

11217



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

División de Estudios de Postgrado

Hospital General de Acapulco

37
2ej

ECLAMPSIA

**ESTADO ACTUAL EN EL HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO
EN EL PERIODO COMPRENDIDO
DE MARZO DE 1990 A DICIEMBRE DE 1992**

T E S I S

Para obtener la especialidad en:

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P r e s e n t a :

Dr. Carlos Octavio Chida Montero



Acapulco, Gro.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1993



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 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

I.-	Indice.....	1
II.-	Introducción.....	3
III.-	Objetivos.....	6
IV.-	Material y Métodos.....	8
V.-	Eclampsia.....	10
	=Definición.....	10
	=Frecuencia.....	10
	=Clasificación.....	11
	=Diagnóstico y Cuadro Clínico.....	12
	=Fisopatología.....	14
	=Tratamiento.....	17
	=Medicamentos Antihipertensivos.....	21
	=Medicamentos Sedantes y Anticonvulsivantes.....	23
	=Diuréticos.....	24
VI.-	Resultados.....	25
	* De las Pacientes.....	25
	=Edad.....	25
	=Nivel Socio-Económico.....	26
	=Hábitos Dietéticos.....	27
	=Días de Estancia Hospitalaria.....	28
	=Control Prenatal.....	29
	=Edad Gestacional.....	30
	=Número de Gestaciones.....	31
	=Presión Arterial.....	32
	=Síndrome de Vasculo-Espasmo.....	34
	=Dolor Epigástrico.....	35
	=Convulsiones y/o Estado de Coma.....	35
	=Nivel de Conciencia.....	36
	=Edema.....	37
	=Hidratación.....	38
	=Diuresis.....	39
	=Ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos.....	40
	* De los Productos.....	41
	=Sexo.....	41
	=Peso.....	42
	=Valoración de Apgar.....	43

=Valoración de Silverman.....	44
* De los Exámenes de Laboratorio.....	45
=Exámen General de Orina.....	45
=Hemoglobina.....	46
=Tiempo de Coagulación.....	47
=Recuento de Plaquetas.....	48
* De la Mortalidad.....	49
=Materna.....	49
=Fetal.....	49
* Del Tratamiento.....	50
=Medicamentos Antihipertensivos.....	50
=Medicamentos Sedantes-Anticonvulsivantes.....	51
=Resolución Obstétrica.....	52
VII.- Conclusiones.....	53
VIII.- Bibliografía.....	56

INDICE DE CUADRO Y GRAFICAS.

=Cuadro 1	Frecuencia de Eclampsia.....	10
=Gráfica 1	Edad.....	25
=Gráfica 2	Nivel Socio Económico.....	26
=Gráfica 3	Hábitos Dietéticos.....	27
=Gráfica 4	Días de Estancia Hospitalaria.....	28
=Gráfica 5	Control Prenatal.....	29
=Gráfica 6	Edad Gestacional.....	30
=Gráfica 7	Número de Gestaciones.....	31
=Gráfica 8	Presión Arterial.....	33
=Gráfica 9	Síndrome de Vasculo Espasmo.....	34
=Gráfica10	Dolor Epigástrico.....	35
=Gráfica11	Nivel de Conciencia.....	36
=Gráfica12	Edema.....	37
=Gráfica13	Hidratación.....	38
=Gráfica14	Diuresis.....	39
=Gráfica15	Ingreso a U.C.I.....	40
=Gráfica17	Peso de Productos.....	42
=Gráfica18	Valoración de Apgar y Silverman.....	43-44
=Gráficas 20,21,22,23...	De los Exámenes de Lab.....	45 a 48
=Gráfica24	Mortalidad Materna y Fetal.....	49
=Gráficas 25 y 26...	Medicamentos Utilizados.....	50-51
=Gráfica27	Resolución Obstétrica.....	52

INTRODUCCION

La hipertensión en el embarazo poco común y seria. Afecta aproximadamente al 10% de todas las mujeres embarazadas y es la causa evitable mas común de morbi-mortalidad materna y perinatal en el mundo occidental. Al comienzo de este siglo, la incidencia informada de eclampsia (hipertensión en el embarazo en forma más grave y severa) variaba de 2 a 23 por 1000 partos en Gran Bretaña, Europa y Estados Unidos, con una tasa de mortalidad de casos maternos de hasta un 50% en la región y de mortalidad perinatal casi en su totalidad.

El propósito de esta tesis es analizar edad, medio socio-económico, hábitos dietéticos, días de estancia, control prenatal, edad gestacional, síndrome de vasculo-espasmo, edema, número de gestaciones, resolución obstétrica, número de convulsiones y/o estado de coma; así como también la escala de glasgow, diuresis, ingreso a la unidad de cuidados intensivos; sus exámenes de laboratorio (hemoglobina, exámen general de orina, tiempos de protrombina y parcial de tromboplastina); a sus productos (sexo, apgar, silverman, y peso); así como la mortalidad materna y fetal; aunado al tratamiento de todas las pacientes que presentan eclampsia que son atendidas en nuestro hospital; siendo de segundo nivel de atención cuenta con limitantes en cuanto a recursos económicos y por ende toda la gama de carencias que se desprende de ellos; así mismo ver que podemos realizar y hacer por nuestras pacientes, sobre todo mejorar la atención prenatal y por consiguiente las cifras de morbi-mortalidad, tanto materna como perinatal, que es el principal objetivo de todo obstetra.

Mucha confusión ha causado la investigación y el tratamiento de la hipertensión en el embarazo a causa de la imprecisa definición del trastorno y sus causas, por lo cual es llamada la enfermedad de las teorías (3).

El conocimiento de la fisiología de la enfermedad hipertensiva del embarazo, aunado a un cuidado prenatal mejorado y un tratamiento específico, han contribuido en su conjunto a la marcada reducción de la morbi-mortalidad materna y perinatal (1).

En los países desarrollados la incidencia informada actualmente es de 0,3 a 2 por 1000 partos con una baja mortalidad materna de 1-2% en la mayoría de los centros, y una pérdida fetal de aproximadamente 15 a 20% en total. De 10 a 15% de los niños que nacen prematuros o inmaduros ha mejorado su esperanza de vida debido a los nuevos cuidados neonatales en algunos centros hospitalarios, sobre todo en los de tercer nivel (2).

Aunque estas cifras representan una mejoría espectacular, esto todavía no da motivo de complacencia, ya que muchas de las pérdidas perinatales y maternas pueden ser evitables.

Todas las causas de hipertensión en una población adulta joven están representadas en el embarazo, y estas deben ser tomadas en consideración en la investigación de las pacientes individualmente. En cuanto más temprano se desarrolla la hipertensión en el embarazo, es más probable que se encuentre una causa subyacente; Algunas pueden ser excluidas con la realización de exámenes generales durante las consultas iniciales en el cuidado prenatal.

PRR-ECLAMPسيا/ ECLAMPسيا.- Pre-eclampsia es el desarrollo de hipertensión arterial con proteinuria, edema o ambos, debido al embarazo que se observa después de la semana 20 de gestación, que ocurre predominantemente en primigestas jóvenes o en multigestas añosas; termino bien conocido que desafortunadamente tiene muchas interpretaciones, aunque por lo general se está de acuerdo en que es una afección, que si no es tratada, puede desarrollar una eclampsia (que a su vez es definida como una hipertensión maligna del embarazo asociada a edema, proteinuria, crisis convulsivas y/o estado de coma, acompañada ocasionalmente de falla hepática, falla renal y coagulación intravascular diseminada); que aqui es donde se presenta cierta controversia debido a las diferentes clasificaciones y tratamientos de la enfermedad que se dan en diferentes instituciones médicas de todo el mundo; por lo cual la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia ha expuesto durante 1988 una clasificación adecuada para que esta misma sea observada en todas las asociaciones e instituciones de Obstetricia.

OBJETIVOS

La presente tesis tiene como objetivo presentar el estudio del análisis retrospectivo de las pacientes que presentaron eclampsia en el periodo comprendido de el 01 de marzo de 1990 al 31 de diciembre de 1992; ingresadas y tratadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Acapulco de la Secretaría de Salud.

Analizando los siguientes parámetros:

- Determinar la frecuencia encontrada en este hospital, con respecto a la referida en la literatura mundial.
- Determinar los factores que contribuyen a la presencia de esta patología.
- Observancia del cuadro clínico y evolución de las pacientes.

Determinando los siguientes rubros.-

* De las pacientes:

- edad
- nivel socio-económico
- hábitos dietéticos
- días de estancia
- control prenatal
- edad gestacional
- número de gestaciones
- presión arterial
- síndrome de vaso-espasmo
- dolor epigástrico

- convulsiones y/o estado de coma
- nivel de conciencia
- edema
- hidratación
- diuresis
- ingreso a la unidad de cuidados intensivos

* De los productos:

- sexo
- peso
- valoración de Apgar
- valoración de Silverman

* De los exámenes de laboratorio:

- examen general de orina
- hemoglobina
- tiempos de coagulación (TP y TPT)
- número de plaquetas

* De la mortalidad:

- materna
- fetal

* Del tratamiento:

- medicamentos utilizados.
- resolución Obstétrica.

