

ECLAMPSIA EN LA MATERNIDAD ISIDO AYORA QUITO - ECUADOR

Dr. Fabián Orbe Garcés *
Dr. Angel Lara del Pozo**

INTRODUCCION

Conociendo que la eclampsia constituye la expresión más grave de la toxemia, que puede presentarse tanto en la mujer gestante, como en la puérpera; tiene como característica principal la aparición de convulsiones tónico-clónicas, con pérdida de la conciencia, seguida de un estado de coma más o menos prolongado, y que en múltiples ocasiones lleva a la muerte materna y fetal.

Si bien es cierto que no se conoce la etiología de este padecimiento, por lo que ha sido llamada enfermedad de las teorías, no está por demás anotar los factores predisponentes de la toxemia gravídica, así: Nuliparidad, embarazo múltiple, hidramnios, bajo estado socioeconómico y cultural, mala nutrición materna, especialmente proteica y para algunos incluso factores hereditarios y raciales.

Cabe anotar que la eclampsia, salvo cuando hay factores asociados como podría ser hipertensión

previa y/o mola hidatiforme, es generalmente patología que se presenta después de las 24 semanas de embarazo o a principios del puerperio.

La norma de tratamiento seguida en la institución donde se realizó este estudio, es la terminación del embarazo en la paciente ecláptica lo más rápido posible, previa atención en lo concerniente a medidas de tipo general, sedación con fenobarbital sódico y uso como anticonvulsivante de sulfato de magnesio, con el siguiente esquema: 4-6 gm. intravenoso iniciales y un gm. por hora en venoclisis, bajo control de signos de intoxicación a la droga.

Hacemos en el presente trabajo una revisión epidemiológica de esta patología, en la Maternidad Isidro Ayora de Quito, que trata una población de bajo nivel socioeconómico y además constituye el principal centro de atención obstétrica en nuestro medio, y el lugar de referencia de otros centros de

la ciudad y la región. Queremos conocer nuestros datos y como ecuatorianos hablar en cifras nacionales, y siendo la maternidad una unidad docente asistencial en nuestro medio, con las conclusiones veremos si el tipo de tratamiento llevado a cabo en la Institución, permite obtener resultados favorables y establecer normas de manejo de la paciente eclámptica, que redundarán en beneficio de nuestras mujeres.

MATERIAL Y METODOS

Se analizaron los datos consignados en las historias clínicas de 53 pacientes eclámpticas internadas en la Maternidad Isidro Ayora de Quito, en el período comprendido entre Enero de 1980 y el 31 de Diciembre de 1981 (2 años calendario).

Todas las eclámpticas ingresaron al presente estudio sin tomar en cuenta los parámetros que Eden preconiza para clasificar a la eclámptica como leve o grave.

VARIABLES ESTUDIADAS

- A. EDAD.**— Las pacientes estudiadas se dividieron en grupos de 10 años, tomando en cuenta años cumplidos.
- B. PARIDAD.**— Se dividieron en grupos de primíparas y multíparas, dentro de este último grupo fueron consideradas aquellas que tienen dos o más embarazos, hayan terminado en mortinato o parto prematuro.
- C. ESTADO CIVIL.**— Corresponde al dato constante en la ficha clínica, siendo solteras y casadas para el momento del ingreso.
- D. EDAD GESTACIONAL DEL EMBARAZO ACTUAL.**— Se tomó en cuenta la fecha de última menstruación y a falta de ésta la altura del fondo uterino consignada en examen físico.
- E. TIPO DE PARTO.**— Es decir la vía y el método con el que se terminó el embarazo, o si éste no se produjo.
- F. CONTROL PRENATAL.**— En base a lo consig-

nado en el expediente clínico, se dividió en grupos que carecieron de control, que tuvieron control por lo menos una vez, y control en más de cuatro ocasiones.

