

UNAM
Facultad de Medicina.

11217
1
Pej-

«Manejo Obstétrico en la Paciente
con Preeclampsia: severa
Eclampsia en el año 1990,
Hospital 1º de Octubre»

Esp. en Ginecología y Obstetricia.
Jesús Anselmo Abarca Escobar

1992

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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.

I N D I C E.

1. - RESUMEN-----	4
2. - INTRODUCCION.-----	5
3. - MATERIAL Y METODOS.--	5
4. - RESULTADOS.-----	6
5. - CONCLUSIONES.-----	7
6. - BIBLIOGRAFIA.-----	14

MANEJO OBSTETRICO EN LA PACIENTE CON PREECLAMPSIA SEVERA
ECLAMPSIA EN EL AÑO 1990.
HOSPITAL 1ERO. DE OCTUBRE.

RESUMEN:

SE REALIZO UN ESTUDIO RETROSPECTIVO; DEL 1ERO. DE ENERO 1990 AL 31 DE DICIEMBRE 1990.

* PACIENTES QUE FUERON DIAGNOSTICADAS COMO PREECLAMPSIA SEVERA ECLAMPSIA Y VALORAR CUAL ES LA VIA DE NACIMIENTO CON LA CUAL SE HA OBTENIDO MEJOR RESULTADO MATERNO - FETAL.

¿ PARTO VS. CESAREA ?

PALABRAS CLAVE: MANEJO OBSTETRICO (PARTO VS. CESAREA)

SUMMARY:

A RETROSPECTIVE STUDY HAS BEEN DONE FROM JANUARY 1ST. THRU DECEMBER 31ST., 1990.

PATIENTS WERE LABELED AS SEVERE PREECLAMPSIA AND ECLAMPSIA TO KNOW, WHICH WAS THE BEST WAY OF BIRTH WE HAVE OBTAINED BETTER RESULTS WITH THIS STUDY.

¿ PARTUM VS. CESAREA ?

KEY WORDS: OBSTETRIC MANAGEMENT (PARTUM VS. CESAREA)

* DE LA INCAPACIDAD PARA ACEPTAR TODA INNOVACION, DEL EXCESIVO CELO PARA LO NUEVO, DEL DESPRECIO O DESDEN EXCESIVO PARA LO VIEJO, DE ANTEPONER EL CONOCIMIENTO AL BUEN CRITERIO Y LA CIENCIA AL ARTE, Y DE HACER LA CURA MAS DOLOROSA QUE SU PERSISTENCIA, "LIBRANOS SEÑOR".....

HUTCHINSON R.
OBSTETRICAL CARE, BR: MED. J:2.671.1953.

INTRODUCCION:

LA PREECLAMPSIA SEVERA - ECLAMPSIA SIGUE CONSTITUYENDO LA PRIMERA CAUSA DE MORTALIDAD MATERNA. SU FRECUENCIA SE ESTIMA EN UNA CIFRA APROXIMADA DE 8% DE TODOS LOS EMBARAZOS, CON UNA MORTALIDAD MATERNA DEL 10% Y UNA MORTALIDAD PERINATAL DEL 10 AL 35% (7.8).

LA PREECLAMPSIA ES LA ENFERMEDAD MAS GRAVE QUE SE ASOCIA AL EMBARAZO Y SIENDO SU ETIOLOGIA AUN DESCONOCIDA, SE HA PROPUESTO LA INTERRUPCION DEL EMBARAZO COMO UNICO TRATAMIENTO DEFINITIVO, NO IMPORTANDO LA EDAD GESTACIONAL (7,8,9). SIN EMBARGO; DADAS LAS CONSECUENCIAS FUNESTAS QUE REPRESENTA LA INTERRUPCION DEL MISMO EN EL ESTADO AGUDO DE LA ENFERMEDAD, SE HAN INSTITUIDO MEDIDAS DE SOSTEN PARA LOGRAR LA ESTABILIZACION DE LA PACIENTE, PREVIAS A LA INTERRUPCION DEL EMBARAZO.