MATERIAL. Y METODOS

En el periodo comprendido del 01 de marzo de 1990 al 31 de diciembre de 1992; ingresaron al servicio de ginecología y obstetricia del Hospital General de Acapulco Guerrero, de la Secretaría de Salud; Los criterios de inclusión, comprenden aquellas pacientes que habían presentado eclampsia 8 horas antes de su ingreso, excluyendose aquellas que habían superado este tiempo; 53 pacientes llenaron el requisito; de las cuales se incluyeron para este estudio retrospectivo 48, excluyendo 5 de ellas por no haberse encontrado los expedientes. Analizando la siguiente casuística:

* De las pacientes:

- edad
- nivel socio-económico
- hábitos dietéticos
- días de estancia hospitalaria
- control prenatal
- presión arterial
- edad gestacional
- número de gestaciones
- presión arterial
- síndrome de vaso-espasmo
- dolor epigástrico
- convulsiones y/o estado de coma
- nivel de conciencia
- edema
- hidratación
- diuresis
- ingreso a la unidad de cuidados intensivos

* De los productos:

- sexo
- peso
- valoración de Apgar
- valoración de Silverman

* De los exámenes de laboratorio:

- examen general de orina
- hemoglobina
- tiempos de coagulación
- número de plaquetas

- De la mortalidad:
 - materna
 - fetal.

- Del tratamiento:
 - medicamentos utilizados
 - resolución obstétrica.

Además se utilizó para el análisis, procesamiento de datos e impresión de los mismos y de la presente tesis; el programa para computadoras Microsoft Works, y Harvard Graphics instalados y usados en computadora marca Acer con microprocesador 286 de 16 MHz.

E C L A M P S I A

DEFINICION.- Es la enfermedad hipertensiva del embarazo más severa; que se caracteriza por presentar crisis convulsivas tónico-clónicas generalizadas y/o estado de coma; agregado a pre-eclampsia severa (embarazo mayor de 20 semanas de gestación, con hipertensión y proteinuria). Que puede asociarse a falla hepática, falla renal, y a coagulación intravascular diseminada.(2,4).

FRECUENCIA.- En el Hospital General de Acapulco, en el periodo comprendido de 01 03 1990 a 31 12 92, tuvimos una frecuencia de 0.05 %. De acuerdo a la mayoría de los reportes de la literatura mundial; la incidencia de la Eclampsia fluctúa del 0.05 % al 0.60 % de todos los embarazos de las series estudiadas (2,4-6), En el INPer, de 24, 568 partos atendidos de 1986 a 1989 se presentaron 42 casos con una incidencia del 0.17 % (2); El Parkland Memorial Hospital reporta 1 por cada 700 embarazos, para un 0.07 % (4); Benson indica 0.25 % (5), Saftlas, en un estudio realizado de 1979 a 1986 en Estados Unidos reporta 0.56 % (6); Faye, refiere en Libreville Francia un 0.12 % (7); así mismo Adetoro, en Nigeria describe 0.42 % (8).

AUTOR	PAIS	AÑO	FRECUENCIA
H.G.A.	México	1990-92	0.50 %.
Inper	México	1989	0.17 %.
Pritchard	EE.UU.	1986	0.07 %.
Benson	EE.UU.	1985	0.25 %.
Saftlas	EE.UU.	1979-86	0.56 %.
Faye	Francia	1990	0.12 %.
Adetoro	Nigeria	1991	0.42 %.

Cuadro No. 1 Frecuencia de Eclampsia.

CLASIFICACION.- Existen diferentes tipos de clasificación de la enfermedad hipertensiva del embarazo, Las cuales son adaptadas a varios parámetros, escuelas o normas aplicables según la institución que las maneje. La FIGO y el comité americano de salud materna, dió a conocer una clasificación que intenta conformar en cinco grupos la variedad de estados hipertensivos durante la gestación (3).

Siendo esta la que también se utiliza en nuestro hospital y en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

I. Enfermedad aguda del embarazo (después de las 24 semanas).

A.- Pre-eclampsia:

1.- Leve

2.- Severa

B.- Eclampsia.

II. Enfermedad vascular crónica hipertensiva con embarazo

(hipertensión esencial).

A.- Sin hipertensión aguda agregada.

B.- Hipertensión comprobada antes del embarazo.

C.- Hipertensión descubierta durante el embarazo

(antes de las 24 semanas).

D.- Con hipertensión aguda sobre agregada.

III. Hipertensión aguda recurrente.

IV. Hipertensión aguda del embarazo no clasificada.

V. Nefropatías.

Así mismo Pritchard,(4), hace una modificación a la clasificación de la hipertensión que origina complicaciones durante el embarazo, y hace incapié en que la razón de los cambios es el

intento de separar el espasmo vascular de la hipertensión provocada por el embarazo, de la hipertensión que simplemente coexiste con el embarazo; quedando de la siguiente manera:

I. Hipertensión provocada por el embarazo (hipertensión del embarazo).

A. Sin proteinuria ni edema generalizado digno de consideración.

B. Pre-eclampsia, con proteinuria o edema generalizado.

1.- Leve.

2.- Grave.

C.- Eclampsia.

II. Hipertensión coincidente (hipertensión crónica).

III. Hipertensión agravada por el embarazo:

A. Pre-eclampsia superpuesta.

B. Eclampsia superpuesta.

DIAGNOSTICO.- El diagnóstico de la enfermedad hipertensiva del embarazo suele ser directo:(2-4), la presión arterial es de 140/90 o superior, o bien se ha producido un aumento por encima de los valores basales de 30 mm Hg en la presión sistólica ó 15 mm Hg en la presión diastólica, al menos en 2 ocasiones con 6 horas de intervalo ó mas.

Agregando los siguientes criterios: (2).

- 1.- Conocer con certeza los valores de presión arterial previos a la gestación.
- 2.- Cifras diastólicas de 75 mm Hg en el segundo trimestre y 85 mm Hg en el tercero serían los límites de normalidad
- 3.- Una cifra de presión arterial media por arriba de los 90 mm Hg es definitivamente anormal
- 4.- La presencia de hipertensión nocturna es dato de severidad del proceso.
- 5.- El grado de elevación tiene más valor que el dato absoluto

La ganancia de peso exagerada es el primer indicador que debe de tenerse en cuenta, ya que esto nos puede estar indicando un aumento de retención de agua en el tercer espacio y por lo tanto producción de edema generalizado, que a su inicio es en extremidades inferiores, manos y cara, y de presentación matutina.

La proteinuria es un signo importante y se corrobora con la presencia de 300 mgs ó más de proteínas en orina de 24 horas o una concentración de proteínas de 1 gramo sobre litro o mas, en cuando menos 2 muestras de orina tomadas al azar con un intervalo de 6 horas o más.

Las crisis convulsivas son generalizadas, tónico-clónicas, con fibrilaciones musculares en todas las extremidades y cara, así mismo seguida de nistagmos amnesia y/o confusión; y, que en casos más graves se instala estado de coma post convulsivo con toda la gama de complicaciones subyacentes como son oliguria o anuria, ruptura hepática, coagulopatías, edema cerebral y por último la muerte(5).

FISIOPATOLOGIA.- La patogénesis del padecimiento ha sido pobremente entendida, y aunque ha sido muy estudiada, no se ha llegado a el descubrimiento del factor desencadenante; por lo que es denominada la enfermedad de las teorías. Es innegable, que las dos características principales del síndrome pre-eclampsia eclampsia son: la presencia de espasmo generalizado y la hipovolemia intravascular que disminuyen la perfusión utero-placentaria.

La propuesta actual de los mecanismo fisiopatológicos son :

A.- Respuesta vasopresora aumentada a péptidos y diferentes aminas.(2).

B.- Deficiencia absoluta o relativa de prostaglandinas vasodilatadoras con disminución en la generación de prostaciclina y aumento del tromboxano. (9).

C.- Reactividad vascular anormal con vasoconstricción, hipovolemia intravascular (estado hiperdinámico hipovolémico), con hemoconcentración y retención de sodio.

D.- Alteración a nivel renal, a la inversa de lo que sucede en un embarazo normal, con una disminución en la filtración glomerular, del flujo plasmático renal, de la depuración de ácido úrico (esto último relacionado con el grado de severidad de la lesión pre-ecláptica, ecláptica), y su elevación en suero relacionado directamente al decremento del volumen plasmático e indirectamente a la actividad de la renina. Todo lo anterior da lugar a la lesión anatómica llamada endoteliosis glomerular y funcionalmente a la posibilidad de complicaciones como la necrosis tubular aguda o cortical.(2).

E.- Alteraciones en el sistema reológico o de coagulación, en el que se evidencia por el descenso de plaquetas aún semanas antes de que aparezcan los signos clásicos del padecimiento.(2,10-13).

F.- Presencia de proteinuria anormal y exagerada, provocando hipoalbuminemia.(14).

G.- Disminución de la presión oncótica intravascular.