G. MORTALIDAD MATERNA.— Independiente del momento en que se produjo luego de la admisión.

H. PRESION ARTERIAL.— Se tomó en cuenta la máxima presión registrada en la ficha clínica.

I. DIAS DE HOSPITALIZACIÓN.—

CONCLUSIONES

I. INCIDENCIA

En la Maternidad Isidro Ayora de Quito durante el período de Enero de 1980 a Diciembre de 1981 se han producido 27.149 partos. Relacionando la incidencia de eclampsia con el número de partos en nuestro medio está en el orden de 1.95 x mil, alta si comparamos con otros países como Estados Unidos que tiene el 0.5 x mil, México 0.7 x mil y menor que en Trinidad donde la incidencia de esta patología es de 6.3 x mil, Antioquia (Colombia) 12 x mil en 1974.

Dependiendo del momento que aparece el cuadro convulsivo, de forma general, podemos decir que el 50 o/o de casos es anteparto, 25 o/o es intraparto y 25 o/o postparto. En nuestra casuística estos parámetros fueron: Anteparto 52 pacientes que representan el 92.8 o/o; postparto una paciente equivalente al 1.86 o/o; intraparto no se registró ningún caso. Cabe mencionar que la eclampsia postparto es aquella en que las convulsiones se presentan durante las primeras 24 horas del puerperio, ya que si el cuadro convulsivo aparece pasado este período se deben buscar otras causas como razón del cuadro convulsivo. Tabla y gráfico 1.

II. EDAD

De manera general podemos mencionar que la eclampsia es más frecuente en mujeres primíparas jóvenes, en nuestro estudio la incidencia mayor se encontró entre los 21-30 años de edad con el

41.5 o/o; seguido de las pacientes menores de 21 años con el 37.7 o/o, esta alta incidencia es debida a que el primer embarazo en nuestro medio es en edad temprana. Tabla y gráfico 2.

III. PARIDAD

Siendo la eclampsia más frecuente en mujeres primíparas en una proporción con las multíparas de 3 a 1. En el Hospital San Bartolomé (México) esta proporción se mantiene en 2.8 a 1, en la Maternidad Isidro Ayora la proporción es practicamente de 1 a 1, pues el 45.2 o/o de eclámpticas fueron primíparas y el 44 o/o multíparas, similar al Instituto Colombiano de Seguridad Social que es el 1.3 a 1. Tabla y gráfico 3.

IV. ESTADO CIVIL

Si bien es cierto que el estado civil no representa el estado de organización de la familia, ya que el gran número de mujeres solteras mantienen un hogar organizado y por consiguiente los problemas de tipo económico, social, etc. que podrían llevar a que la toxemia sea más frecuente, no se hacen manifiestos, es así como de las 53 eclámpticas, 17 fueron solteras lo que representa el 32.07 o/o; mientras que casadas fueron 32 lo que significa que el 60.03 o/o.

V. SEMANAS DE GESTACION

Siendo la eclampsia una patología que generalmente aparece sobre las 24 semanas, la incidencia mayor encontramos entre las 28-37 semanas de gestación con el 47.1 o/o de las eclámpticas; y de 18-42 semanas el 39.6 o/o. Tabla y gráfico 4.

VI. TERMINACION DEL EMBARAZO

En la Maternidad Isidro Ayora, como parte del tratamiento de la eclampsia se sigue el procedimiento radical, esto es terminar el embarazo lo más pronto posible independiente de la edad gestacional, tan sólo tomando en cuenta el estado de dilatación cervical, para en aquellos casos que el

parto es innamemente elegir la vía vaginal; en base a estos antecedentes es notoria la alta incidencia de cesárea entre las pacientes eclámpticas que está en el orden del 83 o/o; mientras que el parto vaginal es el 13 o/o. Todas las pacientes sometidas a cesárea, recibieron anestesia general. Tabla y gráfico 5.

VII. EMBARAZO MULTIPLE

Como mencionamos al inicio entre uno de los factores predisponentes de la eclampsia está el embarazo múltiple; entre las 53 pacientes, una tuvo embarazo gemelar con parto vaginal, los dos productos vivos a las 39 semanas de gestación y el cuadro eclámptico se presentó en el postparto.

