

11217
39
1ej



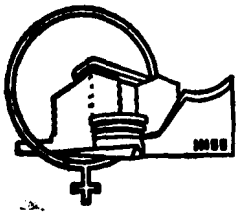
Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina
División de Estudios de Postgrado
Hospital de Ginecología y Obstetricia
"Dr. Luis Castelazo Ayala"
Jefatura de Enseñanza e Investigación
Instituto Mexicano del Seguro Social

"PERFIL CLINICO DE LA PACIENTE
CON ECLAMPSIA POSTPARTO"

TESIS DE POSTGRADO
Que para obtener el título de la Especialidad en
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
p r e s e n t a

DRA. MA. ESTHER A. NUÑEZ MORALES



Asesor: Dr. Enrique García Cáceres

México, D.F. TESIS CON
FALSA DE CREM

1987

[Handwritten signature]



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

	PAGINA
1.- INTRODUCCION	1
2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
UNIVERSO DE TRABAJO	
CRITERIOS DE INCLUSION	
CRITERIOS DE NO INCLUSION	7
3.- DISEÑO EXPERIMENTAL	8
4.- METODOLOGIA	10
5.- OBJETIVOS	11
6.- RESULTADOS	13
7.- ANALISIS	36
8.- CONCLUSIONES	47
9.- BIBLIOGRAFIA	49

I N T R O D U C C I O N

La eclampsia postparto es una entidad a la cual se le ha prestado poca atención en la literatura médica, tanto en el extranjero como en nuestro medio (1). Esto probablemente debido a que su frecuencia, diagnóstico y severidad sigue siendo controversial (1,2).

Además, los distintos autores no se han puesto de acuerdo en cuanto a si existe un límite de presentación en el postparto, y de establecerse de cuanto debe considerarse (2). Diversos autores han limitado el número de horas después del parto para establecer que las convulsiones son debidas a la eclampsia, y otros únicamente reportan el límite establecido de acuerdo a la población estudiada (3,4).

A pesar de que la eclampsia postparto parece ser la continuación de la toxemia grave, que de alguna manera se agrava por los acontecimientos del trabajo de parto y del parto mismo; lo cierto es que muestra características especiales que deben considerarse para poder definir si requiere de un análisis independiente (5).

Además, la eclampsia puede simular diferentes alteraciones morbosas, y esta confusión puede ser mayor en los casos de eclampsia postparto; ya que varias complicaciones anestésicas, quirúrgicas, metabólicas y neurológicas, pueden provocar crisis convulsivas posteriores al parto (5).

Cuando una mujer en el último trimestre del embarazo tiene convulsiones y/o coma asociados con hipertensión, proteinuria y edema, el diagnóstico

co de eclampsia se establece frecuentemente. Si el cuadro clínico es menos típico ó si las convulsiones ocurren uno ó más días después del parto, el diagnóstico es dudoso (5).

López-Llera define la eclampsia postparto como las convulsiones ocurridas hasta 14 días postparto. Su reporte de 18 casos no menciona cuántos de ellos se presentaron en más de 48 horas (7).

Autores como Jeffcoate y Lokenath establecen que la mayoría de los casos de eclampsia postparto ocurren durante el primer día del puerperio, y sólo una pequeña parte de los mismos presentan convulsiones durante el segundo día del puerperio (3,8).

En los 29 casos de eclampsia postparto reportados por Jeffcoate y Scott, las crisis convulsivas se presentaron dentro de las primeras 14 horas de haber concluido el tercer período del trabajo de parto, y otros autores como Lokenath y Page, encontraron datos similares. Estos resultados sugieren que la eclampsia postparto ocurriría usualmente cerca del parto, y que declina progresivamente dentro de las primeras horas del puerperio, siendo rara después de las 48 horas (3,4).

Otros autores, en cambio, muestran que la eclampsia postparto puede presentarse después de las 48 horas del parto. Por ejemplo, Stander desde el año de 1946 reportó en su población estudiada que la eclampsia podía ocurrir a los 4, 6 y 8 días del postparto, y paradójicamente no la encontró en las primeras 72 horas (9). Y Tatun las reporta a los 6, 11 y 15 días postparto, con un estudio clínico, de laboratorio e investigación neurológica

ca completos (10,11).

El manejo actual de los pacientes con preclampsia durante el embarazo ha propiciado que la incidencia de eclampsia pro y transparto disminuya; además, el falso concepto de que una vez resuelto el embarazo disminuyen las crisis convulsivas, dando por resultado que la atención en el puerperio no sea la adecuada, ha provocado un incremento relativo en la proporción de eclampsia postparto, reportado hasta de un 34% (1,2).

En nuestro medio, la frecuencia de eclampsia postparto reportada en el año de 1974 por Villalobos fue del 24%, siendo en ese entonces en la literatura mundial del 20 a 25% (1). En 1985, López-Llera reporta un total de 120 casos de eclampsia postparto recolectados durante un periodo de 15 años en el Hospital "Centro Médico Nacional" en la Ciudad de México, aunque no refiere la población total de pacientes con eclampsia en dicho reporte (5).

Sánchez-Torres realizó biopsias renales en 7 pacientes que presentaron crisis convulsivas 3 ó más días después del parto. En 4 de las 7 pacientes existían cambios glomerulares de hipertensión inducida por el embarazo (12).

Chapman y Karimi reportaron un caso de eclampsia postparto confirmado por autopsia describiendo los cambios producidos en los distintos órganos a los que llamó "cambios patológicos distintivos de eclampsia". Hacen referencia a una larga capa de sincitiotrofoblasto debajo de la decidua necrótica en el sitio de implantación placentaria; como una posible explicación al fenómeno (13). Estos reportes se encuentran de acuerdo con los de López-Llera, que refiere dichos cambios en la mayoría de las pacientes con eclampsia

postparto (14).

Acosta y Sison refieren que en cualquier mujer en periodo postparto que presente convulsiones con los signos, síntomas y resultados de laboratorio sugestivos de toxémia, en la cual, otras causas de convulsiones puedan excluirse, deberá considerarse el diagnóstico de eclampsia. Whapham y tatum coinciden en lo mismo (10).

Algunas condiciones que ocurren en el periodo postparto pueden ser confundidas con la eclampsia; por lo que debe hacerse el diagnóstico diferencial.

Se enlistan a continuación los padecimientos más frecuentemente referidos para el diagnóstico diferencial (2,4,10 a 19).

I. Accidentes cerebrovasculares

- a) Trombosis de la vena cerebral
- b) Oclusión arterial cerebral
- c) Embolia de la arteria cerebral
- d) Hemorragia intracerebral

II. Enfermedad hipertensiva

- a) Encefalopatía hipertensiva
- b) Feocromocitoma

III. Lesiones del SNC por masas ocupativas

- a) Tumores
- b) Abscesos

IV. Enfermedades infecciosas

- a) Meningitis
- b) Encefalitis

V. Padecimientos renales

- a) Nefritis
- b) Nefrosis

VI. Alteraciones metabólicas

- a) Hipoglucemia
- b) Hipocalcemia
- c) Alcalosis
- d) Uremia
- e) Intoxicación por agua

VII. Convulsiones por Ergotrate

VIII. Epilepsia

IX. Otros: alcoholismo, histéris, escleroderma, etc.

Hunter, Howard, y McDormick, en 1960 refirieron la presencia de una sustancia llamada histerotonina, la cual se encuentra en la decidua, líquido amniótico, plasma, y con gran concentración en la decidua de pacientes toxémicas. Reportaron 63 casos de tratamiento por medio de legrado uterino, y en una de ellas se presentó una respuesta dramática (20,21). Posteriormente, Haren y McIndoe lo emplearon en una paciente con muy buenos resultados (22). En la actualidad, no es habitual emplear el legrado uterino en el tratamiento de las pacientes con toxemia ó eclampsia postparto.

Villalobos refiere en su artículo publicado en 1974, que será posible reducir la frecuencia de eclampsia postparto en la medida que se obtenga una mejor vigilancia prenatal, una preparación y sedación adecuada y oportuna, así como prolongando los cuidados al puerperio por lo menos 24 hrs. del postparto.

En 1985, López-Llera realiza un análisis comparativo entre las pacientes con eclampsia postparto y las pacientes con eclampsia ante e intraparto para detectar diferencias significativas que justifiquen un estudio independiente. Encuentra que las diferencias más importantes se dan en las tasas de mortalidad perinatal, "que reflejan diferencias claras en el peso fetal y la edad gestacional". Sus datos recolectados se inclinan a favor de una menor mortalidad en los casos de eclampsia postparto. Las pacientes con eclampsia postparto tuvieron una mayor paridad previa que aquellas con eclampsia anteparto e intraparto; lo que explicaría que complicaciones como hemorragia postparto, retención placentaria, desprendimiento prematuro de placenta, embarazo gemelar, presentación pélvica, y partos distócicos ocurrieran más frecuentemente en esta población como habitualmente ocurre. Los principales signos de eclampsia fueron significativamente menores en su población postparto. 3 pacientes presentaron hemorragia cerebral parenquimatosa en la necropsia (5).

Con lo anteriormente expuesto, lo revisado en la literatura previa (1 al 32) y careciendo de datos actuales de la eclampsia postparto en nuestro hospital, se decidió realizar una revisión de los casos detectados en la Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos para obtener un análisis de nuestra causalidad y observar si es similar a la literatura mundial, ó si contiene diferencias significativas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En la literatura mundial se menciona que la eclampsia postparto puede ser tan sólo continuación de la evolución natural de la preclampsia severa, ó bien, se le atribuyen características especiales que dan lugar a un análisis independiente.

Esto tiene importancia ya que resulta indispensable para interpretar en forma adecuada el diagnóstico diferencial, sus implicaciones patogénicas, un adecuado tratamiento y evaluar las tasas de mortalidad.

Por lo tanto, se revisaron todas aquellas pacientes con cuadro clínico de eclampsia, para conocer las características de la eclampsia postparto.

UNIVERSO DE TRABAJO.

Pacientes que a su egreso de la Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos del Hospital "Luis Castelazo Ayala", durante el período del mes de Junio de 1985 al mes de Octubre de 1986, tuvieron el diagnóstico de Eclampsia.

CRITERIOS DE INCLUSION.

- 1.- Aquellas pacientes que presenten eclampsia preparto
- 2.- Con eclampsia transparto
- 3.- Quienes hayan presentado eclampsia postparto
- 4.- Que cubran los criterios de eclampsia de acuerdo a los especificados en las normas del Hospital.

CRITERIOS DE NO INCLUSION.

- 1.- Pacientes que no cubran los criterios de la definición de eclampsia

de acuerdo a las normas del Hospital.

DISEÑO EXPERIMENTAL.

Estudio retrospectivo de una variable dependiente con respecto de otras variables independientes.

VARIABLE DEPENDIENTE:

Eclampsia

En sus 3 subgrupos:

- A) Eclampsia preparto
- B) Eclampsia transparto
- C) Eclampsia postparto

VARIABLES INDEPENDIENTES:

- 1) Edad
- 2) Antecedentes personales patológicos y no patológicos
- 3) Antecedentes gineco-obstétricos:
 - gesta
 - partos
 - cesáreas
 - abortos
- 4) Edad del embarazo
- 5) Cuadro clínico:
 - estado de conciencia al ingreso
 - tensión arterial
 - edema

- proteinuria
- momento del diagnóstico de toxemia

6) Vía de interrupción del embarazo:

- parto
- cesárea

7) Indicación de la cesárea:

- preclampsia
- eclampsia
- otros

8) Morbilidad materna:

- accidente vascular cerebral
- hemólisis vascular microangiopática
- coagulación intravascular diseminada
- insuficiencia renal aguda
- ruptura hepática
- insuficiencia respiratoria
- insuficiencia cardíaca
- desprendimiento prematuro de placenta _
normoinsera
- tiempo de estancia hospitalaria en la _

UCIA

9) Mortalidad materna

10) Producto:

- peso
- apgar

- óbitos

- 11) Tiempo transcurrido de puerperio para la presentación de eclampsia postparto

METODOLOGIA.

• Inicialmente se formó un sólo grupo de pacientes en base al diagnóstico clínico final de eclampsia, utilizando los criterios especificados en las normas médicas del Hospital Luis Castelazo Ayala.

• Posteriormente, se formaron 3 subgrupos en base al momento de aparición de las crisis convulsivas en relación al parto:

- al grupo 1: pacientes con diagnóstico de eclampsia preparto.
- al grupo 2: pacientes con diagnóstico de eclampsia transparto.
- al grupo 3: pacientes con diagnóstico de eclampsia postparto.

• En este estudio, el término "parto" señala la vía de interrupción del embarazo tanto por vía vaginal como por vía abdominal (cesárea), y los prefijos: pre, trans y post, se refieren al momento de aparición de la primera crisis convulsiva en relación al trabajo de parto en cualquiera de sus 3 períodos.

• Las variables independientes se obtuvieron de los diagnósticos anotados en las notas médicas del expediente.

• La recolección de datos se llevó a cabo en un formato especialmente elaborado para este fin.

METODOLOGIA ESTADISTICA.

- Chi cuadrada (χ^2)
- Correlación de variables

OBJETIVOS.

GENERAL.-

Analizar el perfil clínico de la paciente con eclampsia postparto, para compararla con la preparto y transparto, y así conocer si la primera tiene características que la hagan diferente desde el punto de vista de evolución, ó pronóstico que justifique una clasificación independiente, ó si son simplemente una misma entidad con momentos diferentes de aparición en relación al evento del parto.

INTERMEDIOS.-

- 1.- Determinar la frecuencia de eclampsia postparto dentro de la población estudiada.
- 2.- Analizar los antecedentes de las pacientes con eclampsia pre, trans y postparto.
- 3.- Identificar en el cuadro clínico de las pacientes con eclampsia pre, trans, y postparto, sus posibles diferencias.
- 4.- Cuantificar el tiempo de estancia en las sobrevivientes de los distintos grupos.
- 5.- Comparar morbilidad y mortalidad de las pacientes con eclampsia pre, trans, y postparto (frecuencia de: Accidente vascular cerebral, Hemólisis, coagulación intravascular diseminada, insuficiencia renal aguda, ruptura hepática, insuficiencia respiratoria y cardiaca, edema pulmonar aguda, DPPNI - otros.)
- 6.- Número de defunciones y su causa.
- 7.- Morbilidad y mortalidad de los productos de madres con eclampsia pre, trans, y postparto (agar, peso, óbitos).

8.- Identificar en la eclampsia postparto el tiempo de puerperio para el -
inicio de la primera crisis convulsiva.

