

ARTÍCULO ORIGINAL

Calidad de vida en preeclampsia severa. Estudio observacional

Quality of life in severe preeclampsia. Observational study /
Qualidade de vida na pré-eclâmpsia grave. Estudo de observação

Juan Guillermo Barrientos Gómez¹, Juan Sebastián Parada Zuluaga¹, Laura Marcela Soto Monsalve², Luisa Fernanda Domínguez Mejía², Daniela Tavera Moncada²

Fecha de recepción:

23 de marzo de 2023.

Fecha de aprobación:

19 de septiembre de 2023.

RESUMEN

Objetivo: caracterizar las gestantes con preeclampsia severa y su calidad de vida en una institución de alta complejidad obstétrica.

Metodología: estudio observacional descriptivo. Se incluyeron gestantes con preeclampsia severa hospitalizadas entre enero a octubre del 2020. Se utilizó el cuestionario EuroQOL-5D-3L al ingreso y egreso para la medición de calidad de vida.

Resultados: el 75% tenían 33 años o menos, el 25% de ellas con embarazos a término, de forma predominante de procedencia rural y bajo nivel socioeconómico. El criterio de severidad más frecuente fue la cefalea moderada-grave y presión arterial >160/110mmHg. A lo largo de la estancia se presentó una tendencia a la mejoría del dolor-malestar y ansiedad-depresión, mientras que la movilidad, cuidado personal y realización de actividades cotidianas presentaron una tendencia a la desmejora.

Conclusiones: la preeclampsia severa no solo afecta clínicamente al binomio materno fetal, sino también sus dimensiones psicosociales. Se deben dirigir esfuerzos para una atención segura y humanizada con altos estándares de control del dolor y detección precoz de ansiedad-depresión, que apunten a una mayor calidad de vida de las gestantes con preeclampsia.

Palabras clave: calidad de vida; preeclampsia severa; evaluación de resultado en la atención de salud; encuestas y cuestionarios.

ABSTRACT

Objective: to characterize pregnant women with severe preeclampsia and their quality of life in a highly complex obstetric institution.

Methodology: descriptive observational study. Pregnant women with severe preeclampsia hospitalized between January and October 2020 were included. The EuroQOL-5D-3L questionnaire was used at admission and discharge to measure quality of life.

Results: 75% pregnant were 33 years old or younger, 25% of them with term pregnancies, predominantly from rural areas and low socioeconomic level. The most frequent severity criteria were moderate-severe headache and blood pressure >160/110 mmHg. Throughout the stay there was a tendency to improve pain-discomfort and anxiety-depression, while mobility, personal care and performance of daily activities presented a tendency to deteriorate.

Conclusions: severe preeclampsia not only clinically affects the maternal-fetal relationship, but also its psychosocial dimensions. Efforts should be directed towards safe and humanized care with high standards of pain control and early detection of anxiety-depression, which aim at a better quality of life for pregnant women with preeclampsia.

Keywords: quality of life; pre-eclampsia; health care outcome assessment; surveys and questionnaires.

Forma de citar este artículo:

Barrientos JG, Parada JS, Soto LM, Domínguez LF, Tavera D. Calidad de vida en preeclampsia severa. estudio observacional. Med UPB. 2024;43(1):47-55.

DOI:

<http://10.18566/medupb.v43n1.a05>

¹ Clínica Universitaria Bolivariana, Escuela de Ciencias de la Salud, Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia.

² Escuela de Ciencias de la Salud, Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia.

Dirección de correspondencia:

Juan Guillermo Barrientos Gómez. Correo electrónico: juan.barrientos@upb.edu.co

RESUMO

Objetivo: caracterizar gestantes com pré-eclâmpsia grave e sua qualidade de vida em uma instituição obstétrica de alta complexidade.

Metodologia: estudo observacional descritivo. Foram incluídas gestantes com pré-eclâmpsia grave internadas entre janeiro e outubro de 2020. O questionário EuroQOL-5D-3L foi utilizado na admissão e na alta para mensurar a qualidade de vida.

Resultados: 75% tinham 33 anos ou menos, 25% delas com gravidez a término, predominantemente provenientes de meios rurais e de baixo nível socioeconômico. O critério de gravidade mais frequente foi cefaleia moderada a intensa e pressão arterial >160/110mmHg. Ao longo da internação, houve tendência à melhora da dor-desconforto e da ansiedade-depressão, enquanto a mobilidade, os cuidados pessoais e a realização de atividades diárias apresentaram tendência à deterioração.

