

ECLAMPSIA: EXPERIENCIA EN 30 AÑOS EN EL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS – I.P.S.S.

Drs., José Pacheco, Eduardo Valdivia, Molses Huaman, Nazario Carrasco y Lorena Yui.

Departamento de Anestesiología. Hospital Nacional Instituto Peruano de Seguridad Social. Lima-Perú

RESUMEN

Se revisa los casos de eclampsia atendidos en 30 años en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, con una incidencia de 0.038% que no ha variado en los últimos 25 años. Ni la historia clínica anterior ni las características obstétricas y de presión arterial hicieron sospechar que se desencadenaría un cuadro de eclampsia en la mayor parte de casos, por lo que se sugiere un alto índice de sospecha en mujeres con aceleración de su hipertensión, dolor epigástrico, trastornos visuales, cefalea y ansiedad, así como terminar la gestación en breve lapso, una vez iniciado el tratamiento de las convulsiones. La mortalidad materna fue 18.94% y la mortalidad perinatal 17.7%, tasas altas que nos deben hacer reflexionar sobre actitudes futuras que tiendan a mejorar estos índices.

SUMMARY

Thirty years experience with eclampsia at Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins is reviewed. Incidence was 0.038%, unchanged in the past 25 years. In most cases, neither past history nor obstetrical or blood pressure characteristics led to the suspicion of this serious complication. It is necessary to have a high index of suspicion in women with high blood pressure acceleration, epigastric pain, visual alterations, headache and anxiety. Delivery has to be as soon as treatment for convulsions has been started. Maternal mortality was 18.94% and perinatal mortality 17.7%, rates that should determine future attitudes at our Institution to improve them.

INTRODUCCION

La eclampsia es una de las complicaciones más serias del embarazo por la morbimortalidad materna y perinatal que ocasiona. En un reporte anterior de la experiencia en 10 años (1), mencionamos una mortalidad materna de 25% y una mortalidad perinatal de 54%. Habiendo cumplido nuestro Hospital 30 años de su creación, consideramos trascendente realizar un estudio retrospectivo para conocer las características de las gestantes con eclampsia atendidas en el Hospital y evaluar si algún factor pudiera ser modificado para disminuir los estragos de la enfermedad.

MATERIAL Y METODOS

Se estudió las historias clínicas de gestantes atendidas en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (H.N.E.R.M.) entre el 30 de noviembre de 1958 (fecha de la creación del Hospital) y el 31 de diciembre de 1988, en las que se hizo el diagnóstico de hipertensión inducida por el embarazo complicada con convulsiones y/o coma. Se buscó las historias clínicas de sus recién nacidos, determinándose la evolución de los mismos. Se revisó otros dos grupos de 150 y 291 gestantes atendidas en forma consecutiva y reportadas anteriormente (2, 3), con respecto a edad, gravedad, control pre natal, complicaciones del embarazo, parto y puerperio. Se compara nuestros resultados con los de otros estudios de la literatura nacional y extranjera.

RESULTADOS

En el Archivo del H.N.E.R.M., 154 casos fueron registrados con el diagnóstico de eclampsia entre los años 1958 y 1988, lapso en el que se atendió 400,278 partos, lo que representa una incidencia de 0.038%. Se localizó 132 historias clínicas maternas y 110 historias de sus recién nacidos.

TABLA No. 1

ECLAMPSIA
INCIDENCIA POR QUINQUENIOS
H.N.E.R.M. 1958-1988 132 casos

QUINQUENIO	No. CASOS	PORCENTAJE
1958 - 1963	33	25.0
1964 - 1968	20	15.1
1969 - 1973	19	14.4
1974 - 1978	18	13.6
1979 - 1983	24	18.2
1984 - 1988	18	13.6

En esta primera Tabla, se observa que la cuarta parte de los casos de eclampsia se presentaron en el primer quinquenio de atención del Hospital. En adelante, no hubo mayor variación en la incidencia de eclampsia en los diferentes quinquenios.