RESULTADOS.

Del mes de Junio de 1985 al mes de Octubre de 1986, se recolectaron en la Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos del Hospital "Luis Castelazo Ayala", un total de 84 pacientes con diagnóstico de eclampsia.

La frecuencia para los 3 subgrupos fue la siguiente:

- A) parto: 58 pacientes (69.0%)
 - B) transparto: 11 pacientes (13.1%)
 - C) postparto: 15 pacientes (17.9%)
- Total: 84 pacientes (100.0%)

1) EDAD

El grupo total de pacientes osciló entre 14 y 41 años de edad.

La media de la población fue de 24.4 años de edad.

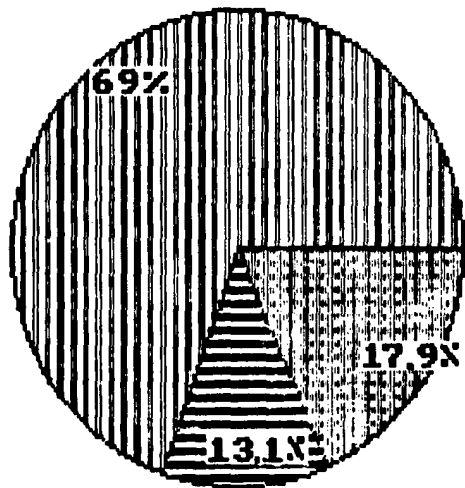
Con la finalidad de observar la distribución de edades en los 3 subgrupos de comparación, se agruparon como sigue:

- 1.- menos de 20 años de edad
- 2.- entre 20 y 30 años de edad
- 3.- más de 30 años de edad




Encontrando:

- A) parto:
 - 1.- 13 pacientes (22.4%)
 - 2.- 32 pacientes (55.2%)
 - 3.- 13 pacientes (22.4%)
- Total: 58 pacientes (100.0%)

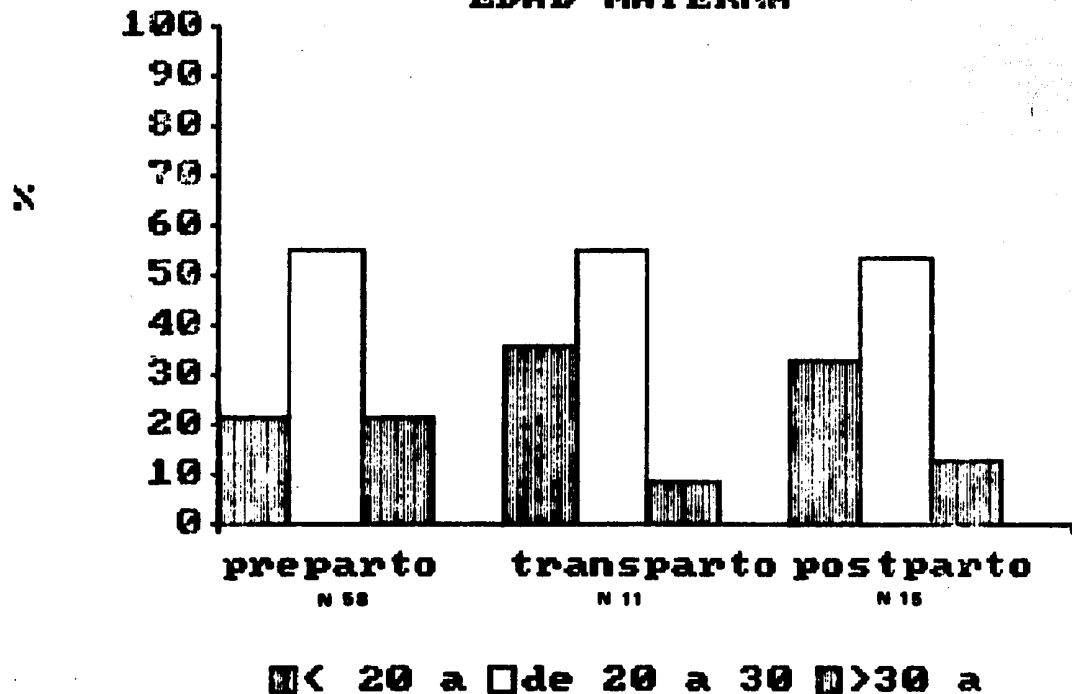
FRECUENCIA DE ECLAMPSIA



N = 84

-  **preparto 58**
-  **transparto 11**
-  **postparto 15**

EDAD MATERNA



B) transparto:

1.- 4 pacientes (36,3%)

2.- 6 pacientes (54,5%)

3.- 1 paciente (9,1%)

Total: 11 pacientes (100,0%)

C) postparto:

1.- 5 pacientes (33,3%)

2.- 8 pacientes (53,3%)

3.- 2 pacientes (13,3%)

Total: 15 pacientes (100,0%)

El grupo más numeroso fue el comprendido entre las edades de 20 a 30 años de edad con 46 pacientes (54,6%). $p = .6945$

2) ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS Y NO PATOLOGICOS

No se recolectaron suficientes datos de los expedientes para ser expuestos.

3) ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

- GESTA

La gestación de las pacientes oscilaba entre 1 a 9 embarazos.

La media fue de 1,8 hijos x mujer

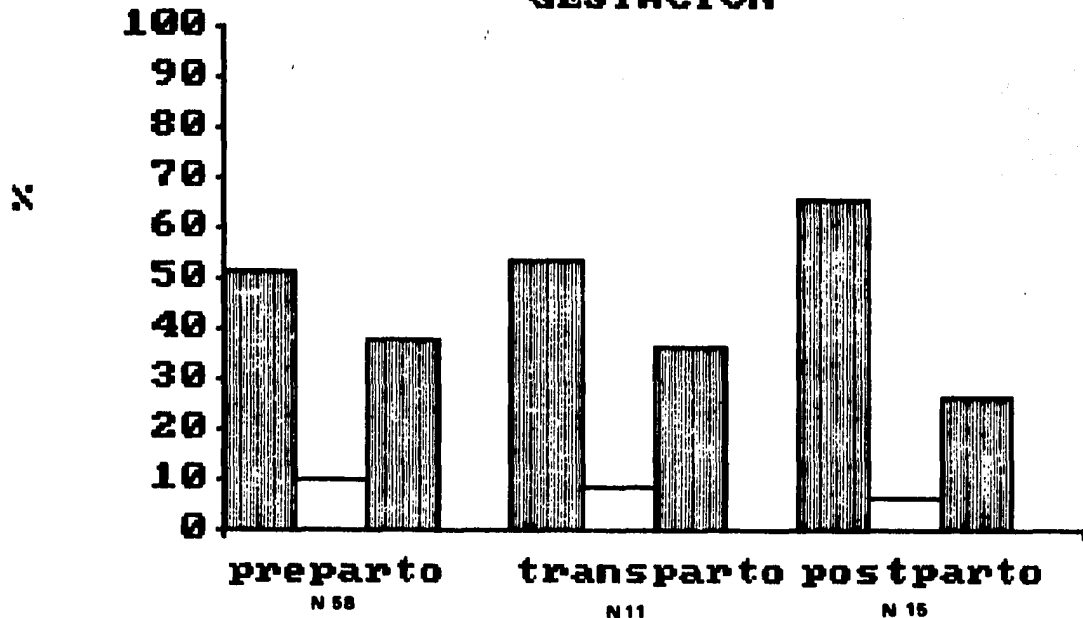
Con la finalidad de observar la distribución del número de embarazos en los 3 niveles de comparación, se agruparon como sigue:

1.- primigestas

2.- secundigestas

3.- multiparas (3 ó más embarazos)

GESTACION



■ primigestas □ secundigestas ■ multiparas

Encontrando:

A) parto:

1.- 30 pacientes (51.7%)

2.- 6 pacientes (10.3%)

3.- 22 pacientes (38.0%)

Total: 58 pacientes (100.0%)

B) transparto:

1.- 5 pacientes (54.5%)

2.- 1 paciente (9.1%)

3.- 4 pacientes (36.4%)

Total: 11 pacientes (100.0%)

C) postparto:

1.- 10 pacientes (66.7%)

2.- 1 paciente (6.7%)

3.- 4 pacientes (26.6%)

Total: 15 pacientes (100.0%)

El grupo más numeroso fue el de las primigestas con un total de 45 pacientes, que corresponde al 54.8% de la población total. $p = .9841$

- PARTOS

El número de partos en embarazos previos, en las pacientes de la población, osciló de 0 a 7.

Para su estudio se dividió como sigue:

1.- sin partos en embarazos anteriores

2.- con 1 parto, en embarazos anteriores

3.- con 2 ó más partos, en embarazos anteriores

Encontrando:

A) preparto:

1.- 41 pacientes (70.7%)

2.- 4 pacientes (6.9%)

3.- 13 pacientes (22.4%)

Total: 58 pacientes (100.0%)

B) tranparto:

1.- 8 pacientes (72.7%)

2.- 1 paciente (9.1%)

3.- 2 pacientes (18.2%)

Total: 11 pacientes (100.0%)

C) postparto:

1.- 13 pacientes (86.7%)

2.- 1 paciente (6.7%)

3.- 1 paciente (6.7%)

Total: 15 pacientes (100.0%)

Siendo el grupo más numeroso el de aquellas pacientes que no tenían partos previos al embarazo actual, con 62 pacientes, que representa el 73.0% de la población. $p = .9843$

- DESAREAS

Para su estudio, se distribuyó de la siguiente manera:

1.- sin cesáreas en embarazos previos

2.- con una cesárea en embarazos previos

3.- con 2 ó más cesáreas en embarazos previos

Encontrando:

A) preparto:

1.- 53 pacientes (91,4%)

2.- 3 pacientes (5,2%)

3.- 2 pacientes (3,4%)

Total: 58 pacientes (100,0%)

B) transparto:

1.- 11 pacientes (100,0%)

2.- 0 pacientes (0,0%)

3.- 0 pacientes (0,0%)

Total: 11 pacientes (100,0%)

C) postparto:

1.- 15 pacientes (100,0%)

2.- 0 pacientes (0,0%)

3.- 0 pacientes (0,0%)

Total: 15 pacientes (100,0%)

El grupo más numeroso fue el de pacientes sin antecedentes de cesáreas al embarazo actual, con 79 pacientes, representando el 94% de la población total.

$p = .6657$

- ABORTOS

Para su estudio se dividieron en :

1.- Sin abortos en embarazos previos al actual

2.- con 1 aborto previo al embarazo actual

3.- con 2 abortos previos al embarazo actual *

* En la población no se reportó ninguna paciente con más de 2 abortos.

Encontrando:

A) preparto:

1.- 50 pacientes (86.2%)

2.- 6 pacientes (10.3%)

3.- 2 pacientes (3.4%)

Total: 58 pacientes (100.0%)

B) transparto:

1.- 11 pacientes (100.0%)

2.- 0 pacientes (0.0%)

3.- 0 pacientes (0.0%)

Total: 11 pacientes (100.0%)

C) postparto:

1.- 15 pacientes (100.0%)

2.- 0 pacientes (0.0%)

3.- 0 pacientes (0.0%)

Total: 15 pacientes (100.0%)

El grupo más numeroso corresponde a las pacientes sin abortos en embarazos previos al actual, con 75 pacientes, que representa el 90.5% de la población total. $p = .4109$

4) EDAD DEL EMBARAZO

En la población estudiada, la edad del embarazo oscilaba entre 28 y 43 semanas de gestación.

Para su estudio el grupo se dividió de la siguiente manera:

1.- con embarazo de 28 a 34 semanas de gestación

2.- con embarazo de 35 a 37 semanas de gestación

3.- con embarazo de 38 a 42 semanas de gestación

4.- con embarazo de más de 42 semanas de gestación

5.- en cuyo expediente de las pacientes no se encontró reportado el número de semanas de gestación.

Encontrando:

A) parto:

1.- 22 pacientes (37.9%)

2.- 15 pacientes (25.9%)

3.- 10 pacientes (17.2%)

4.- 1 paciente (1.7%)

5.- 10 pacientes (17.2%)

Total: 58 pacientes (100.0%)

B) transparto:

1.- 3 pacientes (27.3%)

2.- 0 pacientes (0.0%)

3.- 4 pacientes (35.4%)

4.- 0 pacientes (0.0%)

5.- 4 pacientes (35.4%)

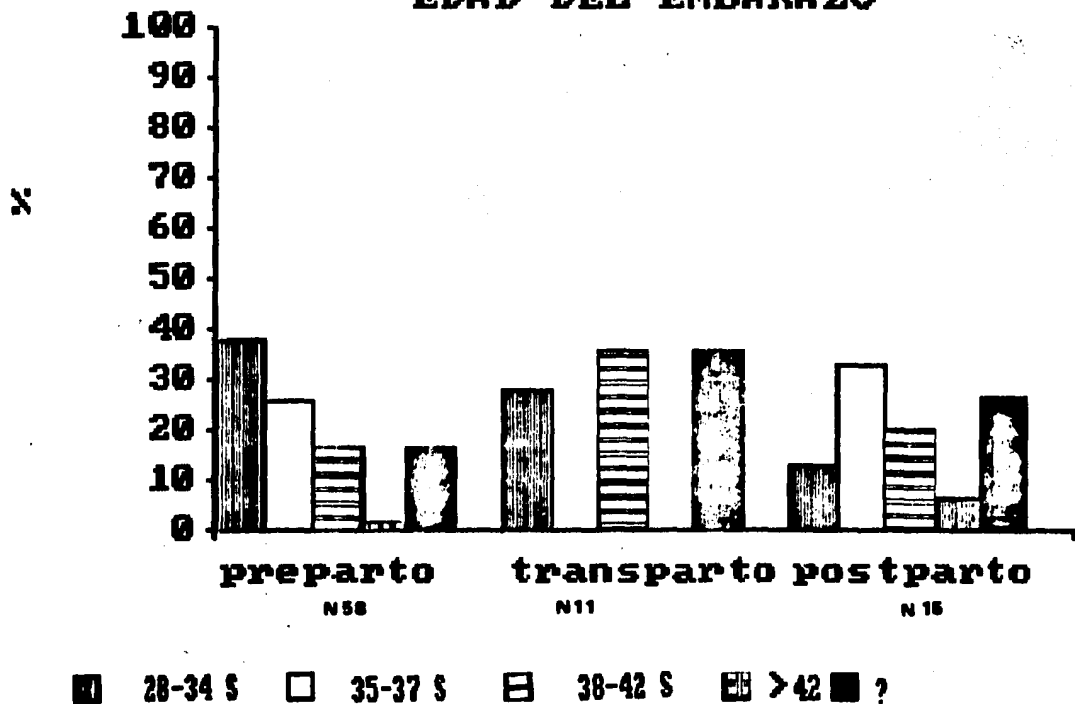
Total: 11 pacientes (100.0%)

C) postparto:

1.- 2 pacientes (13.3%)

2.- 5 pacientes (33.3%)

EDAD DEL EMBARAZO



3.- 3 pacientes (20,0%)

4.- 1 paciente (6,7%)

5.- 4 pacientes (26,7%)

Total: 15 pacientes (100,0%)

El grupo más numeroso correspondió al de las pacientes con embarazo entre 28 y 34 semanas de gestación, con 27 pacientes, correspondió a un porcentaje del 32,1%. $p = .2231$

Sin embargo, al desglosarse por niveles encontramos:

A) preparto:

El grupo mayor correspondió a las pacientes con embarazos entre 20 y 34 semanas, lo que representa el 37,9% de la población, con 22 pacientes.