Conclusões: a pré-eclâmpsia grave não afeta apenas clinicamente a relação materno-fetal, mas também as suas dimensões psicossociais. Os esforços devem ser direcionados para uma assistência segura e humanizada, com elevados padrões de controle da dor e detecção precoce de ansiedade-depressão, que visem maior qualidade de vida às gestantes com pré-eclâmpsia.

Palavras-chave: qualidade de vida; pré-eclâmpsia grave; avaliação de resultados em cuidados de saúde; pesquisas e questionários.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos hipertensivos asociados al embarazo son una importante causa de mortalidad materna y morbimortalidad fetal a nivel mundial¹. La Organización Mundial de la Salud estima que hay más de 166.000 muertes anuales relacionadas con la preeclampsia. Su incidencia es del 5 al 10% de los embarazos, pero la mortalidad es cinco a nueve veces mayor en países en vía de desarrollo. En Colombia se estima que el 35% de las muertes maternas están asociadas a estos trastornos hipertensivos, por lo que es un problema prioritario de salud pública².

La preeclampsia es la nueva aparición de hipertensión (presión arterial sistólica sobre 140 mmHg o diastólica sobre 90 mmHg), que surge a partir de la semana 20 de embarazo, con la coexistencia de uno o más de los siguientes: proteinuria positiva o disfunción orgánica materna o disfunción útero placentaria³. Los paraclínicos son fundamentales para realizar el diagnóstico, además de una anamnesis completa y alta sospecha clínica. La preeclampsia puede provocar patologías en la materna que afectan su función hepática y renal, la vascularización cerebral y la coagulación², lo que propicia un escenario mórbido para ella y el feto. Los riesgos para este último son múltiples, tales como el crecimiento deficiente y prematuridad.

Dada la complejidad del trastorno y el riesgo de progresión a preeclampsia severa (PES), dichas maternas requieren ser hospitalizadas y tratadas en las unidades de cuidado intermedio, alto riesgo obstétrico o alta dependencia obstétrica. Lo anterior corresponde al carácter

fundamental de que su monitorización sea mucho más estrecha que la que se ofrece en hospitalización general; necesitan supervisión médica del parto y puerperio.

La PES arroja resultados significativamente peores que aquellas formas leves. De esta forma se establece que las mujeres que han sufrido esta patología pueden tener una reducción sustancial en su calidad de vida (CV)⁴ dado que la enfermedad puede generar cierto grado de ansiedad secundario a las limitaciones propiciadas por la misma enfermedad y por la apreciación del estado de salud y la de su hijo⁵. Algunos estudios de CV en embarazos de alto riesgo muestran peores resultados en las mujeres con preeclampsia, diabetes gestacional y en aquellas con depresión e insomnio, mientras que otros encuentran CV favorable siempre que la gestante realice actividad física rutinaria⁶⁻⁸.

En el contexto de una patología estudiada de forma amplia a nivel clínico, se busca describir la percepción de la CV relacionada en salud de las pacientes con PES en una institución de alta complejidad obstétrica.

