

11217

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

**HOSPITAL GENERAL
DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO**



**RELACION ENTRE LA MORBIMORTALIDAD MATERNO-
FETAL POR ENFERMEDAD HIPERTENSIVA AGUDA DEL
EMBARAZO Y LA ATENCION MEDICA OTORGADA.**

**TESIS PROFESIONAL
PARA OBTENER EL TITULO DE: 286315
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTÉTRICA**

**PRESENTA:
DR. JOSE ANTONIO BAZUA MEZA**

2000



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.

FIRMAS:

DR. ALBERTO CHAVEZ MERLOS
Coordinador de servicio.
Ginecología y obstetricia.
Profesor titular de curso.
Asesor de tesis.

DR JORGE JUAREZ VAZQUEZ
Jefe de servicio
Ginecología y obstetricia

DR SIGFRIDO HUERTA ALVARADO
Asesor metodológico.

DR JOSE LUIS FERNANDEZ FERNANDEZ
Coordinador de enseñanza e investigación.



FACULTAD DE MEDICINA
Sec. de Serv. Escolares

NOV. 21 2000

Unidad de Servicios Escolares
MMM de (Posgrado)

I. S. S. T. E.
SUB-DIRECCION MEDICA
HOSPITAL GENERAL



CI 147



Dr. Doric Fernández F.
JEFATURA DE ENSEÑANZA

INTRODUCCION

Antecedentes

La preeclampsia es una enfermedad fascinante cuya etiología ha permanecido desconocida a través de los siglos. En la literatura alemana del siglo pasado existen múltiples escritos donde se habla de que la eclampsia ya se mencionaba en literatura médicas de las antiguas culturas Egipcia, China, Hindú y Griega. (1)

Sin embargo, a pesar de ser la eclampsia un trastorno tan dramático, sólo hasta el año de 1694 Mariceau escribe cuatro aforismos relativos a la eclampsia y su relación con el embarazo diferenciando entonces la eclampsia de la epilepsia. (2)

Ya en 1753 Johan Rderer describió totalmente el padecimiento y recomendó algunas normas para su tratamiento. A finales del siglo XX, Zweifel disminuyó significativamente la mortalidad materna por eclampsia utilizando las sangrías, medicación sedante y cesárea. (3)

Finalizando el decenio de los 70 y a inicios de 1980, estudios aleatorios con grupos de control no mostraron algún efecto significativo del tratamiento sobre la prevención o intensidad de la preeclampsia. (3).

Sin embargo, avances recientes en el conocimiento de la patogenia de la enfermedad han modificado este punto de vista algo fatalista. (3)

A principios del decenio de 1950 se instituyó un sistema de atención mediante hospitalización con reposos en cama y dieta hiperprotéica. En los informes iniciales este manejo disminuía la tasa de complicaciones graves. (4)

Definición y concepto:

La Toxemia Gravídica es un conjunto mal definido de signos clínicos que no es exclusivo ni preciso. El principal signo de la enfermedad es la hipertensión arterial. (3). Aunque esto se acepta en forma general, los criterios requeridos para el diagnóstico de hipertensión carecen de aceptación universal. Varias Organizaciones han intentado definir criterios para el diagnóstico de preeclampsia entre ellas : Comité on Maternal Welfare of the American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG),

International Society for the Study of Hipertension in Pregnancy y recientemente la National High Blood Pressure in Pregnancy. Estas admiten esencialmente que la toxemia incluye aumento de la presión arterial acompañada de proteinuria, edema o ambos. (5,6)

Actualmente, se define la toxemia gravídica como "Un padecimiento que se presenta en la mujer embarazada y que complica el ambarazo después de la semana 20, parto y puerperio inmediato, caracterizado por presentar hipertensión arterial, proteinuria, edema y en casos severos CONVULSIONES Y COMA". Así mismo se considera que la denominación actualmente aceptada es la de "Enfermedad Hipertensiva Aguda del Embarazo" a pesar que aún persiste en la mente de muchos autores los nombres de toxemia gravídica y preeclampsia, eclampsia. (7)

Clasificación:

La clasificación recomendada por The American College of Obstetricians and Gynecologist (1972) es la siguiente (8):

1. Preeclampsia/eclampsia.
2. Hipertensión Crónica.
3. Hipertensión Crónica con preeclampsia agregada.
4. Hipertensión tardía o transitoria.

