

11217
109
2ej



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE" I.S.S.S.T.E.**

**SINDROME HIPERTENSIVO
Y EL EMBARAZO (ANALISIS)**

**TESIS DE POSTGRADO
PARA OBTENER EL TITULO EN LA ESPECIALIDAD DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A :**

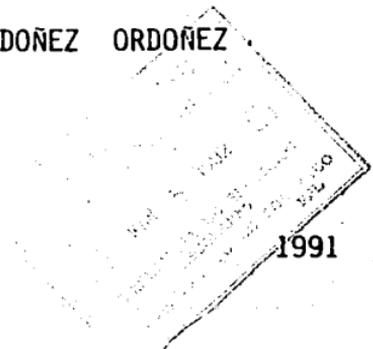
DR. ALBERTO ORDOÑEZ ORDOÑEZ

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



MEXICO, D. F.

1991





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

INTRODUCCION	1
OBJETIVOS	5
MATERIAL Y METODOS	6
RESULTADOS	8
CONCLUSIONES	21
BIBLIOGRAFIA	23

INTRODUCCION..

La hipertención es más del 10% de las complicaciones de el embarazo.. Los desordenes hipertensivos de el embarazo son la causa más importante de muerte materna en el mundo. Además de ser también una causa importante en la Morbilidad y Mortalidad neonatal.

La preeclampsia es una enfermedad peculiar de el embarazo -- que suele afectar con mayor frecuencia a las primigravidas, nulíparas jóvenes, generalmente iniciando su sintomatología hipertensiva posterior a la semana 20 de gestación, aumentando su frecuencia conforme el embarazo se acerca al término. Sus signos clínicos característicos son proteinuria, edema e hipertensión especialmente si estos dos últimos son de inicio brusco, causando hemoconcentración, hipoalbuminemia, alteraciones de la función hepática y anomalías en la coagulación. Esta enfermedad se caracteriza -- por un incremento en la resistencia perivascular. Como resultado de una respuesta exagerada a la angiotensina II catecolaminas (quizas secundario a un desequilibrio entre la producción de prostaciclina y tromboxano). Además de cursar con mayor pérdida de albumina de espacio intravascular al extravascular. Permitiendo así mayor excreción urinaria de albumina Además la perfusión uterina y placentaria se ve comprometida por el vasoespasmo importante. Elevando la Morbimortalidad materna y fetal.

Una de estas complicaciones es el desarrollo de un síndrome caracterizado por microangiopatía. Anemia hemolítica elevación -- de las enzimas hepáticas y alteraciones en coagulación caracterizado principalmente por un descenso importante en la cuenta plaquetaria. (SINDROME DE HELP).

La segunda complicación. Es la progresión de la preeclampsia hacia un estado convulsivo (Eclampsia) que pudiera terminar con la vida materna por hemorragia cerebral. Siendo importante para el tratamiento de estas pacientes la terminación inmediata de el embarazo.

Como se puede ver esta enfermedad es propia de el embarazo sin embargo no es el único estado hipertensivo asociado al embarazo, lo que a llevado a la realización de una clasificación para poder separar la Preeclampsia de Otros desordenes hipertensivos.

La prevalencia de hipertensión crónica asociada a embarazos desconocida. Mencionando en algunos estudios una prevalencia -- desconocida que va de 1-5% de todos los embarazos. De igual manera la prevalencia real de enfermedad hipertensiva de el embarazo (Preeclampsia) no es realmente clara, estimandose entre 13% de -- los embarazos siendo un rango de 10-20% si se aplica a primíparas. En realidad la falta de claridad en los porcentajes de -- prevalencia de los trastornos hipertensivos de el embarazo, se debe en gran parte a la dificultad que se tiene para clasificarlos-

de una manera sencilla y adecuada. Además al levantar los cen-
sos generalmente se realizan bajo el rubro de preeclampsia-eclampsia sin especificar realmente el tipo de trastorno correspondiente.

Por tal motivo se ideó la siguiente clasificación de los --
trastornos hipertensivos de el embarazo.