H.- Acumulación de líquidos y electrólitos en tercer espacio, con consecuente presentación de edema.(4)

I.- Defecto inmunológico con incompatibilidad materno-fetal y falla de la respuesta inmune materna.(2).

J.- Defecto temprano tanto del sistema de transporte de calcio y de la bomba de sodio, así como de trastornos del magnesio y otros minerales.

K.- Factor genético con carácter autosómico recesivo.

L.- Factor dietético. (12).

M.- Se ha considerado una predisposición constitucional a la crisis convulsiva, la cual se correlaciona en parte, con el grado de hipertensión y la magnitud del cambio brusco en ella. La patogénesis del padecimiento a sido pobremente entendida, y aún cuando se han tenido avances en estudios, cuidado obstétrico, no ha habido descenso significativo en su frecuencia; en ocasiones se presenta sin previo aviso y sin datos de alarma, sin embargo existen datos premonitorios que son importantes de tener en cuenta en el posible desencadenamiento de la enfermedad,(2); y son :

1.- Cifras tensionales y altas con sistólicas por arriba de 160

mm Hg y diastólicas por arriba de 110 mm Hg.

2.- Cefalea persistente y severa.

- 3.- Visión borrosa con escotomas.
- 4.- Epigastralgia severa con vómitos.
- 5.- Sensación de constricción torácica.
- 6.- Dolor en hipocondrio derecho, como probable indicio de ruptura hepática.
- 7.- Aprensión y excitabilidad.
- 8.- Hiper-reflexia generalizada, sobre todo patelar y/o clonos con presencia de reflejos anormales.
- 9.- Crisis convulsivas.

La causa fundamental de las crisis convulsivas es la encefalopatía hipertensiva aguda, que da como resultado los siguientes fenómenos que en forma combinada las desencadenarían, y son:

- Pérdida de la autorregulación vascular cerebral.
- Daño por circulación excesiva en vasos de pequeño calibre.
- Sobrerregulación con disminución del riego debido a la isquemia generalizada.
- Aumento de la permeabilidad capilar cerebral.
- Transtornos del metabolismo cerebral.
- Vasoespasmos intensos.
- Trombos plaquetarios y de fibrina en la microcirculación cerebral.
- Edema cortical o difuso en todo el encéfalo.

TRATAMIENTO.- Independientemente, del cuadro clínico que se trate, pre-eclampsia severa, inminencia de eclampsia o la misma eclampsia, se considera indispensable proporcionar una pauta de tratamiento general y especial a la vez, considerando que cualquier paciente que se presente con este problema, debe de ser tratada en la Unidad de Cuidados intensivos, en donde se pretende la vigilancia de las siguientes acciones fundamentales(2):

- a.- Mantener las funciones vitales maternas.
- b.- Controlar las convulsiones y prevenir su recurrencia.
- c.- Corregir la hipoxemia y acidosis materna.
- d.- Controlar la hipertensión arterial.
- e.- Iniciar el proceso del parto.

Para obtener estos resultados se recomienda:

- 1.- Conocer el estado hemodinámico y de conciencia.
- 2.- Instalar un catéter de presión venosa central.
- 3.- Tomar muestras de laboratorio (perfil toxémico).
- 4.- Proporcionar protección para evitar daño físico.
- 5.- Tener vía aérea permeable.
- 6.- Colocar sonda foley y de Levin para cuantificación de diuresis horaria y evitar bronco aspiración de contenido gástrico.
- 7.- Iniciar manejo con volumen(con expansores de bajo peso y/o soluciones hipertónicas) y vasodilatadores(cloropromazina e hidralazina), realizando mediciones hemodinámicas, para un ajuste correcto y evitar complicaciones.

- 8.- Proporcionar sedación (con diazepam,clorpromazina), y medicación especial para protección cerebral para la encefalopatía,(difenilhidantolna y dexametazona).
- 9.- Realizar exploración de fondo de ojo y realizar un electrocardiograma; ya estabilizada y bajo efectos de sedación.
- 10.- Obtenidos los exámenes de laboratorio, realizar los ajustes para corregir las desviaciones encontradas.
- 11.- Realizar Ultrasonido obstétrico para valorar edad gestacional y si es posible, junto con un registro cardiocográfico para evaluar las condiciones fetales.
- 12.- Interrumpir el embarazo a la mayor brevedad (entre 6 a 12 hs) al obtenerse la estabilización.
- 13.- Interrumpir el embarazo a la mayor brevedad (menos de 12 hs) cuando existe algún dato de alarma:
 - * Si a pesar del manejo adecuado las cifras tensionales diastólicas se encuentran en 110 mm Hg o mayores.
 - * Presencia de proteinuria masiva.
 - * Ganancia exagerada de peso con aumento del edema.
 - * Comprobar compromiso renal (oliguria, retención azoada, disminución de creatinina disminuida e hiperuricemia.
 - * Irritabilidad cerebral persistente con crisis convulsivas de repetición.
 - * Dolor abdominal en epigastrio e hipocondrio derecho.
 - * Falla cardiaca, controlada.
 - * Presencia o datos de alteración en la coagulación.
 - * Datos de falla hepática reportada por laboratorio.
 - * Cualquier signo de sufrimiento fetal en feto viable.

Los cuidados post interrupción del embarazo, deben continuarse en la Unidad de Cuidados Intensivos, cuando menos por 72 horas, debido a las complicaciones tardías, las cuales pueden ser: hipovolemia, anemia, coagulación intravascular diseminada, falla cardíaca y edema agudo pulmonar.

El volumen y los medicamentos antihipertensivos se deben de emplear adecuadamente, al fin de evitar complicaciones maternas como fetales.

VOLUMEN.- Las ventajas que ofrece la administración de volumen bajo quía con cateter para medir la presión venosa central son las que siguen:

- * Manejar la volemia alterada, y por ende el riesgo utero placentario para ayudar al bienestar materno fetal.

- * No elevar la presión arterial al contrarrestar la hipovolemia intravascular.

- * Disminuir la resistencia vascular sistémica y mejorar la presión venosa central.

- * Evitar el edema agudo pulmonar por sobrecarga iatrogénica de líquidos.

- * Evitar el daño renal orgánico al favorecer el flujo renal.

ANTIHIPERTENSIVOS.- Con respecto al uso de estos medicamentos durante el embarazo, se ha visto que:

- * Mejoran la supervivencia fetal.

- * No están contraindicados.

- * Prolongan el curso de la gestación y evitan la frecuencia de la prematurez.

* Previenen daño organico irreversible en los sitios blanco de la hipertensión.

* Evitan crisis de descompensación durante el trabajo de parto.

Logicamente tiene que realizarse una reducción adecuada y uniforme para no deteriorar aún mas la perfusión uteroplacentaria. La reacción del uso de vasodilatadores varía de acuerdo al estado de volemia intravascular.

Con estas medidas antes descritas, se ha podido evitar :

* En la madre:

- Mayor deterioro de la pre-eclampsia severa y que se convierta en eclampsia.
- Coagulopatía de consumo y Coagulación intravascular diseminada.
- Falla ventricular izquierda, edema agudo pulmonar, o la posibilidad de infarto agudo al miocardio.
- Ruptura Hepática.
- Necrosis tubular aguda o cortical.
- Placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta.
- Hemorragia intracerebral.
- Trombosis venosa cerebral.

* En el producto:

- Retardo en el crecimiento intrauterino.
- Muerte Intrauterina.
- Hipoxia brusca.
- Prematurez por interrupción temprana de la gestación.

MEDICAMENTOS UTILIZADOS.- El uso de drogas en esta entidad, se pueden dividir en varios grupos(1) los cuales son:

- a.- antihipertensivos.
- b.- sedantes y anticonvulsivantes.
- c.- diuréticos.

Antihipertensivos.- Las características de los mismos ya han sido descritas anteriormente en esta tesis, con lo que haremos una breve comentario de cada medicamento, según lo referido en la literatura.

Alfametilodopa.- La metildopa, ha sido utilizada durante más de 15 años, y es indudablemente un agente confiable, pero poco útil debido a su presentación única para su uso por vía oral, cuando se ha podido utilizar ha demostrado control de la hipertensión y asociación con la reducción de la morbi-mortalidad materna y fetal (1).

Aunque la metildopa, atraviesa la barrera placentaria, y es excretada bajo concentración en la leche, no se han descrito problemas clínicos neonatales, como resultado del uso de la misma (1,9).

Hidralazina.- Ha sido reconocida como un elemento muy útil en el arsenal terapéutico de la hipertensión en sus variedades de severa y moderada, aunque los efectos colaterales son tan comunes(9), que ha sido relegada a un lugar secundario en la mayoría de los estudios (15,16), a medida que se han incorporado otras drogas; Hutton y colaboradores, describen que el uso de la misma, en 1991 por los médicos en el Reino Unido es de un 29 % (15); así mismo Harper y Murnaghan describen los efectos de la misma después de una aplicación de 10 mgs intravenosamente, los cuales consistieron en: un decremento significativo de la presión arterial con respecto de la basal de ingreso, acompañado con un aumento en el pulso materno y en la vena umbilical y un aumento en el flujo utero-placentario secundario a la

vasodilatación arteriolar. Aunque Suonio y colaboradores en un estudio en 1986 reportaron que el uso de este medicamento no es recomendable, por que impredeciblemente se presentan fallas en la presión arterial llegando a provocar hipotensiones severas, independientemente de la cantidad y vía de administración empleada (17).

