



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios de Postgrado
Instituto Mexicano del Seguro Social
H. G. O. "Luis Castelazo Ayala"

"LA PACIENTE ECLAMPTICA, EXPERIENCIA DE 5 AÑOS
EN U. C. I. A."

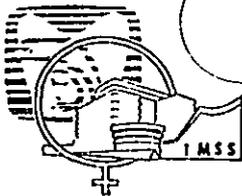
T E S I S

Que para obtener el título de
MEDICO GINECO - OBSTETRA
p r e s e n t a

DRA. ROSA SANCHEZ TELLEZ

Tutor de tesis:

Dr. Enrique García Cáceres
Dra. Aida Helguera Martínez



**México TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1989



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 esta 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.

I N D I C E

	Pag.
1. INTRODUCCION	9
2. OBJETIVO	14
3. MATERIAL Y METODOS	14
4. RESULTADOS :	
- MATERNOS	17
- PERINATALES	23
5. DISCUSION	26
6. CONCLUSION	34
7. BIBLIOGRAFIA	50

* * *

INTRODUCCION.

La eclampsia es definida como el desarrollo de convulsiones y/o comas en la paciente con signos y síntomas en enfermedad hipertensiva del embarazo. Ocurre en un 0.05 a 0.2 porciento del total de embarazos.(1)

Varios autores hacen un intento por identificar a la paciente de mayor riesgo, y como en todas las enfermedades, no hay una paciente típica. Ciertos estudios -- edidemiológicos indican que ciertas características son más comunes en las pacientes que desarrollan eclampsia. Primeramente se menciona la nuliparidad, la incidencia -- es levemente más baja en un embarazo que sigue a otro -- que ha terminado en aborto, pero es mucho más alta en -- las gestaciones que siguen a un embarazo que ha llegado al término. Por otra parte, la eclampsia es claramente -- una enfermedad de mujeres que tienen menor nivel socio-- económico, tal vez relacionado con la menor posibilidad de tener atención prenatal. Numerosas publicaciones asoci-- cian una mayor incidencia del padecimiento a pacientes -- jóvenes, sin embargo es difícil definir si esta es una -- relación absoluta, o se debe a que en su mayoría, las -- pacientes jóvenes son primigestas. En igual condición -- la relación de la eclampsia y la raza no es concluyente.

La eclampsia tiene tendencia a ocurrir en hijas y hermanas de una mujer con antecedente de eclampsia. Complicaciones médicas del embarazo o, como por ejemplo Diabetes Mellitus o Hipertensión arterial sistémica también predisponen el padecimiento; así como las complicaciones obstétricas entre ellas el embarazo molar, embarazo múltiple, hidrops fetal, etc.(1,2,3,4,5)

Frecuentemente la eclampsia tiene un curso clínico gradual, sin embargo, en el 15 a 20 por ciento de los casos puede presentarse súbitamente. El edema no es invariable en un 25%por ciento aproximadamente se presenta en forma generalizada, en ocasiones puede no ser aparente y manifestarse como una ganancia de peso acelerada, y aún puede estar ausente hasta en un 33%. Generalmente

las convulsiones se asocian a grados de hipertensión de moderada a severa, pero en algunos casos el grado de hipertensión es apenas perceptible y ocasiona muerte materna y/o fetal. Un grado significativo de proteinuria, mayor de 2 grs. por litro generalmente forma parte del cuadro de eclampsia; pero se enfatiza que puede aparecer eclampsia sin proteinuria en un 20-40 por ciento de los casos. Otros síntomas que aparecen en el cuadro clínico, generalmente precediendo a las convulsiones son cefalea,

visión borrosa, fotofobia y dolor epigástrico.

Por definición, la eclampsia ocurre después de las 24 semanas de gestación y dentro de las primeras 48 horas de puerperio, tiene una distribución de acuerdo al momento en que se interrumpe el embarazo de aproximadamente el 50 por ciento anteparto, y 25% tanto durante el parto como en el puerperio. De los casos que ocurren previos a la interrupción del embarazo, la mayoría ocurre en el tercer trimestre del embarazo, y casos aislados antes de este.

El diagnóstico de eclampsia no depende de ningún dato de laboratorio, y muchas de las alteraciones encontradas se deben a las complicaciones asociadas. De los más significativos se tiene el incremento en los niveles séricos de ácido úrico al que se le atribuye un valor pronóstico en el padecimiento, aumento de creatinina sérica, disminución del aclaramiento de la misma, aumento del hematócrito, disminución de plaquetas y alteración en las pruebas de función hepática.

De los exámenes de gabinete realizados en algunos estudios están el electroencefalograma, la tomografía axial computada y la arteriografía cerebral, sin encon-

trarse patrones específicos y por lo tanto poco útiles en el diagnóstico. (1,2,6)

En varias series informadas a fines del siglo XIX, época durante la cual el parto inmediato era la práctica, la tasa de mortalidad de mujeres eclámpticas fué del 20 al 30 por ciento. El advenimiento del manejo expectante con sedación materna al principio de este siglo se asoció del 10 al 15 por ciento de muerte. En años recientes, la combinación de sulfato de magnesio con antihipertensivos se ha asociado a una mortalidad materna virtualmente de cero, reportado por autores como: Pritc Hard y Sibai en Estados Unidos, y por Wightman en Inglaterra. En nuestro país el Dr. López Llera reporta una mortalidad aproximada del 10% en una revisión de 15 años de experiencia. Los accidentes cerebrales son la más clara y frecuente causa de muerte, seguidos por la insuficiencia respiratoria, coagulopatías, insuficiencia renal y otras cada vez menos frecuentes como accidentes anestéticos, sepsis y ruptura hepática.