VIII. CONTROL PRENATAL

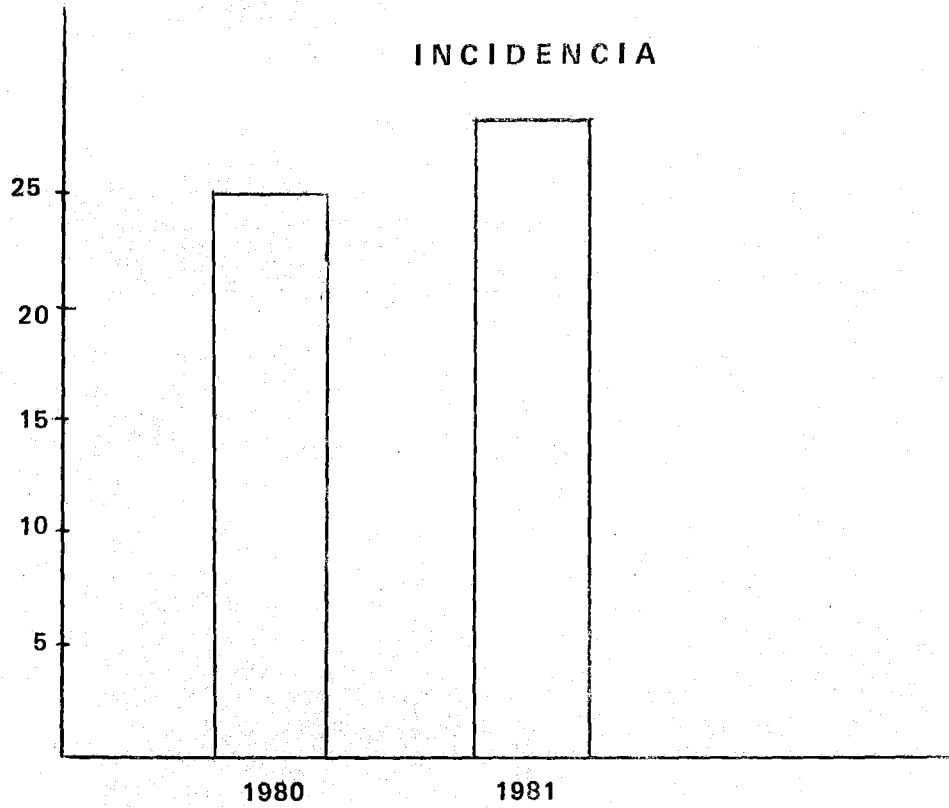
La falta de control prenatal es causa de incremento de todas las patologías presentes durante la gestación, en lo relacionado con la eclampsia; salvo en mujeres muy jóvenes, antecedentes de hipertensión previa, embarazo molar; los controles prenatales en el primer trimestre tienen poco valor, no así, en el trimestre final donde se refleja la importancia del control médico para detectar la pre-eclampsia en sus fases iniciales, instalar el tratamiento clínico ambulatorio adecuado, la hospitalización temprana y evitar se desencadene la eclampsia.

De las pacientes eclámpticas en la Maternidad Isidro Ayora el 41.4 o/o recibieron control prenatal por lo menos una vez y el 58.4 o/o carecieron de este control, en 4 ocasiones o más recibieron el 20.7 o/o.

IX. MORTALIDAD MATERNA

La mortalidad materna es del orden del 26.4 o/o de las pacientes. Creemos necesario indicar que las condiciones de ingreso en estado de inconciencia y cuadro convulsivo previo en el 92.4 o/o, incrementan el índice de mortalidad en esta casa de salud. Otros agravantes de la eclampsia, son: la multiparidad, y la edad avanzada de la madre, así tenemos que las 14 fallecidas, 6 fueron multíparas lo que representa el 60 o/o; y tomando en cuenta la edad, pacientes mayores de 40 años fueron 3 y las