Labetalol y Metoprolol.- Estos corresponden a los B-bloqueadores, y son las innovaciones de los últimos años para el tratamiento antihipertensivo de la enfermedad hipertensiva del embarazo, su empleo se ha popularizado por los médicos en los países anglosajones (15), teniendo que el 35 % de ellos lo utilizan; otros autores han descrito menos efectos indeseables en comparación con otros antihipertensivos, y con mejores resultados a corto y mediano plazo (16,17).

Nifedipina.- Esta droga corresponde a los calcio antagonistas y, es utilizada en caso de crisis hipertensiva y/o de diastólica igual o mayor de 110 mm Hg en nuestro hospital; en otros centros hospitalarios de México y el mundo también es utilizada y se ha observado que durante la misma la presión arterial ha disminuido hasta llegar casi a valores normales (19), sin observarse cambios significativos en la frecuencia cardíaca fetal o que se presenten variaciones en la misma, así mismo no se ha reportado mortalidad fetal (1,2,18).

Clorpromazina.- Está clasificado como un medicamento antipsicótico (20), pero se ha observado como efecto adverso durante la hipertensión causada por el embarazo, un efecto antihipertensivo y su uso se ha popularizado en casi todos los hospitales de México (21);

en un estudio realizado por el Wallas en 1988 (19), refiere que el efecto de la misma permitió disminuir la presión arterial en 14 ± 1.1 mm Hg, en las pacientes estudiadas, sin tener efectos adversos maternos ó fetales. Así mismo Romero-Gutiérrez y colaboradores en 1986, concluyen que el medicamento no afecta negativamente el apgar de los recién nacidos de madres toxémicas; y que el mismo pudiera ayudar a mantener la calificación del apgar de los recién nacidos de mujeres toxémicas, debido a un mejor control de la hipertensión arterial y de la hiperexcitabilidad neurológica materna.

Sedantes y anticonvulsivantes.- Son una gran variedad de medicamentos, los que componen este grupo, pero los más usados en obstetricia para la entidad que se esta tratando son: diazepan,
clorpromazina, sulfato de magnesio y difenilhidantoína sódica.

En un estudio reportado por Maheshwari y colaboradores en 1989 (23), reporta que de 74 pacientes, el 27 % fueron manejadas con difenilhidantoína sódica, 43 % con sulfato de magnesio y 30 % con una combinación de diazepan y pentazocina; teniendo que el control anticonvulsivante fue mejor con sulfato de magnesio, pero que la evolución perinatal fetal fue mejor con difenilhidantoína. Así mismo Crowther en 1990 (24), reporta que el control anticonvulsivante fue mejor con sulfato de magnesio en comparación con diazepan, teniendo menor recurrencia, aunque la valoración de apgar fue mejor con diazepan que con el primero. Cabe mencionar también que Domisse en 1990(25), y Repke en 1992 (26), realizan sus reportes en los cuales sugieren que la fenitoina sódica no es efectiva como

anticonvulsivante y que el sulfato de magnesio sí lo es, siendo la mejor opción, ratificando lo anterior.

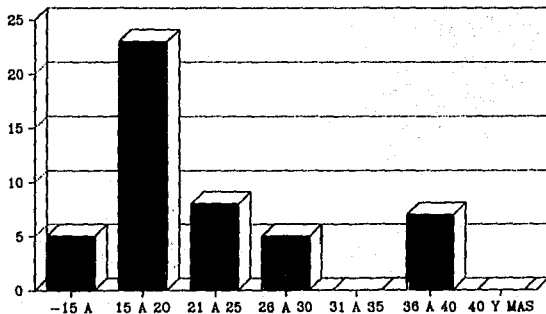
Diuréticos.- Como se ha referido anteriormente, la eclampsia está acompañada por una contracción del volumen plasmático, lo que sería agravado por una pérdida ulterior de cloruro de sodio y agua, por lo que el uso de estos medicamentos están contraindicados. Las pacientes con congestión pulmonar aguda y aquellas que la hipertensión es dependiente de sal y agua, son las que se pueden beneficiar con el uso de los mismos, a dosis pequeñas y con un control adecuado (1,4).

RESULTADOS

Los resultados obtenidos, durante el periodo comprendido del 01 de marzo de 1990 a el 31 de diciembre de 1992 son los que se presentan a continuación:

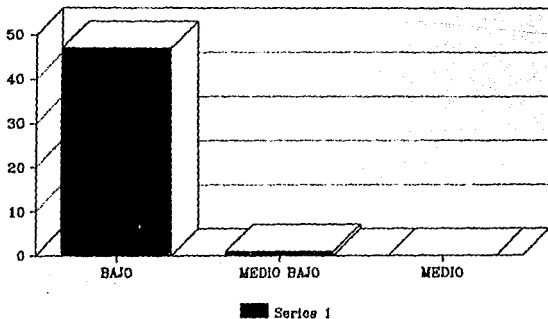
* DE LAS PACIENTES:

EDAD.- Con respecto a la edad, se hizo el análisis por grupos; observándose que el bloque comprendido de los 15 a 20 años; fue el que tuvo mayor frecuencia seguido por el bloque de 21 a 25 años, con una incidencia de 23 (47.91 %) y 8 (16.66 %) casos respectivamente, teniendo que la mayor frecuencia se vió de los 15 a los 25 años, con un porcentaje de 54.57% del total de los casos. Cabe señalar que otro grupo de importancia es el de los 36 a 40 años, en el cual quedaron situadas 7 (14.50 %) de nuestras pacientes, que se correlaciona con lo descrito por otros autores en la literatura mundial(1-9); tuvimos dos casos en el cuál la patología se presentó a los 14 años, y el de mayor edad fue de 40 años.



NIVEL SOCIO-ECONOMICO.- En lo referente a este rubro, podemos analizar, que de el total de nuestras pacientes; 47 (97.92 %) se encuentran situadas en el bloque de nivel económico bajo. y que solo 1 (2.08 %) del total de los casos se encuentra localizada en la división de medio socio-económico medio bajo, de los bloques de nivel económico medio y alto, no tuvimos ninguna paciente. Cabe referirse, que en nuestro estudio esta patología es predominantemente observada en la pobreza, como se hace referencia en la literatura nacional y mundial (1-9,18-22); es por esta razón que debemos poner más énfasis en este tipo de pacientes para poder llevar una mejor educación para la salud y un buen control del embarazo y evitar en lo posible complicaciones del mismo, evitando que se presente y evolucione este tipo de patología.

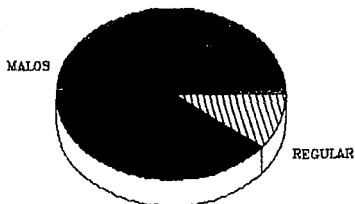
NIVEL ECONOMICO



Gráfica No. 2

HABITOS DIETETICOS.- En cuanto a los mismos podemos hacer referencia que estos van a estar influenciados por el nivel económico de nuestras pacientes, encontrando en nuestra casuística un grupo predominante que corresponde a deficientes hábitos dietéticos con 43 (89.50 %); y en el siguiente bloque de regulares hábitos, presenta a 5 (10.40 %) del total de la muestra, así mismo se hace mención que de el grupo de buenos hábitos no se estableció dentro del mismo ninguna paciente, se hace referencia por diferentes autores que una buena dieta, con un aporte proteínico adecuado, puede disminuir la frecuencia en la presentación del síndrome pre-eclampsia - eclampsia.

HAB. DIETETICOS



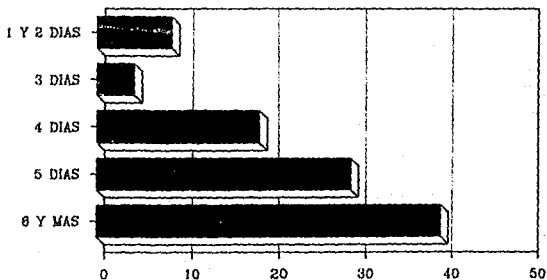
Gráfica No. 3

DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA.- En los resultados obtenidos en este rubro, de nuestras 48 pacientes; el grupo de más pacientes fue el de 6 y mas días de estancia con 19 (39.58 %), así mismo el de menor número fue el bloque de 3 días, con 2 (4.18 %); y 4 (8.33 %) se localizaron en el grupo de 1 y 2 días; de este mismo grupo, 2 (4.18 %) tuvieron un solo día de estancia hospitalaria debido a que posterior a su ingreso estas fallecieron; en el renglón de 4 días se localizaron 9 (18.75 %) y en el siguiente se localizaron 14 (29.18 %).

Así mismo se hace mención que las pacientes que se localizaron en los grupos de 4,5,6 y mas días fueron 42 (87.5 %) del total; de las cuales 32 (66.66 %) ingresaron a la unidad de cuidados intensivos.