La mortalidad en orden de frecuencia es reportada por daño cerebral reversible, desprendimiento prematuro de la placenta normoinserta, insuficiencia renal aguda, bronconeumonía, edema agudo de pulmón, atonía ute-

rina y coagulopatías. (5,7,8,9,10)

Los reportes de mortalidad perinatal asociados al padecimiento varían del 10 al 28 por ciento. En su mayoría las muertes se relacionan a prematuridad, retardo en el crecimiento intrauterino severo e hipoxia. Cabe puntualizar que la tasa de mortalidad perinatal se relaciona inversamente con el grado de madurez fetal, y ésta a su vez con la edad gestacional del mismo. Característicamente, los hijos de madres eclámpicas presentan un grado de retardo en el crecimiento intrauterino de tipo simétrico y en una relación peso-edad gestacional aproximadamente el 30% de productos se encuentra por debajo del percentil 50 dado en los productos de madres sanas. En productos que nacen antes de la semana 35 de gestación y que presentan retardo en el crecimiento intrauterino se encuentran las tasas de mortalidad más importantes.

Los mismos factores que causan muerte perinatal son responsables de la mortalidad neonatal. La hipoxia es la más frecuente en este grupo y la hemorragia cerebral la más severa. Las secuelas encontradas a largo plazo en el producto que sobrevive son raras y son principalmente trastornos neurológicos en diversos

grados. (1,11,12,13,14,15,16)

OBJETIVO.

Describir las características de la paciente ecláptica atendida en U.C.I.A. y las de su producto. Establecer diferencias entre las sobrevivientes y las fallecidas.

MATERIAL Y METODOS.

Se revisarán expedientes de pacientes con diagnóstico de eclampsia de acuerdo a los criterios del hospital, que sean embarazadas con edad gestacional mayor de 24 semanas, o cursen las primeras 48 horas de puerperio y que presenten hipertensión arterial con cifras sistólicas iguales o mayores a 140 Hg o diastólicas de 90 mm Hg; proteinuria mayor de 1 gramo por litro; edema en cualquier grado y crisis convulsivas tónico-clónicas o estado de coma, que hayan ingresado a la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos durante los años de 1980 a 1984.

Se describirán los siguientes parámetros:

1.-Número total de casos.

- 2.-Momento de presentación de la eclampsia en relación al tiempo de interrupción del embarazo.
- 3.-Características de la paciente, refiriéndose a edad de la paciente, perfil obdtétrico y cuadro clínico; formando en cada apartado subgrupos que son mencionados posteriormente. Y dilucidando a la vez diferencias entre el grupo de pacientes que sobreviven y las que fallecen.
- Edad Materna: I) Menores de 20 años, II) De 20 a 29 años, III) De 30 a 34 años y IV) Mayores de 35 años.
- Perfil Obstétrico: Número de gestas; I) Primigestas, II) De 2 a 4 gestas, III) Más de 5 gestas.
Edad gestacional: I Menos de 28 semanas, II) De 29 a 36 semanas y III) Mayores de 36 semanas. Y Vía de interrupción del embarazo, ya sea parto o cesárea.
- Perfil Clínico: Proteinuria en forma cualitativa. Niveles de tensión arterial, primero global y posteriormente de cifras diastólicas formando subgrupos; I) Hasta 100 mm Hg, II) De 101 a 120 mm Hg. y III) Más de 120 mm HG.
Número de convulsiones; I) Una convulsión, II) 2 a 4 convulsiones, III) 5 o más convulsiones.
- 4.-Morbilidad Materna.

5.-Mortalidad Materna.

6.-Resultados Perinatales.

-Calificación de Apgar por subgrupos: I) Obito,

II) De 1 a 5, III) De 6 a 7, IV) De 8 a 10. Comparación del grupo en estudio dentro de la curva Apgar/peso.

-Peso al nacimiento: I) Menores de 1000 grs, II) De 1000 a 1499 grs, III) De 1500 a 1999 grs, IV) De 2000 a 2499 grs. y V) Mayor de 2500 grs. Comparación dentro de la curva peso/edad gestacional dada para los hijos de madres sanas.

-Mortalidad Perinatal.

TIPO DE ESTUDIO.

Retrospectivo, observacional, descriptivo.

RESULTADOS.**NUMERO DE CASOS.**

Durante los 5 años de estudio de 1980 a 1984, se recibieron en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos a 179 pacientes eclámpticas. Todas fueron sometidas a un esquema de manejo uniforme establecido para la enfermedad hipertensiva del embarazo en grado severo a base de expansores del plasma, sedación y antihipertensivos. La terapia anticonvulsivante incluyó varios fármacos y de los más usados estuvieron: el diazepam, fenobarbital, difenilhidantoinato.

MOMENTO DE LA ECLAMPSIA.

Al hacer un distribución de los casos, en cuanto al tiempo de presentación del cuadro de eclampsia en relación al momento de interrupción del embarazo, se advierte que 93 de los casos, es decir el 51.95% ocurrieron anteparto, 34 (18.99%) durante el parto, y las 52 restantes (29.05%) en el puerperio. Figura 1, Tabla I

EDAD MATERNA.

Para el subgrupo I, con pacientes menores de 20 años el número de casos de eclampsia fué el mayor con 41.4% del total de los casos, seguido por 34.4% del subgrupo II y con aproximadamente el 10% para cada uno de los subgrupos III IV que incluyen pacientes de edades mayores.

En los diferentes subgrupos, el tiempo de presentación de la eclampsia en más del 50% de los casos fue previo al parto. Tabla II

Refiriéndose al grupo de pacientes sobrevivientes, se encontró un porcentaje para edad materna máximo de 43% para el subgrupo I, después el 37% para el subgrupo II, 14% para el III y 6% para el subgrupo IV. En el grupo de muertes el 57% lo ocuparon las pacientes del subgrupo II, procedido en orden de frecuencia decreciente con 29% el subgrupo I, el III con 14% y por último con ningún caso el subgrupo IV. Tabla III, Gráfica 1

PERFIL OBSTETRICO.

