

11217



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

14
23

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL DE GINECO - OBSTETRICIA
NO. 3 CENTRO MEDICO " LA FAZA "

MORBIMORTALIDAD MATERNO PERINATAL
EN LA LLAMADA PREECLAMPSIA MODERADA

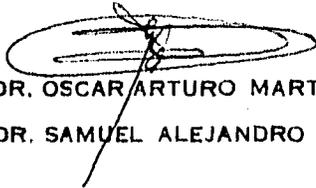


T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
E S P E C I A L I S T A E N :
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A :
DR. GERARDO DE JESUS BARAJAS VELAZQUEZ



ASESORES: DR. OSCAR ARTURO MARTINEZ RODRIGUEZ
DR. SAMUEL ALEJANDRO LIEVANO TORRES



MEXICO, D. F.

1996

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

TESIS CON FALLA DE ORIGEN





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



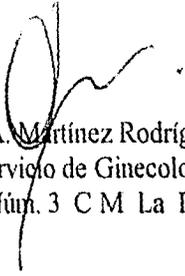
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

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.

ASESORES



Dr. Oscar A. Martínez Rodríguez
Jefe del Servicio de Ginecología
del HGO Núm. 3 C M La Raza



Dr. Samuel A. Liévano Torres
Médico Adscrito al Servicio
de Medicina Fetal

A Dios, porque nunca me abandona
en los momentos difíciles y de
alegría.

A mis Padres, por su constante
preocupación, desvelo y apoyo
incondicional para hacer de mí un
hombre de bien.

A mis Hermanos, por mostrar
interés y sentido de ayuda en los
momentos más difíciles de mi
vida.

A todos mis Amigos, por los
momentos de alegría y tristeza que
compartimos juntos.

CONTENIDO

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

OBJETIVOS

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

HIPÓTESIS GENERAL

MATERIAL Y MÉTODO

METODOLOGÍA

RESULTADOS

DISCUSIÓN

CONCLUSIONES

ANEXOS

BIBLIOGRAFÍA

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

La preeclampsia es un síndrome de causa desconocida que se caracteriza por edema, hipertensión y proteinuria, después de la vigésima semana de gestación (1,2,3,4,5).

En nuestro medio y en el ámbito nacional, la preeclampsia constituye la primera causa de mortalidad materna y una de las principales causas de prematuridad y muerte perinatal (6), aunado, a su vez, a los efectos adversos de algunos medicamentos sobre el feto (7).

Por tal motivo consideramos que el análisis de ésta patología reviste importancia de primera línea en la atención de la paciente obstétrica y, por tanto, siempre será motivo de interés para el médico (8).

La literatura está llena de informes referentes a definiciones, clasificaciones, etiología, tratamiento, cambios clínicos, etc., pero muy pocos referentes a aspectos epidemiológicos sobre la mortalidad perinatal. Las tasas de morbi-mortalidad maternas han sufrido considerables disminuciones como consecuencia de tratamientos especializados, pero no ha sucedido lo mismo con los de morbilidad perinatal (9).

Por otra parte, las autoridades internacionales y estadounidenses no concuerdan con una terminología, ni clasificación común de la preeclampsia (1). Durante los últimos 20 años, 4 grandes comités de estudios han identificado formas de diagnosticar y clasificar las enfermedades hipertensivas del embarazo. A pesar de que se dispone de un elemento común en los conocimientos, no hay concordancia absoluta en la nomenclatura (1,10,11,12,13,14,15,16).

En 1952 el Comité Americano de Bienestar Materno-Fetal propuso una clasificación para la hipertensión en el embarazo (13,17,18). Esta clasificación fue adoptada en 1972 por el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, y considera los siguientes criterios diagnósticos de hipertensión en el embarazo (1,13,19,20,21):

1. Aumento de la presión arterial sistólica de 30 mm Hg o mayor.
2. Aumento de la presión arterial diastólica en 15 mm Hg o mayor.
3. Presión arterial sistólica de 140 mm Hg o superior.
4. Presión arterial diastólica de 90 mm Hg o superior.

Estas alteraciones deben registrarse en dos tomas distintas con 6 horas o más de diferencia.