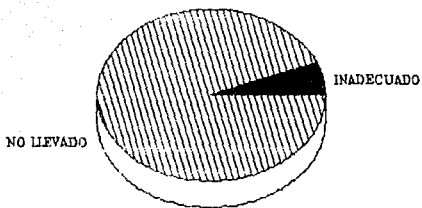
Es necesario referir que a mayor estadía son mayores los costos que se presentan para la unidad hospitalaria y para la propia paciente, haciendo aún más difícil la ya mencionada precaria situación económica que estas presentan.

ESTANCIA HOSPITALARIA



CONTROL PRENATAL. De nuestra casuística, encontramos que solo 3 (6.25 %); de nuestras pacientes tuvieron un control prenatal inadecuado, ya que una de ellas tuvo 2 consultas en periodos irregulares siendo que esta fue la que acudió en mayor número de ocasiones a dicha consulta; teniendo en el lado opuesto 45 (93.75 %) de nuestras pacientes no tuvieron ninguna consulta prenatal e incluso no tuvieron ingesta de ningún complemento dietético durante su embarazo.

CONTROL PRENATAL



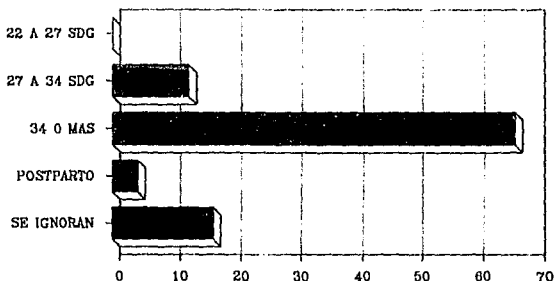
Gráfica No. 5

EDAD GESTACIONAL. Del análisis de los resultados en este renglón, se obtuvo predominio del grupo de pacientes que presentaron eclampsia con edad gestacional de 34 semanas y más con un número de 32 (66.66 %); En lo referente al bloque de 22 a 27 semanas de gestación, no correspondió ser situada ninguna de las mismas y que de el bloque de 27 a 34 semanas se situaron 6 (12.50 %); del total de las mismas. Existe también un bloque de 8 (16.63 %), del cuál se ignora la edad gestacional, ya que no están incluidos estos datos en los expedientes.

Se incluye también a 2 (4.16 %) que presentaron la patología durante las primeras 24 horas de post parto.

Debido a su presentación, dentro del puerperio inmediato, se debe tener cuidado extremo en este tipo de pacientes debido a que se presenta descontrol hemodinámico y de cifras tensionales en este periodo.

EDAD GESTACIONAL



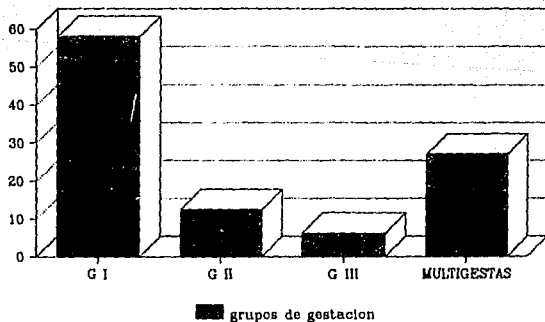
Gráfica No. 6

GESTACIONES.- En cuanto a lo que en este rubro se refiere, se hizo la división en cuatro grupos (G I, G II, G III y Multigestas).

Del análisis de los resultados tenemos que en el primer grupo es el mayor y se situaron a 25 (58.08 %); seguido del de multigestas con 13 (27.08 %); y posteriormente del G II con 6 (12.50 %); siendo el menor el de G III con 3 (6.25 %).

Estos resultados también son compatibles con lo referido en libros de la especialidad y artículos publicados en revistas internacionales y nacionales (3-5,8,12).

GESTACIONES

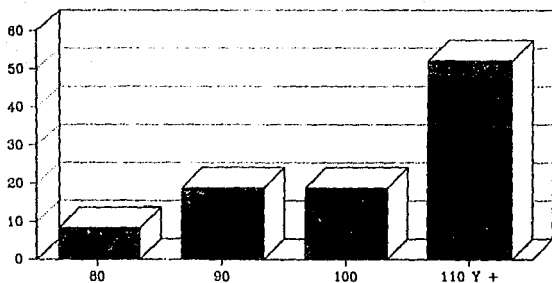


Gráfica No. 7

PRESION ARTERIAL. - Este capitulo es de los más importantes, ya que es el parámetro clave para hacer seguimiento de una paciente que se encuentre con y/o pueda padecer enfermedad hipertensiva del embarazo (1-5), así mismo vamos a observar que nuestra casuística se encuentra en nivel similar a la reportada en la literatura mundial (6-10), tanto en países europeos, asiáticos, en Estados Unidos y en nuestro país.

Se tomaron en cuenta los parámetros recabados de cifras diastólicas para hacer la inclusión en los grupos; teniendo así que el grupo con mayor predominio de pacientes fue el de 110 y mas mmHg en el cual se situaron 25 (52.08 %). Seguido por los grupos de 90 y 100 mm Hg, los cuales presentaron el mismo número con 9 (18.75 %) respectivamente; siendo el de menor cantidad con 4 (8.33 %) del total de la muestra, aquel que representó los 80 mm Hg.

PRESION ARTERIAL

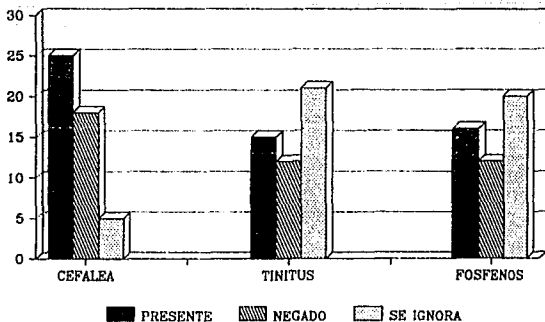


Gráfica No. 8

Cabe referir que estas cifras tensionales fueron tomadas al ingreso de las pacientes en el servicio de urgencias ginecológicas y/o toco-cirugía, o inmediatamente después que se presentó la eclampsia en aquellas pacientes que habían ingresado con pre-eclampsia severa.

SINDROME DE VASCULO ESPASMO.- Se realizó el análisis del mismo en los síntomas de cefalea, tinnitus y fosfenos, como principales parámetros. Haciendo la transcripción de los resultados; encontramos que, en el grupo de cefalea, se situaron a 25 (52.08 %), en el bloque que corresponde a tinnitus, encontramos 15 (31.25 %), así mismo en el siguiente, el cual hace referencia de los fosfenos, quedaron localizadas 16 (33.33 %), del total de la muestra.

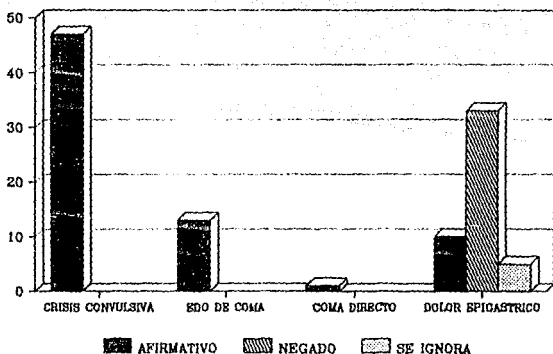
SX.VASCULO-ESPASMO



Gráfica No. 9

CRISIS CONVULSIVA Y/O COMA.- En cuanto al análisis de los resultados obtenidos en este rubro tenemos que del total de nuestras pacientes 47 (97.91 %); presentaron crisis convulsivas y que 13 (27.08 %); evolucionaron a estado de coma; así mismo debo referir que 1 (2.08 %), presentó estado de coma directo sin haber presentado crisis convulsivas.

DOLOR EPIGÁSTRICO.- En los resultados obtenidos en este renglón, se obtuvo que la mayor proporción de pacientes corresponde a el grupo que no presentaron dolor epigástrico con 35 (68.75 %); y que 10 (20.83 %); no presentaron este sintoma. Así mismo se hace mención que en 5 (10.41 %), no fué reportado este sintoma en los expedientes, por lo tanto se ignoran.

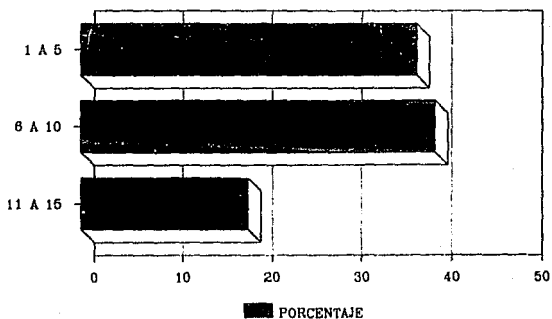


Gráfica No. 10

NIVEL DE CONCIENCIA.- El nivel de conciencia fue valorado por medio de la escala de Glasgow; la cual se obtenía al ingreso de las pacientes a el servicio de toco-cirugia, de las pacientes que ingresaban con eclampsia ya establecida y a las pacientes que habian ingresado con pre-eclampsia y que habian evolucionado a eclampsia en la permanencia de este servicio se realizaba a los 10 minutos de dicho evento.