- Hipertensión crónica
 - Preeclampsia-eclampsia
 - Preeclampsia sobrepueta a hipertensión crónica
 - Hipertensión transitoria.
- a.) La hipertensión crónica: Es aquella cuyo inicio es detectado antes de la semana 20 de gestación con una presión igual o mayor a 140/90 generalmente se inicia o presenta en mayores de 30 años de edad.
- b.) Preeclampsia-eclampsia: Es un trastorno hipertensivo propio de el embarazo, que se inicia generalmente posterior a la semana 20 de gestación suele ser progresiva y se acompaña de edema y/o proteinuria de 300mg./lt. a más en orina de 24 hrs o 1g/lt. o más en una muestra tomada al azar.
- c.) Preeclampsia sobrepueta a hipertensión crónica: Se trata de un tipo de preeclampsia que aparece en pacientes hipertensas previas, pero que habían estado estables, apareciendo repentinamente una hipertensión progresiva con proteinuria y edema.
- d.) Hipertensión transitoria: Es generalmente secundaria a estrés

no es progresivo y tiende a regresar a la normalidad con reposo y eliminando el factor de estres, no hay proteinuria.

Sin embargo es difícil diagnosticar con certeza en la mayoría de las ocasiones. Pues frecuentemente en la sala de urgencias de labor en pacientes graves no es posible realizar un buen interrogatorio a fin de esclarecer si se ha padecido hipertensión esencial o no, y en ocasiones la misma paciente se desconoce como hipertensa crónica. Siendo ingresada como preecláptica y manejada como tal, por lo que se hace necesario echar mano de otros recursos clínicos que podrían orientar en un momento dado. Hacia un diagnóstico certero: como sería el fondo de ojo.

El presente estudio intenta clasificar a las pacientes que ingresen con trastornos hipertensivos de el embarazo para en un momento dado dar la prevalencia mas real de la preeclampsia-eclampsia, utilizando como recursos de apoyo primordial el "Fondo de ojo", "Edema" y "Proteinuria".

OBJETIVOS.

- 1.- Conocer la proporción de pacientes preeclámpticas ingresadas con diagnóstico de hipertensión.
- 2.- Analizar la relación existente entre la proteinuria, edema y la presión arterial media en el diagnóstico de preeclampsia - eclampsia.
- 3.- Observar la relación que existe entre ~~apar~~ y pacientes con - preeclampsia y sin preeclampsia.
- 4.- Analizar la edad gestacional al nacimiento, de pa cientes con hipertensión (preeclampsia) y de pacientes no preeclámpticas.

MATERIAL Y METODOS .

El estudio se realizó en el "Centro Hospitalario 20 de Noviembre del ISSSTE". Captandose a las pacientes ingresadas al servicio de labor con el diagnóstico de preeclampsia eclampsia.

Se captaron treinta y dos pacientes a las cuales se les tomó la presión arterial al ingreso a labor. Y se le transformó a presión arterial media (PAM). Se realizó además labxis para observar el grado de proteinuria observando, clasificandola con cruces del cero al tres. De igual manera se calificó el Edema, complementandose los signos para el diagnóstico con fondo de ojo: el cual se reporto como angiopatía angiotónica. Para (preeclampsia-eclampsia) Angiopatía angioesclerótica para hipertensión crónica: fondo de ojo normal . Clasificando de esta manera a las pacientes como:

Preeclampticas: Cuando la presión arterial media era mayor ó-- igual a 106, con edema y de una, a dos cruces y-- proteinuria mayor de dos cruces y fondo de ojo - con angiopatía angiotónica.

Hipertensión, Transitoria: Cuando la presión arterial media fue - menor a 106, proteinuria menor a(+)(Multixtix) Fondo de ojo normal.

Hipertensas crónicas: Cuando la PAM fue mayor de 106 pero con edema menor de dos cruces, y proteinuria de una cruz

fondo de ojo con angio-esclerosis.

Preeclampsia Sobreagregada a Hipertensión crónica: Cuando la paciente presentaba PAM mayor de 106 con proteinuria mayor de dos cruces, edema mayor de una cruz, fondo de ojo correspondiente a angiopatía angioesclerótica

Una vez clasificadas las pacientes en estos grupos, fueron analizados estadísticamente de la siguiente manera. Debido al bajo número de pacientes captadas.