ATENDIENDO PRINCIPALMENTE, AL MANEJO DE LA HIPERTENSION, PREVENCION DE CONVULSIONES Y BALANCE DE LIQUIDOS APROPIADA (14,9,15,6,4) SIEMPRE Y CUANDO NO EXISTA NINGUNA CONTRAINDICACION OBSTETRICA, EL PARTO VAGINAL ES EL DE ELECCION EN ESTE TIPO DE PACIENTES, CON UN INDICE DE BISHOP FAVORABLE. EN CASO CONTRARIO LA INTERRUPCION POR VIA ABDOMINAL ES LA ELECTIVA.

MATERIAL Y METODOS:

SE LLEVO A CABO UN ESTUDIO RETROSPECTIVO, APLICADO, EXPLORATORIO, TRANSVERSAL DE ASIGNACION CLINICA EN EL HOSPITAL REGIONAL 1º DE OCTUBRE DEL ISSSTE EN EL DISTRITO FEDERAL.

SE REALIZO UNA RECOPIACION DE PACIENTES DIAGNOSTICADAS COMO PREECLAMPSIA SEVERA-ECLAMPSIA. DE ACUERDO A LA TERMINOLOGIA DEL COLEGIO AMERICANO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, Y ASI TOMAR LOS DATOS A RECOLECTAR (VARIABLES) PARA ANALIZAR LO QUE SE QUIERE DEMOSTRAR.

RESULTADOS:

SE ENCONTRARON UN TOTAL DE 25 PACIENTES, DE LAS CUALES, 22 PACIENTES CON PREECLAMPSIA SEVERA Y 3 CON ECLAMPSIA.

EL 88% LA VIA DE NACIMIENTO FUE POR VIA ABDOMINAL (CESAREA) Y EL 12% POR VIA VAGINAL.

BISHOP FAVORABLE EN UN 32% Y EL 68% CON BISHOP DESFAVORABLE. SE OBSERVO MAYOR INCIDENCIA FRECUENCIA EN LA TERCERA DECADA DE LA VIDA.

EL CONTROL PRENATAL: 72% DE LOS PACIENTES LO LLEVO A CABO Y EL 28% NO LO LLEVARON.

LOS DIAS DE HOSPITALIZACION FUERON MENORES. CON EL PARTO VAGINAL EN RELACION A LAS CESAREAS.

EL PARTO VAGINAL PROMEDIO DE 1 DIA, Y PARA OPERACION CESAREA PROMEDIO DE 4 DIAS.

EL PROCEDIMIENTO ANESTESICO EN OPERACION CESAREA FUE EL 20% CON ANESTESIA GENERAL Y EL 80% CON BLOQUEO PERIDURAL CONTINUO.

EL 60% DE LAS PACIENTES SE ESTABILIZO SUS TENSIONES ARTERIALES EN UN LAPSO DE 48 HRS., POSTERIOR A LA INTERRUPCION DEL EMBARAZO Y EL 40% CONTINUO CON CIFRAS TENSIONALES ALTAS PERSISTENTES.

ES DE COMENTAR QUE TODAS LAS PACIENTES, SIN EXCEPCION, RECIBIERON TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO PREVIO Y CON DIVERSOS FARMACOS, POR LO CUAL NO ES VALORABLE EL DESCENSO DE LA T.A. ARTERIAL POSTERIOR A LA INTERRUPCION DEL EMBARAZO.

COMPLICACIONES MATERNAS:

EL 16% TUVO COMPLICACIONES DOS SINDROMES DE HELLP Y DOS-DPPNI CON EVOLUCION SATISFAC-TORIA.

MORTALIDAD MATERNA:

NULA

MORTALIDAD FETAL:

UN SOLO PRODUCTO SECUNDARIO A DPPNI.