METODOLOGÍA

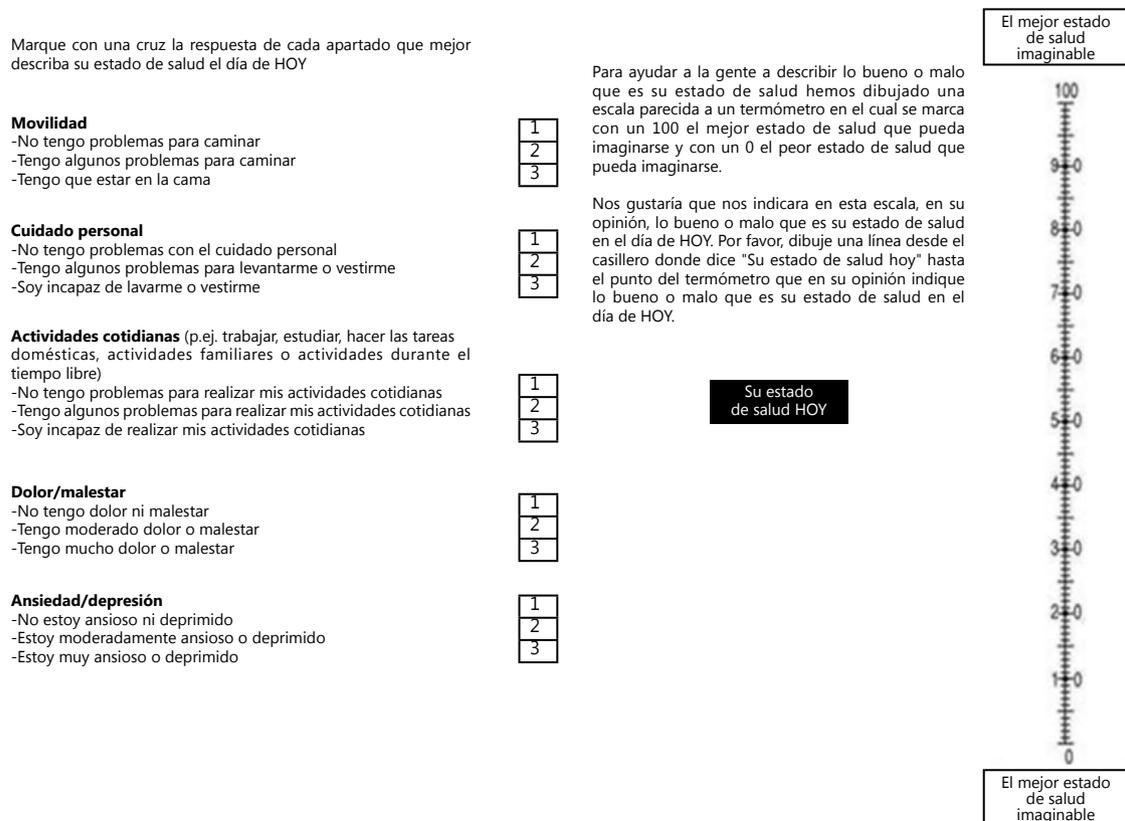
Estudio descriptivo, observacional, longitudinal y prospectivo, avalado por el Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Ciencias de la Salud de la Universidad Pontificia Bolivariana (Acta n°18 del 30 de septiembre de 2019). La población fueron las mujeres gestantes mayores de edad diagnosticadas con PES y hospitalizadas durante enero a octubre del 2020. Se realizó un muestreo no probabilístico esperando una muestra mínima de 80

participantes. Se elegiría toda gestante con un tiempo de estancia hospitalaria mayor o igual 24 horas y se excluiría toda gestante en uso de terapias invasivas durante las cuales no fuera posible u objetivable calificar los ítems del cuestionario EuroQOL-5D-3L o si fueran incapaces de responderlo por cualquier motivo. La recolección de información se llevó a cabo en tres momentos: cuestionario al ingreso previo consentimiento informado, recolección de variables durante su estancia y cuestionario al egreso hospitalario.

Se utilizó el cuestionario EuroQOL-5D-3L (figura 1) por su claridad, número reducido de ítems y aplicabilidad en nuestro medio, empleado incluso en mediciones y otros estudios institucionales. Se ha utilizado en gestantes en estado postparto y para identificar diferencias de CV relacionada con salud entre mujeres embarazadas y no embarazadas⁹⁻¹². Se trata de un cuestionario genérico,

mide la CV relacionada con salud, en este la persona valora su estado global de salud (1: no tengo problemas; 2: algunos o moderados problemas y 3: muchos problemas) desde cinco dimensiones (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar, ansiedad/depresión). Los dígitos para las dimensiones se pueden combinar en un número de cinco dígitos que describe el estado de salud del paciente^{11,13}. El cuestionario incluye una escala positiva visual analógica: EQ-VAS (a mayor puntaje mayor calidad de vida), esta se utiliza como una medida cuantitativa del resultado de salud que refleja el propio juicio del paciente¹⁴. Por último, el cuestionario puede utilizarse tanto en población general como en pacientes con diferentes patologías en aras de su inclusión en estudios de coste-efectividad o coste-utilidad, resulta útil en la asignación de recursos sanitarios.

Figura 1. Instrumento genérico para la medición de la CVRS (EuroQOL-5D-3L). Izquierda: dimensiones con puntuación de 1 a 3, proporcional a la alteración de la respectiva dimensión. Derecha: escala de autovaloración del estado de salud con puntuación de 0 a 100, proporcional a un mejor estado de salud.



Las variables se agruparon en sociodemográficas, clínicas y aquellas propias del cuestionario. La información se tomó de las gestantes a través de una entrevista y como fuente secundaria se acudió a la historia clínica electrónica. Los datos obtenidos se introdujeron en un instrumento diseñado en el programa Magpi®.

Para el control de sesgos, se incluyeron sin excepción todas las pacientes que cumplieran los criterios de elegibilidad hasta conseguir la muestra estimada, se controló el sesgo de selección. Se excluyeron a todas las pacientes cuya historia clínica electrónica careciera de las variables necesarias para el alcance del objetivo del estudio (por ejemplo, la presión arterial sistémica). Se capacitó al equipo de investigación en la realización del proceso de consentimiento informado y en cómo ejecutar la entrevista. Así mismo, se indicó la manera más eficiente y segura de encontrar la información requerida en la historia clínica electrónica. Con el fin de controlar el sesgo de confusión, se incluyeron todas las pacientes con diagnóstico de PES (O141).