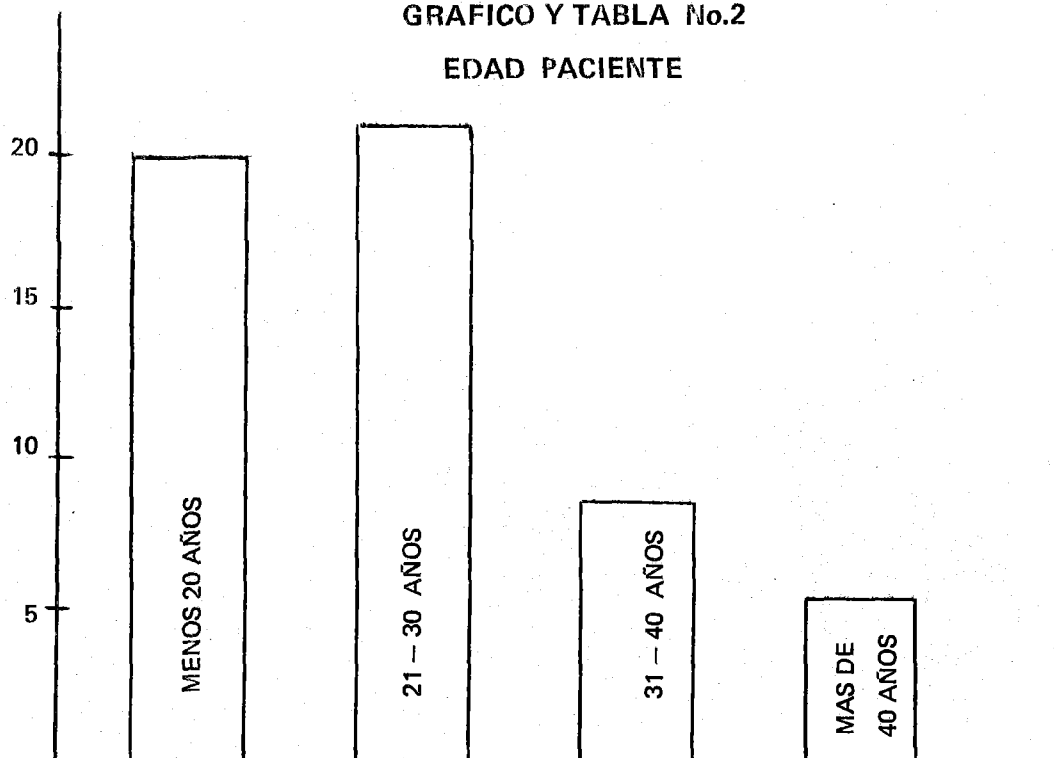
GRAFICO Y TABLA No. 1



Incidencia años	Total partos	No. Casos	o/o
1980	13.444	25	1,85
1981	13.705	28	2.04
TOTAL	27.149	53	1,95