NUMERO DE GESTA.

La paciente primigesta representó el 64.24% del total, el subgrupo II correspondió el 29% y el 7.7% al subgrupo III.

Antes de iniciar el trabajo de parto o de interrumpir el embarazo se manifestó la eclampsia en poco más de la mitad de los casos, invariablemente en los diferentes subgrupos según el número de las gestaciones. Tabla II

En las pacientes que sobrevivieron el 63% de los casos estuvo dada por el subgrupo I, el 28% para el subgrupo II y 9% para el subgrupo de multigestas. En las fallecidas el 57% ocupó el subgrupo II el 34% el I y el 9% las multigestas con más de 5 embarazos. Tabla IV, Gráfica 2

EDAD GESTACIONAL.

La eclampsia en embarazos menores de 28 semanas significó el 8.3%, seguido por el subgrupo II con 37.9% de casos y con el mayor número en el subgrupo III con embarazos mayores de 36 semanas y con un porcentaje de 53.8%.

Relacionando la edad gestacional con el momento de presentación del cuadro eclámpstico, en los subgrupos I y II más de dos terceras partes de pacientes tuvieron una presentación previa al parto. En el subgrupo III, aproximadamente la mitad de los casos ocurrió en el puerperio. Tabla II

Confrontando los grupos de sobrevivientes y fallecidas se obtienen resultados similares con porcentajes mayores dados en el subgrupo III mostrando porcentajes de 63 y 57 por ciento respectivamente, 28 y 34 por ciento en el subgrupo II 9% para el subgrupo I.

Tabla V, Gráfica 3

VIA DE INTERRUPCION DEL EMBARAZO.

De acuerdo con los datos obtenidos, se realizó operación cesárea en 101 casos (56.5%) y en los 78 restantes (43.5%) obtuvo resolución por vía vaginal.

Especificando el tiempo de presentación de la eclampsia, se advirtió que un porcentaje del 61% de los embarazos que se resolvieron por vía vaginal correspondieron a casos de eclampsia que se presentaron en el puerperio. Tabla II

PERFIL CLINICO.**PROTEINURIA.**

Una valoración cualitativa del grado de proteinuria, indica que un porcentaje de 58,11% de pacientes mostró un considerable grado de proteinuria quedando clasificadas en el subgrupo II. Tabla VI

TENSION ARTERIAL.

Tomando en cuenta cifras de tensión arterial tanto sistólica como diastólica se advierte que el 58% de las pacientes registraron cifras mayores de 180/120 mm Hg. y el resto de pacientes excedió estas cifras. Tabla VI

En cuanto a las cifras de tensión arterial diastólica en el grupo de pacientes que resultaron vivas, predominaron aquellas agrupadas en el subgrupo II con el 51%, en cantidades similares el resto se distribuyó en los subgrupos I y III. En las pacientes fallecidas los resultados en porcentaje fueron en orden para los subgrupos I, II y III de 18, 39 y 43 por ciento

respectivamente. Tabla VII, Gráfica 4

NUMERO DE CONVULSIONES.

Se presentaron 3 casos de muerte sin existir previamente crisis convulsiva. Tanto en el grupo de pacientes sobrevivientes como el de fallecidas, un número importante de pacientes presentó una sola convulsión, quedando incluidas en el subgrupo I, y refiriéndose a porcentajes del 51% y el 43% respectivamente. Después el 43% y 35% para el subgrupo II, y en el III con el mayor número de convulsiones del 6 y 9 por ciento para cada grupo. Tabla VIII, Gráfica 5

MORBILIDAD MATERNA.

Las complicaciones más frecuentes encontradas en las pacientes estudiadas se enlistan la tabla IX. En igual número de casos ocuparon el primer lugar la hemorragia cerebral y la hemólisis microangiopática, correspondiendo con 23 pacientes el 12.8%, la coagulación intravascular diseminada en 18 pacientes (10%) hemorragia post parto y sepsis en 7 (4%), neumonía en 5 casos (2.8%) insuficiencia renal aguda en 4 (2.2%), y en un caso ruptura hepática, edema agudo de pulmón,

sangrado de tubo digestivo alto y síndrome de insuficiencia respiratoria progresiva del adulto (0.5%).

MORTALIDAD MATERNA.

El porcentaje de muertes maternas, dentro del grupo de 179 pacientes estudiadas fué de 12.48%, correspondiendo en número a 23 casos. Esta cifra fue corregida al excluir los casos de las pacientes que en su ingreso presentaban daño neurológico y/o sistémico irreversible, disminuyendo el porcentaje al 11.17% con 20 pacientes. TablaX

De las complicaciones que resultaron fatales y llevaron a la paciente a la muerte, se atribuyen 21 casos a la hemorragia cerebral, correspondiendo al 91.3% del total de muertes; y en un caso (4.3%) a ruptura hepática y sepsis. Tabla XI

La hemólisis microangiopática complicó el 56% de los casos que resultaron en muerte materna. Tabla XII

RESULTADOS PERINATALES.

CALIFICACION DE AFGAR.

No calificables se registraron 8 óbitos y 37 casos sin el dato reportado en el expediente.

En la calificación dada al minuto el subgrupo II obtuvo un porcentaje de 32.96%, menor con 29.05% para el subgrupo III y solo el 12.84% para el subgrupo IV. Diferentemente a los 5 minutos, las calificaciones -- máximas incluidas en el subgrupo IV constituyeron el 36.87%, el subgrupo III el 24.58% y el subgrupo II un 13.4%. Tabla XIII.

Una curva peso/Apgar muestra un ascenso gradual de la calificación obtenida por el producto mientras es mayor la edad gestacional. Gráfica 6, Tabla XIV.