Los datos fueron llevados a Microsoft Excel para su análisis mediante el programa IBM SPSS® 24 (Armonk, NY, EE. UU.). La descripción de las variables cualitativas se realizó a través de frecuencias absolutas y relativas, las variables se reportan con medianas y rango intercuartílico tras la respectiva prueba de normalidad. Se realizó un análisis univariado con frecuencias absolutas y relativas y la interpretación del cuestionario validado para la medición de la CV.

RESULTADOS

Se identificaron 105 gestantes que cumplieron los criterios de elegibilidad. Durante la recolección de información fueron retiradas nueve maternas al no poder recolectar sus variables clínicas completas.

Se incluyeron 96 gestantes. La media de estancia hospitalaria fue de 5.8 días, durante la misma el 44.8% presentó cifras tensionales en rango de severidad ($\geq 160/110$ mmHg), de las cuales el 16.7% requirió ingreso a la unidad de cuidado intensivo (UCI) y el 7.3% desarrolló insuficiencia renal aguda como complicación más frecuente (Ver tabla 1).

La presentación clínica de la PES en nuestras maternas (Ver tabla 2) fue uniforme respecto a otras series con esta condición de salud. Un estudio de casos y controles realizado en mujeres con PES identificó que

los problemas más frecuentes fueron (proporción caso-control): cefalea (31% vs. 2%), dolor en hipocondrio derecho (16% vs. 1%), alteraciones visuales (21% vs. 1%), astenia-adinamia (66% vs. 27%), pérdida subjetiva de concentración (37% vs. 16%) y alteración de la salud mental (37% vs. 6%). Además, el ingreso a la UCI se relacionó a presentar síntomas como cefalea, pérdida subjetiva de memoria y concentración durante un período de tiempo más prolongado¹⁵.

Tabla 1. Caracterización sociodemográfica (n= 96).

Variable	Unidad de medición, n (%)
Edad de la madre (años) [†]	28 (23-33)
Edad gestacional al ingreso (semanas) [†]	35 (33-37)
Procedencia	
Rural	74 (77.1)
Urbana	22 (22.9)
Estrato socioeconómico	
1	23 (24)
2	36 (37.5)
3	21 (21.9)
4	7 (7.3)
5	1 (1)
No estratificado (rural disperso)	8 (8.3)
Estado civil	
Unión libre	56 (58.3)
Casada	19 (19.8)
Soltera	18 (18.8)
Separada/divorciada	3 (3.1)
Ocupación laboral	47 (49)
Escolaridad	
Primaria	6 (6.2)
Básica	1 (1)
Secundaria	31 (32.3)
Tecnología	6 (6.3)
Técnica	27 (28.1)
Universitaria	10 (10.4)
Antecedente de preeclampsia severa	18 (18.8)

[†]Mediana (RIC: rango intercuartílico).

Tabla 2. Variables clínicas y paraclínicas al ingreso hospitalario (n=96).

Variable	n (%)
maternas	
Presión arterial sistémica	
Sistólica [†]	150 (140-160)
Diastólica [†]	100 (90-102,5)
Cefalea moderada – severa	49 (51)
Alteraciones neurológicas [‡]	38 (39.5)
Epigastralgia	36 (37.5)
Dolor torácico	13 (13.5)
Oliguria [§]	4 (4.2)
Eclampsia	3 (3.1)
Síndrome HELLP ⁺	21 (21.9)
Proteínas en orina	
Proteinuria > 300mg/dL	4/19 (21.1)
Relación proteinuria/creatinuria >0,3	55/82 (67.1)
Transaminasas	
AST (GOT) [†] _(U/L)	20 (15-40)
> 70	18/94 (19.1)
ALT (GGT) [†] _(U/L)	16 (10-41)
Plaquetas [†] _(x10⁹ /L)	211 (143-259)
< 100.000	16 (16.7)
LDH [†] _(U/L)	221(183-293)
> 600	5/94 (5.3)
Creatinina [†] _(mg/dL)	0.6 (0.5-0.7)
<0.8	72/94 (75)
0.8–1.1	18/94 (18.8)
>1.1	4/94 (4.2)
Fetales/obstétricas	
Restricción del crecimiento intrauterino	
Tipo I	17 (17.7)
Tipo II	2 (2.1)
Oligoamnios	2 (2.1)
Estado fetal no tranquilizador	7 (7.3)
Vía del parto	
Cesárea	71 (73.9)
Vaginal espontáneo	22 (22.9)
Vaginal instrumentado	3 (3.1)

[†]Mediana (RIC: rango intercuartílico); [‡] fotopsias, visión borrosa, parestesias; [§] gasto urinario <400 mL/24 horas;

⁺Síndrome HELLP (hemolisis, elevación de enzimas hepáticas, trombocitopenia).