B) transparto:

El grupo mayor correspondió a las pacientes con embarazos de término con un total de 4 pacientes, correspondiendo al 36,4% de la población.

C) postparto:

El grupo más numeroso correspondió a las pacientes con embarazos entre 35 y 37 semanas, con 5 pacientes, lo que representa el 33,3% de la población estudiada.

5) CUADRO CLINICO

- ESTADO DE CONCIENCIA AL INGRESO

Para su estudio, el estado de conciencia fue dividido de la siguiente manera:

1.- pacientes concientes

2.- pacientes soporosas

3.- pacientes inconcientes

Encontrando:

A) preparto:

1.- 6 pacientes (10,3%)

2.- 10 pacientes (32,8%)

3.- 33 pacientes (56,9%)

Total: 58 pacientes (100,0%)

B) transparto:

1.- 1 paciente (9,1%)

2.- 5 pacientes (45,8%)

3.- 5 pacientes (45,8%)

Total: 11 pacientes (100,0%)

C) postparto:

1.- 2 pacientes (13,3%)

2.- 5 pacientes (33,3%)

3.- 8 pacientes (53,3%)

Total: 15 pacientes (100,0%)

El grupo más numeroso fue el de las pacientes que ingresaron en estado de inconciencia motivado por las crisis convulsivas, con 46 pacientes, lo que corresponde al 54,8% de la población total. $p = .8338$

- TENSION ARTERIAL

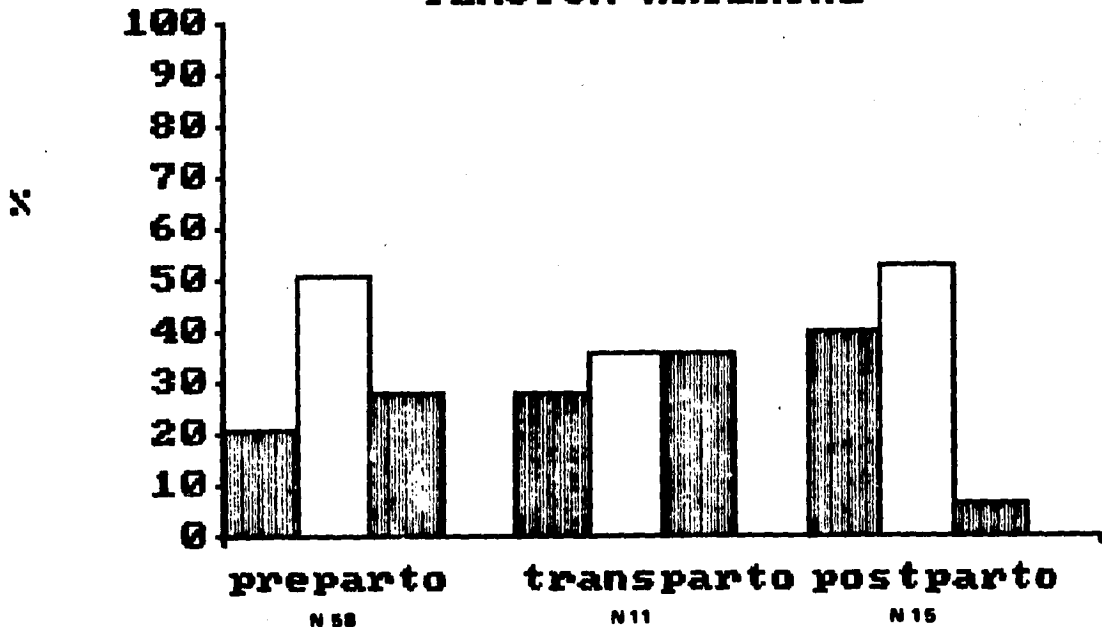
Para su estudio la tensión arterial fue agrupada como sigue:

1.- TA: hasta de 140/90

2.- TA: mayor de 140/90, pero menor de 180/120

3.- TA: mayor de 180/120

TENSION ARTERIAL



▨ hasta $140/90$ □ $>140/90$ < $180/120$ ▨ $>180/120$

Encontrando en los distintos niveles:

A) preparto:

1.- 12 pacientes (20,7%)

2.- 30 pacientes (51,7%)

3.- 16 pacientes (27,6%)

Total: 58 pacientes (100,0%)

B) transparto:

1.- 3 pacientes (27,3%)

2.- 4 pacientes (36,4%)

3.- 4 pacientes (36,4%)

Total: 11 pacientes (100,0%)

C) postparto:

1.- 6 pacientes (40,0%)

2.- 8 pacientes (53,3%)

3.- 1 paciente (6,7%)

Total: 15 pacientes (100,0%)

La mayor población corresponde al grupo de pacientes con TA de más de
140/90, pero menor de 180/120, con 42 pacientes, que corresponde al 50,0% de
la población total. $p = .2852$

- EDEMA

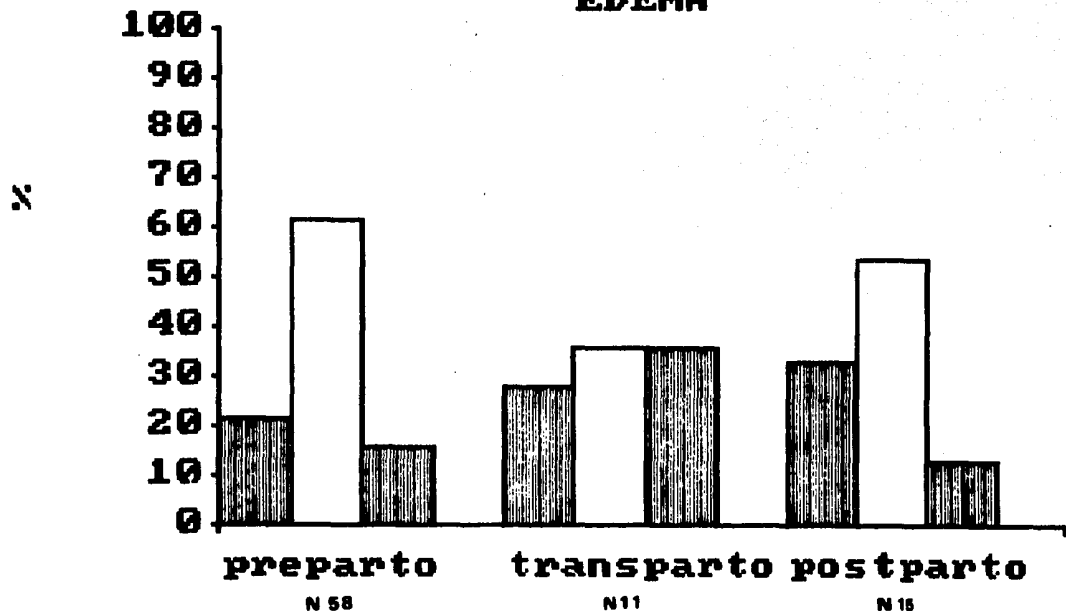
Para su estudio fue dividido en los siguientes grupos clínicos:

1.- sin edema

2.- con edema de + a ++

3.- con edema de más de +++

EDEMA



■ sin edema □ edema + a ++ ▨ edema > ++

Encontrando:

A) preparto:

1.- 13 pacientes (22,4%)

2.- 35 pacientes (60,3%)

3.- 10 pacientes (17,2%)

Total: 58 pacientes (100,0%)

B) transparto:

1.- 3 pacientes (27,3%)

2.- 4 pacientes (36,4%)

3.- 4 pacientes (36,4%)

Total: 11 pacientes (100,0%)

C) postparto:

1.- 5 pacientes (33,3%)

2.- 8 pacientes (53,3%)

3.- 2 pacientes (13,4%)

Total: 15 pacientes (100,0%)

La mayor población corresponde al grupo de pacientes con edema de + a ++ con 47 pacientes, que corresponde al 55,9% de la población total. $p = .2331$

- PROTEINURIA

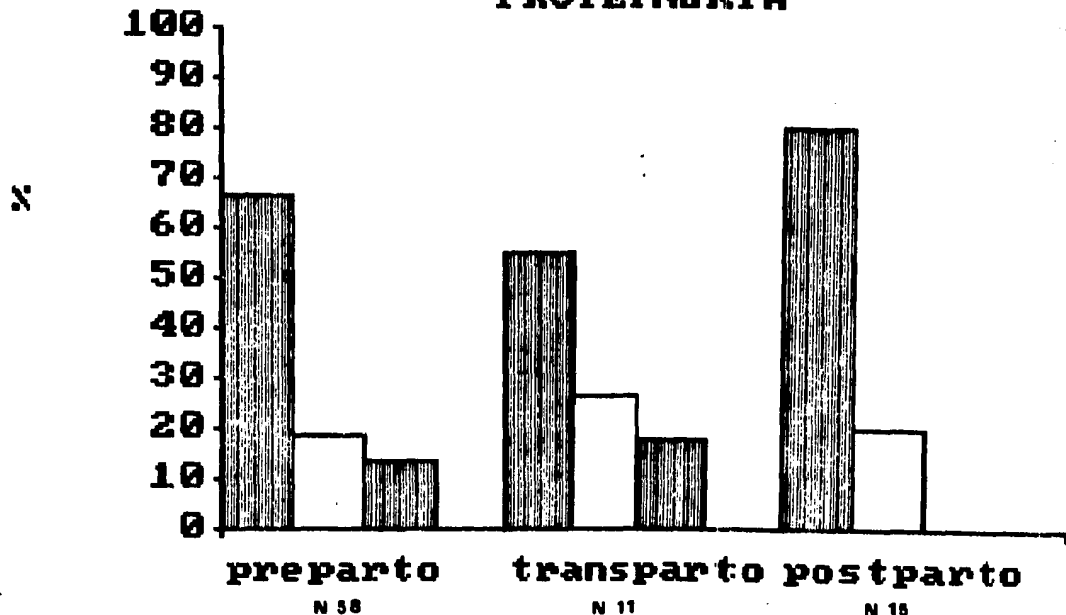
Para su estudio se dividió de la siguiente manera:

1.- con proteinuria de menos de 3 gr/dl, ó bien, + a ++

2.- con proteinuria de 3 a 5 gr/dl, ó +++

3.- con proteinuria de más de 5 gr/dl, ó mayor de +++

PROTEINURIA



▨ < 3 gr/dl □ 3 a 5 gr/dl ▤ > 5 gr/dl

Encontrando:

A) preparto:

1.- 39 pacientes (67.2%)

2.- 11 pacientes (19.0%)

3.- 8 pacientes (13.8%)

Total: 58 pacientes (100.0%)

B) transparto:

1.- 6 pacientes (54.0%)

2.- 3 pacientes (27.3%)

3.- 2 pacientes (18.2%)

Total: 11 pacientes (100.0%)

C) postparto:

1.- 12 pacientes (80.0%)

2.- 3 pacientes (20.0%)

3.- 0 pacientes (0.0%)

Total: 15 pacientes (100.0%)

La población mayor corresponde al grupo de pacientes con proteinuria menor de 3 gr/dl, ó bien, + e ++, con 57 pacientes, que corresponde al 67.8%.

p = .4704

- MOMENTO DEL DIAGNOSTICO DE TOXEMIA

Esta variable trató de establecer en que momento se detectó el diagnóstico de toxemia. Por lo que se dividió en:

1.- diagnóstico de toxemia previo a la primera convulsión

2.- diagnóstico de toxemia no detectado antes de la primera convulsión

Encontrando:

A) parto:

1.- 14 pacientes (24.2%)

2.- 44 pacientes (75.9%)

Total: 58 pacientes (100.0%)

B) parto:

1.- 6 pacientes (54.5%)

2.- 5 pacientes (45.5%)

Total: 11 pacientes (100.0%)

C) parto:

1.- 12 pacientes (80.0%)

2.- 3 pacientes (20.0%)

Total: 15 pacientes (100.0%)

El grupo más numeroso corresponde a las pacientes sin diagnóstico previo de toxemia, con 52 pacientes, lo que corresponde a un 61.9% de la población total. $p = .0002$

Al desglosar, sin embargo, por niveles encontramos:

A) parto:

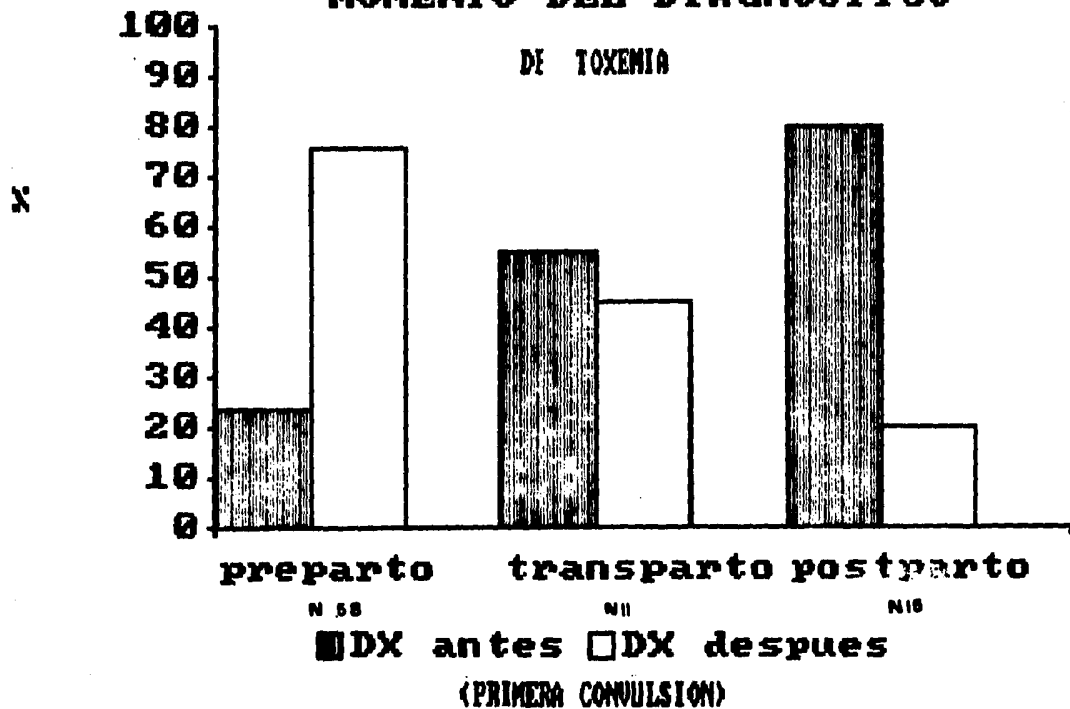
El grupo mayor correspondió a aquellas pacientes a las que no se les elaboró el diagnóstico de toxemia antes de la primera convulsión, con un 75.9% de su población.