GRAFICO Y TABLA No.2

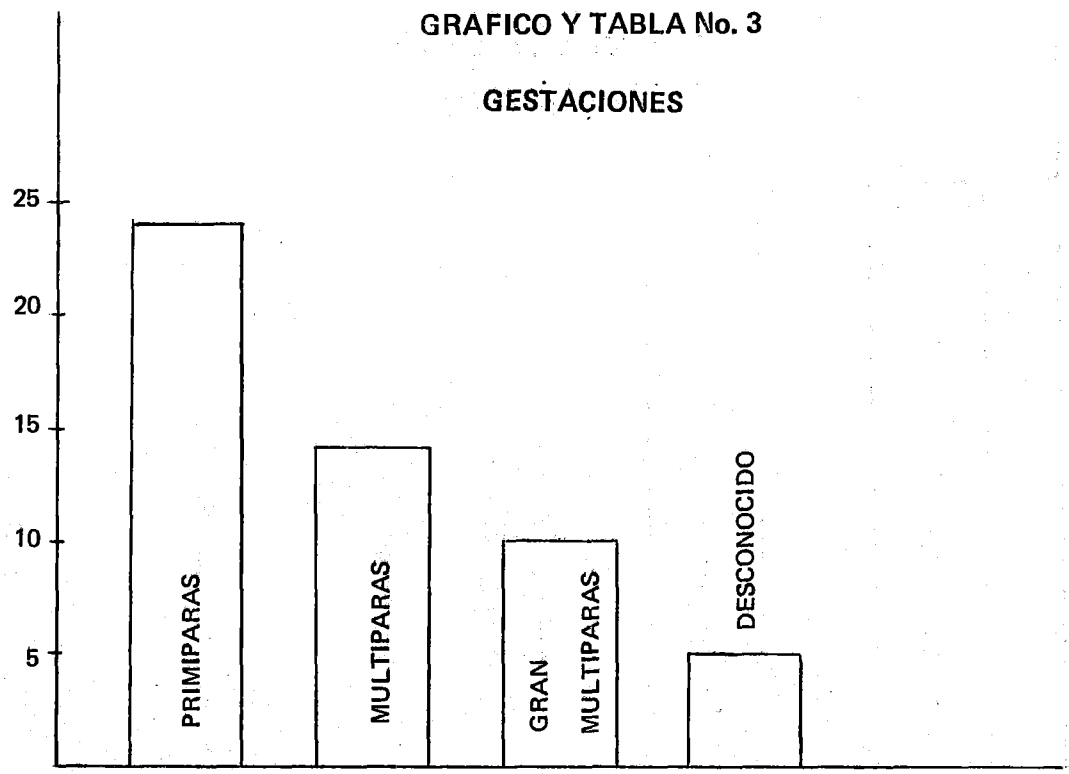
EDAD PACIENTE



PACIENTES AÑOS	No. CASOS	PORCENTAJE
Menos 20 años	20	37.7 o/o
21 - 30 años	22	41.5 o/o
31 - 40 años	8	15.0 o/o
Más 40 años	3	5.6 o/o
TOTAL	53	