PESO AL NACIMIENTO.

Aproximadamente la tercer parte de productos -- (30.72%) obtuvo un peso al nacimiento mayor a 2 500gs El 19.55% se encontró formando parte del subgrupo IV, el 17.81% el subgrupo III y menos del 10% correspondió a los subgrupos II y I. Tabla XV.

Al hacer una comparación dentro de la curva peso/edad gestacional, el producto de madre ecláptica cayó por debajo del percentil dado para los produc--

ductos de madres sanas. Tabla XVI, Gráfica 7.

MORTALIDAD PERINATAL.

El porcentaje de muertes perinatales, de un total de 179 casos fué de 4.87% en número correspondiendo a 27 productos; al excluir el grupo de menores de 1000 grs, se obtuvo una cifra corregida de 20 (3.06%) Tabla X.

DISCUSION.

Es sabido que la eclampsia puede manifestarse antes, durante y posterior al parto. La mayoría - de los autores dan una proporción aproximada de -- 50% anteparto, y porcentajes entre si equivalentes para las otras dos etapas (1). En nuestro estudio más de la mitad de casos ocurrió en una etapa previa a la interrupción del embarazo, sin embargo el puerperio también agruó un número importante de casos, este mismo resultado fué reportado por Sibai en un análisis de casos calificados como no prevenibles, recalcando que la mayoría de las veces no se valora adecuadamente el riesgo de eclampsia en la paciente que ya ha dado a luz, disminuyendo lo intensivo en su cuidado. (8)

Lehmann, en un estudio de 10 años mostró que la incidencia de eclampsia es mayor en los extremos de edad. (3)

En el grupo estudiado, la edad materna predominante fué menor de 20 años, y la frecuencia disminuyó para edades más avanzadas. No existieron diferencias importantes en relación a las pacientes fallecidas y las sobrevivientes en cuanto a grupos de

edad. La relación escrita por otros autores tal vez se explique porque casi todas las mujeres - jóvenes sean primigestas y entonces el valor de la edad sea relativo, y porque en las pacientes mayores de 35 años es frecuente que la eclampsia se sobreañada a otras patologías ya existentes - por ejemplo la hipertensión. (3)

En la presente revisión, la paciente primigesta característicamente representó al grupo de eclámpicas, en menor frecuencia se presentó en multigestas. En el grupo de pacientes que fallecieron no fué marcada la frecuencia de primigestas sino aquellas pacientes con más de dos gestas, a diferencia de lo reportado en otros estudios (5); tampoco destacó la gran multigesta, -- tal vez porque con las políticas de reducción -- del crecimiento poblacional se ha reducido considerablemente la multiparidad y sus consecuencias. Hanselmann estableció por la experiencia dada -- en el análisis de 6 498 casos, que la mujer previamente nulípara tiene una probabilidad 8 veces mayor de desarrollar eclampsia que sí hubiera dado a luz previamente. Se argumenta que un embarazo confiere algún tipo de inmunidad a eclampsia en los embarazos siguientes. (3)

De acuerdo a la revisión hecha por Villar en la Universidad de Tennessee, se tiene que los casos de eclampsia que ocurren anteparto, en su mayoría se presentan en el tercer trimestre y pocos casos ocurren entre las semanas 24 a 27, aún más raros resultan aquellos que ocurren en edades más tempranas de gestación, denominándose "atípicos" y tratándose con escepticismo por algunos autores. (1) Para la paciente atendida en la UCIA, la presentación de eclampsia fué directamente -- proporcional a la edad gestacional, con lo que los embarazos mayores de 36 semanas fueron los más frecuentemente encontrados. Esta relación -- fué válida pra sobrevivientes y fallecidas. En un considerable número de casos fueron los embarazos de término y cercanos al mismo los que manifestaron la eclampsia en el puerperio.

En lo relativo a la vía de interrupción del embarazo, tiene predominancia la vía abdominal -- sobre la vaginal (6,7,9,10). De nuestros resultados, en la paciente con embarazo y eclampsia, fué mayor el número de casos resuelto por vía -- abdominal. Una explicación probable es que en -- la eclampsia se conjuntan varias indicaciones -- tanto relativas como absolutas para operación ce sárea, entre las primeras principalmente prematu

rez, retardo en el crecimiento intrauterino y la propia eclampsia, de las últimas el desprendimiento prematuro de placenta, el sufrimiento fetal agudo, entre otras. Para los casos que tuvieron resolución -- por vía vaginal, en su mayoría correspondieron a -- aquellos casos de eclampsia dado en el puerperio y -- que frecuentemente las convulsiones fueron la primera manifestación del cuadro toxémico.

El cuadro clínico descrito para la eclampsia, -- con edema, hipertensión, proteinuria y convulsiones, suele estar presente en la mayoría de los casos, sin embargo, hasta el 20% puede ocurrir sin que exista el cuadro típico. En la población de 216 eclámpicas hecha por Villar, todos estos parámetros clínicos fueron variables (1).

El presente estudio muestra una importante relación entre las cifras de hipertensión diastólica con el número de muertes, ya que las pacientes que fallecieron obtuvieron rangos de tensión arterial diastólica mayores de 120 mm Hg en un 43% de los casos; esta relación ya había sido mencionada por el Dr. --- López Llera en un reporte preliminar de su estudio -- en Centro Médico Nacional (19). Los demás parámetros fueron de intensidad variable.

La proteinuria, cualitativamente evaluada en tres cruces estuvo presente en el 58% del grupo estudiado - en el resto de pacientes, el grado fué menor sin dejar de estar presente.

Existieron 3 casos de muerte materna sin haberse presentado previamente crisis convulsivas, tomando por - lo tanto la modalidad comatosa del padecimiento; en - general para el grupo, fué mayor el número de pacien- tes que presentó una sola crisis convulsiva en el -- transcurso de su enfermedad, esto traduce un adecuado control de las mismas una vez iniciado el manejo.

