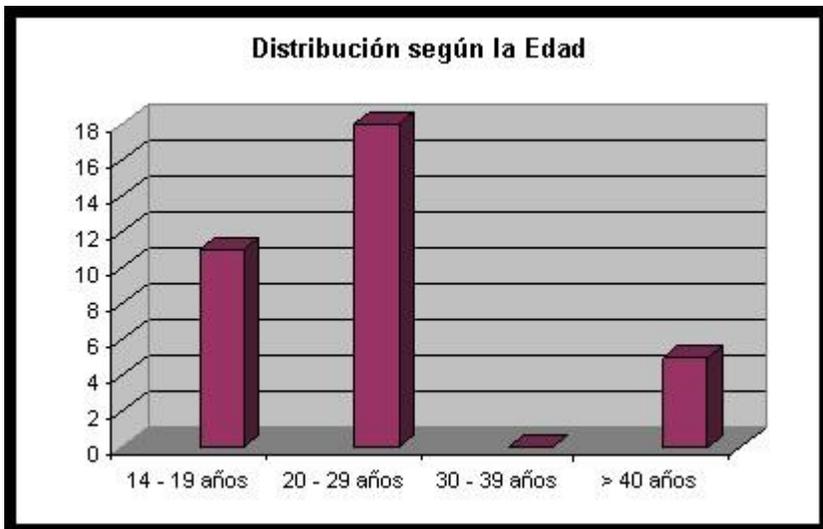


Tabla y Gráfico # 3: Distribución de los pacientes internados por Eclampsia según la Edad

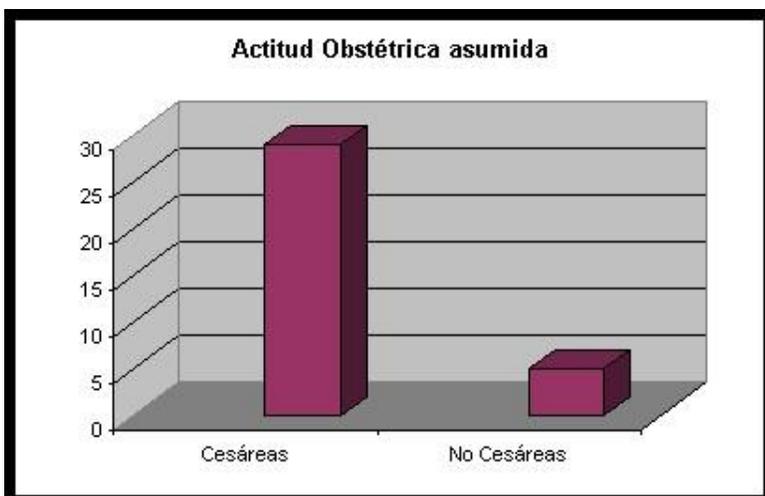
Edades	No	%
14 - 19 años	11	32,35
20 - 29 años	18	52,94
30 - 39 años	0	0
> 40 años	5	14,71
Total	34	100

Fuente: Libro de Registro de pacientes de la Sala de Reanimación del HCC.



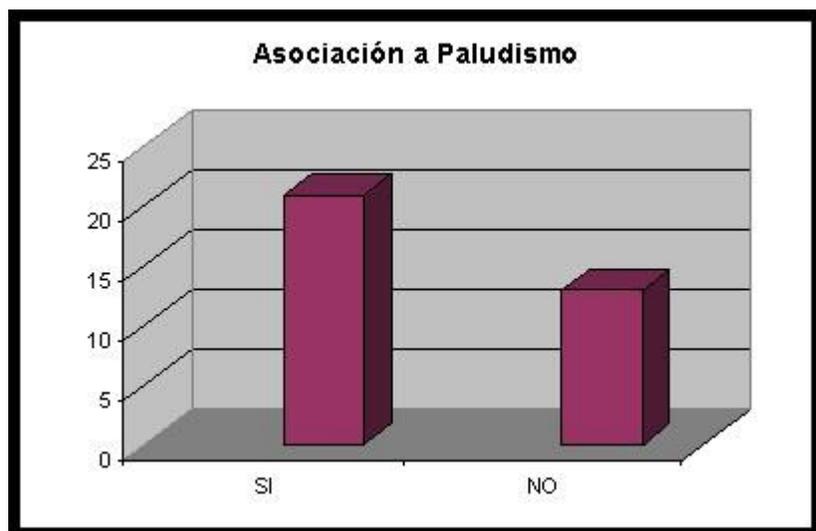
Intervención	No	%
Cesáreas	29	85,29
No Cesáreas	5	14,71
Total	34	100

Fuente: Libro de Registro de pacientes de la Sala de Reanimación del HCC



Paludismo	No	%
SI	21	38,24
NO	13	61,76
Total	34	100

Fuente: Libro de Registro de pacientes de la Sala de Reanimación del HCC.



Mortalidad	No	%
Fallecidas	0	0
No Fallecidas	34	100
Total	34	100

Fuente: Libro de Registro de pacientes de la Sala de Reanimación del HCC.