GRAFICO Y TABLA No. 3

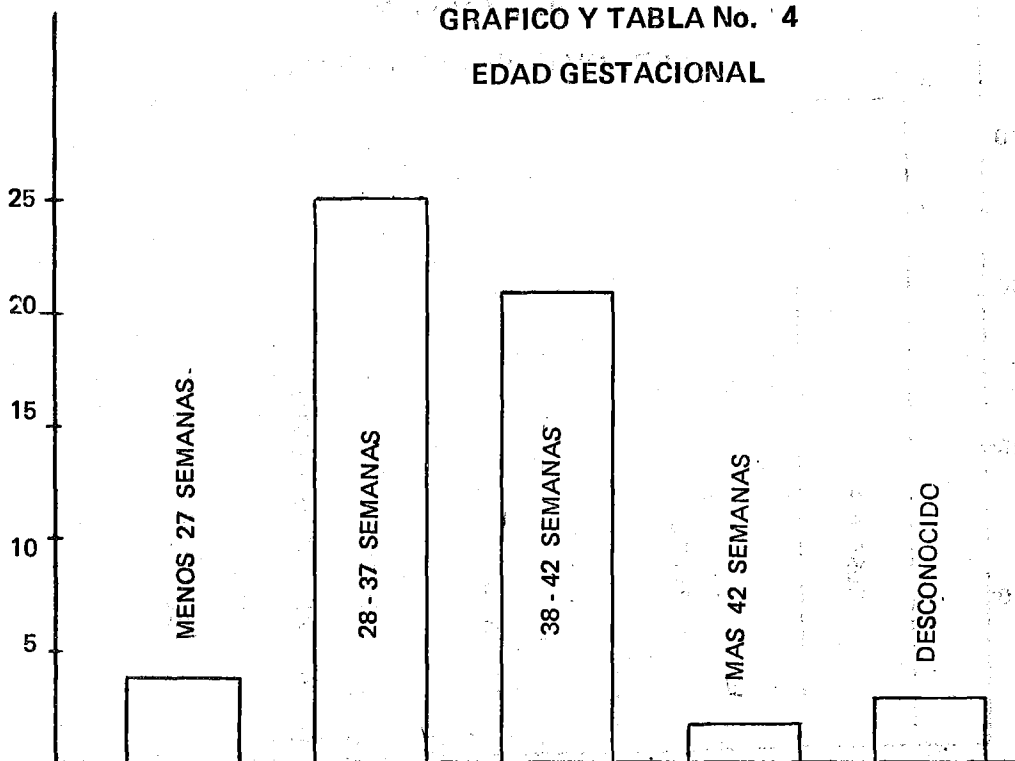
GESTACIONES



PARIDAD	No. CASOS	PORCENTAJE
Primíparas	24	45.2 o/o
Multíparas	14	26.4 o/o
Gran Multíparas	10	18.8 o/o
Desconocido	5	9.4 o/o
TOTAL	53	

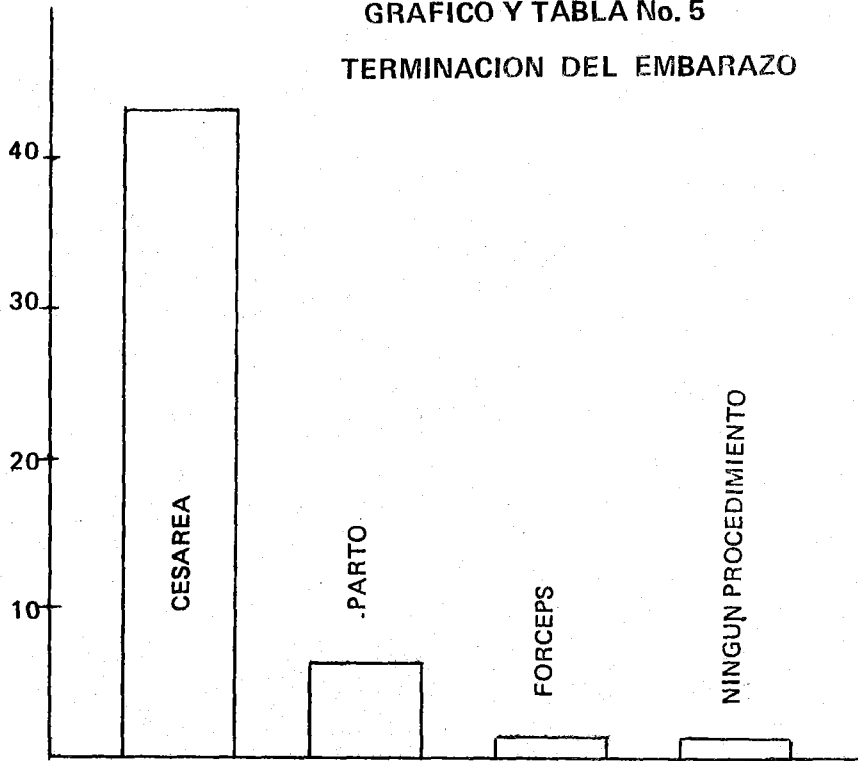
GRAFICO Y TABLA No. 4

EDAD GESTACIONAL



EDAD GESTACIONAL SEMANAS		No. CASOS	PORCENTAJE
Menos	27	4	7.5 o/o
	28 - 37	25	47.1 o/o
	38 - 42	21	39.6 o/o
Más	42	1	1.8 o/o
Desconocido		2	3.7 o/o