CONCLUSIONES:

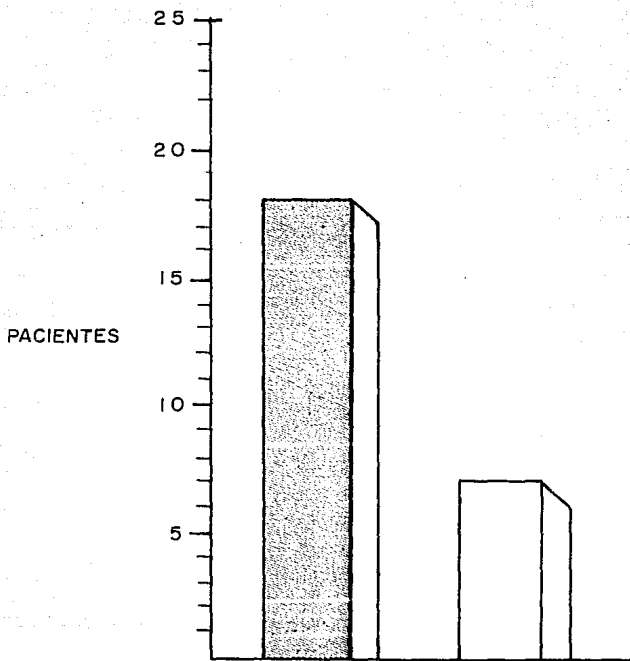
* SE DEMUESTRA QUE CON EL PARTO VAGINAL DISMINUYE EL TIEMPO DE HOSPITALIZACION.


* SE DEMUESTRA QUE AL INTERRUMPIR EL EMBARAZO, POR VIA VAGINAL O ABDOMINAL SE ELIMINO EL CUADRO HIPERTENSIVO EN MAS DEL 50% DE LOS PACIENTES, EN TERMINO DE 72 HRS.


* SE INTERRUMPIO EL EMBARAZO POR VIA ABDOMINAL EN 6 PACIENTES CON BISHOP FAVORABLE, QUE PUDIERON HABER TENIDO PARTO POR VIA VAGINAL.

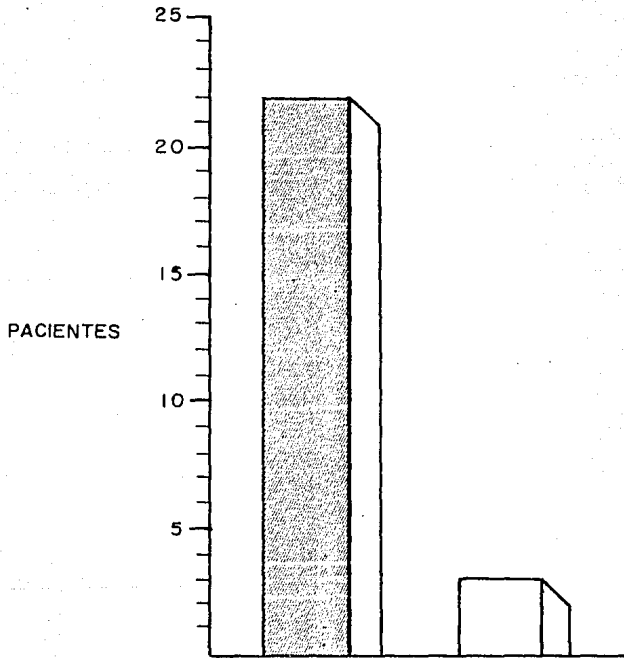
* SE DETERMINO QUE UNA OPERACION CESAREA PRECIPITADA E INOPORTUNA, LO MISMO QUE UNA INDUCCION LARGA Y CONFLICTIVA SON FACTORES AGREGADOS PARA UNA MAYOR DESCOMPENSACION O DESESTABILIZACION DEL CUADRO TOXEMICO.