Los criterios de PES incluyen trombocitopenia, alteración en la función hepática o renal, edema pulmonar o alteraciones neurológicas o visuales en una mujer que solía ser normotensa⁶. Sin embargo, algunas mujeres presentan hipertensión y signos multisistémicos que suele ser indicativos de la gravedad de la enfermedad en ausencia de proteinuria^{7,8}. En nuestra población, las cifras tensionales en rango de severidad fueron el segundo criterio más frecuente tras la cefalea moderada-severa. Así mismo, fueron frecuentes las fotopsias y la visión borrosa, lo que evidenció el predominio de una clínica neurológica. No se presentaron casos de hematoma retroplacentario, desprendimiento de placenta, ni rotura hepática; tampoco ataques cerebrovasculares, encefalopatía hipertensiva, edema pulmonar, embolismo de líquido amniótico, ni coagulación intravascular diseminada. La mortalidad fetal fue del 5% (5/93: 3/5 a edades gestacionales entre 23 y 26 semanas, 2/5 en el contexto de eclampsia). No hubo mortalidad materna.

Los paraclínicos son fundamentales para el diagnóstico, además de una adecuada anamnesis y alta sospecha clínica. La proteinuria como manifestación de disfunción endotelial y depósito de fibrina glomerular induce a una reducción de la función renal⁵, complicación más frecuente en nuestra población. La proteinuria en 24 horas fue positiva (>300mg) en cuatro de 19 muestras de nuestra población y fue el paraclínico ordenado con más frecuencia, la relación proteína/creatinina¹⁶ fue positiva (> 0.3) en 55 de 82 muestras.

Se analizó la percepción de CV de 93 gestantes, dado que tres maternas no se entrevistaron en su egreso al ser trasladadas a otras instituciones. El 86% (80/93) tenía

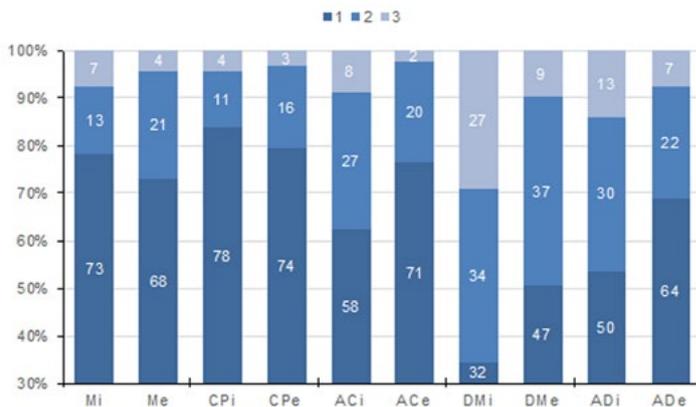
algún grado de afectación en su CV al ingreso (valoración en el cuestionario: 2 o 3), mientras que el 14% (13/93) restante ingresó sin afectación en alguna de las dimensiones estimadas (valoración en el cuestionario: 1). En todas las dimensiones observamos un comportamiento diferente entre el ingreso y el egreso hospitalario (figura 2).

La dimensión comprometida con más frecuencia al momento del egreso fue la movilidad. La diferencia de valoraciones mostró una leve tendencia hacia la dificultad para la movilidad; 20% (19/93) maternas se calificaron con menor capacidad para la movilidad al egreso, de las cuales 18/19 tuvieron parto por cesárea, lo que explicaría la respectiva afectación; el 63% (59/93) no tuvo variaciones en movilidad y el 16% (15/93) mejoraron en algún grado su movilidad (entre partos vaginales y cesáreas).

Respecto al cuidado personal, la diferencia de valoraciones no mostró una tendencia clara: con 77% (72/93) sin variación en el cuidado, se notó como frecuente la dificultad para el cuidado personal (13%, 12/93), pero mostró mejoría (10%, 9/93). Se observó una tendencia a la mejora de realización de actividades cotidianas con 29% (27/93), en contraste con el 14% (13/93) con menor puntaje al egreso.