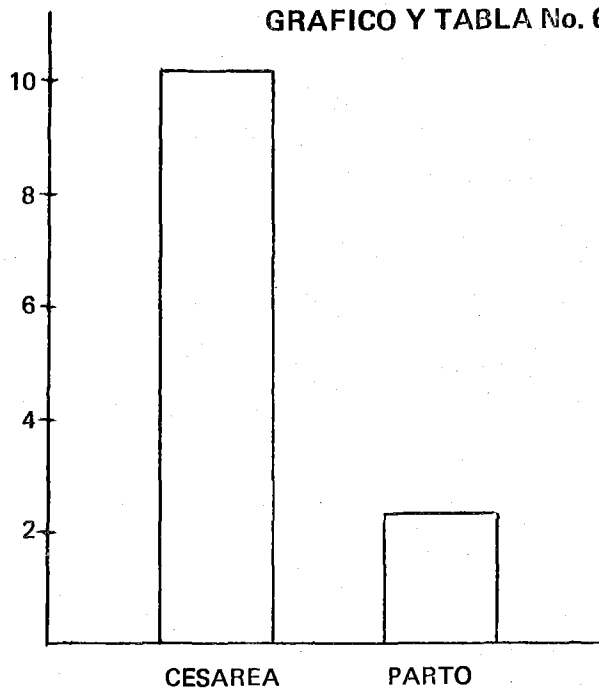
GRAFICO Y TABLA No. 5
TERMINACION DEL EMBARAZO



TERMINACION DEL EMBARAZO	No. CASOS	PORCENTAJE
Cesárea	44	8.3 o/o
Parto	7	1.3 o/o
Forceps	1	1.8 o/o
Ningún Procedimiento	1	1.8 o/o

MORTALIDAD MATERNA

GRAFICO Y TABLA No. 6



MORTALIDAD MATERNA	No. CASOS	PORCENTAJE
CESAREA	11	20.75 o/o
PARTO	3	5.66 o/o
TOTAL	14	26.41 o/o

tres fallecieron. Tomando en cuenta la terminación del embarazo 11 de las fallecidas fueron intervenidas de cesárea todas bajo anestesia general y 3, tuvieron parto normal. Tabla y gráfico 6.

X. PRESION ARTERIAL

Los datos concernientes a tensión arterial de las eclámpticas estudiadas, mantienen un promedio de 160 mm de Hg. para la sistólica y 112 mm de Hg. para la diastólica; cabe anotar que no disponemos de cifras de tensión arterial previas al embarazo y no conocemos si existió como factor predisponente elevación en las cifras de tensión arterial.

La cifra mayor encontrada entre las pacientes fue de 240/130 mm Hg. y la menor de 140/90 mm Hg.

XI. HOSPITALIZACION

Las pacientes que sobrevivieron gracias a la ayuda médica permanecieron hospitalizadas un promedio de 9 días, de entre ellas las realizadas cesárea un promedio de 10 días mientras las que tuvieron parto normal permanecieron hospitalizadas 8 días de promedio.

El fallecimiento de las pacientes a causa de esta patología se produjo entre el primero y segundo día de su hospitalización.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. El índice de eclámpsia en nuestro medio es 1.95 por mil, que es alto si se compara con países desarrollados como los Estados Unidos o México.
2. La norma de tratamiento seguida en la Institución, donde se realizó el estudio es la terminación del embarazo, mediante la operación cesárea, casi inmediatamente de instaurado el tratamiento clínico, es decir sedación a la paciente y mejorar el estado general; esto porque la interrupción del embarazo produce una mejoría marcada en la paciente, y segundo porque el niño se halla en mejores condiciones en el ambiente externo que dentro de la madre aún

considerando su prematuridad.

3. El índice de mortalidad fetal es muy alto, esto es explicable, porque los embarazos de las pacientes eclámpticas están asociados con prematuridad el 47.1 o/o y por existir un alto índice de sufrimiento fetal tanto agudo como crónico.
4. El control prenatal de las pacientes eclámpticas es insuficiente o en algunos casos inexistente, en el presente estudio no han recibido atención ni una sola vez el 58.4 o/o, han recibido atención una vez el 41.4 o/o. Sabiendo que la prevención del estado eclámptico es el establecimiento oportuno del tratamiento clínico o inclusive, la terminación de la gestación en los casos rebeldes de tratamiento, pero esto partiendo de un chequeo prenatal eficiente.
5. El 92.4 o/o de las pacientes ingresaron en estado de inconsciencia, acompañándose algunos casos de descerebración.
6. La mortalidad materna se presentó en el 26.4 o/o de las pacientes eclámpticas.
7. El cuadro convulsivo se instaló posterior a la admisión en la maternidad en el 7.5 o/o.