Las complicaciones maternas más frecuentemente - asociadas a la eclampsia no varían grandemente ni a - través de la historia (5), ni en los resultados obtenidos ahora; y son reflejo de la fisiopatología conocida actualmente de la enfermedad, en donde el vasoespasmo, producto del aumento en la sensibilidad vasoactiva principalmente a angiotensina II y de un desequilibrio en la producción de prostanoïdes placentarios con propiedades vasoactivas, es seguido de la extravasación de líquido, hemoconcentración, aumento de la - viscosidad sanguínea, daño endotelial, defectos en la coagulación y alteraciones en el medio extracelular - neuronal que a su vez propicia una disminución del umbral de excitación neuronal. (17,18) La hemorragia - cerebral iguala en frecuencia a la hemólisis microan-

giopática, sin embargo, la primera también es causa de muerte materna en más del 90% de los casos. Si bien - la hemólisis microangiopática no fué causa directa de muerte, si estuvo asociada en un 56% de las pacientes que fallecieron, traduciendo probablemente en un daño endotelial más severo y con ello un mal pronóstico. Por otra parte, las causas de muerte materna en nuestro listado también incluyen un caso de sepsis y uno - de ruptura hepática, consideradas en otros estudios como causa cada vez más rara de muerte materna (5)

El porcentaje de muertes maternas, una vez excluidos los casos que en el momento de su ingreso presentaban ya un daño irreversible, es similar a la reportada por el Dr. López Llera en el reporte de 15 años de experiencia. (9)

Sin embargo, difiere de las cifras reportadas por otros autores extranjeros como Sibai, Pritchard y Wightman -- quienes han logrado abatirla hasta cero. Sin duda, --- existe diferencia en el grado de desarrollo entre los - países en los que se han obtenido esos resultados y el nuestro y por lo tanto, también la población es diferente. (2)

La morbi-mortalidad perinatal del producto de madre eclámpica es representada principalmente por prematurez, retardo en el crecimiento intrauterino e hipoxia

(11,12,14,15,16).

Sibai, Wigthman y López Llera reportan cifras aproximadas al 50% de prematuros en los hijos de - pacientes eclámpticas (11,13,14), acorde con esto, en nuestra serie existió un 46% de recién nacidos menores de 36 semanas de gestación, estas cifras - son justificables si recordamos que la mayor parte de casos de eclampsia ocurren en etapas tempranas del embarazo, y a que la interrupción del embarazo es obligada, dado el carácter grave del padecimiento y a que una prolongación del mismo pone en ma--yor peligro el estado materno-fetal. El hijo de - madre eclámptica esta expuesto in útero a una per--fusión intervellosa disminuida, se ha demostrado - que el grado de compromiso es muy severo en el mo--mento en que se manifiesta clinicamente el padeci--miento, y que su inicio precede en mucho este mo--mento. (17)

El resultado de la disminución de aporte nutrientes al feto es un grado de retardo en el crecimiento intrauterino de tipo simétrico, dado que se pre--senta en mayor porcentaje en el último trimestre de emabrazo, el porcentaje de recién nacidos afectados según Brazy, López Llera y Sibai fluctua cercano al 30% . (11,14,15,16)

En los recién nacidos de nuestra revisión existió invariablemente una relación peso-edad gestacional menor al normal. Un dato encontrado adicionalmente es, que este retardo en el crecimiento es más pronunciado conforme aumenta la edad gestacional, - probablemente porque el tiempo de exposición a una baja perfusión utero-placentaria sea también mayor. La hipoxia que afecta al producto de madre ecláptica está asociada a desprendimiento prematuro de placenta y a las crisis convulsivas que ésta presenta.

(1)

En la revisión hecha, los recién nacidos obtuvieron calificaciones de Apgar al minuto considerablemente bajas, éstas fueron superadas en la calificación dada a los 5 minutos, cambio explicado en un daño hipóxico perinatal que es factible de corrección mediante asistencia neonatal inmediata.

La mortalidad perinatal reportada en el estudio es de 3.06% y alcanza porcentajes mínimos reportados por autores mexicanos y extranjeros (11,13,14,19), - este resultado puede atribuirse a que existe un manejo intensivo anteparto, a que se cuenta con un equipo para atención neonatal inmediata y a la disponibilidad de una unidad de cuidados intensivos neonatales.

CONCLUSION.

Existen características en la paciente eclámpica que pueden considerarse como factores de riesgo. Estos básicamente son los mismos reportados por otros autores.

Existe una clara relación entre los niveles de -- hipertensión diastólica y la presencia de hemólisis microangiopática en las pacientes que fallecen. Los demás factores estudiados no mostraron tendencia alguna al respecto.

No es posible modificar la presentación del padecimiento, cabe detectar la presencia de enfermedad para limitar en lo posible el daño.

ECLAMPSIA 1980-1984

NUMERO DE CASOS

No. de Casos	PRE	PARTO TRANS	POST
179	93	34	52
Porcentaje			
100	51.95	18.99	29.05

Tabla I.

ECLAMPSIA 1980-1984

PERFIL OBSTETRICO

n=179

EDAD	No.	%	Pre	Trans	Post
I hasta 20 años	75	41.8	37	23	15
II 21 a 29 años	67	37.4	30	7	30
III 30 a 34 años	19	10.6	11	4	4
IV más de 35 años	18	10	15	-	3

GESTA

I Primigesta	115	64.2	59	26	30
II 2 a 4 gestas	52	29	30	4	18
III más de 5 gestas.	12	6.7	4	4	4

Tabla II a.