TABLA No. 2

ECLAMPSIA
EDAD DE LA GESTANTE
H.N.E.R.M. 1958-1988 132 CASOS

EDAD EN AÑOS	No. CASOS	PORCENTAJE
15 - 19	10	7.6
20 - 24	41	31.1
25 - 29	36	27.3
30 - 34	22	16.7
35 - 39	16	12.1
40 - 44	7	5.3
PROMEDIO	27.5 años	

Aproximadamente el 60% de las gestantes que presentaron eclampsia tenía entre 20 y 29 años de edad, 7.6% menos de 20 años y 17% más de 35 años.

TABLA No. 3

ECLAMPSIA
GRAVIDEZ
H.N.E.R.M. 1958-1988 132 CASOS

GRAVIDEZ	No. CASOS	PORCENTAJE
1	77	58.3
2 - 3	33	25.0
4 - 5	13	9.9
6 ó más	9	6.8
PROMEDIO	2.26 gestaciones	

Las primigestas representaron el 58% de todas las gestantes que presentaron eclampsia.

TABLA No. 4

ECLAMPSIA
PERIODO INTERNATAL
H.N.E.R.M. 1958-1988 55 CASOS

PERIODO INTERNATAL	No. CASOS	PORCENTAJE
Menor de 12 meses	4	12.9
13 - 23 meses	10	32.3
2 - 4 años	15	48.4
Mayor de 4 años	2	6.5
No consignado	24	
PROMEDIO	28.5 meses	

El 45% de las gestantes con partos anteriores y en las que se consignó el dato, tenían un período internatal menor de 24 meses.

TABLA No. 5

ECLAMPSIA
CONTROL PRE NATAL
H.N.E.R.M. 1958-1988 132 CASOS

No. DE CONTROLES	No. CASOS	PORCENTAJE
Ninguno	9	7.1
1 - 2	24	19.0
3 - 6	73	57.9
7 ó más	20	15.9
No consignado	6	
PROMEDIO	4.48 controles	

El 74% de las gestantes atendidas en nuestro Hospital y que presentaron eclampsia tuvieron más de 3 controles prenatales.

TABLA No. 6

ECLAMPSIA
ANTECEDENTES PATOLOGICOS
H.N.E.R.M. 1958-1988 132 CASOS

ANTECEDENTES	No. CASOS	PORCENTAJE
Abortos	28	21.9
Hipertensión arterial		
Crónica	7	5.5
Inducida por el embarazo	5	3.9
Eclampsia	1	0.8
Infección urinaria	7	5.5
Tuberculosis pulmonar	3	2.3

El 22% de las gestantes con eclampsia tenían antecedentes de abortos y sólo el 10% había sufrido de enfermedad hipertensiva anteriormente.

TABLA No. 7

ECLAMPSIA
COMPLICACIONES DEL PRESENTE EMBARAZO
H.N.E.R.M. 1958-1988 132 CASOS

COMPLICACIONES	No. CASOS	PORCENTAJE
Anemia	79	59.8
Piuria	62	46.9
Parto prematuro	45	34.1
Sufrimiento fetal	19	14.4
Hipertensión inducida	17	12.9
Desprendimiento		
prematuro de la placenta	8	6.1
Amenaza de aborto	4	3.0
Hemorragia tercer trimestre	4	3.0
Ruptura prematura		
membranas	4	3.0

Fueron complicaciones importantes del embarazo la anemia, la piuria, el parto prematuro, el sufrimiento fetal, la hipertensión inducida por la gestación y el desprendimiento prematuro de la placenta.

TABLA No. 8

ECLAMPSIA
GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH
H.N.E.R.M. 1958-1988 132 CASOS

GRUPO Y FACTOR	No. CASOS	PORCENTAJE
Grupo O	84	63.6
A	33	25.0
B	5	3.8
AB	10	7.6
Rh positivo	129	97.7
negativo	3	2.3

Las incidencias de grupo sanguíneo y factor Rh no varían de la población general atendida en el Hospital, como se verá mas adelante.