B) parto:

El grupo mayor correspondió a aquellas pacientes a las que se les elaboró el diagnóstico de toxemia antes de la primera convulsión, con 6 pacientes que corresponde al 54.5%. Sin embargo, en el grupo de diagnóstico de toxemia

MOMENTO DEL DIAGNOSTICO

DE TOXEMIA



no detectado antes de la primera convulsión, se encontraron 5 pacientes, con un 45.9%, muy semejante a la población del otro grupo.

C) postparto:

El grupo mayor correspondió a aquellas pacientes con diagnóstico de toxemia previo a la primera convulsión, con un total de 12 pacientes, y un porcentaje de 80.0%.

6) VIA DE INTERRUPCION DEL EMBARAZO

La vía de interrupción del embarazo en las pacientes de nuestra población se dividió en:

1.- parto

2.- cesárea

A) preparto:

1.- 7 pacientes (12.1%)

2.- 51 pacientes (87.9%)

Total: 58 pacientes (100.0%)

B) transparto:

1.- 9 pacientes (81.8%)

2.- 2 pacientes (18.2%)

Total: 11 pacientes (100.0%)

C) postparto:

1.- 6 pacientes (40.0%)

2.- 9 pacientes (60.0%)

Total: 15 pacientes (100.0%)

El grupo más numeroso correspondió a las pacientes que se les interrumpió

el embarazo por cesárea, con 62 pacientes, y un 73,9% de la población total.

p = .0010

Sin embargo, al desglosarlos por niveles encontramos:

A) preparto:

El grupo mayor correspondió a las pacientes cuyo embarazo se interrumpió por cesárea, con 51 pacientes y un 87,9% de su población.

B) transparto:

El grupo mayor correspondió a las pacientes a las cuales el embarazo se interrumpió por parto, con 9 pacientes y un 81,8% de su población.

C) postparto:

El grupo mayor correspondió a aquellas pacientes a las que se les interrumpió el embarazo por cesárea con 9 pacientes que corresponde a un 60,0% de un total de 15 pacientes.

7) INDICACION DE LA CESAREA

Para su estudio se dividió de la siguiente manera:

1.- preclampsia

2.- eclampsia

3.- otros

4.- pacientes en cuyo expediente no se reporta la indicación de la cesárea.

* Con el objeto de completar el porcentaje se agregaron los partos.

Encontrando:

A) preparto:

1.- 2 pacientes (3,4%)

2.- 45 pacientes (77,6%)

3.- 2 pacientes (3,4%)

4.- 2 pacientes (3,4%)

7 pacientes (12,1%) cuyo embarazo se resolvió por parto *

Total: 56 pacientes (100,0%)

B) transparto:

1.- 1 paciente (9,1%)

2.- 1 paciente (9,1%)

3.- 0 pacientes (0,0%)

4.- 0 pacientes (0,0%)

9 pacientes (81,6%) cuyo embarazo se resolvió por parto *

Total: 11 pacientes (100,0%)

C) postparto:

1.- 3 pacientes (20,0%)

2.- 0 pacientes (0,0%)

3.- 5 pacientes (33,3%)

4.- 1 paciente (6,7%)

6 pacientes (40,0%) cuyo embarazo se resolvió por parto *

Total: 15 pacientes (100,0%)

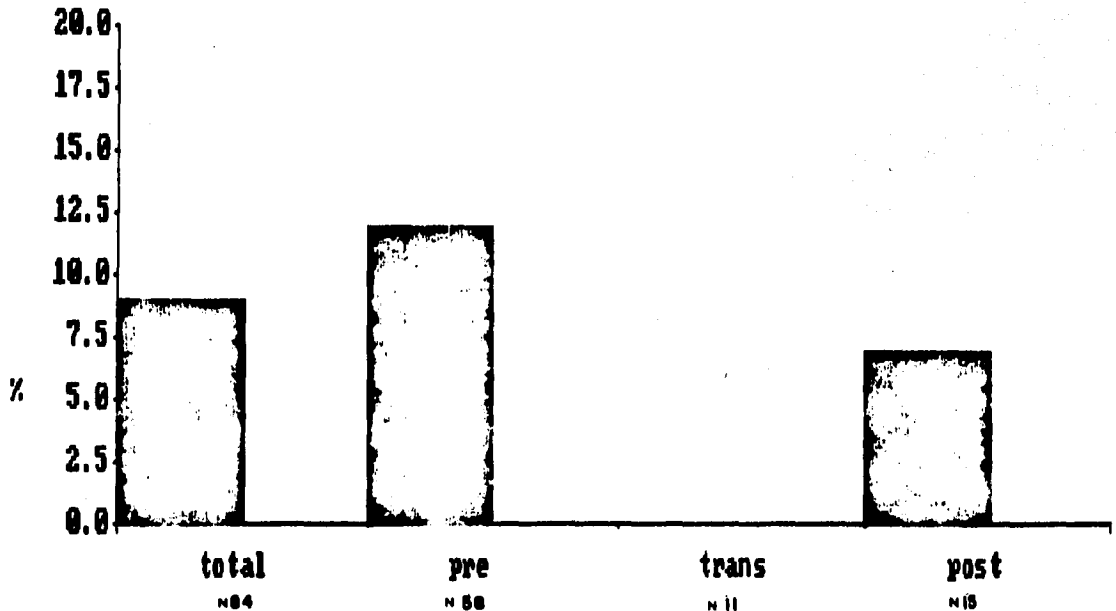
El grupo mayor correspondió al de las pacientes cuyo embarazo se interrumpió por cesárea indicada por eclampsia, con 46 pacientes (82,1%), $p = .0010$

B) MORBILIDAD MATERNA

- ACCIDENTE VASCULAR CEREBRAL

A) preparto:

ACCIDENTIE VASCULAR CEREBRAL



p = 0.41

7 pacientes (12.1%)

B) transparto:

0 pacientes (0.0%)

C) postparto:

1 paciente (5.7%)

Total: 8 pacientes, que representa el 9.5% del total de la población, p = .4198

- HEMOLISIS INTRAVASCULAR MICROANGIOPATICA

A) preparto:

43 pacientes (74.1%)

B) transparto:

9 pacientes (81.8%)

C) postparto:

11 pacientes (73.3%)

Total: 63 pacientes, que representa el 75.0% de la población total, p = .5392

- COAGULACION INTRAVASCULAR DISEMINADA

A) preparto:

4 pacientes (6.9%)

B) transparto:

1 paciente (9.1%)

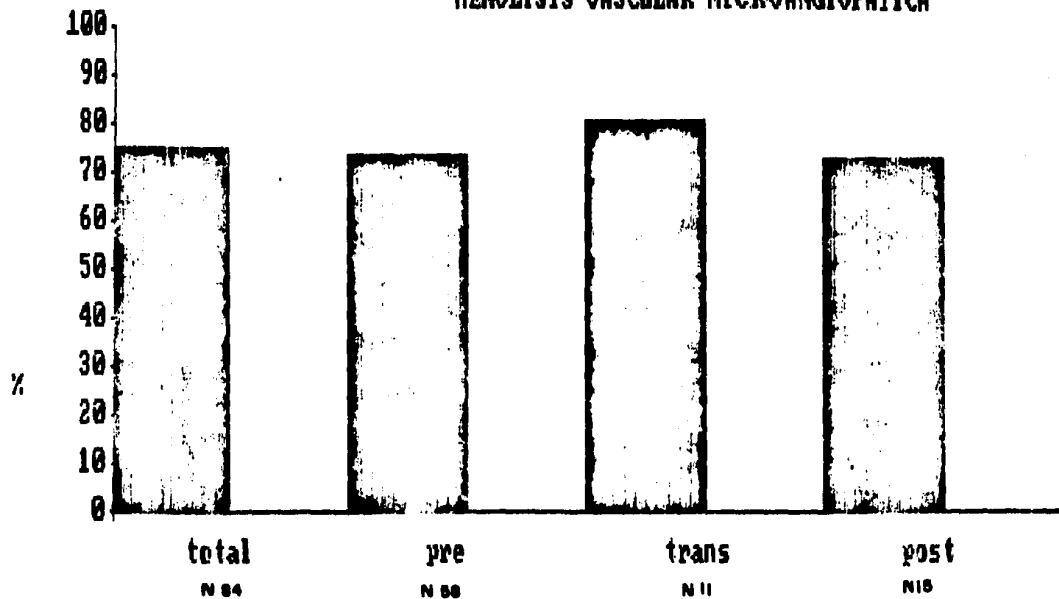
C) postparto:

0 pacientes (0.0%)

Total: 5 pacientes, que representa el 6.0% de la población total, p = .5392

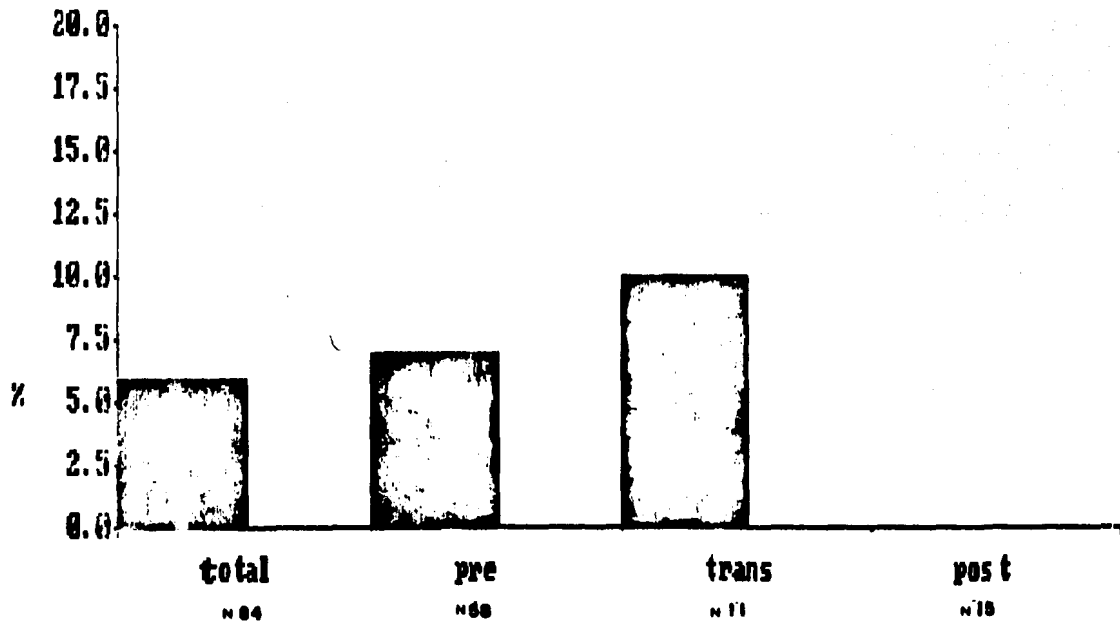
- INSUFICIENCIA RENAL AGUDA

HEMOLISIS VASCULAR MICROANGIOPATICA



$p = 0.85$

COAGULACION INTRAVASCULAR



$p = 0.53$

A) preparto:

10 pacientes (17.2%)

B) transparto:

0 pacientes (0.0%)

C) postparto:

1 paciente (6.7%)

Total: 11 pacientes, que representa el 13.1% de la población total. p = .2146

- RUPTURA HEPATICA

En la población estudiada no se presentó ningún caso reportado.

- INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

A) preparto:

4 pacientes (5.9%)

B) transparto:

0 pacientes (0.0%)

C) postparto:

1 paciente (6.7%)

Total: 5 pacientes, que representa el 6.0% de la población total. p = .6696

- INSUFICIENCIA CARDIACA

A) preparto:

2 pacientes (3.4%)

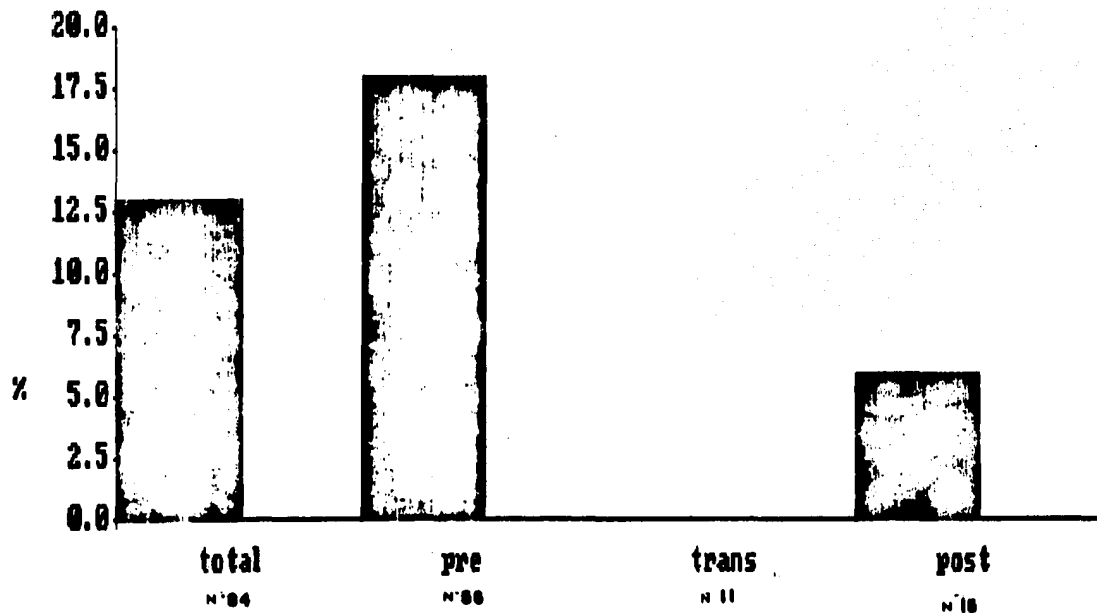
B) transparto:

0 pacientes (0.0%)

C) postparto:

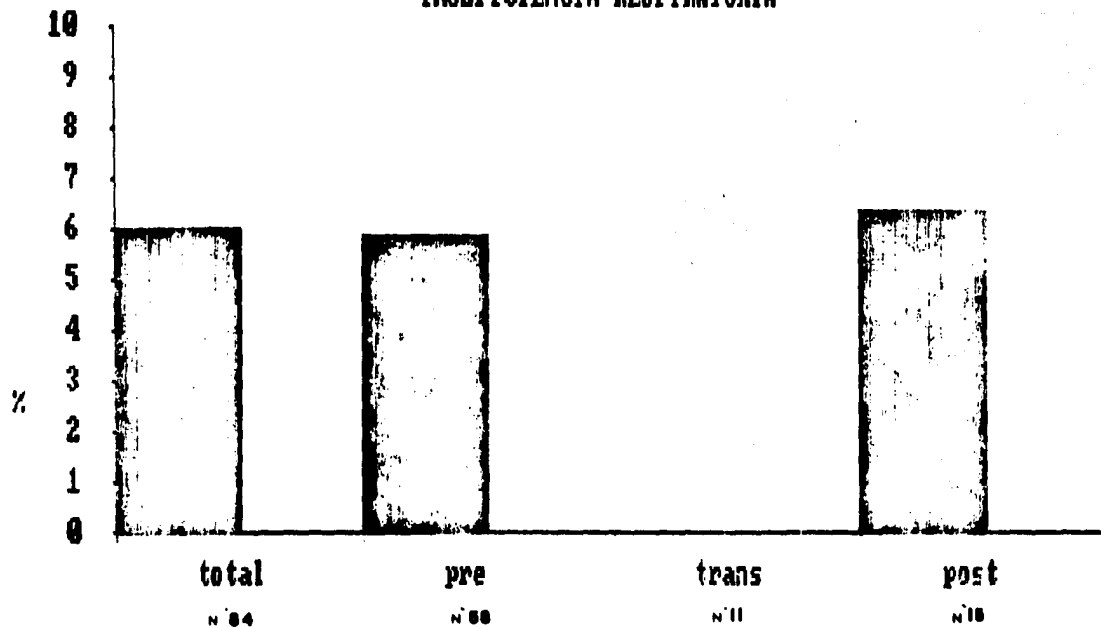
0 pacientes (0.0%)

INSUFICIENCIA RENAL AGUDA



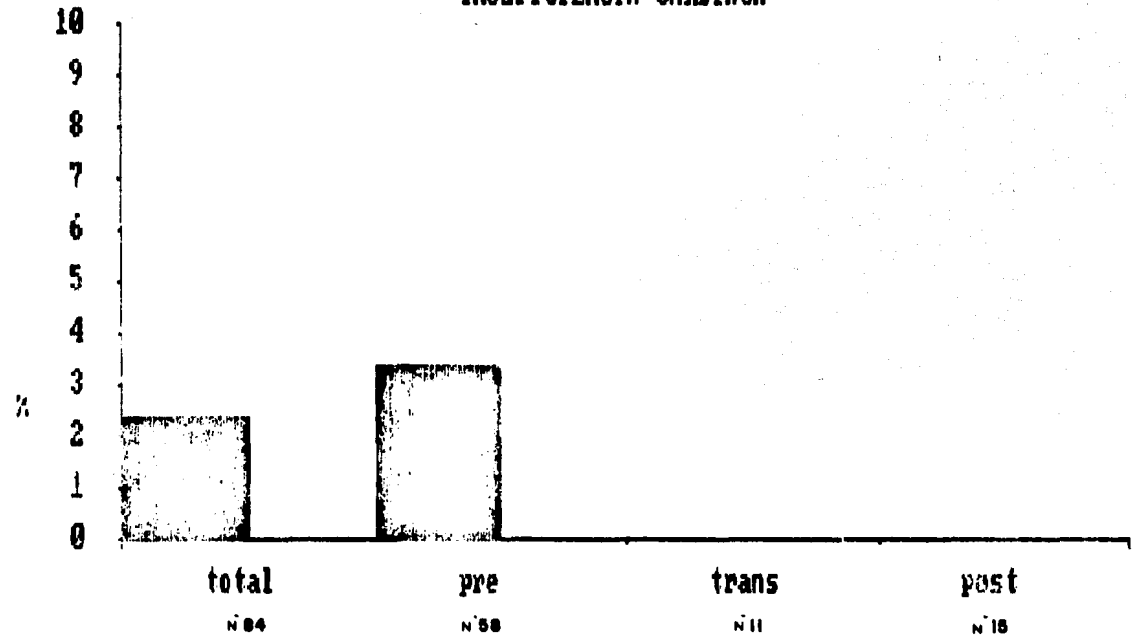
p = 0.21

INSUFICIENCIA RESPIRATORIA



$p = 0.66$

INSUFICIENCIA CARDIACA



p = 0.63

Total: 2 pacientes, que representa el 2.4% de la población total. $p = .6318$

- DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA

A) preparto:

6 pacientes (10.3%)

B) transparto:

0 pacientes (0.0%)

C) postparto:

1 paciente (6.7%)

Total: 7 pacientes, que representa el 8.3% de la población. $p = .5062$

- TIEMPO DE ESTANCIA HOSPITALARIA

Para su estudio, se obtuvo el promedio en los distintos niveles encontrados:

A) preparto:

3 días, 10 horas

B) transparto:

3 días, 3 horas

C) postparto:

3 días, 11 horas

El promedio de estancia hospitalaria para toda la población fue de 3 días con 8 horas.

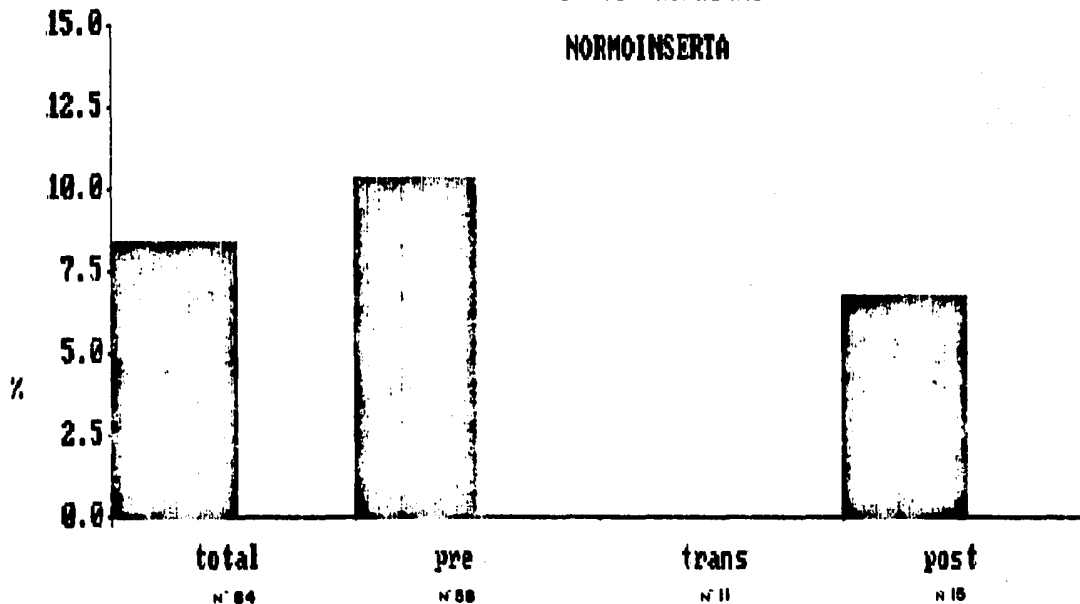
9) MORTALIDAD MATERNA

A) preparto:

7 pacientes (12.1%)

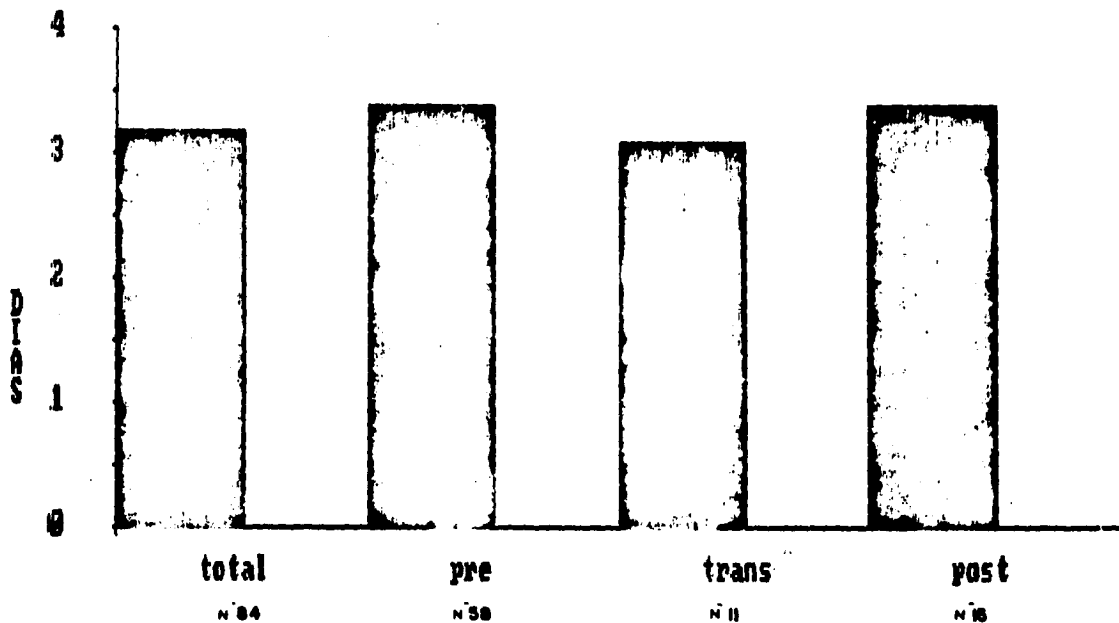
DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA

NORMOINSERTA

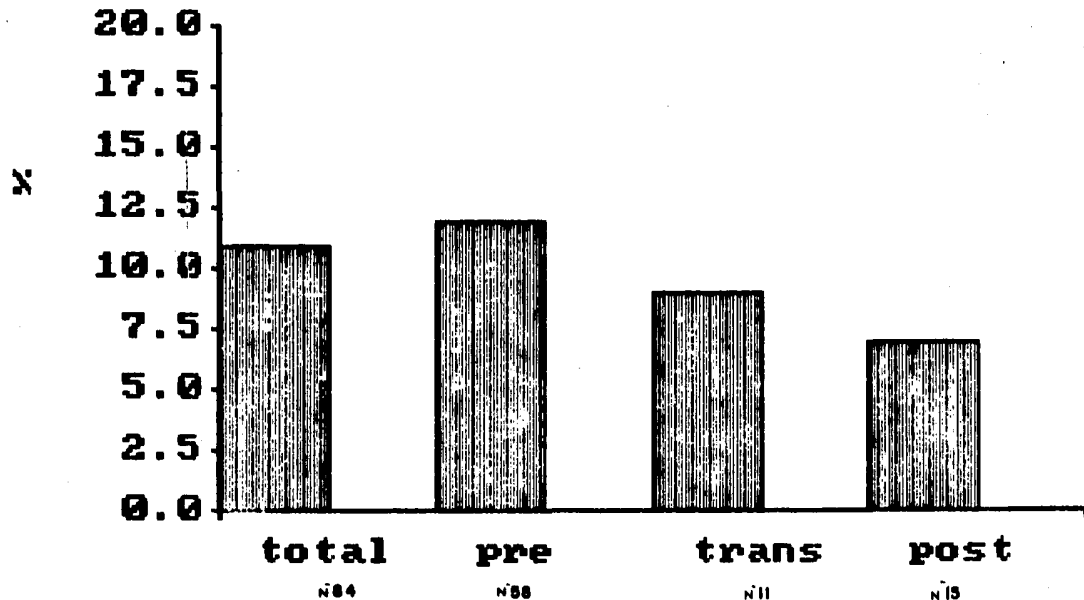


$p = 0.5$

TIEMPO DE ESTANCIA



DEFUNCIONES MATERNAS



$p = 0.81$

B) transparto:

1 paciente (9.1%)

C) postparto:

1 paciente (6.7%)

Total: 9 pacientes, que representa el 10.7% de la población, p = .8194

10) PRODUCTO

- PESO

Para su estudio se dividió de la siguiente manera:

1.- peso menor de 1000 grs.

2.- peso de 1000 a 1999 grs.

3.- peso de 2000 a 2499 grs.

4.- peso de más de 2500 grs.