ECLAMPSIA 1980-1984

PERFIL OBSTETRICO

n=179

EDAD GESTACIONAL	No.	%	Pre	Trans	Post
I menos de 28 sem.	15	8.3	11	4	-
II 29-36 sem.	68	37.9	60	-	8
III más de 36 sem.	96	53.8	22	30	44

VIA DE INTERRUPCION

Cesárea	101	56.4	82	15	4
Parto	78	43.5	11	19	48

Tabla IIB.

ECLAMPSIA 1980-1984

EDAD MATERNA

EDAD	V=156	d=23
I	67 (43%)	7 (29%)
II	58 (37%)	13 (57%)
III	22 (14%)	3 (14%)
IV	9 (6%)	-

Tabla III.

ECLAMPSIA 1980-1984
NUMERO DE GESTAS

No. GESTA	V=156	D=23
I	98 (63%)	8 (34%)
II	44 (28%)	13 (57%)
III	14 (9%)	2 (9%)

Tabla IV.

ECLAMPSIA 1980 - 1984

EDAD GESTACIONAL

EDAD GESTACIONAL	V=156	D=23
I	14 (9%)	2 (9%)
II	44 (28%)	7 (34%)
III	98 (63%)	13 (57%)

Tabla V.

ECLAMPSIA 1980-1984
PERFIL CLINICO
N=179

PROTEINURIA.	No. de Casos	%
I + a ++	75	(41.84)
II +++ a ++++	104	(58.11)

TENSION ARTERIAL (mm Hg)		
Menores de 180/120	105	(58.65)
Mayores de 180/120	74	(41.36)

Tabla VI.

ECLAMPSIA 1980-1984

PERFIL CLINICO

n=179

NIVELES DE TAD (mm Hg)	V=156	D=23
I hasta 100	39 (26%)	4 (18%)
II 101 a 120	81 (51%)	9 (39%)
III más de 120	36 (23%)	10 (43%)

Tabla VII.

ECLAMPSIA 1980-1984

PERFIL CLINICO

n+179

No. DE CONVULSIONES	V=156	D=23
I 1	80 (51%)	10 (43%)
II 2 a 4	67 (43%)	8 (35%)
III 5 ó más	9 (6%)	2 (9%)
Ninguna	-	3 (13%)

Tabla VIII.

ECLAMPSIA 1980-1984

COMPLICACIONES .

n=179

COMPLICACION	No.	%
- Hemorragia Cerebral	23	12.8
- Hemólisis Microangiopática	23	12.8
- Coagulación Intravascular Diseminada.	18	10.0
- Sangrado Transvaginal (con hipoventilación).	7	4.0
- Sepsis	7	4.0
- Neumonía	5	2.8
- Insuficiencia Renal Aguda	4	2.2
- Ruptura Hepática	1	0.5
- Edema Agudo Pulmonar	1	0.5
- SIRPA	1	0.5
- STDA	1	0.5

Tabla IX.

ECLAMPSIA 1980-1984
MORTALIDAD

MATERNA			
Eclampsia	No.	Huertes	Corregida
	179	23(12.84%)	20 (11.17%)
PERINATAL	179	27(4.87%)	17 (3.06%) [#]

Tabla X.

ECLAMPSIA 1980-1984

CAUSAS DE MUERTE

n=23

CAUSA	NO.	%
- Hemorragia Cerebral.	21	91.3
- Ruptura Hepática	1	4.3
- Sepsis	1	4.3

Tabla XI.

ECLAMPSIA 1980-1984

HEMOLISIS MICROANGIOPATICA ASOCIADA			
	No. c/hemólisis		%
Sobrevivientes	156	10	6.5
Fallecidos	23	13	56.0

Tabla XII.

ECLAMPSIA 1980-1984

APGAR n=179

APGAR	1'	5'
I Obito	8(4.46)	
II 1-5	59(32.96)	24(13.40)
III 6-7	52(29.05)	44(24.58)
IV 8-10	23(12.84)	66(36.87)
V ?	37(20.6)	

Tabla XIII

ECLAMPSIA 1980-1984

PRODUCTO

PESO (grs)		1'	APGAR	5'
I	1000	2.71		3.85
II	1000-1499	4.07		5.92
III	1500-1999	4.75		6.78
IV	2000-2499	6.12		7.06
V	2500	6.14		7.65

Tabla XIV

ECLAMPSIA 1980-1984
PESO DE LOS PRODUCTOS
n=179

GRUPO	No.	%
I menor de 100 grs.	11	6.14
II 100 a 1499 grs.	16	9.14
III 1500 a 1999 grs.	32	17.81
IV 2000 a 2499 grs.	35	19.55
V mayores de 2500 grs.	55	30.72
VI desconocido	30	16.75

Tabla XV.

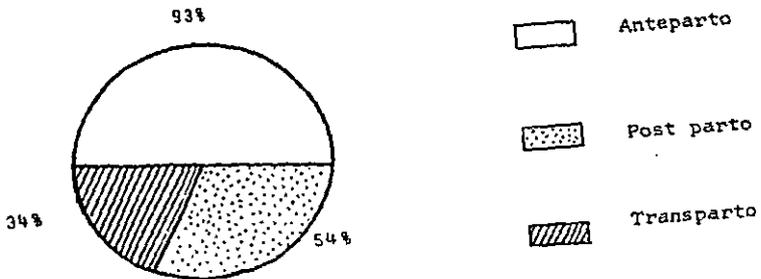
ECLAMPSIA 1980-1984

PRODUCTO.