TABLA No. 9

ECLAMPSIA
EDAD GESTACIONAL AL MOMENTO DEL PARTO
H.N.E.R.M. 1958-1988 132 CASOS

SEMANAS DE GESTACION	No. CASOS	PORCENTAJE
20 - 27	5	4.9
28 - 31	7	5.5
32 - 36	36	28.3
37 - 40	59	46.5
Más de 40	20	15.7
No consignado	5	
PROMEDIO	36.5 semanas	

El 62% de eclámpticas tenía más de 37 semanas de gestación al momento del parto, mientras que 38% tuvieron parto prematuro.

TABLA No. 10

ECLAMPSIA
MOMENTO DEL EMBARAZO EN QUE OCURRIO
H.N.E.R.M. 1958-1988 132 CASOS

	No. CASOS	PORCENTAJE
Pre parto	79	59.8
Parto	22	16.7
Puerperio	31	23.5
Pre parto		
26 - 28 semanas	5	6.3
28 - 31 semanas	7	8.9
32 - 36 semanas	24	30.4
37 - 40 semanas	33	41.8
Más de 40 semanas	11	13.9

El 60% de pacientes presentaron las convulsiones y/o coma antes del parto, el 45% antes de las 37 semanas de embarazo. 29 de las 31 pacientes que convulsionaron en el puerperio, lo hicieron antes de 24 horas después del parto.

TABLA No. 11

ECLAMPSIA
TIPO DE PARTO
H.N.E.R.M. 1958-1988 132 CASOS

TIPO DE PARTO	No. CASOS	PORCENTAJE
Eutócico	42	31.8
Distócico	86	65.2
No tuvo parto	4	3.0
Parto distócico		
Cesárea (2 gemelares)	54	40.9
Forceps	13	9.8
Vacuum	13	9.8
Gemelar	4	3.0
Podálico	2	1.5

Das terceras partes de los partos fueron distócicos, incluyendo un 41% de cesáreas, 10% de forceps y vacuum, respectivamente, y 6 casos de gemelares.

TABLA No. 12

ECLAMPSIA
COMPLICACIONES DEL PUERPERIO
H.N.E.R.M. 1958-1988 132 CASOS

COMPLICACIONES	No. CASOS	PORCENTAJE
Muerte	25	18.9
Infección	18	13.6
Endometritis	8	
Retención restos	3	
Neumopatía aguda	2	
Pielonefritis	2	
Infección urinaria	2	
Pelviperitonitis	1	
Transfusión sanguínea	10	7.5
Insuficiencia renal aguda	4	3.0
Accidente cerebrovascular	3	2.3

La complicación más grave y frecuente fue la muerte materna, en 18.9%, seguida de infecciones diversas.

TABLA No. 13

ECLAMPSIA
DIAS DE HOSPITALIZACION
H.N.E.R.M. 1958-1988 132 CASOS

DIAS DE HOSPITALIZACION	No. CASOS	PORCENTAJE
Menos de 4	23	17.4
4 - 7	20	15.2
8 - 14	68	51.5
15 - 30	14	10.6
Más de 30	7	5.3
PROMEDIO	10.6 días	

El 68% de las pacientes permaneció hospitalizada más de una semana.

TABLA No. 14

ECLAMPSIA
PESO DE LOS RECIEN NACIDOS DE
MADRES ECLAMPTICAS
H.N.E.R.M. 1958-1988 113 CASOS

PESO EN GRAMOS	No. CASOS	PORCENTAJE
Menos de 1500	4	3.5
1500 - 1999	11	9.7
2000 - 2499	26	23.0
2500 - 2999	31	27.4
3000 - 3499	23	20.4
3500 - 3999	10	8.8
4000 ó más	8	7.1
PROMEDIO	2780 gramos	

Al nacer, 36% de los recién nacidos tenía peso por debajo de 2500 gramos, siendo el peso promedio 2780 gramos.

RECIEN NACIDO DE MADRE ECLAMPTICA

Se pudo obtener información de 119 recién nacidos de las 132 madres eclámpticas estudiadas, consiguiéndose sólo 113 historias clínicas.