La anterior clasificación quizá constituya la más sencilla en la literatura anglosajona, y ha sido reafirmada recientemente (1990) por el National High Blood Pressure Education Working Group Report (1).

Sin embargo, existen otras clasificaciones propuestas por la Organización Mundial de la Salud y muchas instituciones o autores que difieren de la del Colegio Americano.

Desde el punto de vista de su fisiopatogenia más probable, es subdividida en (7):

1. Pura, Primaria o Escensial, que aparece en una mujer embarazada que se considera antes del embarazo y en la que el cuadro clínico sólo puede atribuirse a la gestación; se presenta en general en embarazos avanzados, más de 34 semanas y existe uniformidad en los signos base de la enfermedad (Hipertensión, Proteinuria y Edema).

Impura, secundaria o agregada, que se presenta en mujeres embarazadas que con anterioridad al embarazo tiene principalmente datos de enfermedad vascular hipertensiva, de nefropatía o de diabetes mellitus ; en general, su presentación es mas temprana (antes de las 34), hay predominio de alguno de los signos (hipertensión o proteinuria), el diagnóstico preciso frecuentemente necesita estudios dirigidos ya que la patología subyacente puede ser muy poco evidente o aparecer con motivo de la gestación.

Frecuencia:

A pesar que en la literatura existen cientos de estudios acerca de la incidencia de la preeclampsia, solo unos pocos han podido ser utilizados para establecer su verdadera frecuencia. La razón en esta gran variedad de reportes es la gran dificultad de unificación para la aplicación universal en definición de la entidad, clasificación y determinación de parámetros diagnósticos como se mencionó anteriormente. (12)

Adicionalmente, la frecuencia de todas las formas clínicas de toxemia del embarazo guarda una estrecha relación con el nivel de salud global de la población femenina en periodo reproductivo y las facilidades existentes para ofrecer una vigilancia prenatal adecuada a toda mujer embarazada en cada país. (3).

La literatura anglosajona considera que la toxemia complica del 6 a 8% de los embarazos de pacientes nulíparas, mientras que el índice en pacientes múltiparas varía del 0.3 al 2.2%, con una tasa de recurrencia del padecimiento del 25% en el 2do embarazo. (1)

En México, la toxemia complica el 8% de los embarazos según un estudio multicéntrico realizado por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en 1978, correspondiendo el 0.14% a casos convulsivos (eclampsia) y 7.59% a Preeclampsia. (3)

Factores de riesgo:

En el perfil potencial de una mujer que puede presentar más frecuente preeclampsia se destacan los siguientes puntos. (15, 16).

1. Pacientes nulíparas (85% de las pacientes toxémicas son nulíparas).

2. Índice en 14 a 20% de gestaciones múltiples.
3. Complica cerca del 30% de los embarazos de mujeres con anomalías uterinas graves.
4. Afecta el 25% de mujeres con hipertensión crónica, nefropatía crónica o ambos cuadros.
5. Recientes y múltiples estudios establecen que la tendencia al desarrollo de preeclampsia que pueden estar ligada a un gen único recesivo.

La frecuencia calculada de este gen en la población general es de 0.19 a 0.25%. Utilizando un promedio de 0.25% en la frecuencia del gen, se podría calcular que la aparición de preeclampsia en el primer embarazo viable es de 5% en la población general, 22% para hijas y 38% en hermanas de mujeres preeclámpticas.

6. Pacientes con Diabetes Mellitus o cualquier tipo de cardiopatía (15%).
7. Embarazadas solteras, trabajadoras obreras (10%).
8. Mujeres desnutridas o hipoproteinélicas (12%).