Se obtuvo así que el mayor grupo correspondió a aquellas que presentaron una valoración de 5 a 10 puntos, que fue de 19 (39.58 %); siendo el menor con 9 (18.75 %), de aquellas que presentaron una valoración de 10 ó mas puntos. En otro bloque quedaron situadas 18 (37.50 %) con una valoración de 5 ó menos puntos; así mismo se hace mención que 2 (4.16 %) no fue encontrado este dato.

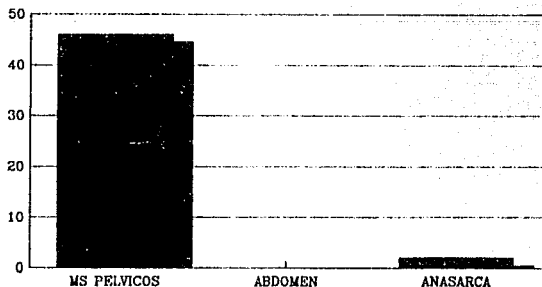
GLASGOW



Gráfica No. 11

EDEMA.- Dentro de este rubro se hace la descripción del análisis realizado; en el cual encontramos que en el grupo de edema localizado únicamente a miembros inferiores fue el mayor en cuanto al número de pacientes y se localizan a 46 (95.83 %); en el renglón de anasarca encontramos a 2 (4.16 %) y en el rubro de edema a abdomen no se situó a ninguna de las mismas en el total de la muestra.

EDEMA

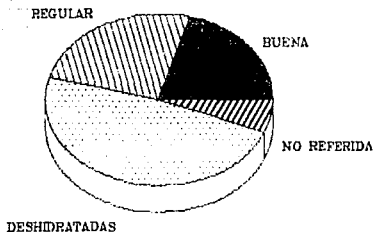


Gráfica No. 12

HIDRATACION.- Para la realización de la valoración de este parámetro lo dividimos en tres renglones los cuales son deshidratadas, bien hidratadas y con regular hidratación; teniendo que el mayor grupo fue el de las deshidratadas con 23 (47.91 %); siguiendo el de regular hidratación con 12 (25.00 %); y el de menor cantidad correspondió a 3 (6.25 %).

Así mismo se hace mención que 3 (6.25 %), no fueron referidos dichos parámetros, por lo que se ignoran.

HIDRATACION

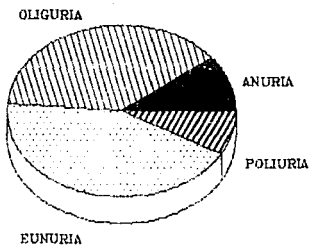


Gráfica No. 13

DIURESIS.- El análisis de la función urinaria se observó que el grupo mayor corresponde a pacientes eunúricas con 16 (33.33 %); seguido por el bloque de oliguria con 14 (29.16 %); continuando con el renglón de anuria con 4 (8.33 %); presentando por último el menor con 3 (6.25 %), se anota que estos datos fueron sobre parámetros convencionales.

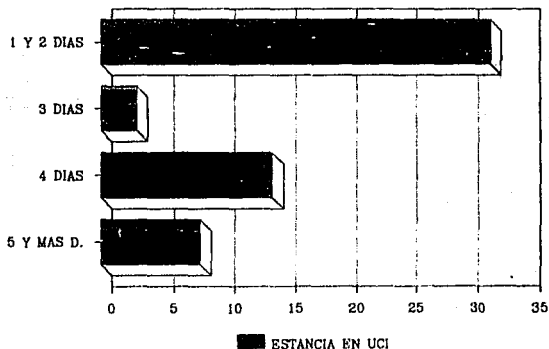
Así mismo se refiere que 1 (2.08 %), no se obtuvo el dato, debido a que falleció a su ingreso.

DIURESIS



Gráfica No. 14

INGRESO A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.- En lo referente a este rubro tenemos que ingresaron a la unidad 32 (66.66%); se realizó el análisis según el número de días de estancia dividiéndolo en 5 grupos; y totalizando, por lo que, el más representativo es el 3 y 4 días con 14 (43.75 %), siendo el menor el de 1 y 2 días con 3 (9.37 %); continuando con el de 5 días con 8 (25.00 %); seguido por el de 6 y más días con 7 (21.87 %), se hace referencia también que de este grupo 1 paciente estuvo hasta 10 días, debido al estado tan crítico que presentaba. También cabe hacer mención que el total de las pacientes fueron valoradas por el servicio de Medicina Interna antes de su ingreso a la misma, y que todas ingresaron posteriormente a su resolución obstétrica.

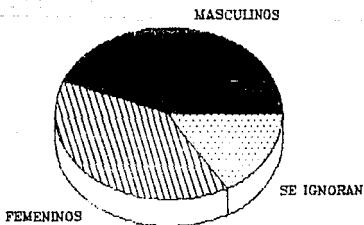


Gráfica No. 15

▪ DE LOS PRODUCTOS:

SEXO.- Del análisis de este rubro tenemos que 21 (43.75 %) fueron del sexo masculino y 19 (39.58 %) del sexo femenino; se hace mención que 8 (16.66 %) no se obtuvo el dato de los productos, debido a que no estaban especificados estos en los expedientes.

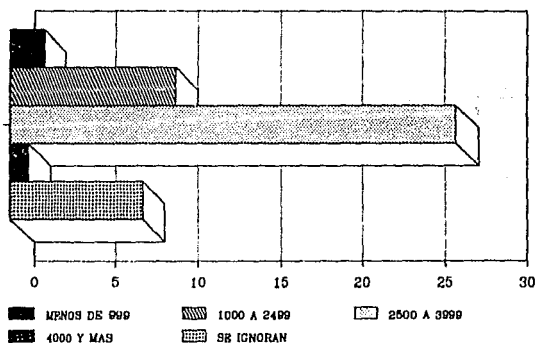
SEXO DE PRODUCTOS



Gráfica No. 16

PESO.- De este rubro se realiza el análisis y se observa que el producto con menor peso es de 0.900 kilogramos, y que el de mayor peso presenta 4.000 kilogramos; el grupo con mayor cantidad fué el de 2.500 kilogramos, y más con 28 (58,33 %); seguido por el de 1.000 a 2.499 kilogramos con 10 (20,83 %); y el menor fue el de 0.999 kilogramos y menos con 2 (4,16 %); así mismo se hace mención que 8 (16,66 %) se ignoran, de estos por que 3 (6,25 %) fueron obtenidos por empíricas y 1 (2,08 %) en otra institución del sector salud.

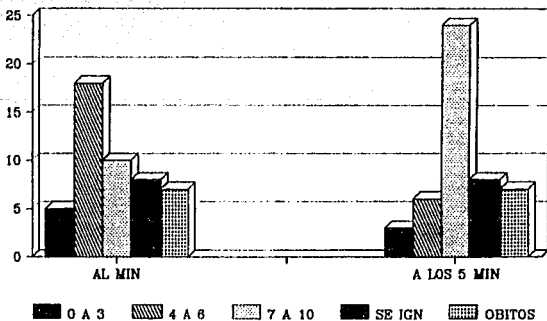
PESO DE PRODUCTOS



Gráfica No. 17.

VALORACION DE APGAR.- De este rubro se realizó la valoración de los productos al minuto y 5 minutos, dividiendo en tres grupos cada uno de estos bloques; por lo que en el primero se obtuvo que el mayor número se dio en el de 4 a 6 puntos con 18 (37.50 %) seguido por el de 7 a 10 puntos con 10 (20.83 %) y por último el de 0 a 3 puntos con 3 (6.25 %); En el segundo bloque se obtuvo que el mayor grupo fue el de 7 a 10 puntos con 24 (50.00 %), seguido por el 4 a 6 puntos con 6 (12.50 %), y por último el de 0 a 3 puntos con 3 (6.25 %). 7 (14.58 %) se obtuvieron obitados, por lo que no se valoraron y 8 (16.56%) se ignora el dato.

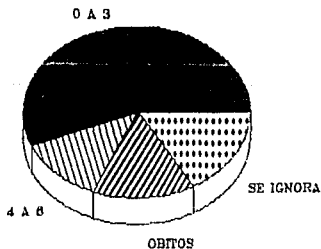
APGAR



Gráfica No. 18

VALORACION DE SILVERMANN.- En los resultados obtenidos en este parámetro; se presenta el grupo con valoración de 0 a 3 puntos el cuál es el mayor, con 27 (56.25 %); seguido por el bloque de 4 a 6 puntos, que tuvo 6 (12.5 %); otro renglón que también se analizó es el de 7 y más puntos no teniendo ninguno. Así mismo debemos hacer mención que también se incluyeron 7 (14.58 %) que obtuvieron obitados y no se valoraron 8 (16.66 %), que se ignoran por no haberse obtenido el dato.