* UN SUFRIMIENTO FETAL NO JUSTIFICA LA EJECUCION DE UNA OPERACION CESAREA EN PLENA ETAPA DE DESCOMPENSACION MATERNA, EXPONIENDO A GRAVE RIESGO AL BINOMIO MATERNO FETAL.




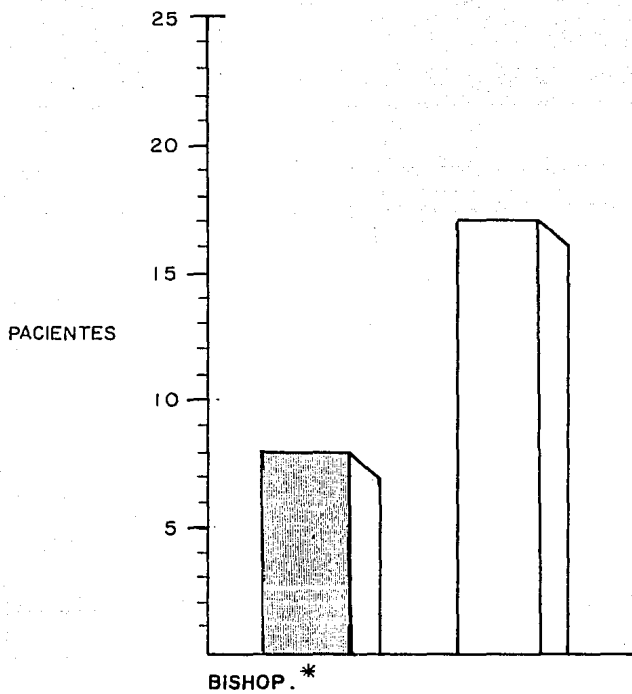
 72% CONTROL PRENATAL REGULAR

 28% SIN CONTROL PRENATAL



 88% PREECLAMPSIA SEVERA

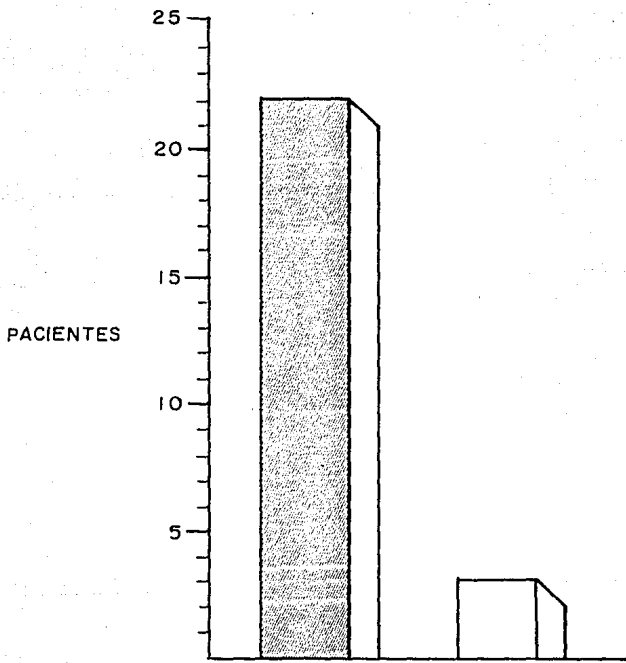
 12% ECLAMPSIA



32 % FAVORABLE



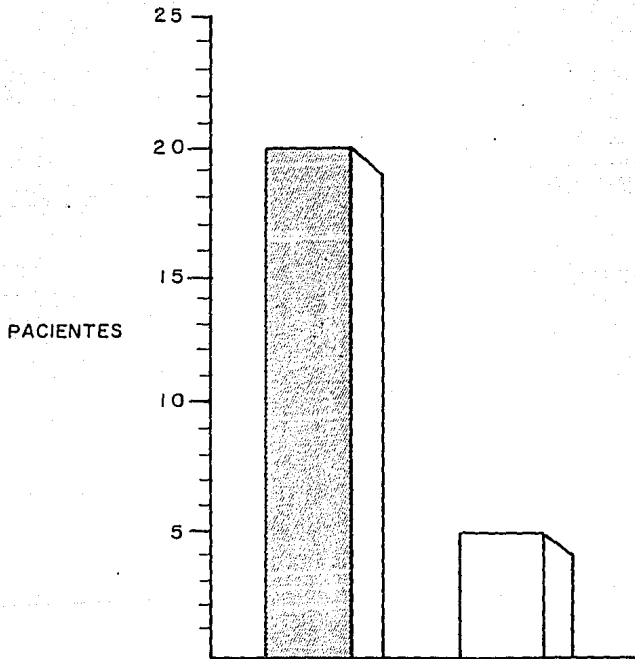
68 % DESFAVORABLE



88 % CESAREA

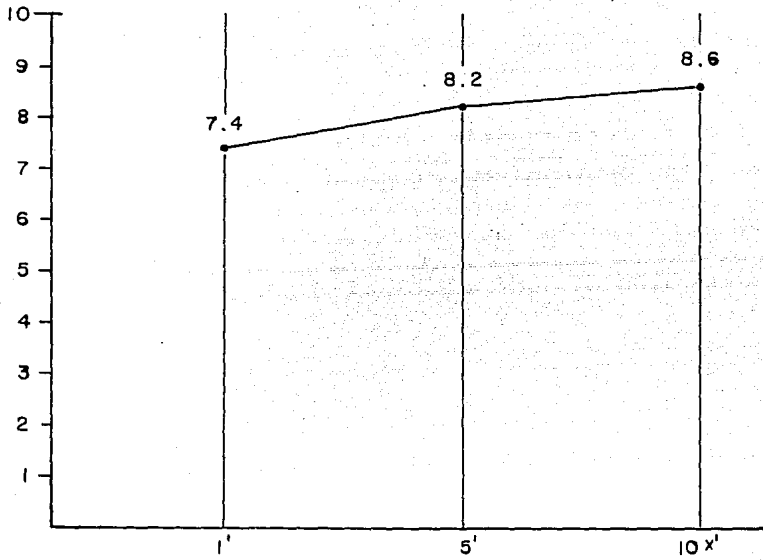


12 % PARTO VAGINAL



80% BPD

20% ANESTESIA GENERAL



MEDIA : DE VALORACION DE APGAR DE 25 PACIENTES

BIBLIOGRAFIA:

1. BAU SH: WI J.
OUTCOME OF THE MOTHER AND BABY DELIVERED BY CESAREAN SECTION IN PREGNANCY INDUCED HYPERTENSION.
CHUG-HUA-FU-CHAN-KO-TSA-CHIH: 1990
2. ODENDAL HS: PATINSON RC. BAM R. GROVE D. KOTSE TJ.
AGGRESSIVE OF EXPECTANT MANAGEMENT FOR PATIENTS WITH SEVERE PREECLAMPسيا BETWEEN 28-34 WEEKS GESTATION. OBST-GYNECOL 1990.