RECOMENDACIONES.—

El índice de eclampsia en nuestro medio es alto en comparación con otros países. Se sabe que la enfermedad es relativamente prevenible, creemos necesario que se debe hacer conocer y motivar a los Poderes Públicos para que se hagan campañas para que la paciente embarazada sepa los beneficios de control prenatal, y aumentar unidades operativas para que éste se lleve a cabo en forma regular, preferencialmente a partir de las 24 semanas; dotar a los hospitales de las facilidades para que lleven a cabo primero una prevención del estado eclámptico y luego el tratamiento eficaz del mismo; ya que la Institución donde se realizó el estudio carece de una infraestructura adecuada al no disponer de una unidad de cuidados intensivos, gabinetes de rayos X, laboratorio clínico y aún medicamento acorde con la gravedad del cuadro clínico.

Deben crearse centros hospitalarios especializados donde se realice únicamente la atención de pacientes con problemas obstétricos y ginecológicos, ya que los existentes al momento son totalmente insuficientes para dar correcta atención a la demanda actual, pues estos hospitales trabajan más del 100 o/o de su capacidad, esto hace que la atención que prestan no sea lo eficaz como se desearía; la consecuencia es que intrahospitalariamente se haya producido el 7.5 o/o de la patología, toda vez que se sabe que en la MATERNIDAD ISIDRO AYORA, desde el punto de vista profesional se trabaja en forma eficaz, ya que la institución cuenta permanentemente con Médicos supervisores, especialistas en Ginecología y Obstetricia.

BIBLIOGRAFIA

1. LUDMIR A.: Avances en la Prevención de la Eclampsia en el H.C.S.N.I. "SAN BARTOLOME". Memorias del VII Congreso Latino Americano y V Ecuatoriano de Gin. y Obstetricia. III Tomo 1973.
2. SCHWAREZ R.: SALA S.; DUVERGES C.: Obstetricia, tercera Ed., p. 375, Editorial El Ateneo. Argentina 1973.
3. WILLIAMS.: Obstetricia, Segunda reimpresión. Salvat Editores. México. 1975.
4. VALVERDE C.; GOMEZ G.; JARAMILLO G.; BELTRAN G.; Estudio descriptivo de Eclampsia y Estado Socioeconómico en pacientes del I.C.S.S. Seccional de Antioquia 1974. Escuela Nacional de Salud. MEDELLIN-COLOMBIA.
5. BENZON R.: Diagnóstico y tratamiento Ginecológicos.— Editorial el Manual Moderno S.A. México 1979.
6. CRIADO N., R.E. "Patología de la Hipertensión en la Pre-eclampsia". REVISTA CLINICA ESPAÑOLA. (Madrid) 1 127 (4): 92-98. Nov. 1972.
7. NEUTRA, RAYMONS. Toxemia como trastreadora del sistema de atención materno infantil en la ciudad de Cali. Acta Médica del Valle.(Cali) 4 (3): 70-74. 1973.
8. Eclampsia a fines del siglo pasado. Revista colombiana de Obstetricia y Ginecología (Bogotá) 20 (1): 19-24 enero-febrero 1969.
9. Mortalidad materna en el Instituto Infantil de Bogotá. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología (Bogotá) 25 (2): 127-147 Marzo-Abril 1974.
10. Incidencia de eclampsia en el hospital de la New Grande OPI Company de San Tome —Estado de Anzoátegui, durante sus 10 primeros años de funcionamiento. Rev. Venezolana de Salud y Asistencia social (Caracas) 26 (4): 792-793 Dic. 1961.

* Espe. Gin. y Obst. Médico Tratante. HOSPITAL ENRIQUE GARCES.

** Espec. Gin. y Obst. Médico Tratante de la MATERNIDAD ISIDRO AYORA.