SILVERMANN

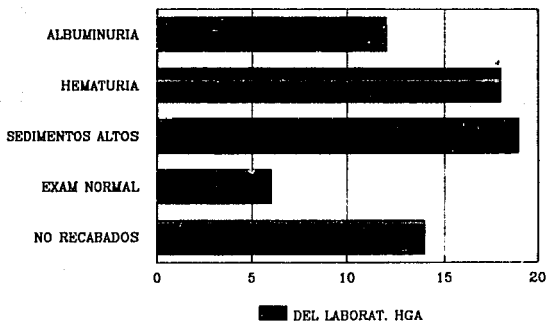


Gráfica No. 19

• DE LOS EXAMENES DE LABORATORIO:

EXAMEN GENERAL DE ORINA.- Del análisis de los resultados de este estudio tenemos que el grupo con mayor cantidad fue con 19 (39.58 %) y estas presentaron sedimentos altos, en el siguiente renglón y en forma decreciente, fueron las que presentaron hematuria con 18 (37.5 %); seguido en otro bloque de aquellas que presentaron albuminuria anormal con 12 (25.00 %), y por último el grupo con menor cantidad con 8 (16.66 %), que presentaron examen normal; cabe referir también que 14 (29.16 %), no se recabaron los exámenes en los expedientes.

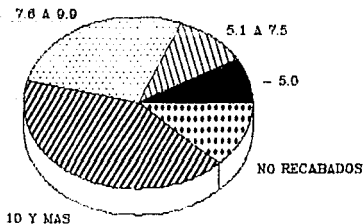
E.G.O.



Gráfica No. 20.

HEMOGLOBINA.- De este estudio se puede referir que el grupo con mayor incidencia fué el correspondiente a 10 y mas gramos/decilitro (grs/dL) con 20 (41.66 %); seguido por el bloque de 7.6 a 9.9 grs/dL con 13 (27.08 %); continuando con el rubro de 5.1 a 7.5 grs/dL con 5 (10.41 %); y por último con 5.0 y menos grs/dL con 4 (8.33 %); cabe referir también que 8 (16.66 %) no fueron recabados y/o no se encontraron estos resultados en los expedientes.

HEMOGLOBINA

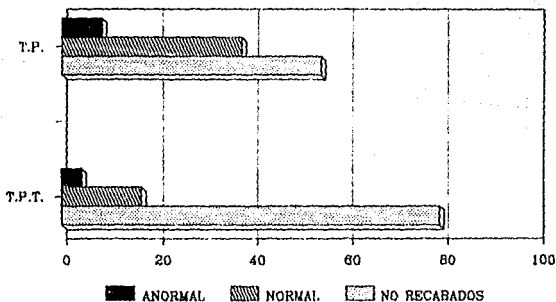


Gráfica No. 21

grs/dL.

TIEMPOS DE COAGULACION. - En este parámetro tomamos los tiempos de protrombina (TP) y parcial de tromboplastina (TPT); que a su vez fueron divididos en dos renglones de normal y anormal, según lo reportado en los exámenes realizados en el laboratorio de nuestra institución; quedando como sigue TP normal con 18 (37.50 %); y TP no recabados 26 (54.16 %); y TP anormal con 4 (8.33 %); con lo referente a TPT tenemos que TPT normal fueron 8 (16.66 %); y TPT anormal con 2 (4.16 %); TPT no recabados con 38 (79.16 %); por lo que se ignoran.

TIEMPOS DE COAGULACION

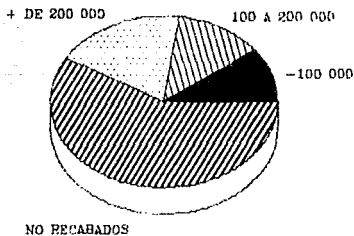


PORCENTAJE

Gráfica No. 22

PLAQUETAS.- Del análisis del recuento de plaquetas, realizado en conjunto con los demás exámenes de laboratorio tenemos que el mayor grupo corresponde a más de 200,000 con 9 (18.75 %); seguido por el de 100,000 a 200,000 con 6 (12.50 %), por último con el renglón de menos de 100,000 con 5 (10.41 %); así mismo se menciona que 28 (58.33 %), no fueron recabados estos resultados en los expedientes, por lo que también se ignoran.

PLAQUETAS



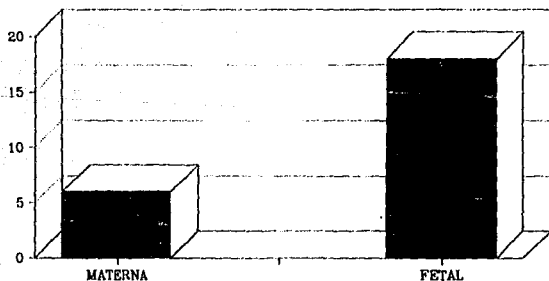
Gráfica No. 23

• DE LA MORTALIDAD:

MORTALIDAD MATERNA.- Se observa en el resultado de nuestra muestra que la mortalidad materna obtenida es de 6 (12.50 %); similar e incluso por abajo de lo reportado por otros autores (2-7,27-30).

MORTALIDAD FETAL.- Se que la mortalidad perinatal es de 18 (37.50 %), del total de la muestra.

MORTALIDAD



Gráfica No. 24

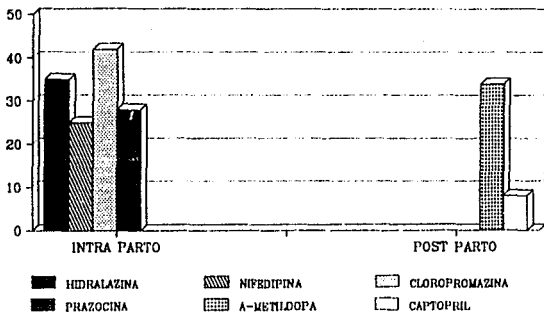
ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

• DEL TRATAMIENTO:

TRATAMIENTO MEDICO.- En este rubro analizaremos el tratamiento medico administrado, dividido en medicamentos antihipertensivos, sedantes y anticonvulsivantes y por último los diuréticos.

Medicamentos antihipertensivos.- De este tipo de drogas, tenemos que la más utilizada de ellas fue la clorpromazina en dosis de 25 mgs (12.5 IM y 12.5 IV), administrada a 42 (87.50 %); seguido de la hidralazina en dosis de 50 mgs V.O. (por sonda nasogástrica en aquellas que ya internadas evolucionaron a eclampsia) a 35 (72.91 %); seguido de prazocina en dosis de 1 a 2 mgs suministrada de la misma manera que la anterior a 28 (58.33 %); y por último la nifedipina en dosis de 10 mgs sublingual en caso de crisis hipertensiva, cada 20 min hasta controlar la misma. Cabe referir que estos medicamentos se utilizaron intra-parto.

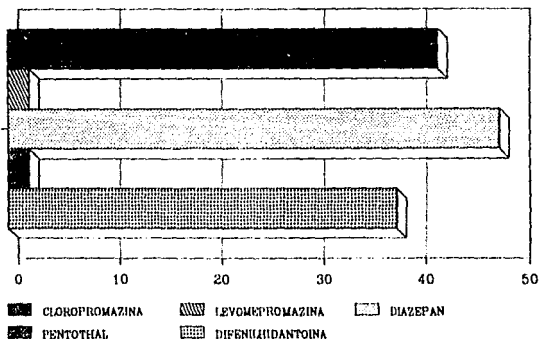
ANTIHIPERTENSIVOS



Gráfica No. 25

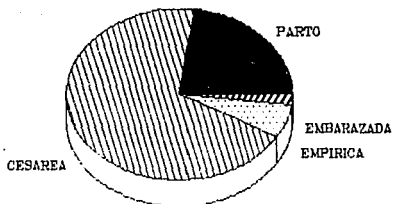
Se administraron en el post parto por vía oral en dosis de 250 mgs cada 8 hrs, alfametildopa a 34 (70.83 %) y captopril 25 mgs a 8 (16.66 %), durante 7 días, suspendiéndose la lactancia.

Medicamentos sedantes y anticonvulsivantes.- El uso de los mismos, se inicio antes de las crisis (en aquellas que ingresaron con el diagnostico de pre-eclampsia severa) y sobre todo después de haber presentado al misma. Tenemos que el más utilizado es el diazepam a 48 (100 %) en dosis de 10 mg IV cada 8 hrs ó en caso de convulsiones para yugular; seguido de la cloropromazina a 42 (87.50 %), debido a su doble efecto (antihipertensivo y sedante), como ya fue referido; continuando con la difenilhidantoina sódica a 38 (79.16 %); seguido por levomepromazina, (en sustitución de cloropromazina por ausencia en el mercado a las mismas dosis de la segunda) a 2 (4.16 %), terminando con pentothal sódico a 2 (4.16 %), a aquellas en las cuales no se controlaron las crisis con los anteriores. No se utilizó sulfato de magnesio, por no contar con el en el hospital.



RESOLUCION OBSTETRICA.- En cuanto a los resultados obtenidos en este parámetro, se tiene que el grupo con mayor cantidad fué en el que se realizó operación cesarea con 33 (68.75 %); seguido por el de atención de parto con 11 (22.91 %); continuando con el de atendidas por empírica con 3 (6.25 %); cabe hacer mención que también 1 (2.08 %), falleció sin haber tenido resolución obstétrica.