3. KRONTHAL AS FISHMAN ER: KUHLMAN JE. BOHLMAN M.E. HEPATIC INFARTION IN PREECLAMPسيا. RADIOLOGY 1990.
4. PRITCHARD J.A.; CUNNINGHAM, FC: PRITCHARD, S. A.; THE PARKLAND MEMORIAL HOSPITAL PROTOCOL FOR TREATMENT OF ECLAMPسيا. EVALUATION OF 245 CASES. AM. J. OBSTET. GINECOL 1988.
5. CARREL T: HUBER A: SCHARL HR: GYSLER H. GERTSCH P.
RUPTUREOF A SUBCAPSULAR HUER HEMATOMA IN THE POSTPARTUA PERIOD ASSOCIATED WITH HELP SYNDROME. HELV-CHRI-ACTA: 1990
6. PRITCHARD J.A.; CUNNINGHAM, FG; STANDARIZED TREATMENT OF 154 CONSECUTIVE CASES OF ECLAMPسيا. AM J OBSTET. GYNECOL. 1975. J 123:543.
7. ZUPAN F P TOXEMIA OF PREGNANCY THE J. OF REPRODUC. MED 169; 11:116.
8. LÓPEZ LLERA M: LA TOXEMIA DEL EMBARAZO LIMUSA, MEXICO, D. F. 1985.
9. DENNIS III ES; MAC FORCAND, KF; HESTER, LL:
SINDROME DE PREECLAMPسيا - ECLAMPسيا. DANFORTH O.N.
TRATADO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, 1988.
10. DAWN CS; SINHAB: USE OF DIAZEPAM IN ECLAMPسيا AM. J. GYNECOL OBSTET, 1989.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