5.- peso no especificado en el expediente de la madre

Encontrando:

A) preparto:

1.- 3 productos (5.2%)

2.- 20 productos (34.5%)

3.- 10 productos (17.2%)

4.- 17 productos (29.3%)

5.- 8 productos (13.8%)

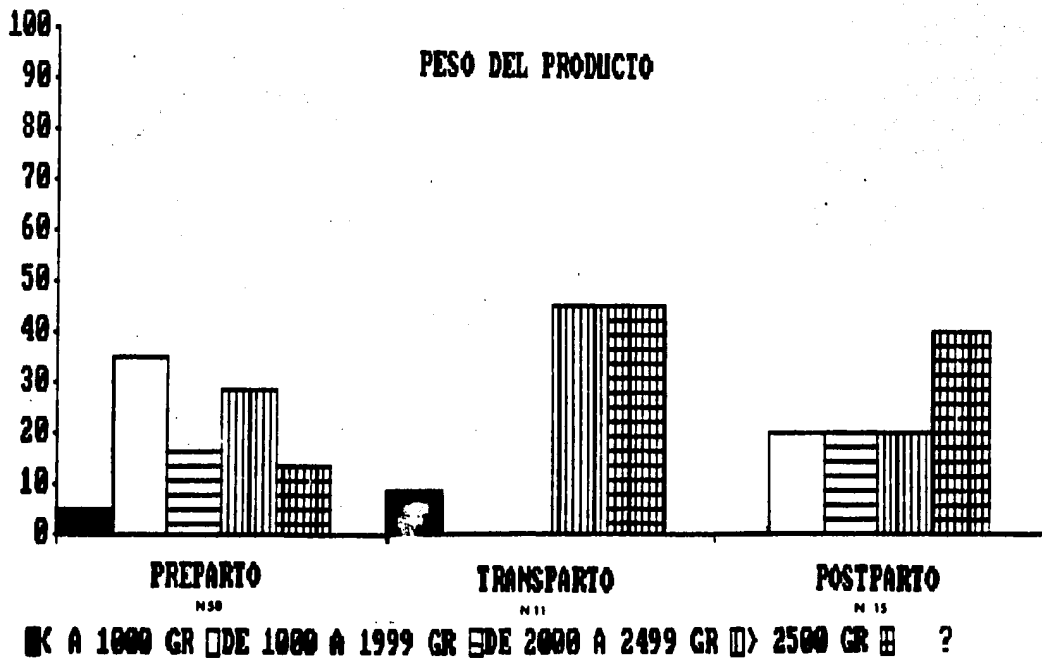
Total: 58 productos (100.0%)

B) transparto:

1.- 1 productos (9.1%)

2.- 0 productos (0.0%)

3.- 0 productos (0.0%)



4.- 5 productos (45,9%)

5.- 5 productos (45,9%)

Total: 11 productos (100,0%)

C) postparto:

1.- 0 productos (0,0%)

2.- 3 productos (20,0%)

3.- 3 productos (20,0%)

4.- 3 productos (20,0%)

5.- 6 productos (40,0%)

Total: 15 productos (100,0%)

El Grupo mayor fue el de productos de más de 2500 gra, con un total de 25, que representa el 29,0% de la población estudiada. $p = ,0502$

- APGAR

Para su estudio se dividió en:

1.- sin apgar (óbitos)

2.- apgar menor de 5 a los 5 minutos

3.- apgar de más de 5, pero menos de 8 a los 5 minutos

4.- apgar de más de 8 a los 5 minutos

5.- apgar no reportado en el expediente de la madre

Encontrando:

A) preparto:

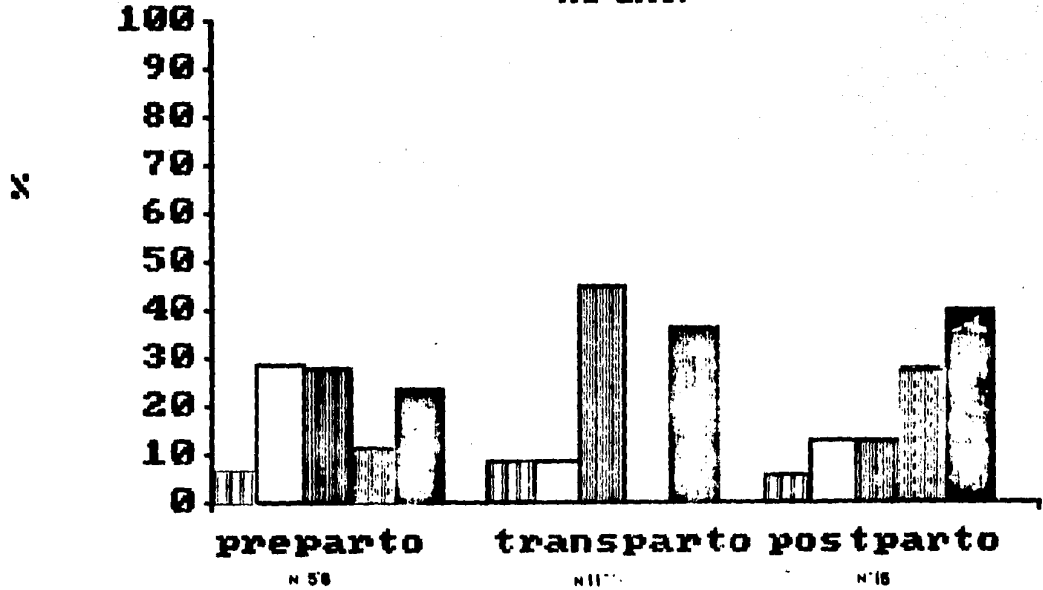
1.- 4 productos (6,9%)

2.- 17 productos (29,3%)

3.- 16 productos (27,8%)

4.- 7 productos (12,1%)

APGAR



sin a
 < 5 a
 > 5, < 8 a
 > 8 a
 ?

5.- 14 productos (24,2%)

Total :58 productos (100,0%)

B) transporte:

1.- 1 producto (9,1%)

2.- 1 producto (9,1%)

3.- 5 productos (45,5%)

4.- 0 productos (0,0%)

5.- 4 productos (36,4%)

Total: 11 productos (100,0%)

C) postparto:

1.- 1 producto (6,7%)

2.- 2 productos (13,3%)

3.- 2 productos (13,3%)

4.- 4 productos (26,7%)

5.- 6 productos (40,0%)

Total: 15 productos (100,0%)

El grupo mayor correspondió a los productos con eggar mayor de 5, pero menor de 8 a los 5 minutos, con un total de 23 productos, lo que representa el 27,4% de la población total. $p = ,2788$

- OBITOS

En la variable anterior se marcaron los productos óbitos, que son:

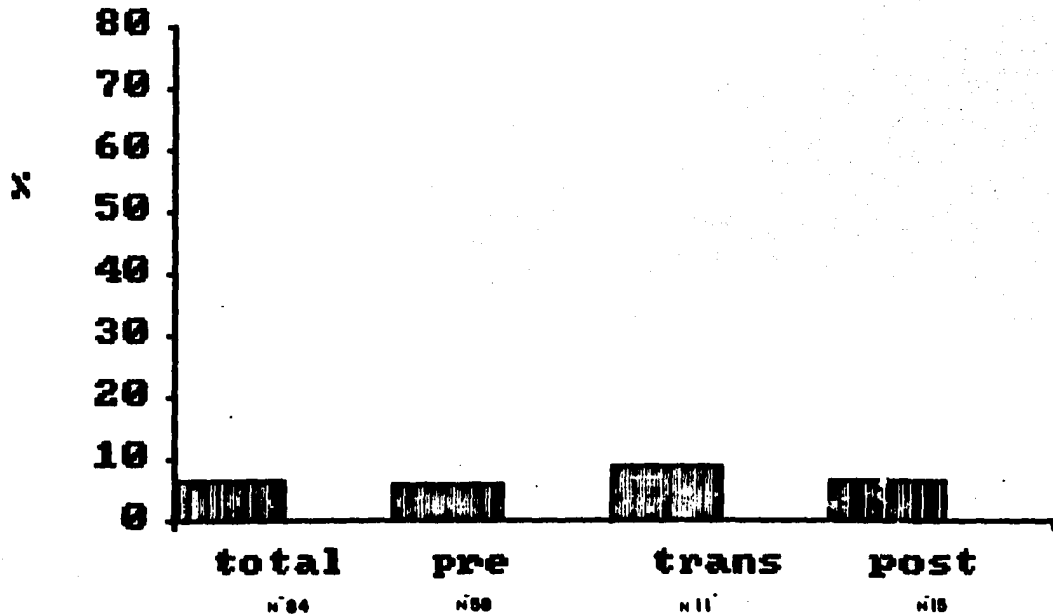
A) preparto:

4 productos (6,9%)

de una población de 58 productos (100,0%)

14 productos sin reporte en el expediente (24,1%)

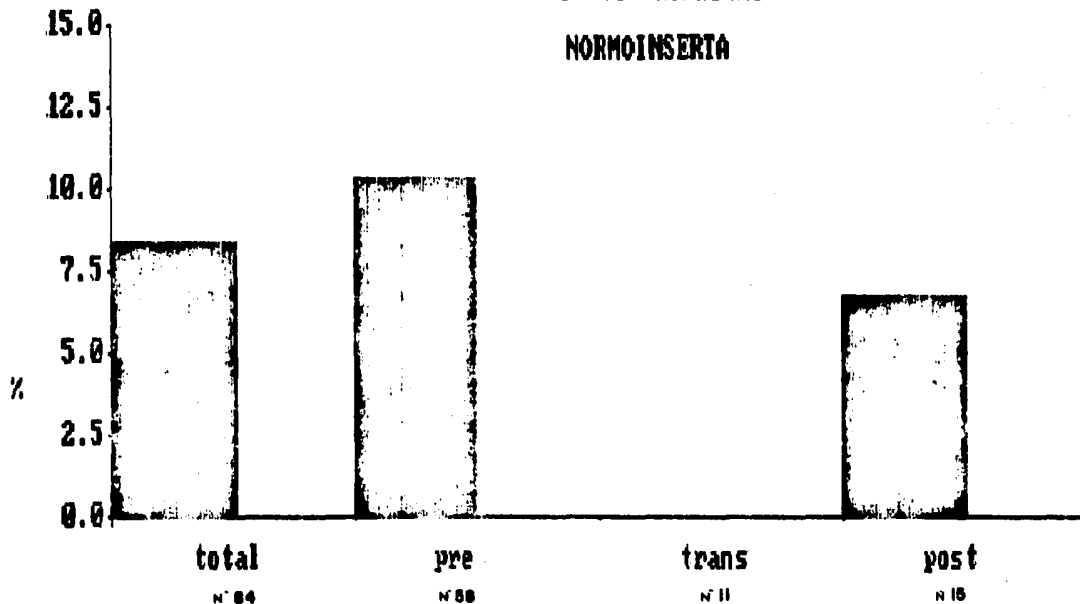
OBITOS



$p = 0.96$

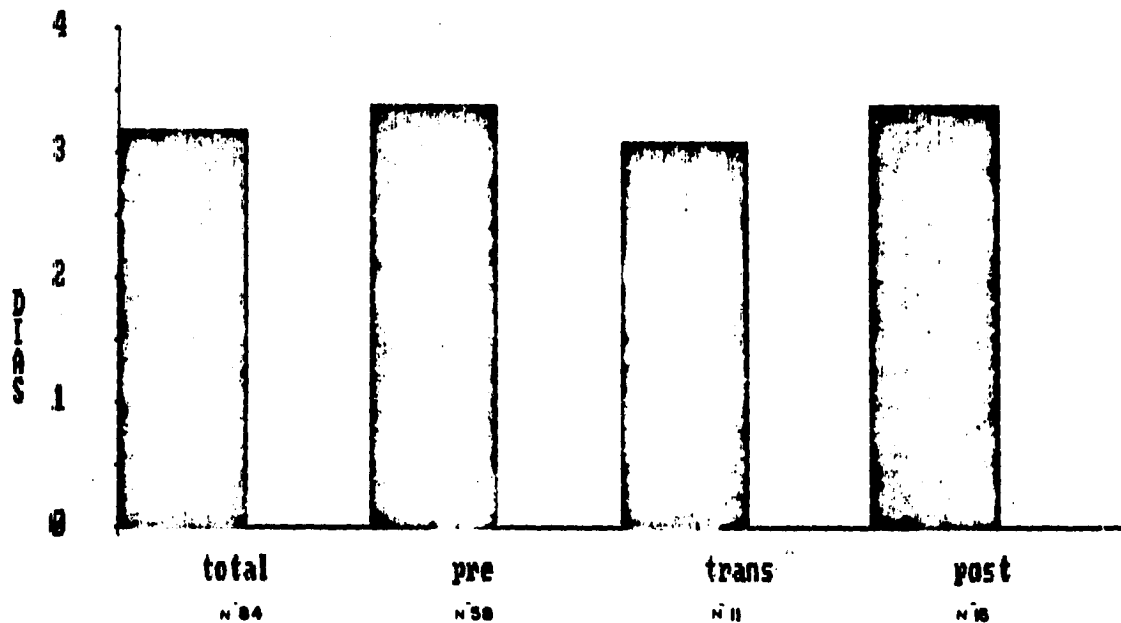
DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA

NORMOINSERTA

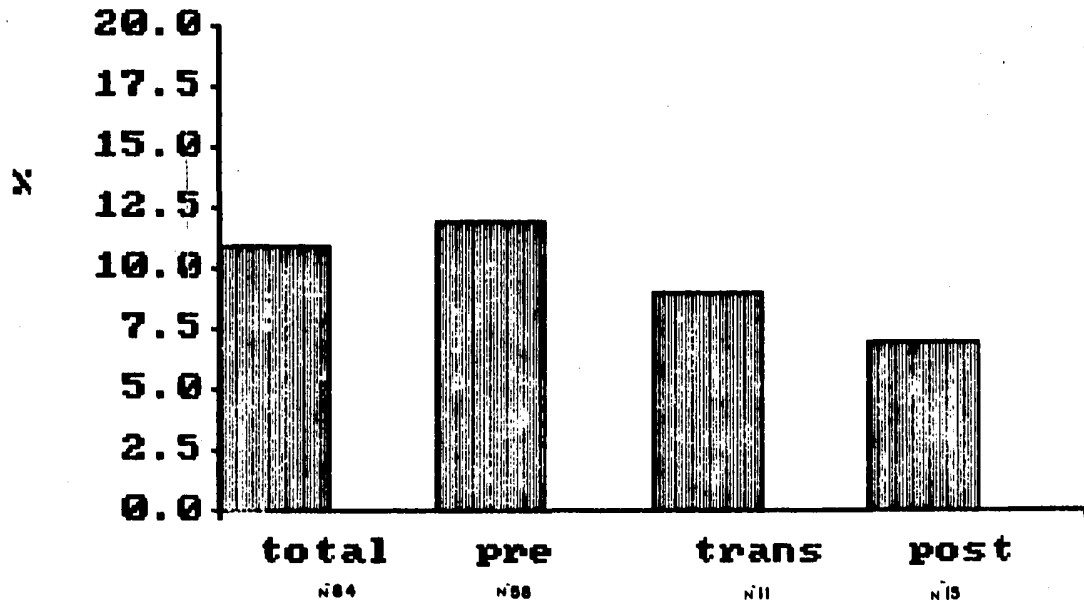


$p = 0.5$

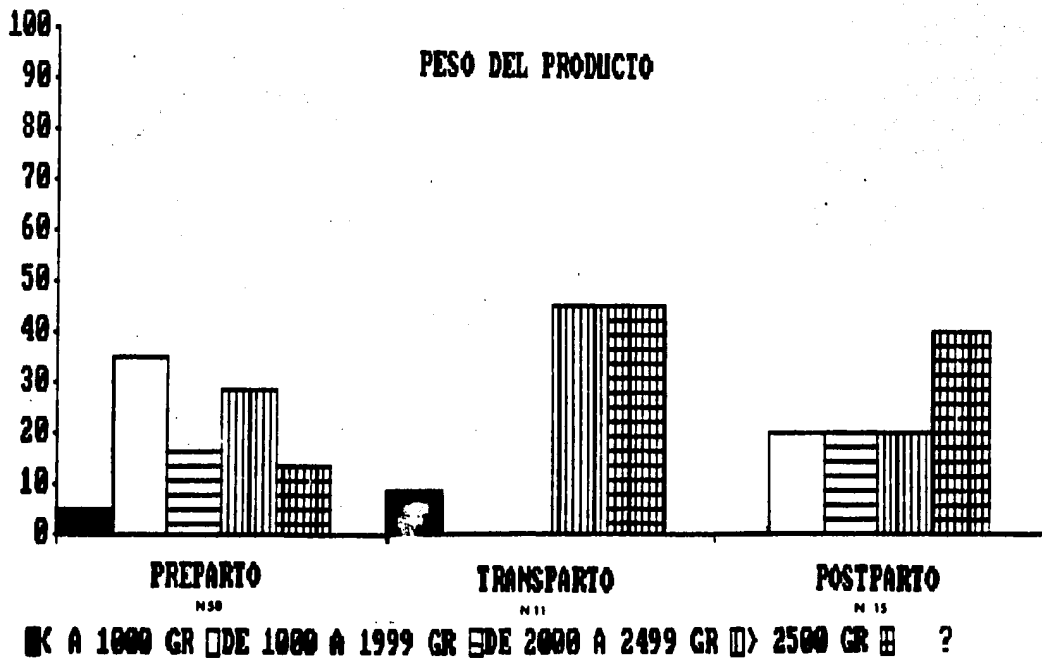
TIEMPO DE ESTANCIA



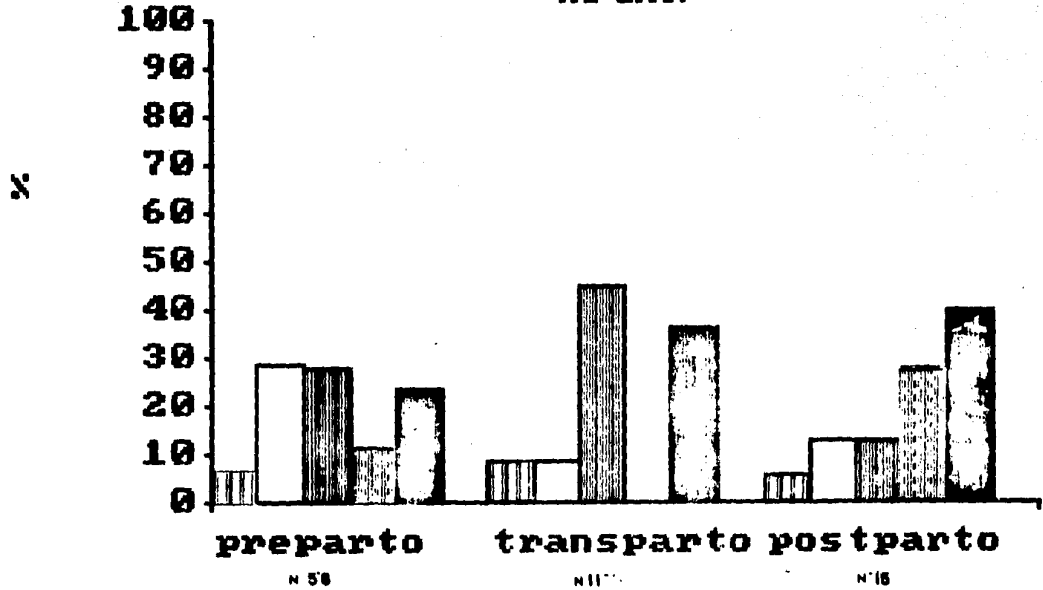
DEFUNCIONES MATERNAS



$p = 0.81$

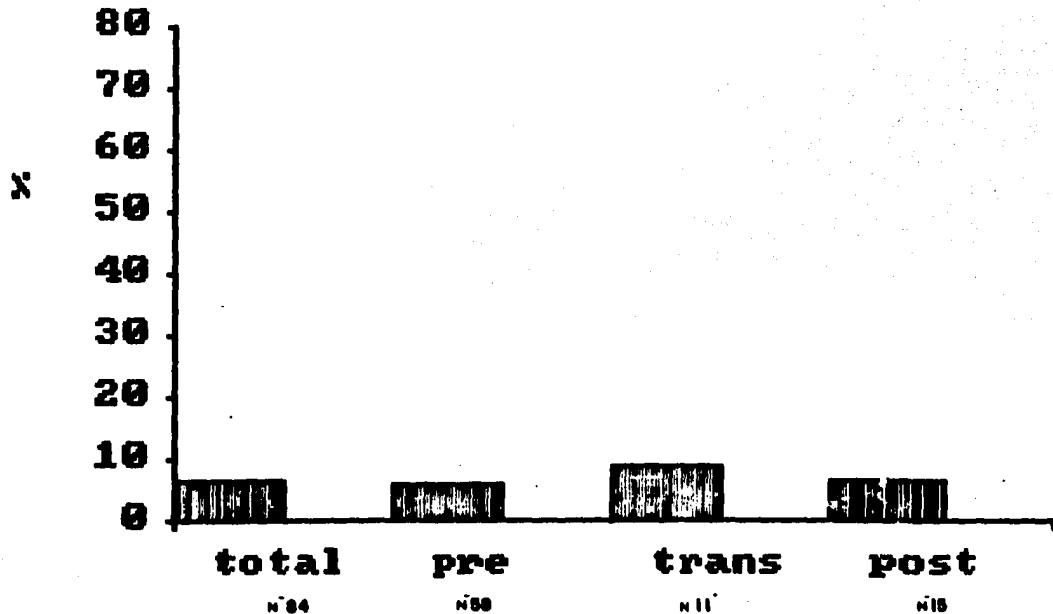


APGAR



sin a
 < 5 a
 >5, <8 a
 >8 a
 ?

OBITOS



$p = 0.96$

B) transparto:

1 producto (9.1%)

de una población de 11 productos (100.0%)

C) postparto:

1 producto (6.7%)

de una población de 15 productos (100.0%)

5 productos

Total: 6 ábitos, de una población de 84 productos, lo que representa el 7.1%.

p = .2788

11) ECLAMPSIA POSTPARTO

- PUERPERIO TRANSCURRIDO PARA LA PRESENTACION DE LA 1a. CRISIS CONVULSIVA

Para su estudio se dividió en:

1.- puerperio inmediato

2.- puerperio mediano

3.- puerperio tardío

Encontrando:

1.- 13 pacientes

2.- 1 pacientes

3.- 1 pacientes *

* En esta paciente, la primera convulsión se presentó a los 8 días del puerperio, en su domicilio.

ANÁLISIS.

En base a que el objetivo general consistió en efectuar un análisis comparativo de la eclampsia pre, trans y postparto, para buscar diferencias significativas que justifiquen un estudio independiente de la eclampsia postparto, se efectuó un análisis de cada una de las variables estudiadas.

La frecuencia mayor en la población estudiada, al agruparla en los 3 subgrupos (pre, trans y postparto), correspondió a la eclampsia preparto, con 58 pacientes, lo que representa un 69,0% de la población. En cuanto a la eclampsia transparto y postparto, el porcentaje fue similar con un 13,1 y 17,9% respectivamente. Mostrando de esta manera que en nuestra población más de la mitad presenta las crisis convulsivas durante el embarazo, y sin trabajo de parto.

- EDAD

El grupo mayor correspondió a las pacientes en la 3a. década de la vida, y esto ocurrió igualmente para los 3 subgrupos estudiados, con porcentajes muy similares (55,2, 54,5, y 53,3% respectivamente).

- ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS Y NO PATOLÓGICOS

En la población analizada no fue posible recolectar suficientes datos en parte porque un gran número de pacientes ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos en estado postictal ó bajo efecto de sedación, y frecuentemente los familiares no estaban presentes ó desconocían algunos datos; ó bien, el estado crítico de las pacientes requería de su atención inmediata, difiriendo la recolección de datos que posteriormente no se completaban.

- ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

- DESTA

En los 3 subgrupos de eclampsia, las primigestas formaron el mayor porcentaje con 51,7, 54,5 y 66,7% respectivamente (pre, trans y postparto); por lo que no existieron diferencias significativas en la población.

- PARTOS

En los 3 subgrupos de eclampsia (pre, trans y postparto), el grupo mayor correspondió a las pacientes sin partos previos, con 62 pacientes y un 73,8%. Esto es, la mayor parte de la población estudiada fue de primigestas.

- DESAREAS

Como la mayor parte de las pacientes fueron primigestas, obviamente el antecedente de cesárea previa fue mínimo, con distribución semejante en los 3 subgrupos.

- ABORTOS

Al igual que el punto anterior, y por las mismas razones, no hubo antecedentes de abortos previos al embarazo actual en los 3 subgrupos.

- EDAD DEL EMBARAZO

En el subgrupo de eclampsia preparto, la aparición del cuadro convulsivo fue más frecuente en las edades gestacionales tempranas (28 a 34 semanas) lo que obligó a la interrupción del embarazo en este período y obviamente, que no llegaran a edades gestacionales mayores.

En el subgrupo de eclampsia transparto, predominaron los embarazos de 38 a 42 semanas de gestación, lo que habla de una instalación más tardía del cuadro toxémico y el desencadenamiento de las crisis convulsivas probablemente por el trabajo de parto.

En el subgrupo de eclampsia postparto, el mayor número de casos (33.3%) se encontró en el grupo de embarazos entre 35 a 37 semanas.

Al comparar entre sí a los 3 subgrupos, observamos que la eclampsia aparece en cualquier momento, pero en la preparto el grupo es más homogéneo porque al aparecer las crisis convulsivas en pacientes sin trabajo de parto, obliga a la interrupción del embarazo. En cambio, el grupo postparto es heterogéneo, ya que está formado por pacientes con diferentes edades gestacionales cuya interrupción del embarazo pudo estar condicionada por el diagnóstico de toxemia, ó por condiciones obstétricas independientes de ésta, ó por haber llegado a término con trabajo de parto espontáneo y complicarse en el puerperio con crisis convulsivas.

Esto explica que la diferencia entre los 3 distintos subgrupos esta condicionada por el momento de aparición de las crisis convulsivas; las cuales, pueden presentarse en cualquier semana de gestación.

- CUADRO CLINICO

- ESTADO DE CONCIENCIA

El grupo mayor de nuestra población estudiada correspondió a las pacientes que ingresaron en estado de inconciencia (41.7%), esto se explica porque el motivo de ingreso fue la eclampsia. Al observar los porcentajes de los 3 subgrupos no se encontró diferencias importantes, presentando un comportamiento

to similar.

- TENSION ARTERIAL

A pesar de que en los 3 subgrupos de pacientes con eclampsia predominaron como era de esperarse, las cifras tensionales de más de 140/90 hasta 160/120, observamos que en los 3 subgrupos (pre, trans y postparto), hubo pacientes con presiones menores de 140/90 y sin embargo convulsionaron, lo que implicaría que estos niveles "bajos" de presión arterial no descartan la posibilidad de que se presente la crisis convulsiva; más aún en el grupo postparto, en el que varios factores pueden haber disminuido los niveles de tensión arterial, por ejemplo: sangrado, uso de fármacos hipotensores, técnica anestésica, etc., y sin embargo, persisten los cambios fisiopatológicos que condicionaron el cuadro toxémico.

- EDEMA

En el estudio realizado hubo pacientes sin edema en los 3 subgrupos.

En la eclampsia preparto, 13 pacientes (22,4%) no tuvieron edema; el subgrupo de eclampsia transparto, 3 pacientes (27,3%), curaron sin edema; y en el subgrupo eclampsia postparto, 5 pacientes (33,3%) no presentaron edema.

Como está reportado en la literatura por otros autores (33), no es indispensable la presencia de edema para establecer el diagnóstico de eclampsia, ya que este dato está más en relación al tiempo de evolución del cuadro toxémico, pudiendo no existir (eclampsia "seca") en los casos de instalación súbita.

La población numéricamente mayor correspondió a las pacientes que a su ingreso a la UCIA curaban con edema de + a ++. Sólo en el transparto, se reportó una población hasta del 36,4% (4 pacientes) con edema de ++, que está

también de acuerdo con embarazos de mayor edad gestacional y con cuadros tóxicos de mayor tiempo de instalación.

- PROTEINURIA

En los 3 subgrupos, el grado de proteinuria fue semejante; con niveles de menos de 3 gr/dl en el 59.5% de las pacientes.

Al igual que la presión arterial, podemos observar que en los niveles bajos de proteinuria también aparece la eclampsia, y no es indispensable la presencia de proteinurias masivas. Ello no quiere decir, que proteinurias masivas no sean indicativas de gravedad, sino que niveles bajos son suficientes para la asociación con el cuadro ecláptico.

- MOMENTO DEL DIAGNOSTICO

Al comparar el grupo pre, trans y postparto en relación al momento en que se hizo el diagnóstico de toxemia, observamos que en el preparto, en el 76% de los casos, el diagnóstico se estableció con la aparición de las crisis convulsivas, lo que implica un mal control prenatal, a diferencia del grupo postparto, en el que el 80% de los casos ya tenían diagnóstico antes del cuadro ecláptico. Esto último expresa una falta de continuidad ó abandono de la terapéutica de la toxémica al resolverse el embarazo, ó bien, que a pesar de un manejo apropiado, ya estuvieran presentes los cambios fisiopatológicos que condicionan el cuadro convulsivo.

- VIA DE INTERRUPCION DEL EMBARAZO

El grupo más numeroso correspondió a las pacientes que se les interrumpió el embarazo por cesárea, con 52 pacientes, que corresponde al 90.5% de la

población total.

Al desglozarlo por subgrupos encontramos lo siguiente:

En el subgrupo de eclampsia preparto, a 51 pacientes (87,9%) se les realizó operación cesárea, lo que es un porcentaje elevado, pero se explica al considerar que la mayoría de las pacientes eran primigestas con embarazos preterminos y sin trabajo de parto, en las cuales, la gravedad del cuadro eclámpico obligó a la interrupción del embarazo en un lapso breve, y a proteger a los productos pequeños del trauma obstétrico del parto.

En el subgrupo de eclampsia transparto, el grupo mayor correspondió a aquellas pacientes a las que se les interrumpió el embarazo por parto (9, que corresponde al 81,8%); esto se explica porque a pesar del cuadro eclámpico, el trabajo de parto favorable y la edad gestacional del producto permitieron, aunado a un control médico adecuado, continuar el nacimiento por vía vaginal que la eclampsia por sí misma no contraindica obstétricamente.