Resulta interesante observar que en las pacientes la tendencia a mejores puntuaciones de dolor o malestar al egreso se presentó en el 37% (35/93); 51% (48/93) sin variación alguna y solo 11% (10/93) con mayor dolor que al ingreso (en especial las sometidas a cesárea). Así mismo, el 28% (26/93) de maternas se sintieron menos ansiosas o deprimidas, 58% (54/93) sin variaciones y 14% (13/93) con algún grado de mayor ansiedad o depresión respecto a su ingreso.

Figura 2. Cuestionario de CVRS EuroQOL-5D-3L: frecuencias de las cinco dimensiones (izquierda) y del EQ-VAS (derecha) al ingreso y egreso hospitalario (n=93). i: ingreso; e: egreso; M: movilidad; CP: cuidado personal; AC: actividades cotidianas; DM: dolor o malestar; AD: ansiedad o depresión. Cada dimensión tiene tres niveles de gravedad (1: no tengo problemas, 2: algunos o moderados problemas, 3: muchos problemas).



La mediana de la escala positiva de valoración global del estado de salud entre el ingreso (iEQ-VAS) y egreso hospitalario (eEQ-VAS) tuvo una tendencia al alza: 60 (RIC 40-80) y 90 (RIC 80-100) respectivamente. Así, más del 50% de la población presentó mejoría de 20 puntos o más de la percepción de su estado global de salud al momento del egreso (diferencia de medias 20 RIC 0-40).

DISCUSIÓN

La evaluación sistemática de la efectividad de los tratamientos e intervenciones sanitarias juega un papel importante dentro de las organizaciones de salud, tanto desde el punto de vista de los objetivos clínicos relevantes como en lo que concierne a la CV relacionada en salud, la satisfacción y las preferencias del paciente. En la actualidad, la evaluación de los resultados en salud poco a poco se convierte en un área interdisciplinaria que incluye varios aspectos, como la salud, comodidad física y dimensión mental y social¹⁷. La aparición de fenómenos sociales (envejecimiento demográfico, aumento de la dependencia, cronicidad de determinadas enfermedades, aumento de la demanda de calidad por parte de los usuarios, entre otros) obligan a dichas organizaciones a decidir con precisión qué intervenciones sanitarias producen los mejores resultados en la población, sin dejar de lado la limitación de los recursos y la variabilidad de la práctica clínica profesional¹⁸. Una gestación que curse con PES implica una serie de complicaciones que pueden causar malestar físico y psicológico en comparación con una gestación normal¹⁷.

Aunque no exista un cuestionario específico para la evaluación de CV en mujeres embarazadas, tampoco para mujeres con preeclampsia, utilizamos las dimensiones del EuroQOL-5D-3L sin su análisis numérico final, en aras de describir la frecuencia de las respectivas dimensiones y EQ-VAS, tanto al ingreso como al egreso. Otros estudios han utilizado el cuestionario WHOQOL-Bref^{8,17,18}, Ferrans & Powers *Quality of Life Index questionnaire*¹⁹, SF-36²⁰ entre otros instrumentos referentes a la depresión, ansiedad y resiliencia. Si bien existe literatura que practique el cuestionario en las maternas, no se encontraron resultados para gestantes con PES. Como ya se mencionó, se ha usado para el estado general, el postparto y diferenciar estado de mujeres gestantes y no gestantes^{9,11,12}.

Al observar la distribución de la valoración de dimensiones y EQ-VAS al ingreso hospitalario, evidenciamos que la autopercepción de CV de nuestras gestantes no fue satisfactoria. Esto en consonancia con un estudio que valora la relación entre trastornos hipertensivos asociados al embarazo y CV, donde se concluyó que todos los

dominios evaluados por las embarazadas hipertensas (salud, socioeconómico, psicológico-espiritual y familiar) alcanzaron peores puntuaciones que las de las mujeres embarazadas sin complicaciones (dominio salud fue el más bajo, mientras que el menos afectado fue el dominio familia)¹⁹. Otro estudio en contexto extrahospitalario mostró que las mujeres con PES presentaron una menor CV relacionada con la salud posparto que aquellas que con preeclampsia leve ($p < 0.05$ a las 6 semanas posparto), pero mejoran entre las seis y las 12 semanas posparto ($p < 0,05$). En comparación con las mujeres que tenían preeclampsia leve, las que experimentaron PES tenían una peor calidad de vida en el ámbito mental a las 12 semanas posparto ($p < 0,05$), atribuidas al ingreso en la UCI neonatal y la muerte perinatal²⁰. De esta forma, es importante destacar que el cribado de CV relacionado en salud, así como el de resiliencia y depresión puede ser apropiado para identificar a las gestantes que se beneficiarán del apoyo psicológico en la gestación actual desde el inicio del control prenatal y embarazos posteriores¹⁴.