11. STRIZHAFOV AN. BUNIN AT: GRIGORIAN GA MEDUEDEN MV.
INFORMATIVE VALUE OF DOPPLER ULTRASONOGRAPHY IN PREDICTING THE DEVELOPMENT OF GESTOSES AND FETAL GROWTH RETARDATION SYNDROME - AKUSH - GINEFOL - MOSK 1990.
12. GARCIA, CE: TENORIO, FR; ALGER C: CLOROPROMAZINA EN EL MANEJO URGENTE DE LA HIPERTENSION ARTERIAL AGUDA DEL EMBARAZO.
GINEC. OBSTET. MEX. 1985.
13. ROMERO, G. G. EFECTO DE LA CLOROPROMAZINA EN EL APGAR DEL RECIEN NACIDOS DE PACIENTES DE TOXEMIA 1987.
14. GANT, NF: WORLEY, R.J: HIPERTENSION EN EL EMBARAZO MANUAL MODERNO, MEXICO, D. F. 1982 PAG. 10-125
15. PRITCHARD J. A. MAC DONALD P.C. GANT N. F. WILLIAMS OBSTETRICS APPLETON - CENTURY - CROFTS, NORWALK 1985 PAG. 525-533



ISSSTE

SUBDIRECCION GENERAL MEDICA

Subdirección de Servicios Médicos en el Área Metropolitana
Enseñanza e Investigación.

Departamento de Investigación

CEDULA DE EVALUACION PARA INVESTIGACIONES
DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA ESPECIALIDAD

049

REGISTRO No. _____

INSTITUCIONALIDAD: _____

RIGOR CIENTIFICO-TECNICO: _____

RIGOR EN EL ANALISIS DE LOS DATOS: _____

ALCANCE DE LAS CONCLUSIONES: _____

BENEFICIO ECONOMICO Y SOCIAL: _____

EXPERIENCIA Y NECESIDAD DE MOTIVACION
DE LOS GRUPOS DE TRABAJO: _____

EL VOCAL DE INVESTIGACION
DE LA ESPECIALIDAD



ISSSTE

SUBDIRECCION GENERAL MEDICA
Subdirección de Servicios Médicos en el Area Metropolitana
Enseñanza e Investigación.

Departamento de Investigación

CEDULA DE EVALUACION PARA INVESTIGACIONES
DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA DELEGACION

049

REGISTRO No. _____

INSTITUCIONALIDAD: _____

RIGOR CIENTIFICO-TECNICO: _____

RIGOR EN EL ANALISIS DE LOS DATOS: _____

ALCANCE DE LAS CONCLUSIONES: _____

BENEFICIO ECONOMICO Y SOCIAL: _____

EXPERIENCIA Y NECESIDAD DE MOTIVACION
DE LOS GRUPOS DE TRABAJO: _____

EL JEFE DE INVESTIGACION
DE LA DELEGACION