Con respecto al sexo del recién nacido, 57 fueron sexo masculino y 62 sexo femenino.

TABLA No. 15

ECLAMPSIA APGAR AL NACER H.N.E.R.M. 1958-1988 113 CASOS

APGAR AL NACER	No. CASOS	PORCENTAJE
0	17	16.3
1 - 4	31	29.8
5 - 7	13	12.5
8 - 10	43	41.3
No consignado	9	

Hubo 16.3% de natimortalidad, mientras sólo 41% nació con buen Apgar.

TABLA No. 16

ECLAMPSIA EVOLUCION DE LOS NACIDOS VIVOS H.N.E.R.M. 1958-1988 40 CASOS

TIPO DE PARTO	BUENA EVOLUCION	MORTALIDAD NEONATAL
Parto eutócico	6	1 (16.6%)
Cesárea	21	2 (9.5%)
Vacuum	6	0
Forceps	2	0
Podálico	1	0
Gemelar (vaginal)	1	0

Hubo 3 muertes neonatales, los que sumados a las 17 muertes fetales tardías, dan una mortalidad perinatal de 17.7% ó 176.9 por 1000 nacidos vivos.

Al revisar los estudios de gestantes que consecutivamente fueron atendidas en el Hospital en años recientes (1984) y (1989) encontramos que, respectivamente, la edad promedio fue 28.6 y 28.3 años de edad, la gravidez promedio 2.8 y 2.5, periodo internatal 58.8 meses, 3.5 y 6.7 controles prenatales, antecedente de abortos 25% y parto prematuro 3.4%, complicaciones del presente embarazo como hipertensión inducida 3.3%, desprendimiento prematuro de la placenta 1.5% y anemia 35%; semana en que ocurrió el parto 38, parto eutócico 77.6 y 66.5%, cesárea 18.3 y 29.8%, parto podálico 1.4 y 2.2%, y 3.9 y 3.3 días de estancia hospitalaria. Con respecto al recién nacido, sexo masculino 46.7% y femenino 53.3%, peso menor a 2500 gramos 5.6 y 4.7%, respectivamente, entre 2500 y 4000 gramos 88.9 y 91.3% y más de 4000 gramos 5.6 y 3.9%, promedio 3382 y 3242 gramos, Apgar bueno en 95% y mortalidad perinatal 14 por 1000 RNV (4, 5).

DISCUSION Y COMENTARIOS

La incidencia de eclampsia en nuestro Hospital es 0.038%. En la Tabla No. 17 se hace un estudio comparativo con cifras encontradas en hospitales peruanos, observándose que nuestra incidencia ha sido la más baja de las reportadas en nuestro medio. Mabie y Sibai (66) señalan en el Current una incidencia variable entre 0.2 - 0.5% de partos.

TABLA No. 17

ECLAMPSIA INCIDENCIA COMPARATIVA CON ESTUDIOS NACIONALES H.N.E.R.M. 1958-1988 132 CASOS

HOSPITAL	PORCENTAJE (Ref.)
Cayetano Heredia de Lima	0.44 (7)
Cayetano Heredia de Piura	0.27 (8)
Belén de Trujillo	0.23 (9)
Honorio Delgado de Arequipa	0.21 (10)
Maternidad de Lima	0.12 (11)
Base Docente de Ica	0.12 (12)
General Base de Tingo María	0.08 (13)
San Bartolomé	0.06 (1)
Edgardo Rebagliati Martins	0.04 (Este reporte)

La mayor incidencia de casos de eclampsia en el primer quinquenio (1958-1963) en nuestro Hospital, podría significar que el control prenatal y el cuidado de la gestante mejoraron posteriormente. Sin embargo, después la incidencia no varía, lo que nos previene que seguiremos teniendo pacientes con esta temible complicación del embarazo y por lo que debemos mantenernos alertas para su manejo oportuno. Mabie y Sibai confirman que la incidencia de eclampsia no ha variado en su institución de Memphis en los últimos 20 años, lo cual nos indica la prevalencia de la enfermedad en nuestro hemisferio.