- 1.- Pacientes con preeclampsia: En esta se incluyeron las pacientes con preeclampsia y a las pacientes con hipertensión crónica más preeclampsia agregada.
- 2.- Pacientes sin preeclampsia: En este rubro se incluyeron a las pacientes con hipertensión transitoria y a las pacientes con hipertensión crónica.

Estos grupos fueron analizados con el edema, proteinuria, edad gestacional y el número de embarazos con antecedentes de hipertensión por el método de CHI cuadrada.

RESULTADOS .

En el cuadro numero 1. se representa el numero de casos clasificados como: preeclampsia, hipertensión crónica, hipertensión-transitoria, hipertensión crónica con preeclampsia agregada observando sus porcentajes. En este cuadro se puede observar se puede apreciar que el 62.5% lo representan las pacientes con preeclampsia el 18.8% restante la representan las pacientes con hipertensión transitoria. El 12.5% la hipertensión crónica mas la preeclampsia agregada y solo el 6.2% las pacientes sin preeclampsia.

Como se puede ver es mayor numero de casos en esta muestra es la preeclampsia.

La grafica numero 1 representa un histograma de frecuencia en la que se subdivide o mejor dicho se agrupa a las pacientes preeclámplicas (que representa a pacientes preeclámplicas puras con preeclampsia agregada a hipertensión crónica.) Y en pacientes sin preeclampsia (hipertensión transitoria e hipertensas crónicas) esta división se realizo para efectuar un analisis estadístico ya que la muestra fue pequeña.

De esta manera el 75% lo representan las pacientes con preeclampsia y sólo el 25% pacientes sin preeclampsia. de igual manera que en el cuadro indica la mayor proporción de pacientes que son preeclámplicas.

En el cuadro numero 2 se representa la asociación existente entre la presión arterial media (PAM) y las pacientes con preeclampsia. Siendo analizadas por el metodo de Chi cuadrada siendo esta 19.81 con una "P" menor de .00005 lo que lo hace altamente significativa. En el mismo cuadro se observa que el 83.3 % de las pacientes que tenian preeclampsia leve, y el 16.6% a preeclampsia.

El 62.% de las no preeclampticas representa a pacientes con PAM menor de 106. 12% de las pacientes sin preeclampsia tenian una PAM mayor o igual a a 106 pero menor a 126. El 25% de estas pacientes se encontraban con una PAM mayor de 126 Pero hay que aclarar que estas pacientes pertenecen a las clasificadas como hipertensas crónicas sin preeclampsia agregada.

El cuadro numero 3 representa la asociación entre las pacientes con y sin preeclampsia y la proteínuria (por Labxis) siendo el cuadro descrito de la siguiente manera 20% de las pacientes con preeclampsia tenian proteínuria una cruz, el 29.1% tenian proteínuria dos cruces. Y el 50% de las pacientes tenian tres cruces de proteínas. En las pacientes sin preeclampsia el 25% no apareció proteínuria en labxis. El 62.% tenian dos cruces de proteínuria por labxis. El 12% con tres cruces de proteínuria en este cuadro que se analizo por el método de Chi cuadrada con resultado de $\chi^2=14.0$ con una "p" menor de .003 la cual es altamente significativa.

El cuadro numero 4 representa a la asociación de pacientes con preeclampsia y sin preeclampsia en relación al edema. Con respecto a las pacientes con preeclampsia 4.1 % no tuvieron edema. El 33.3% con edema una cruz; el 37.4% con edema dos cruces y el 12.5% con edema tres cruces. En esta relación también se demostro una asociación significativa con una $X^2=9.69$ y una P menor de .01 .

El cuadro numero 5 en el se observa la asociación entre la edad gestacional; las pacientes con o sin hipertensión habiendo encontrado los siguientes resultados. Para las pacientes con preeclampsia con edad gestacional de 35 semanas fueron 9 (33.3) y para mayores de 36 semanas SDG. representan 16 pacientes (66.6%).