PESO- EDAD GESTACIONAL		
SEMANAS	PESO (grs)	
	Porcentil 50	UCIA-HGO"LCA"
28	1100	1112
32	1650	1491
36	2600	2302
38	3000	2550

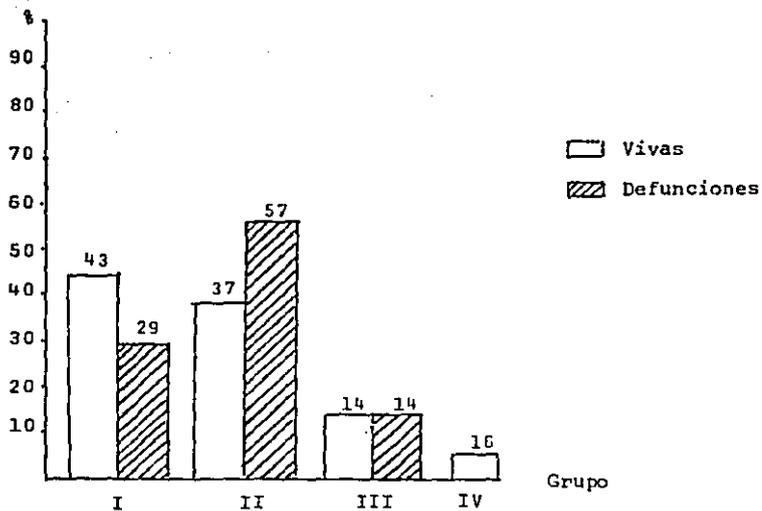
Tabla XVI.