RESOLUCION OBSTETRICA



Gráfica No. 27

CONCLUSIONES

- 1.- La eclampsia se presenta con mayor frecuencia en primigestas en el grupo de 15 a 20 años de edad y en multiparas ubicadas en el grupo de 36 a 40 años.
- 2.- El nivel socio económico bajo es el más afectado, debido en parte al deficiente aporte de proteínas en su dieta.
- 3.- La estancia hospitalaria es mayor en este tipo de pacientes, (6 a 8 días) que para otros eventos obstétricos, por ejemplo la cesarea (2 a 3 días).
- 4.- El buen control prenatal, es la piedra angular para el diagnóstico, control y tratamiento oportuno para este tipo de pacientes.
- 5.- Los signos y síntomas de la enfermedad hipertensiva del embarazo, se presentan con mayor frecuencia cerca del término del embarazo (66.66 %) o en el puerperio inmediato evolucionando a eclampsia si no se le controla adecuadamente
- 6.- Se debe contar con medicamentos (sedantes, antihipertensivos), así como material adecuado (cateter de PVC, billabstic, etc) en todo servicio de toco-cirugía, para mejor tratamiento de esta enfermedad.
- 7.- Las cifras tensionales arteriales que presentan nuestras pacientes eclámpicas en 110 mm Hg o más de diastólica (52.08 %), siendo el grupo mayor expuesto a presentar otros padecimientos, que pueden llegar a ser mortales.

- 8.- En el estado convulsivo, de la eclampsia, el medicamento de elección es el sulfato de magnesio, como está reportado por otros autores(15,20,21, 23-25).
- 9.- Toda paciente con el diagnóstico de pre-eclampsia severa inminencia de eclampsia ó eclampsia debe ser ingresada a la Unidad de Cuidados Intensivos, y una vez estabilizada, se interrumpirá el embarazo según las condiciones obstétricas.
- 10.- La calificación baja de apgar al minuto, de las pacientes con eclampsia es la traducción del sufrimiento fetal, que tienen los productos secundario a la patología de fondo.
- 11.- Los valores de Hemoglobina y Hematocrito de estas pacientes no siempre son confiables, tomando en cuenta que estan cursando con una hemoconcentración debido a la disminución del volumen circulante.
- 12.- En las pacientes con alteraciones en los tiempos de coagulación, y recuento de plaquetas; se les debe instalar tratamiento inmediato y evitar que evolucione a una coagulación intravascular diseminada o a un síndrome de HELLP.
- 13.- La mortalidad materna y perinatal seguirá siendo alta mientras no se cree en nuestra población la conciencia de la importancia que tiene en control prenatal en todos los embarazos.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Gallery Ellen D.M. Tratamiento antihipertensivo en el embarazo, en : R.W. Lewis. Farmacología en Obstetricia, Buenos Aires, editorial panamericana,1989, p 85-105.
- 2.- Ernesto Pizano Martínez, Bases fisiopatogénicas para el tratamiento de la eclampsia, en: Karchmer KS ed. Temas selectos en reproducción humana, Instituto Nacional de Perinatología, México, Inper ediciones médicas,1989, p. 237-243.
- 3.- Hinojosa y Ríos C H; Olguin Barrera J A. Toxemia, en: Núñez Maciel GE, Ginecología y Obstetricia AMHGO No.3 IMSS 3a. edición, México, Méndez Oteo, 1989, p. 313-327.
- 4.- Pritchard JA; MacDonald PC; Gant NF. Williams Obstetricia 3a. edición, México, Salvat, 1986, p. 511 - 544.
- 5.- Benson RC. Manual de Ginecología y Obstetricia; 7a. edición México, El Manual Moderno, 1985, p. 285 - 298.
- 6.- Saftias AF, Olson DR, Frank AL, Atrash HK. Epidemiology of pre-eclampsy and eclampsy in the United States 1979-1986. Am J Obstet Gynecol Aug 1990 163 (2) p. 460-5.
- 7.- Faye A, Picaud A, Ogouet-Igumu N, Nlone-Nze RA. Eclampsia at the Hospital Center of Libreville 53 cases among 41,285 deliveries from 1985 to 1989. Rev Fr Gynecol Obstet (France) Jul-Sep 1991, 86 (7-9) p. 503-510.
- 8.- Adetoro OO. The pattern of eclampsy at the University of Ilorin Teaching Hospital. Int J Ginecol Obstet Mar 1990 31 (3), p. 221-6.
- 9.- Goodman y Gilman. Fases Farmacológicas de la terapéutica, 6a. edición, Madrid, Panamericana, 1986. p. 416-421, 437-445, 785-823.
- 10.- Hematological parameter and pregnosis inestabilished or inmminent HELLP síndrome. Apropos of 12 cases reports.
- 11.- Perry Kg Jr, Martín JN Jr. Abnormal hemostasis and coagulopaty in preeclampsy and eclampsy. Clin Obstet Gynecol (United States) Jun 1992 35 (2) p. 338 - 350.
- 12.- Das B, Saha S, Sinha AK, De RC, Nandi AK. Maternal Mortality. J Indian Med Assoc. Sep 1990 88 (9) p. 249-50.

- 13.- Louden KA, Broughton-Pipkin F, Heptinstall S, Fox SC, Platelet activity and serum thromboxane B2 producción in the whole blood in gestational hipertension and pre-eclampsia. Br J Obstet Gynecol. Dec 1991 98 p. 1239 - 1244.
- 14.- Sibai BM; Vilter MA, Mabre BC. Acute renal failure in hypertensive disorders of pregnancy. Pregnancy outcome and remote prognosis in thirty-one consecutive cases. Am J Obstet Gynecol Mar 1990 162 (3) p. 777 - 783.
- 15.- Hutton JD, James DK, Stirrat GM, Douglas KA, Redman CWG Management of severe pre-eclampsia and eclampsia by UK consultants. Br J Obstet Gynecol July 1992 99 p. 554-6
- 16.- Harper A, Murnahan GA. Maternal and fetal hemodynamics in hypertensive pregnancies during maternal treatment whit intravenous hidralazine or labetalol. Br J Obstet Gynecol May 1991, 98 p. 453 - 459.
- 17.- Suoni S MJ, et al. Acute effects of dihidralazine mesylate furosemide and metoprolol on maternal haemodynamics in pregnancy-induced hypertension. Am J Obstet Gynecol July 1986, p 122 - 125.
- 18.- Walas-Rodriguez RJ, Madrid-Dominguez. Effect of nifedipine on fetal heart rate in pre-eclamptic patient. Gynecol Obstet Mex Mar 1991, 59 p. 81 - 84.
- 19.- Walas-Rodriguez RJ, Herrera-Amaya LA. Pre-eclampsia severa. Nifedipina versus Cloropromazina en el manejo del estado hipertensivo agudo. Rev Med IMSS Mex 1989, 27 (5) p.359-3.
- 20.- Rodriguez-Carranza J. Vademecum académico de medicamentos libro de texto. México, 1984, ed UNAM. (por nombre de medicamento).
- 21.- Asociación Medica del Hospital de Gineco-Obstetricia Dr. "Castelazo Ayala" No.4. Manual de procedimientos en Obstetricia. México,1988.
- 22.- Romero-Gutiérrez G, Jiménez BE, De la Cruz D, Malacara HJM efecto de la cloropromazina en el apgar del recién nacido de pacientes con toxemia gravidica. Rev Ginecol Obstet Mex 1987, Sep 55 (9) p. 253 - 257.
- 23.- Maheshwary JR, Desai SV, Hemsotia MD, Walveker VR. Anti-convulsivant therapy in eclampsy. J Postgraduad Med Apr 1989, 35 (2) p. 66 - 69.
- 24.- Crowther C. Magnesium sulfate versus diazepam in the manegement of eclampsy a randomized controlled trial. Br J Obstet Gynecol Feb 1990, 97 (2) p. 110 - 117.

- 25.- Domnisse J. Phentoin sodium and magnesium sulfate in the management of eclampsy. Br J Obstet Gynecol Feb 1990, 97 (2) p. 104 - 109.
- 26.- Repke JT, Friedman SA, Kaplan PW. Profilaxis of eclamptic seizures: courant controversies. Clin Obstet Gynecol (USA), Jun 1992, 35 (2) p. 365 - 374.
- 27.- Odum CU; Akinkugbe A. The causes of maternal deaths in eclampsia in Lagos, Nigeria. West Afr J Med Jan-Mar 1991 10 (1) p.371-6.
- 28.- Odum CU, Akinkugbe A, Emuveyan EE. Mortality in eclampsia in the Lagos University Teaching Hospital West Afr J Med Jul-Sep 1990 9 (3) p. 157-63.
- 29.- Rosenfield A. Maternal Mortality: Community-based interventions Int J Gynaecol Obstet (Ireland) Jun 1992 38 Suppl p. S17-22.
- 30.- Sibai BM. Eclampsia. VI Maternal Perinatal Outcome in 254 consecutive cases. Am J Obstet Gynecol Sep 1990 163 (3) p.1049-54.