En el grupo con eclampsia postparto, a 9 pacientes (60%), se les realizó cesárea, y nuevamente cabe señalar que este grupo es muy heterogéneo, tanto en cuanto a edades gestacionales, como a condiciones obstétricas y momento de aparición del cuadro toxémico, por lo que no es posible comparar con los otros subgrupos.

- INDICACION DE LA CESAREA

Aunque el grupo mayor correspondió a las pacientes cuyo embarazo se interrumpió por cesárea debido a la eclampsia (46 pacientes con un 54,8%), al observarlo independientemente por subgrupos encontramos:

En el preparto, 45 pacientes (77.6%) de la población de este nivel, tuvieron como indicación de la cesárea la eclampsia misma. En 2 pacientes, que corresponde tan sólo al 3.4%, su indicación fue la preclampsia, pero antes de haberse interrumpido el embarazo por cesárea, y a pesar del manejo médico instituido, las crisis convulsivas se presentaron. En 2 pacientes, la causa de interrupción del embarazo fue obstétrica (presentación pélvica y sufrimiento fetal agudo); y en 7 pacientes, el embarazo se resolvió por parto (12.1%).

En el subgrupo de eclampsia transparto, a 9 pacientes (81.8%) se les resolvió el embarazo por parto, y en 3 pacientes se les realizó cesárea indicada por eclampsia.

En el subgrupo de postparto, la indicación de la cesárea fue obstétrica, en 5 pacientes (33.3%): desproporción cefalopélvica (2), desprendimiento prematuro de placenta normoinsera (1), sufrimiento fetal agudo (2), y sólo en 3 pacientes la indicación fue por preclampsia, que en el puerperio convulsionaron. 6 pacientes tuvieron una resolución de su embarazo por parto.

Así que, aunque la frecuencia de cesárea fue alta en la población total, su indicación fue diferente para cada subgrupo.

- MORBILIDAD MATERNA

En función a que numéricamente hay mucha diferencia entre los grupos pretrans y postparto, no es posible comparar los promedios obtenidos contra una población total, más que para conocer la frecuencia con que se dió cada complicación dentro del grupo total de eclampsia, pero para intentar un análisis comparativo consideramos el número de pacientes que hubo en cada subgrupo como su 100%, y el número de casos de cada complicación esta en relación a su

propio grupo. Y estos porcentajes relativos de cada grupo se analizan estadísticamente entre sí.

Así encontramos que la frecuencia en cada una de las variables de morbilidad materna de la población total de eclampsia fue la siguiente:

		(*)
- Hemólisis intravascular microangiopática	75.0%	p = 0.85
- Insuficiencia renal aguda	13.1%	p = 0.21
- Accidente vascular cerebral	9.9%	p = 0.41
- Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta	8.3%	p = 0.50
- Coagulación intravascular diseminada	6.0%	p = 0.53
- Insuficiencia respiratoria	6.0%	p = 0.66
- Insuficiencia cardíaca	2.4%	p = 0.63
- Tiempo de estancia hospitalaria	3 días 18 horas	

Pero al comparar cada una de las variables entre los subgrupos de pre, trans, y postparto, en ninguna de ellas el valor obtenido fue significativo (*)

El tiempo de estancia hospitalaria se considera un parámetro de medición de la morbilidad; ya que a mayor morbilidad, mayor tiempo de estancia hospitalaria. En los 3 subgrupos fue muy similar.

- MORTALIDAD MATERNA

En la población total existió una mortalidad del 10.7% (9 pacientes).

Estadísticamente, no se encontró significancia en la mortalidad materna al analizarla por subgrupos. p = 0.81

El mayor porcentaje fue en las pacientes con eclampsia preparto, con

12.1% (7 pacientes). Para el transparto fue de 9.1% (1 paciente), y para el postparto fue de 6.7% (1 paciente).

La causa de muerte fue:

- Accidente vascular cerebral:	6 pacientes
- Coagulación intravascular diseminada:	2 pacientes
- Insuficiencia renal aguda:	1 paciente

Al fraccionarlas en los 3 niveles encontramos:

A) preparto:

- 5 pacientes (accidente vascular cerebral)
- 1 paciente (coagulación intravascular diseminada)
- 1 paciente (insuficiencia renal aguda)

Total: 7 pacientes.

B) transparto:

- 1 paciente (coagulación intravascular diseminada)

Total: 1 paciente

C) postparto:

- 1 paciente (accidente vascular cerebral)

Total: 1 paciente

Encontrando que la causa de muerte principal en nuestra población fue el accidente vascular cerebral, y el mayor número se encuentra en la eclampsia preparto.

PRODUCTO

En los 3 subgrupos se encontro:

En el grupo preparto la mayor parte de productos se encontraron entre 2000 a 2499 grs, con un 34.5% (20 productos). Esto se explica si recordamos que la mayor parte de las pacientes eran primigestas, con embarazos pretérminos; que al presentar las crisis convulsivas en periodos tempranos del embarazo, es decir, aún sin llegar al término y presentar trabajo de parto; obligaron al clínico a interrumpir el embarazo ante la gravedad del padecimiento para el binomio.

En el grupo transparto el porcentaje mayor fue para los productos de más de 2500 grs, con 5 productos (45.5%), lo que expresa la mayor edad gestacional y el posible desencadenamiento del trabajo de parto.

5 productos más no presentaron reporte del peso en el expediente, esto debido a que a su ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos las pacientes se encontraban en estado de puerperio, aunque las crisis convulsivas se habían presentado en el transparto; por lo que se consideró una omisión de los expedientes.

En el postparto, el grupo mayor no presentaba reporte del peso de los productos, con 6 pacientes (40%), esto debido a lo especificado en el párrafo anterior, y porque además la mitad de las pacientes provenían de admisión enviadas de otras unidades al presentar eclampsia postparto.

APGAR

Para los productos de madres clasificadas como eclampsia preparto, 16 productos (27.0%) corresponden a un apgar de más de 5 y menos de 8 a los 5 minutos, representando la mayor población.

En el transparto, el grupo mayor correspondió a los productos con apgar de más de 5 y menos de 8 a los 5 minutos, con 5 productos y un 45.5%.

En el postparto, el apgar más encontrado fue el de más de 8 a los 5 minutos con 4 pacientes (26.7%); aunque 3 pacientes tuvieron productos con apgar menor de 8 (20.0%). Ahora bien, hubo 6 pacientes de este grupo en las cuales el apgar no fue reportado, con un importante porcentaje (40.0%). Por lo tanto, dado que la población se reduce significativamente en las pacientes ya de por sí pocas (15 pacientes) de nuestro grupo estudiado, no es posible afirmar que los productos de madres con eclampsia postparto presentan mejor apgar al nacimiento.

- OBITOS

La cifra de óbitos corresponde a un 7.1% de la población total (6 productos).

La frecuencia en los 3 subgrupos (pre, trans y postparto) fue muy similar (8.9, 9.1 y 6.7% respectivamente). $p = 0.96$

- PUERPERIO TRANSCURRIDO PARA LA PRESENTACION DE LA 1a. CRISIS CONVULSIVA

La mayor parte de las crisis convulsivas en las pacientes con eclampsia postparto se presentaron en el puerperio inmediato, 13 de 15 pacientes que corresponde a un 86.6%.

De las 2 pacientes restantes con eclampsia postparto, a una le ocurrió en el puerperio mediato, y a la otra, unas horas después de haber cumplido los 8 días de puerperio en su domicilio, de donde fue traída a esta Unidad de Cuidados Intensivos para Adultos.

CONCLUSIONES.

1.- La eclampsia preparto (69.0%), fue mucho más frecuente que la trans y postparto.

2.- La edad más frecuente corresponde a la 3a. década de la vida con igual distribución para los 3 subgrupos.

3.- En cuanto a los antecedentes gineco-obstétricos, el predominio fue franco para las primigestas (54.0%) con igual distribución en los 3 subgrupos.

4.- La eclampsia postparto no tiene cuadro clínico, ni morbilidad materno fetal significativamente diferente a las formas pre y transparto.

5.- En cuanto a las características del embarazo mismo, las diferencias encontradas corresponden al tiempo de aparición de las crisis convulsivas, dando como consecuencia que en el subgrupo preparto se presentara una menor edad gestacional, menor peso de los productos, menor apgar, y mayor frecuencia de cesáreas.

6.- Al analizar los componentes del cuadro clínico (presión arterial, proteinuria y edema), se encontró que los niveles bajos en los mismos no descartan la posibilidad del cuadro convulsivo.

7.- En la eclampsia postparto, y en la toxemia en general, se ha considerado tradicionalmente que con sólo interrumpir el embarazo se ha solucionado el problema, y que de presentarse el cuadro toxémico ó eclámpico será más benigno; sin embargo, en nuestra población de eclampsia postparto obser-

venos que, al no continuarse el tratamiento y vigilancia del padecimiento, puede dar lugar a la presentación del cuadro convulsivo. La eclampsia preparata, en cambio, es consecuencia de un deficiente control prenatal.

8.- La mayoría de la población presentó las crisis convulsivas en las primeras 24 hrs; la más tardía fue una paciente a los 8 días.

9.- CONCLUSION GENERAL:

La eclampsia postparto no es una entidad con características diferentes a la pre y transparto, ya que su morbimortalidad materno y fetal no es diferente a los otros 2 subgrupos. Más bien, se trata del mismo cuadro toxémico, con diferente momento de aparición de las crisis convulsivas durante el embarazo ó puerperio.

Tal vez, en la medida que la eclampsia postparto sea considerada como una entidad que se inicia en el puerperio, no sólo con la aparición de las crisis convulsivas, sino también con el inicio del cuadro toxémico, podría encontrarse una morbimortalidad diferente que justifique un análisis y consideración independiente.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Villalobos FM, Gómez AJJ: Eclampsia postparto. Ginec. Obstet. Méx., 1974; 35: 211.
- 2.- Sibai B: The late postpartum eclampsia controversy. Obst. Gynecol., 1980; 55:74.
- 3.- Jeffcoate TNA, Scott JS: Some observations on the placental factor in — pregnancy toxemia. Am. J. Obstet. Gynecol., 1959; 77: 475.
- 4.- Page EW: Placental dysfunction in eclamptogenic toxemias. Obst. Gynecol. - Surv., 1948; 3: 615.
- 5.- López-Llera MM; Eclampsia postparto. Rev. Med. INSS., 1985; 23: 465.
- 6.- Samuels B: Postpartum eclampsia. Obst. & Gynec., 1960; 15: 748.
- 7.- Lopez-Llera MM: Eclampsia 1963-1966, Evaluacion of the treatment of 107 - cases. J. Obstet. Gynecol. Br. Commonw, 1967; 74: 379.
- 8.- Lokenath B: Postpartum eclampsia. Am. J. Obstet. Gynecol., 1964; 89:898.
- 9.- Stander J: Late postpartum eclampsia. Am. J. Obstet. Gynecol., 1946; 52: 765.
- 10.- Tatum HJ: Postpartum eclampsia. New Orleans Med. Surg. J., 1952; 104: 769.
- 11.- Tatum HJ: Postpartum eclampsia occurring on the 15th postpartum day. Am. - J. Obstet. Gynecol., 1952; 64: 1386.
- 12.- Sánchez TF: La eclampsia del puerperio a la luz de la biopsia renal. Ginecol. Obstet. Mex., 1967; 22: 1621.
- 13.- Chapman K, Karimi R: A case of postpartum eclampsia of late onset confirmed by autopsy. Ann. J. Obstet. Gynecol., 1973; 117: 858.

- 14.- Lopez-Llera MM: National University of Mexico School of Medicine, México City (personal communication). 1979.
- 15.- Jeffcoate: Postpartum eclampsia. Am. J. Obst. Gynecol., 1959; 77: 476.
- 16.- Becker MC, Bass RD, Robbins OM: Pheochromocytome; a cause of postpartum convulsions. Med. Soc. New Jersey., 1949; 46: 339.
- 17.- Hofmeister PJ, Brown RC: Postpartum convulsions. Am. J. Obst. & Gynecol. 1953; 65: 498.
- 18.- Dieckmann WJ: The toxemias of pregnancy. St. Louis, Mo., Mosby., 1952.
- 19.- Eaton NJ: Williams obstetrics. Appleton, New York. 1956; 11: 250.
- 20.- Hunter CA, Howard WF: Postpartum eclampsia. The treatment. Am. J. Obst. & Gynec., 1960; 79: 838.
- 21.- Hunter CA, Howard WF, McCormick OD: Postpartum eclampsia. Am. J. Obst. & Gynec., 1961; 81: 884.
- 22.- Haren BJR, McIndos WD: Postpartum eclampsia treated by curettage. Am J. Obst. Gynec., 1962; 15: 1349.
- 23.- Schwartz ML, Brenner WE: Pregnancy induced hipertension presenting with life-threatening thrombocytopenia. Am. J. Obstet. Gynecol., 1983; 148: 756.
- 24.- Soifer JP: Convulsions and coma in pregnancy. Am. J. Obstet. Gynecol., 1962; 84: 623.
- 25.- Bhose L: Postpartum eclampsia. Am. J. Obstet. Gynecol., 1964; 89: 898.
- 26.- López-Llera MM: Complicated eclampsia. Fifteen years' experience in a referral medical center. Am. J. Obstet. Gynecol., 1982; 142: 28.
- 27.- Reis RA, Bernick EA: Eclampsia without convulsions hipertension or coma.

- Am. J. Obstet. Gynecol., 1944; 48: 257.
- 28.- Stein PJ, Kobak AJ, Szanto PB, Moran G: Eclampsia without convulsions. Am. J. Obstet. Gynecol., 1959; 79: 266.
- 29.- Steiner GJ, Plasha M: Late postpartum eclampsia. Obstet. Gynec., 1964; 24: 594.
- 30.- Rubin A, Erde A: Postpartum eclampsia. Obstet. Gynec., 1964; 24: 448.
- 31.- Schwartz ML, Brenner WE: The obfuscation of eclampsia by thrombotic thrombocytopenic purpura. Am. J. Obstet. Gynecol., 1978; 131: 18.
- 32.- Pritchard JA, Cunningham FG, Mason RA: Coagulation changes in eclampsia. Their frequency and pathogenesis. Am. J. Obstet. Gynecol. 1978; 124:855.
- 33.- Mac Gillivray I, pre-eclampsia. Sanders Company Ltd, 1983.