En nuestro país, la eclampsia ocurre mayormente en la adolescente (8, 9, 10, 11, 12, 13). Sin embargo, en nuestro Hospital, debido a que la gestante atendida es empleada o cónyuge de empleado, la eclampsia se presentó sólo en un 7.6% de adolescentes y, mas bien, mayormente entre los 20 y 29 años de edad. Pero, ese porcentaje de adolescentes eclámpticas fue siete veces mayor de lo esperado, y el promedio de edad 27.5 años de la eclámptica fue discretamente menor al promedio de edad 28.5 años de la gestante atendida en el Hospital.

El promedio de gravidez 2.26 en la eclámptica también fue menor al 2.6 de la población de embarazadas. El 58% de primigestas es mayor al 38% en la población de gestantes del Hospital, pero menor a los porcentajes de primigestas eclámpticas observadas en Maternidad de Lima, San Bartolomé, Cayetano Heredia de Lima, Base Docente de Ica, Belén de Trujillo y el 78% de Tingo María. Sólo el Hospital Cayetano Heredia de Piura reporta una incidencia menor (47%) de primigestas eclámpticas.

El corto periodo internatal en las multigestas eclámpticas llamó nuestra atención. El 45% tenía un internatal menor de 24 meses, y el promedio de 28.5 meses fue mucho menor al de la población gestante general que es

de 58.8 meses. Este hallazgo nos refuerza la idea de recomendar el espaciamiento de los nacimientos en las gestantes que atendemos cotidianamente.

Fue decepcionante ver que la asiduidad al control prenatal no impidió la aparición de la eclampsia. El promedio 4.48 controles fue cercano al 5.1 promedio en la población gestante del Hospital, la que tiene morbimortalidad materna y perinatal satisfactoria, de acuerdo a nuestros reportes anteriores (12, 13). Y, al revisar los antecedentes, sólo el 10% manifestó haber tenido hipertensión en embarazos previos, lo cual tampoco orientó a la presunción debida. Un buen control prenatal y la ausencia de antecedente de hipertensión no alejarían la aparición de la eclampsia.

Las complicaciones más frecuentes fueron la anemia (60%) —que más bien pudiera haber sido un factor predisponente—, la piuria (47%) —la que algunos autores niegan tenga relación con la hipertensión inducida por el embarazo—, el parto prematuro (34%), el sufrimiento fetal (14%). Con respecto a la anemia, podemos decir que la alta incidencia de 57% ha sido alcanzada en la actualidad por la población de gestantes atendidas en el Hospital, la que lógicamente se debe a una alimentación venida a menos. La frecuencia de piuria es alta, mucho mayor a lo que se solía observar en el Consultorio de Obstetricia en décadas anteriores. Sin embargo, en las últimas revisiones estadísticas se encuentra que la incidencia de piuria llega al 47% (3), lo que podría estar en relación a un incremento real de las infecciones urinarias o un mayor esfuerzo en su diagnóstico durante el manejo por las complicaciones que conlleva. Podría el manejo oportuno de una infección urinaria de fondo haber disminuido la incidencia de eclampsia, es una pregunta que puede ser motivo de consideración por los que estamos ligados a la atención de la futura madre.

La incidencia de parto prematuro en las recientes revisiones del Hospital es 1.7% (14), lo que es veinte veces menor al 34% de partos prematuros en la mujer ecláptica de nuestra revisión. Esta complicación aumenta el riesgo de morbimortalidad fetal y debe ser tenida en cuenta para el trabajo conjunto con el Neonatólogo desde el inicio de la atención de la gestante hipertensa grave.

La hipertensión arterial sólo se detectó en 13% de pacientes durante el control prenatal y, otra vez, no hizo preveer el desastre que ocurriría un poco después. La hipertensión inducida por la gestación se presenta en un 3.3% de la población de embarazadas del Hospital (3, 15). Y el desprendimiento prematuro de la placenta ocurrió en 7% de los casos, mientras en la población general es 1.5%. El D.P.P. ocurre más frecuentemente en la hipertensión inducida por el embarazo por los trastornos vasculares degenerativos deciduales y miometriales propios de la hipertensión inducida por el embarazo (16, 17).