De las pacientes sin preeclampsia fueron 2 (25%) menores de 36SDG y 6 (75%) mayores de 36SDG de esta ocasión no hubo asociación significativa con una $X^2=0.0$ y una $P=1$.

El cuadro numero 6 representa la asociación de el apgar al nacimiento con las pacientes con preeclampsia y con pacientes sin preeclampsia. Siendo para las pacientes con preeclampsia 7(29.1%) con apgar de los productos al nacimiento menor de 7. Y (70.8%) con apgar al nacimiento mayor de 7. Y para las pacientes sin preeclampsia 1 (4.1%) de los productos de estas pacientes nacieron con apgar menor de 7. Y 7 productos de estas pacientes (87.5%) nacieron con apgar mayor de 7 al nacimiento.

Sin embargo no hubo asociación significativa con una $\chi^2=22$ -
y una P menor de 0.60.

CITADRO No. 1

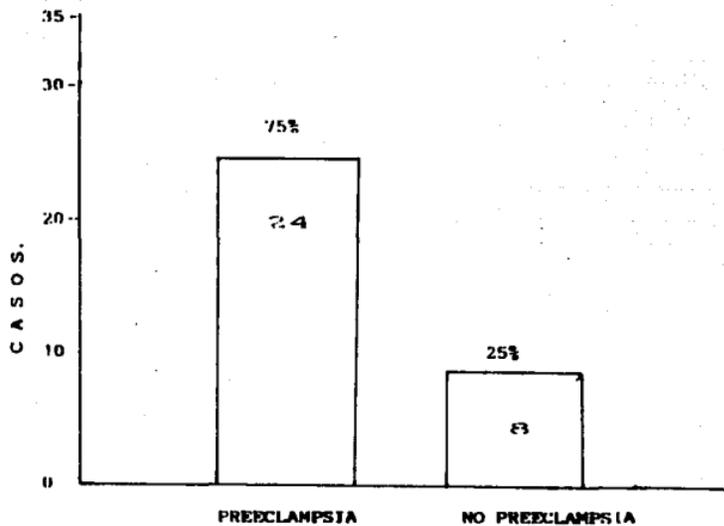
CASOS

HIPERTENSION	32	
PREECLAMPSIA	24	62.5 %
HIPERTENSION TRANSITORIA	6	18.8 %
HIPERTENSION CRONICA	2	6.3 %
HIPERTENSION MIXTA	4	12.5 %

32

100.0 %

GRAFICA NO. 1
(HISTOGRAMA DE FRECUENCIAS).



CUADRO No. 2

PAM	< 106	106 < 126	≥ 126	TOTAL
PACIENTES CON PREECLAMPSIA.	0 (62.5%)	20 (83.3%) (12.5%)	4 (16.6%) (25%)	24 (75.5%) (25%)
PACIENTES SIN PREECLAMPSIA	5 (18.6%)	1 (65.6%)	2 (18.7%)	8 (100%)
TOTAL	5 (18.6%)	21 (65.6%)	6 (18.7%)	32 (100%)

PAM= PRESION ARTERIAL MEDIA

$\chi^2 = 19.81$

$P < .00005$

CUADRO No. 3

PROTEINAS EN ORINA (MULTISTIX).

CRUCES	0	1	2	3	TOTAL
CON PREECLAMPSIA	0	(20.8%) 5	(29.1%) 7	(50%) 12	24
SIN PREECLAMPSIA	(25%) 2	(62.5%) 5	(12.5%) 1	0	8
TOTAL	2	10	8	12	32

$\chi^2=14.0$

P < .003

CUADRO No. 4

E D E M A .

	0	1	2	3	TOTAL.
CON PREECLAMPSIA	(4.1%) 1	(33.3%) 8	(37.5%) 9	(25%) 6	24
SIN PREECLAMPSIA	(50%) 4	(12.5%) 1	(25%) 2	(12.5%) 1	8
TOTAL.	5	9	11	7	32

$\chi^2 = 9.69$

$P < .01$

CUADRO No. 5

EDAD GESTACIONAL.