La clasificación consiste en:

I. Preeclampsia/Eclampsia.

A) Preeclampsia:

1. Leve
2. Severa

B) Eclampsia

II. Hipertensión arterial sistémica crónica.

III. Hipertensión arterial sistémica crónica con preeclampsia o eclampsia sobreagregada.

IV. Hipertensión transitoria (o gestacional).

V. Alteraciones hipertensivas no clasificables.

La clasificación de la Organización Mundial de la Salud es publicada en 1987 (1,22) y fue adoptada por la Sociedad Internacional para el Estudio de la Hipertensión en el Embarazo (ISSHP) publicada en 1988 (21). La variable principal entre los dos grupos y otros más, fue el empleo de parámetros objetivos. Los parámetros objetivos de la OMS y la ISSHP, constituyeron la presión arterial en un nivel específico (por ejemplo: 140/90 después de la vigésima semana de gestación) y proteinuria que excede de 300 mgs/lt.

Chesley hace una modificación a la clasificación de la ACOG considerando el grado moderado a la preeclampsia que anteriormente se había subdividido en leve y severa (13,23).

Esta clasificación de Chelsey no es muy aceptada en general, sin embargo algunas instituciones y autores la emplean, ya que consideran que permite tener una estratificación más estricta de las pacientes (8,12,13,21,24) e incluso hay quienes la subdividen en alto y bajo riesgo (8).

Esta terminología (preeclampsia moderada) es empleada por algunos hospitales y autores como es el caso del Hospital de Gineco-Obstetricia Núm. 3 del Centro Médico Nacional La Raza, sin embargo, la clasificación de la ACOG es la más aceptada y empleada a nivel internacional.

Por este motivo existe muy poca literatura acerca de ésta entidad y más escasa aún, es la que trata de la morbimortalidad, lo que motivó la realización de este estudio.

OBJETIVOS

1. Conocer la morbimortalidad materno-fetal de la llamada preeclampsia moderada en el Hospital de Gineco-Obstetricia Núm. 3 del Centro Médico Nacional "La Raza".
2. Sopesar riesgo-beneficio de utilizar la clasificación de preeclampsia moderada.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿La frecuencia de la morbimortalidad de la preeclampsia moderada es diferente a la morbimortalidad de la preeclampsia severa en el Hospital de Gineco-Obstetricia Núm. 3 del Centro Médico Nacional "La Raza"?

IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE:

- Preeclampsia moderada: De acuerdo a la clasificación del Comité Americano de Obstetras y Ginecólogos, modificado por Chelsey, se define a la preeclampsia moderada como aquella patología que cursa con hipertensión arterial con diastólicas de 90-109 mm Hg o sistólicas de 140-159 mm Hg o proteinuria de 1.5 a 3 grs/lt., o ambas cosas. La tensión arterial es el parámetro más importante y las alteraciones de la misma deben registrarse por lo menos en dos tomas y con 6 horas o más de diferencia.
- Preeclampsia severa: De acuerdo a la misma clasificación anterior cursa con diastólicas de 110 mm Hg o más y sistólicas de 160 mm Hg o más. Proteinuria mayor de 3 grs/lt o ambas cosas.

VARIABLE DEPENDIENTE:

- Morbimortalidad materno-infantil en el Hospital de Gineco-Obstetricia Núm. 3 del Centro Médico Nacional "La Raza".

HIPÓTESIS GENERAL

La frecuencia de la morbimortalidad materna - fetal en la preeclampsia moderada es menor que la morbimortalidad materna - fetal en la preeclampsia severa.

MATERIAL Y MÉTODO

El estudio se llevó a cabo en pacientes que ingresan al Hospital de Gineco-Obstetricia Núm. 3 del Centro Médico Nacional "La Raza", con diagnóstico inicial de preeclampsia moderada de Enero a Junio de 1995, en México, Distrito Federal.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Paciente que curse embarazo de las 20 a las 40 semanas.
2. Que ingrese al Hospital de Gineco- Obstetricia Núm. 3 con diagnóstico de preeclampsia moderada, entre el 1º de enero al 30 de junio de 1995.
3. No tener alguna otra patología agregada como: hipertensión arterial sistémica, nefropatía, padecimientos cardiovasculares, epilepsia, diabetes mellitus, lupus eritematoso sistémico o evidencia de patología sistémica crónica.
4. Sin considerar terapéutica previa a su ingreso.

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN

1. Embarazo de menos de 20 semanas.
2. Pacientes que tengan otra patología como hipertensión arterial sistémica crónica, nefropatía, padecimientos cardiovasculares, epilepsia, diabetes mellitus, lupus eritematoso sistémico o evidencia de patología sistémica crónica.
3. Embarazadas con diagnóstico de ingreso de preeclampsia leve o severa.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Paciente que se encuentre posteriormente hipertensión arterial sistémica crónica, nefropatía o diabetes mellitus.
2. Aquellas que resuelvan su embarazo fuera de la Unidad.