Creemos que la práctica constante de la humanización de la atención, al igual que una mayor adherencia a las guías de práctica clínica de atención del parto y dolor agudo posoperatorio, pueden llevar a tendencias que diluciden un proceso integral de manejo del dolor y acompañamiento multidisciplinario humanizado. La tendencia a la mejoría de la CV de nuestras gestantes (diferencia de puntuación ingreso-egreso) va en consonancia con resultados de otros estudios. Se ha descrito que las mujeres con PES asistidas por un equipo multidisciplinario especializado y bien capacitado, por lo general pueden tener resultados positivos en cuanto a la CV de la madre y el neonato por una recepción oportuna, atención y tratamiento por personal idóneo^{4,21}.

Por otro lado, se han reportado mejores resultados de CV en mujeres con preeclampsia (aunque no severa) respecto a sus controles sanos, medido por el cuestionario WHOQOL-Bref (26 preguntas, 4 dominios: físico, psicológico, relaciones personales, calidad de vida del medio ambiente), debido al abordaje multidisciplinario recibido por las preeclámpticas en comparación con maternas sanas. A esto se le suman los cuidados periódicos por enfermería, seguimiento estricto por médicos especialistas¹⁷ y acompañamiento de psicología o trabajo social.

Es destacable el hallazgo y recomendación de un estudio en el cual identificaron que, después del alta de maternas con preeclampsia a hospitales periféricos, las pacientes a menudo declararon una interrupción abrupta de apoyo psicosocial. Así que recomiendan un programa de seguimiento estructurado para estos pacientes, contacto intensivo y prolongado de los neonatólogos y pediatras con los padres, con el objetivo de contribuir al cribado de la depresión materna^{22,23}, entre otras morbilidades.

El presente estudio tiene algunas limitaciones. La valoración de actividades cotidianas no fue equiparable al ingreso y egreso, ya que algunas de ellas (por ejemplo: trabajar, hacer tareas domésticas, actividades familiares) no las podían realizar durante la estancia ni al egreso. Así mismo, podría realizarse un análisis más detallado de la evaluación de CV si el diseño del estudio incluyera seguimiento extrahospitalario, caracterizar los posibles reingresos hospitalarios, morbimortalidad materno-fetal y costos en la atención. Adicional, se podría diseñar un nuevo estudio analítico que busque un posible impacto de variables sociodemográficas, clínicas y paraclínicas en la CV, e incluso en los costos de atención según severidad de la PES de acuerdo con la clasificación de grupos relacionados al diagnóstico (GRD).

Para concluir, es menester un conocimiento holístico de la PES y entender que no solo afecta las variables clínicas materno-fetales, sino también sus dimensiones psicológicas, sociales y familiares. Así, las instituciones deben conducir sus esfuerzos a brindar una atención segura y humanizada, con altos estándares asistenciales que integren la adecuada evolución clínica con CV.

Es importante generar estrategias que integren la autopercepción de CV de la madre en los indicadores institucionales en aras de identificar oportunidades de

mejora del proceso asistencial. Lo anterior permitirá encaminar a las maternas a un adecuado manejo del dolor, la detección temprana de la depresión posparto, también posibilitará identificar signos y síntomas predictores de estancias prolongadas y mortalidad materna.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

FINANCIACIÓN

Clínica Universitaria Bolivariana y Universidad Pontificia Bolivariana.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen el apoyo y cooperación en la gestión documental a la metodóloga Yudy Aguilar, Briam Jiménez y al personal de enfermería obstétrica de la Clínica Universitaria Bolivariana.