PAM	< 35SDG.	> 36SDG	TOTAL
CON PREECLAMPSIA	(33.3%) 8	(66.6%) 16	24
STN PREECLAMPSIA	(25%) 2	(75%) 6	8
TOTAL	10	22	32

$\chi^2 = 0.0$ $P = 1$

CUADRO No. 6

A P G A R .

CALIFICACION	< 7 (29.1%)	> 7 (70.8%)	TOTAL
CON PREECLAMPSIA	7	17	24
SIN PREECLAMPSIA	(13.5%) 1	(87.5%) 7	8
TOTAL	=====		32

$\chi^2 = .22$

$P = > .60$

CONCLUSIONES .

En este estudio se realizó una clasificación clínica utilizando recursos clínicos ya conocidos y en general fáciles de aplicar como son Presión arterial (en su variante de presión arterial media), Edema y proteinuria además del fondo de ojo; que son recursos esenciales en el diagnóstico diferencial de la presión arterial alta en el embarazo

En este estudio se pudo observar una nueva correlación de asociación entre PAM. Y el diagnóstico de preeclampsia y otros trastornos no correspondientes a preeclampsia. Con una P altamente significativa siendo menor de 0.00005. De igual manera alta significancia con respecto a la proteinuria por (multistix) con respecto al diagnóstico de preeclampsia de otros trastornos hipertensivos de el embarazo.

Por último también se encontró asociación significativa -- entre las pacientes diagnosticadas como Preeclámpticas y el edema, con una $P < 0.01$. Con lo que se concluye que el edema, la proteinuria y la hipertensión (PAM) son característicos de LA PREECLAMPSIA.

En cuanto a la edad gestacional y al parto al nacimiento no hubo correlación con los trastornos hipertensivos de el embarazo -- aunque los porcentajes fueron mayores en los preterminos con ap-

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

gar bajo hablando proporcionalmente con respecto a pacientes sin preeclampsia.

Quedaría por agregar que el 50% de las 32 pacientes eran primigestas, el 21.8% a secundigestas y el 28.1 % a multigestas manteniendo en el primer lugar de riesgos a las primigravidas. Además 8 de los 24 pacientes preeclámplicas tenían antecedentes de preeclámpsia en sus embarazos anteriores (33.3%).

Sabemos que la preeclampsia-eclampsia representa la primera causa de muerte en el embarazo representando el (10%) de la materna y (10-35%) de la mortalidad perinatal (4). Por lo que considero que se debe implementar las investigaciones en esta enfermedad, siendo de vital importancia la creación clínica de hipertensión arterial y el embarazo del sector salud.

BIBLIOGRAFIA

1.- Consensus Report.

National High Blood Pressure Education Program working
Group Report on High Blood Pressure in Pregnancy
Am J Obstet Gynecol 1990; 163, 161689-1712.

2.- Robert N. Taylor, David C. Heibron, James M. Roberts.
Growth Factor activiti in the blood of women in whom
preeclampsia develops is elevated from early pregnancy
Am J Obstet Gynecol 1990; 163, 1839-1844.

3.- Dra. Esparza Martínez Abundiz Et. Al
Hematoma hepático subcapsular en preeclampsia severa post
parto reporte de un caso..
Ginec Obstet. Mex. 1989,57; 325-329.

4.- Rodolfo J. Walas Rodríguez , Luis Herrera Amaya.
Pre-eclampsia severa. Nifedipina versus cloropromacina en el
manejo del estado hipertensivo agudo.
Rev. Med. IMSS(Mex). 1989,27:359.

5.- Sibai, El-Nazer, and González Ruiz
Severe Preeclampsia-eclampsia in young primigravid women:
subsequent pregnancy outcome and remote prognosis.
Am J Obstet Gynecol 1986;1011, 1155-6.

6.- Salvador G. Teresa M.

Enfermedad hipertensiva en el embarazo

Actualización en medicina ISSSTE 1988 2.;18-21.

7.- Davey DA, MacGillivray I.

The classification and definition of the disorders of

pregnancy.Clin. Exp. Hypertens Pregnancy 1986;85:97-133

8.- Pritchard Ja. Stone SR.

Clinical and laboratory observation on eclampsia

AmJ Obstet Gynecol 1967;99:754-65.