Es también de interés que hubo 6 casos de embarazos gemelares (4.7% ó 1:22 casos), lo que es 4 veces mayor que la incidencia esperada de 1:83. Es conocido por los especialistas que los embarazos múltiples se complican con hipertensión inducida del embarazo, la que debe ser manejada apropiadamente apenas se descubre para evitar los estragos mayores de la enfermedad.

Con respecto al grupo sanguíneo y factor Rh de las gestantes con eclampsia, éstos no variaron de los hallazgos de Ruiz en su Tesis de Bachiller en el Hospital (18), en los que en 30156 pacientes, 66.8% fueron del grupo O, 23.9% del grupo A, 7.8% del grupo B y 1.65% del grupo AB; 97.7% Rh positivo y 2.27% Rh negativo. La

ecláptica tuvo la mitad de grupo B, 4.5 veces el grupo AB y las 2/3 partes de Rh negativo. Por ser nuestras cifras pequeñas, estas variaciones no son significativas.

Las convulsiones ocurrieron antes del parto en el 60%, intraparto en el 17% y en el puerperio en el 23%. Las revisiones de Maternidad de Lima (11) refieren las convulsiones pre-parto en el 85% de casos y, en San Bartolomé en el 67% (1), y en la literatura extranjera, Anderson (19) menciona que la mitad ocurren preparto y Mabie y Sibai (6), que el 75% convulsiona antes del parto. En nuestra casuística constatamos que las convulsiones ocurrieron antes de las 37 semanas en el 45% de gestantes; es decir, la enfermedad no necesita que la gestación llegue a término para que aparezca las convulsiones. Y de las convulsiones en el puerperio, 29 de 31 aparecieron antes de las 24 horas, de ahí la importancia de monitorizar la presión arterial en el puerperio inmediato.

El parto fue eutócico en sólo el 32% de los casos de eclampsia estudiados; es decir, dos terceras partes fueron distócicos, con 41% de cesáreas, y 10% de vacuum y fórceps, respectivamente. Estas operaciones, a pesar del riesgo potencial que en sí presentan, fueron para terminar el embarazo o el parto en un lapso menor al espontáneo.

CUADRO No. 1

COMPLICACIONES MATERNAS DE LA HIPERTENSION INDUCIDA POR EL EMBARAZO SEVERO

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

Eclampsia

Hemorragia cerebral

CARDIOPULMONAR

Edema pulmonar

Líquido pleural, pericárdico; ascitis

Colapso cardiovascular: shock

RENAL

Insuficiencia renal aguda

Síndrome nefrótico

DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE LA PLACENTA

HEMATOLOGICAS

Trombocitopenia

Hemólisis microangiopática

Coagulación intravascular diseminada

HEPATICAS

Trastornos funcionales leves

Hemorragia subcapsular

DESPRENDIMIENTO DE RETINA

MUERTE

El el Cuadro No. 1 se presenta las complicaciones maternas de la hipertensión inducida por la gestación. De ellas, la más grave, la muerte, ocurrió en 25 casos, es decir, el 18.94%, con una tasa de mortalidad materna de 0.62/10,000 ó 6.2/100,000 nacidos vivos, cifras que resultaron inferiores a las de San Bartolomé y Honorio Delgado de Arequipa (20) con 43 y 24.5%, respectivamente, y 4.3, 2.1, 1.1 y 1.1 por 10,000 nacimientos en los hospitales Maternidad de Lima, Belén de Trujillo, Cayetano Heredia de Lima y Tingo María, respectivamente, pero superiores al 14.9% del Cayetano Heredia de Piura y 4.34% de Ica.

En segundo término, complicaron el cuadro ecláptico las infecciones endometriales, urinarias, pulmonares y otras, sumando un 14%. Hubo cuatro casos de insuficiencia renal aguda y 3 accidentes cerebrovasculares.