METODOLOGÍA

Se tomaron los datos de los archivos clínicos del Hospital de Gineco-Obstetricia Núm. 3 del Centro Médico Nacional "La Raza", de enero a junio de 1995, de aquellas pacientes que cursen embarazo entre las 20 y 40 semanas, con diagnóstico de ingreso a la Unidad de preeclampsia moderada, sin tener otra patología agregada como hipertensión crónica, nefropatía, diabetes mellitus u otra alteración sistémica crónica, sin tomar en cuenta terapéutica previa a su ingreso.

No se incluyeron aquellas pacientes con embarazo menor a 20 semanas, aquellas que se detecte otra patología como hipertensión, diabetes mellitus, nefropatía u otra alteración sistémica crónica o con diagnóstico de preeclampsia leve o severa a su ingreso.

Se excluyeron las embarazadas a las que se les detectó posteriormente hipertensión sistémica crónica, diabetes o nefropatía y aquellas que resuelvan su embarazo fuera de la Unidad.

Se obtuvieron datos clínicos, de laboratorio y gabinete (ultrasonografía y cardiotocografía), así como las complicaciones materno-perinatales, hasta la resolución del embarazo y registrándose resultados del estado del producto desde su nacimiento y hasta su egreso de la Unidad.

Se empleó una hoja especial para la recolección de datos.

RESULTADOS

En el Hospital de Gineco-Obstetricia Núm. 3 del Centro Médico Nacional "La Raza" del Instituto Mexicano del Seguro Social, en México, Distrito Federal, de enero a junio de 1995, se encontraron un total de 102 pacientes con el diagnóstico de preeclampsia moderada a su ingreso a Urgencias. De éstas, 63 cumplieron los Criterios de Inclusión, y el resto no se incluyeron en el estudio de acuerdo a los criterios propuestos.

Las 63 pacientes incluidas tuvieron un rango de edad de 17 a 40 años, con una media de 27.4 ± 5.6 años. El número de gestación se muestra en la Tabla I, predominando en la primigesta con una media de 2.1 ± 1.2 . Se encontraron 4 pacientes con una patología agregada, destacando una sensibilizada a factor Rh, y una miomatosis uterina.

El rango de edad gestacional al ingreso fue de 26 a 42 semanas, con una media de 36.7 ± 3.2 con un mayor predominio a las 38 semanas. Las alteraciones de Laboratorio reportadas con mayor frecuencia fueron hipoprotelemia en 28 pacientes (48.4%), infección de vías urinarias en 15 (23.8%) y Anemia en 2 (3.2%).

Como hallazgos patológicos por ultrasonografía, destacó el oligohidramnios leve, moderado y severo en 2, 4 y 2 pacientes respectivamente, y en otros dos casos se reportó polihidramnios leve.

En 10 pacientes (15.9%) se observó evolución a preeclampsia severa por incremento en las cifras de tensión arterial. Durante la estancia intrahospitalaria las patologías concomitantes se describen en la Tabla II.

Al momento de interrumpirse la gestación, la edad gestacional varió en un rango de 30 a 42 con una media de 37.6 ± 2.5 .

La mayoría de los embarazos se resolvieron por vía abdominal: 66.6% (42 pacientes) y 33.3% (21 pacientes) fueron eutocias.

El diagnóstico principal, por el que se realizó la operación cesárea, fue desproporción cétulo-pélvica (Ver Tabla III).

El peso al nacer de los productos fluctuó en un rango de 1200 a 4100 gr, con una media de 2814 ± 667 gr. El peso de los productos de acuerdo a la edad gestacional fue adecuado en 54 casos (85.7%), 8 tuvieron retraso en el crecimiento intrauterino (12.7%) y un caso fue macrosómico (1.6%).

El grado de hipoxia fetal se muestra en la Tabla IV. Se encontró un producto óbito, siendo importante destacar que presentaba circular de cordón al cuello.

Se reportaron un total de 3 productos prematuros correspondiendo a 4.8%.

En cuanto a los días de hospitalización del producto: 18 de los 63 permanecieron un día: 37 niños, 3 días, que correspondían a los 3 días de estancia de las madres durante el postoperatorio; y 7 niños permanecieron por más de 3 días.

El diagnóstico más frecuente de morbilidad fetal fue el síndrome de distrés respiratorio, como se muestra en la Tabla V.

Del total de productos, cuatro requirieron Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

No se registró ninguna defunción.

DISCUSIÓN

En la edad promedio obtenida en el presente estudio, no se encontró diferencia significativa a lo publicado en la literatura (9). Tampoco hubo diferencia en cuanto que se encontró mayor frecuencia en la primigestas.