REFERENCIAS

- Huang C, Wei K, Lee PMY, Qin G, Yu Y, Li J. Maternal hypertensive disorder of pregnancy and mortality in offspring from birth to young adulthood: national population based cohort study. *BMJ*. 2022;379:e072157.
- Buitrago-Gutiérrez G, Castro-Sanguino A, Cifuentes-Borrero R, Ospino-Guzmán MP, Arévalo-Rodríguez I, Gómez-Sánchez PI, *et al*. Guía de Práctica Clínica para el abordaje de las complicaciones hipertensivas asociadas al embarazo. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2013;64(3):289-326.
- National Institute for Health and Care Excellence NICE. NICE Guideline Hypertension in Pregnancy: Diagnosis and management (NG133) [Internet]. NICE; 2023. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng133/chapter/recommendations#pre-eclampsia>
- Stern C, Trapp EM, Mautner E, Deutsch M, Lang U, Cervar-Zivkovic M. The impact of severe preeclampsia on maternal quality of life. *Qual Life Res*. 2014;23(3):1019-26.
- Byatt N, Hicks-Courant K, Davidson A, Levesque R, Mick E, Allison J, *et al*. Depression and anxiety among high-risk obstetric inpatients. *General Hospital Psychiatry*. 2014;36(6):644-9.
- Mourady D, Richa S, Karam R, Papazian T, Moussa FH, Osta NE, *et al*. Associations between quality of life, physical activity, worry, depression and insomnia: A cross-sectional designed study in healthy pregnant women. *Plos One*. 2017;12(5):e0178181.
- Pantartzis KA, Manolopoulos PP, Paschou SA, Kazakos K, Kotsa K, Goulis DG. Gestational diabetes mellitus and quality of life during the third trimester of pregnancy. *Qual Life Res*. 2019;28(5):1349-54.
- Postma IR, Groen H, Easterling TR, Tsigas EZ, Wilson ML, Porcel J, *et al*. The brain study: Cognition, quality of life and social functioning following preeclampsia; An observational study. *Pregnancy Hypertension*. 2013;3(4):227-34.
- Regan AK, Swathi PA, Nosek M, Gu NY. Measurement of health-related quality of life from conception to postpartum using the EQ-5D-5L among a national sample of us pregnant and postpartum adults. *Appl Health Econ Health Policy*. 2023;21(3):523-32.
- Viana RA, Navarro JL. Estado de salud de los colombianos: una aplicación del eq-5d-3l. *Archmed*. 2018;18(1):134-45.
- Wu H, Sun W, Chen H, Wu Y, Ding W, Liang S, *et al*. Health-related quality of life in different trimesters during pregnancy. *Health Qual Life Outcomes*. 2021;19(1):182.

12. Boutib A, Chergaoui S, Azizi A, Saad EM, Hilali A, Youlyouz I, *et al.* Health-related quality of life during three trimesters of pregnancy in Morocco: cross-sectional pilot study. *EClinicalMedicine*. 2023;57:101837.
13. Herdman M, Badia X, Berra S. El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Aten Primaria*. 2001;28(6):425-30.
14. Mautner E, Stern C, Deutsch M, Nagele E, Greimel E, Lang U, *et al.* The impact of resilience on psychological outcomes in women after preeclampsia: an observational cohort study. *Health Qual Life Outcomes*. 2013;11:194.
15. Roes EM, Raijmakers MT, Schoonenberg M, Wanner N, Peters WH, Steegers EA. Physical well-being in women with a history of severe preeclampsia. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2005;18(1):39-45.
16. Restrepo-Moreno M, Arango-Buitrago V, Gil-Pabón CJ, Campo-Campo MN, García-Posada RA, Gutiérrez-Marín JH, *et al.* Evaluación de las características operativas de la relación proteína / creatinina en orina ocasional para la detección de proteinuria significativa en gestantes con sospecha de preeclampsia. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2016;67(3):223.
17. Machado M, Bertagnolli TV, Veiga EC, Ferreira CJH, Duarte G, Machado J, *et al.* Multiprofessional care promotes of quality of life in pregnant women with preeclampsia: a cross-sectional study. *Clinics*. 2020;75:e1951.
18. Ferreira DQ, Nakamura MU, Souza E, Mariani C, Ribeiro MC, Santana T, *et al.* Função sexual e qualidade de vida em gestantes de baixo risco. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*. 2012;34(9):409-13.
19. Medeiros K, Pedrozo T, do Nascimento Andrade A, Victor EG, Nunes de Sousa M, de Abreu LC, *et al.* Association between hypertension and quality of life in pregnancy. *Hypertens Pregnancy*. 2016;35(3):306-14.
20. Hoedjes M, Berks D, Vogel I, Franx A, Duvekot JJ, Steegers EAP, *et al.* Poor health-related quality of life after severe preeclampsia. *Birth*. 2011;38(3):246-55.
21. Rezende CL, Souza JC. Qualidade de vida das gestantes de alto risco de um centro de atendimento à mulher. *Psicologo Informacao*. 2012;16(16):45-69.
22. Gaugler-Senden IPM, Duivenvoorden HJ, Filius A, Groot CJMD, Steegers EAP, Passchier J. Maternal psychosocial outcome after early onset preeclampsia and preterm birth. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2012;25(3):272-6.
23. Porcel J, Feigal C, Poye L, Postma IR, Zeeman GG, Olowoyeye A, *et al.* Hypertensive disorders of pregnancy and risk of screening positive for posttraumatic stress disorder: A cross-sectional study. *Pregnancy Hypertens*. 2013;3(4):254-60.