Lo complejo del cuadro hipertensivo y de sus complicaciones hizo que la hospitalización fuera prolongada, con un promedio de 10.6 días, siendo el promedio general de menos de 4 días. Siete pacientes estuvieron en el Hospital más de 30 días.

En relación al recién nacido de madre ecláptica, éste pesó 2780 gramos como promedio, a diferencia de los 3312 que pesa el recién nacido promedio del Hospital, es decir, un 16% menos. El 36% tenía peso menor a 2500 gramos, a diferencia del 4.7% (14, 21) de la población general de recién nacidos. Aquí debemos considerar que, si bien hubo un alto porcentaje de prematuridad, una fracción importante de estos neonatos sufrieron de retardo de crecimiento intrauterino, lo cual conlleva una morbilidad diferente a la del prematuro (22, 23). Ambos grupos de bebés de peso bajo requirieron un manejo especial por el Servicio de Neonatología.

El Apgar fue bajo en 30% de los recién nacidos, lo cual fue seis veces más de lo esperado, y hubo 16% de natimuecos y 3 neonatimuecos, con una mortalidad perinatal de 17.7% ó 176.9/1000 nacimientos, es decir 11 veces más de la mortalidad del Hospital (16/1000) (4). Los reportes en hospitales de nuestro país nos refieren mortalidad perinatal en eclampsia de 28.3% en el San Bartolomé y 26.4% en el Honorio Delgado de Arequipa, y natimortalidad de 20% en el Regional de Ica, 10.1% en el Cayetano Heredia de Piura (25), 9% en la Maternidad de Lima y 4% en Tingo María.

Concluimos de nuestra revisión que la incidencia y la morbimortalidad materna y perinatal en la eclampsia no han variado en nuestro Hospital en los últimos veinticinco años. Que, a pesar que se atiende una población de gestantes de mayor edad y con mejores recursos económicos y de educación, se observa que la eclampsia ocurrió en mujeres algo más jóvenes, primigrávidas o con período internatal corto, con control pre natal adecuado, en quienes la baja incidencia de hipertensión inducida por el embarazo como antecedente o como complicación del presente embarazo

no hizo sospechar que llegarían a convulsionar. Que fueron complicaciones maternas de la eclampsia la piuria, el parto prematuro, el desprendimiento prematuro de la placenta, el parto distócico —principalmente la cesárea y el parto instrumentado—, la muerte en el 18.9% y las infecciones en las que sobrevivieron, siendo la hospitalización prolongada. Que dos terceras partes de las convulsiones ocurrieron antes del parto. Y que las complicaciones del recién nacido de ecláptica fueron la prematuridad, el retardo de crecimiento, el bajo Apgar y una mortalidad perinatal de 176/1000 nacimientos.

Ante la dificultad de prever cuál gestante va a presentar eclampsia, Anderson (19) nos recuerda que debemos estar alerta ante cualquier gestante en quien se acelera su hipertensión, que tiene dolor epigástrico, nublamiento de la vista, escotomas, cefalea o temblor. Que, aunque la diastólica no pase de 90 mm Hg, se inicie tratamiento preventivo de las convulsiones con sulfato de magnesio. Y que, instaladas las convulsiones, el tratamiento de elección sigue siendo el sulfato de magnesio, sujetar a la paciente, usar un depresor de lengua acolchado, mantener libre las vías aéreas y administrar oxígeno. Tomar una radiografía de tórax para descartar aspiración, colocar una sonda Foley, realizar los análisis necesarios, administrar hidralazina y terminar el embarazo en 4 a 8 horas como máximo, —una vez intentada la estabilización de la paciente—, por vía vaginal, después de estimulación hormonal, o vía cesárea, de acuerdo a las condiciones maternas, obstétricas y fetales. En nuestro Hospital no contamos con las drogas de elección (hidralazina y diazóxido parenteral), por lo que se utiliza la clonidina (4 a 6 ampollas en 500 ml de dextrosa 5% en agua) y el nitroprusiato de sodio (Unidad de Cuidados Intensivos), con monitorización de la presión arterial.