MOMENTO DE ECLAMPSIA
Fig. I-Tabl. I



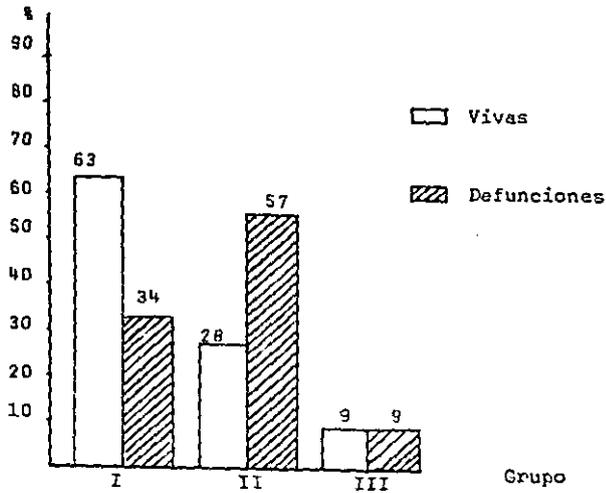
EDAD MATERNA

Graf. I-Tabl. III



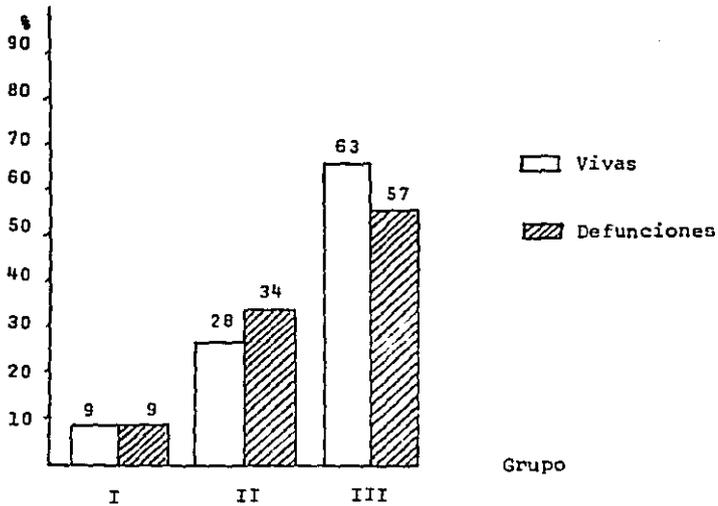
NUMERO DE GESTAS

Graf. 2-Tabl. IV

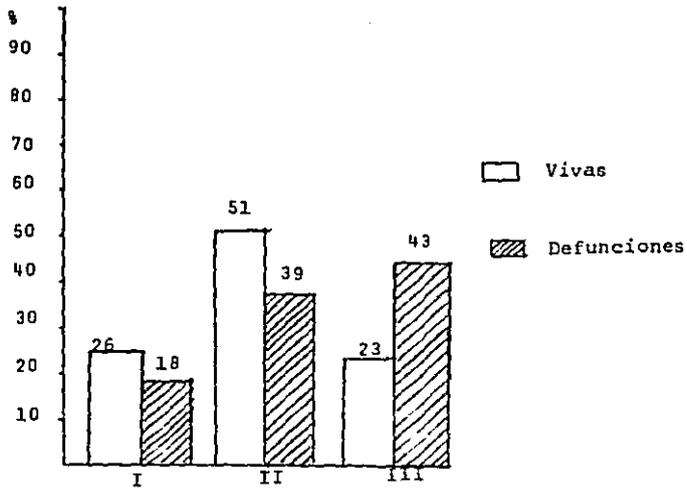


EDAD GESTACIONAL

Gráf. 3-Tabl. IV

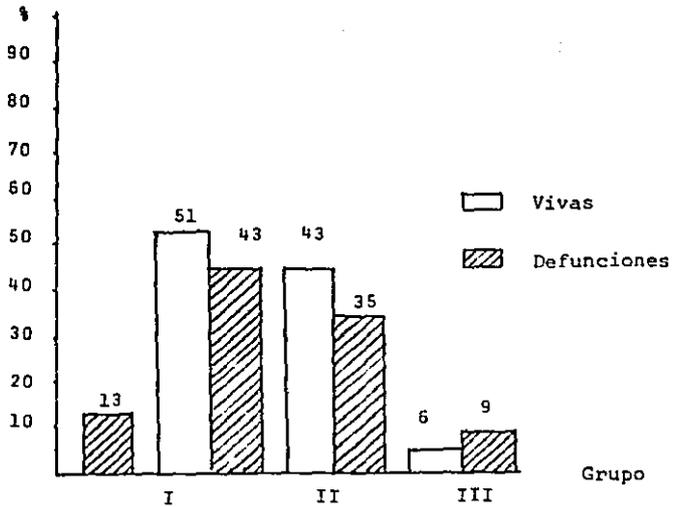


NIVELES DE TAD
Gráf. 4-Tabl. VII

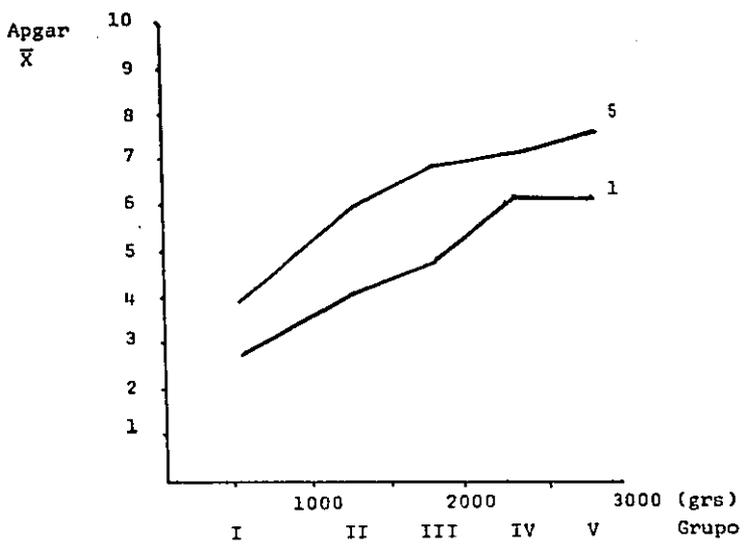


NO. DE CONVULSIONES

Gráf. 5-Tabl. VIII

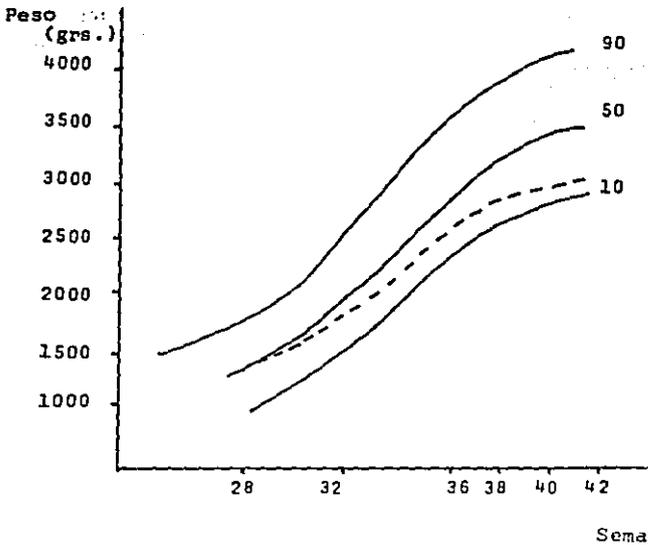


APGAR - PESO
Gráf.6-Tabl.XIV



PESO - EDAD GESTACIONAL

Gráf. 7- Tabl.XVI



ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

BIBLIOGRAFIA

1. Villar M.A. Eclampsia, *Obst Gynec Clin N Am* 15 (2): 255, 1988.
2. Creasy Robert K Hipertensión relacionada con el embarazo, *Medicina materno fetal*. Ed. Panamericana, 3a ed. Buenos Aires, Argentina, 1987.
3. Chesley Leon C. Historia y epidemiología de la Preeclampsia-eclampsia, *Clín Obstet* 4: 1026, 1984.
4. Parapaknam S, An epidemiologic study of eclampsia *Obstet Gynecol* 55:74, 1980.
5. Evans S. Mortality of eclampsia: A case report and the experience of the Massachusetts Maternity Study 1954-1982, *N Engl J Med* 29, 309 (20): -- 644, 1985.
6. Pritchard J.A. Clinical and laboratory observations on eclampsia, *Am J Obstet Gynecol* 99:754, - 1967.
7. Sibai B.H. Eclampsia I. Observations from 67 recent cases, *Obstet Gynecol* 55:74, 1980.

8. Sibai B.H. Eclampsia V. The incidence of non-preventable Eclampsia I. Observations from 67 recent cases, *Obstet Gynecol* 55:74,1980.
9. López Llera M. Complicated eclampsia, *Am J Obstet Gynecol* 142 (1) 28, 1982.
10. Fisher K.A. Hipertensión in pregnancy: clinico patological correlations and late prognosis. *Medicine* 60:267,1981.
11. Sibai B.H. Eclampsia. Neonatal Outcome, growth and development, *Am J Obstet Gynecol* 146: 307,1983.
12. Chin chu lin. Fetal outcome in hipertensive disorders of pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 142: 225, 1982.
13. Wigtman H. Perinatal mortality and morbidity -- associated with eclampsia, *Br Med J* 2:235,1978.
14. López Llera. Perinatal mortality in eclampsia, *J Reprod Med* 8:281, 1972.
15. Brazy J.E. Neonatal manifestations of severe maternal hipertension occurring before the thirty

- sixth week of pregnancy, J Pediatr 100:105, 1982.
16. López Llera M. Retarded fetal growth in eclampsia, J Reprod Med 9:229, 1972.
 17. Worley R. Fisiopatología de la hipertensión inducida por el embarazo. Clin Ginec Obstet 4: 1049, 1984.
 18. Clark S.L. Preeclampsia/eclampsia.: hemodynamic - and neurologic correlations, Obstet Gynecol 66:-- 337, 1985.
 19. López Llera M. Maternal mortality rates in eclampsia Am J Obstet Gynecol 124:149,1976.
 20. Pritchard J.A. Standardized treatment of 154 consecutive cases of eclampsia, Am J Obstet Gynecol 123:543,1975.