La patología agregada que se encontró: miomatosis uterina y sensibilización a Rh, no influye de fondo en la presentación de la preeclampsia.

Nosotros encontramos que la media de edad gestacional al ingreso fue de 36.7 ± 3.2 , en comparación a lo reportado por Maldonado y cols (9), en donde el rango de mayor incidencia es de 37 a 41 semanas.

Lo importante de nuestro estudio es que se consideran alteraciones de laboratorio y ultrasonografía que no son tomados en cuenta en la literatura revisada, como es la hipoproteinemia, que fue lo más frecuente, seguida por la infección de vías urinarias y la anemia. Por ultrasonido se encontró con más frecuencia el oligohidramnios en 6 pacientes, y sólo dos casos de polihidramnios leve. En este trabajo no nos comprometemos en relacionar las alteraciones del líquido amniótico por el número de casos, y porque encontramos tanto oligo como polihidramnios, sin embargo esto puede ser motivo de futuras investigaciones.

Diez pacientes que inicialmente fueron clasificados como preeclampsia moderada evolucionaron a preeclampsia severa y por lo tanto fueron excluidas al momento de hacer el análisis de la morbilidad materna-fetal.

La morbilidad materna que se encontró fue del 30%, estando principalmente representadas por las infecciones de vías urinarias y anemia.

Al asociar la morbilidad materna exclusiva de preeclampsia y sus condicionantes, y lo reportado de preeclampsia severa de Maldonado y cols (9), se encontró una diferencia significativa ($p < 0.002$).

En cuanto a la morbilidad fetal de prematuridad, en relación a preeclampsia severa (Maldonado y cols) también fue significativa ($p < 0.002$). Sin embargo,

esto condicionó una estancia intrahospitalaria de más de 72 horas y más del 6% requirieron de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

Es importante resaltar que en ningún caso hubo muerte materna o fetal.

En virtud de que se demuestra que existe una diferencia en relación a morbilidad materna y fetal, entre la llamada preeclampsia moderada y severa, resultó útil el diagnóstico de preeclampsia moderada con fines terapéuticos (instalación del tratamiento), sin embargo, dado que casi el 16% de pacientes con diagnóstico primario de preeclampsia moderada evolucionaron a severa, esta clasificación nos es útil con fines pronósticos, ya que su progresión de moderada a severa modifica la morbilidad tanto materna como fetal.

Sería interesante realizar un estudio de comparación de morbimortalidad materno-fetal entre la preeclampsia moderada y leve, y analizar si el comportamiento de esta última es más similar a la moderada.

CONCLUSIONES

1. La morbilidad materna y fetal en la preeclampsia moderada es menor a la encontrada en la preeclampsia severa ($p < 0.002$).
2. El beneficio del empleo de la llamada preeclampsia moderada es únicamente para no sobretratar esta patología como preeclampsia severa.
3. El riesgo del empleo de la clasificación de la llamada preeclampsia moderada es su evolución a una preeclampsia severa que ensombrece el pronóstico de morbilidad materno-fetal.

ESTA TESIS DE GRADO
FUE APROBADA POR EL
COMITÉ DE GRADUADOS
DE LA UNIVERSIDAD
DE GUATEMALA

ANEXOS

TABLA I

PREECLAMPSIA MODERADA

Y NÚMERO DE GESTACIÓN

GESTA	f	%
I	27	42.9
II	15	23.8
III	14	22.2
IV	2	3.2
V	5	7.9

TABLA II

PATOLOGÍAS INTRAHOSPITALARIAS

CONCOMITANTES

PATOLOGÍA	f	%
Infección de vías urinarias	15	23.8
Anemia	2	3.2
Sensibilización a Rh	1	1.6
Ruptura Prematura de Membranas de Larga Evolución	1	1.6

TABLA III

DIAGNÓSTICO PREVIO A LA CESÁREA

DIAGNÓSTICO	Nº DE PACIENTES	Y ₀
Desproporción Cétulo-Pélvica	18	42.2
Evolución a Severa	10	23.8
Sufrimiento Fetal Agudo	4	9.5
Baja Reserva Fetal	4	9.5
Presentación Pélvica	3	7.1
Retraso en el crecimiento intrauterino	1	2.4
Sensibilización a Rh	1	2.4
Primigesta añosa	1	2.4

TABLA IV

GRADO DE HIPOXIA FETAL

HIPOXIA	Nº DE PACIENTES	Y ₀
Sin Hipoxia	52	82.5
Hipoxia Leve recuperable	9	14.2
Hipoxia Moderada No Recuperable	1	1.6