Siendo la recurrencia de la eclampsia 1:4 si la mujer es normotensa y 1:7-10 si es hipertensa crónica, se debe tomar las medidas obligadas de espaciamiento de los nacimientos.

BIBLIOGRAFIA

- Ludmir A, Pacheco J, Moreno D. y Valdivia E.: Eclampsia en dos hospitales de Lima.*
- Pacheco J. y Bacigalupo M.: Aspectos clínicos de la gestante en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins. Revisión no publicada.
- Garay R., Pacheco J. y Mosquito L.: Estudio socioeconómico y obstétrico de las gestantes atendidas en el Servicio 6 del HNERM, 1989. Presentado en las Reuniones Clínicas del Departamento de Obstetricia del HNERM, Julio 1989.
- Pacheco J., Gelsinger E. y García M.: Mortalidad Perinatal.**
- Alzamora A., Pastor A., Oliveros M. y Livia C.: El recién nacido macrosómico: incidencia y morbimortalidad. Ginecología y Obstetricia 30:24, 1986.
- Mable B. and Sibal B.: Hypertensive states of pregnancy. En Pernoff M. & Benson R. "Current Obstetrics & Gynecologic Diagnosis & Treatment", Appleton & Lange, Norwalk, Conn., 1987.
- Núñez J. y Sánchez A.: El parto en eclápticas. Ginecología y Obstetricia 34:47, 1988.
- Purlzaca M. y Hernández R.: Eclampsia.*
- Sánchez F., Mendoza J. y Serrano J.: Eclampsia en el Hospital Belén de Trujillo.*
- Pérez M. y Eguren J.: Enfermedad hipertensiva en el embarazo.*
- Arauzo G., Arcos D., Mldolo J., Prado C. y Arcos L.: Toxemias.*
- Nelra J., Carranza F., Gutiérrez N., Benedezú G., Morón H., Ormeño A. y Kong M.: Eclampsia.*
- Arauzo G.: Pacientes pre-eclápticas y eclápticas.*
- Castilla G., Oliveros M., Velásquez L., Pacheco J. y Livia C.: Características de las madres de los RNBP (2,500 gr.) en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins IPSS—Lima.***
- Pacheco J., Palomino C., Huaman M., Tapia R., y Gelsinger E.: Enfermedad hipertensiva del embarazo. **
- Brosens I., Dixon H.G. and Robertson W.B.: Fetal growth retardation and the arteries of the placental bed. Obstetrical and Gynecological Survey 33:319, 1978.
- Gelsinger E., Pacheco J., García M., Bacigalupo M. y Navarro J.: Desprendimiento prematuro de la placenta.**
- Ruiz R.: Estudio estadístico de los grupos sanguíneos y Rh del Hospital Central del Empleado. Tesis de Bachiller en Ciencias de Biología, UNMSM, 1967.
- Anderson G.D.: Pregnancy-induced hypertension. En Rivlin M., Morrison J. & Bates W. "Manual of Clinical Problems in Obstetrics and Gynecology", Little, Brown & Co., Boston/Toronto, 1986.
- Rodríguez C., Chávez E., Chávez G. y Auvert E.: Eclampsia: revisión del tratamiento.*
- Pacheco J., Bacigalupo M. y Oliveros M.: Características clínicas materno fetales en la prematuridad y el retardo de crecimiento. Ginecología y Obstetricia 30: 43, 1986.-
- Pacheco J. y Gelsinger E.: Retardo de crecimiento fetal Intrauterino. Ginecología y Obstetricia 30:30, 1986.
- Castilla G., Oliveros M., Velásquez L., Pacheco J. y Livia C.: Características de los RNBP (2,500 gr.). Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins IPSS—Lima.***

* Trabajos Libres presentados al VIII Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología, Arequipa, marzo 1985.

** Trabajos Libres presentados al VII Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología y II Congreso Peruano de Reproducción, Chiclayo, octubre 1981.

*** Trabajos Libres presentados al XIV Congreso Peruano de Pediatría y Cursos Internacionales, Tacna, marzo 1986.