TABLA V

MORBILIDAD FETAL

PATOLOGÍA	Nº DE PACIENTES	%
Síndrome de distrés respiratorio	2	3.2
Ictericia	1	1.6
Potencialmente infectado	1	1.6
Persistencia del conducto arterioso	1	1.6

BIBLIOGRAFÍA

1. Zuspan F. P. MD Nuevos conceptos en el conocimiento de las enfermedades hipertensivas durante el embarazo. *Clinicas de Perinatología* 1991; 4: 637-43.
2. Danforth, D. N. Síndrome de preeclampsia-eclampsia. Dennis E. J. McFarland K. F., Hester L. L. Ed. Interamericana, 4a ed, 1987: 447-65.
3. Pritchard J. A. MacDonald P.C. and Gand N. F. Williams Obstetricia. Transtornos Hipertensivos del Embarazo. Salvat Editores. 3a ed., 1986: 511-44.
4. Dexeus S y Carrera J. M. Tratado de Obstetricia Dexeus. Patología Obstétrica. "Preeclampsia y Eclampsia: Diagnóstico y Tratamiento" Zuspan F. P. Zuspan K. J. Edit. Salvat Editores, 1987: 269-79.
5. Núñez G. E. Ginecología y Obstetricia A.M.H.G.O. No. 3 IMSS "Toxemia" Hinojosa y Ríos C. H., Olguín J. A. Tercera Edición México, D. F., 1986: 313-327.
6. Martin T.R. The management of severe toxemia in a patient less than 36 weeks of gestation. *Obstet Gynecol* 1979; 54(5):602-5.
7. Gant N. F. and col. The metabolic clearance rate of dehidroisoandrosteronic: Acute effect of induced hipertension, hipotension and maturies in normal and hipertensive pregnancies. *Am J Obstet Gynecol* 1976; 124: 142.
8. XXV Aniversario del Hospital de Gineco Obstetricia No. 3 del Centro Médico Nacional La Raza. Reunión conmemorativa. Cursos. IMSS. 1989: 36-40.
9. Maldonado A. J. D. y col. Morbimortalidad materno-fetal en la toxemia severa.
10. Benson B. "Diagnóstico y Tratamientos ginecoobstétricos" El manual moderno, México, D. F., 1985.

11. Gant N, Worley, F. "Hipertensión en el embarazo: conceptos y tratamientos". El manual moderno. México, D. F., 1982.
12. López Llera M. "La toxemia del embarazo: lecciones básicas". Edit. Limusa. México, 1985.
13. Ferrer Arreola L P. Algunas consideraciones sobre la historia natural de la enfermedad hipertensiva aguda inducida por el embarazo. México, D. F., 1986.
14. Davey, D. A. Mac Gillivray Y. The clasification and Definition of the hypertensive disorders of pregnancy clinical and experimental hypertension in Pregnancy B55; 1986: 97-103.
15. Hughes E.C. (ed) ; Obstetric Gynecologic Terminology. Philadelphia, Davis, 1972: 422-23
16. Zuspan F. P, Mac Gillivray I, Gant N, et al: National High Blood Pressure Education Program Working Group Report on High Blood Pressure Pregnancy. *Am J. Obstet Gynecol* 1990; 163: 1689-1712.
17. Eastman N.J., Bell E. T., Dieckmann W. J., et al. Definition and Classification of toxemias brought up-to-date Chicago. American Committee on maternal Welfare. 1952.
18. Pritchard J, Mac Donald P. C. "Williams Obstetrics" Appleton Century Crofts, 1980.
19. Gleicher N, Alteraciones hipertensivas en el embarazo. Chelsey L.C. Medicina clínica en obstetricia. Edit. Panamericana. buenos Aires, 1989: 861-90.
20. Chesley L. C. History and epidemiology of preeclampsia. *Clin Obstet Gynecol*; 1984; 27 (4): 801.
21. Arias F "Preeclampsia y Eclampsia". Guía Práctica para el Embarazo y el parto de alto riesgo. Edit. Mosby España, 1994: 185-216.

22. Zuspan F.P. The hypertensive disorders of pregnancy report of a WHO study group. Technical Report Series 758. Genova, WHO, 1987.
23. OMS, OPS. "Manual de Clasificación estadística internacional de enfermedades, traumatismos y causas de defunción" 9a. revisión 1975. 29a. Asamblea Mundial de la Salud.
24. Manual de Normas y Procedimientos en Obstetricia del Hospital de Gineco Obstetricia No. 3 del Centro Médico Nacional La Raza. México, D.F., 1986.