Por tanto, la historia clínica de toda mujer embarazada o próxima a embarazarse es el instrumento inicial de incalculable valor para descubrir de manera oportuna al grupo particularmente propenso a desarrollar toxemia gravídica.

Patogenia y fisiopatogenia:

Son anomalías fisiopatológicas conocidas de la preeclampsia el vasoespasmo, la activación del sistema de coagulación con hemostasia anormal y la alteración de la relación prostaciclina (PGI₂) / tromboxano (TXA₂). (11)

Hoy sabemos que la lesión de células endoteliales tiene un papel central en la patogenia de estas anomalías. El aumento de las cifras de antígeno relacionado con el factor VIII y de las cifras de fibronectina y fibronectina-ED1, un trastorno del plasminógeno tisular (TPA) y del inhibidor de activador plasminógeno derivado del endotelio (PAI), así como la alteración del equilibrio PGI₂/TXA₂ apoyan la hipótesis de que la lesión endotelial participa en la patogenia de la preeclampsia. (10, 13)

Además, las lesiones morfológicas características de la preeclampsia como son

glomerulosis endotelial, cambios ultra estructurales en el lecho placentario y los vasos uterinos limfotrofos son pruebas directas y persistentes de lesión endotelial. (14)

Aunque actualmente se desconoce la causa exacta del daño endotelial se considera que la alteración de la invasión trofoblástica en las arteria espirales desencadenan un proceso citotóxico para las células endoteliales que genera el deterioro progresivo del árbol vascular, la producción de vasodilatadores endógenos (PGI₂, EDRF-Factor Relajante Derivado del Endotelio, entre otros), y la conservación de la actividad anticoagulante.

Los cambios mencionados ocasionan signos y síntomas clínicos que surgen en fase relativamente tardía de la preeclampsia y cuya evolución clínica siempre será progresiva incluso si con el tratamiento se advierte mejoría inicial. (11)

Diagnóstico:

Suele ser difícil hacer un diagnóstico anticipado ("prospectivo") de un tipo específico de problema en el embarazo si la mujer es hipertensa. A menudo, la valoración retrospectiva durante un lapso de años puede destacar los problemas subyacentes ocultos que pudieron haber causado la preeclampsia. (10, 11)

El diagnóstico de preeclampsia requiere la presencia de aumentos persistentes de la presión arterial concomitante a edema, proteinuria o ambos. Un aumento de la presión arterial constituye el punto de referencia tradicional para el diagnóstico de preeclampsia. (21, 22)

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos suele considerar a la preeclampsia leve cuando existe una elevación de la presión sistólica de 30 mmHg y 15 mmHg de la diastólica en relación a cifras previas o TA de 140/90 mmHg o más pero menor de 160/110 mmHg. Proteinuria de 300 mg por litro o más pero menor de 2grs ó su equivalente en tira reactiva, edema leve (+) o ausente, sin síntomas asociados. Preeclampsia Severa cuando la TA es de 160/110 o más; proteinuria de 5 grs o más en orina de 24 hrs, o bien 3+ a 4+ en examen de tira reactiva; oliguria (diuresis de 24 hrs menor de 400 ml o menor de 17 ml/hr); sintomatología asociada como son: cefalea, acúfenos y fosfenos; hiperreflexia, dolor en epigastrio o cuadrante superior derecho (Signo de Chaussier) de abdomen, náuseas vómitos, desorientación e

irritabilidad. Eclampsia cuando la TA es de 140/90 ó más, proteinuria de 300 gms o más, edema de cualquier grado, sintomatología vasoespasmodica y como síntomas asociados convulsiones y/o estado de coma. Hipertensión inducida por el embarazo también llamada tardía o transitoria cuando la hipertensión se presenta en la segunda mitad del embarazo o en las primeras 24 hrs postparto, sin edema, ni proteinuria y que persiste dentro de los 10 días siguientes a la terminación del embarazo.

Hipertensión crónica cuando las pacientes presentan cifras tensionales de por lo menos 140/90 en dos ocasiones antes de la semana 20 de gestación o fuera de embarazo; pacientes con hipertensión preexistente y pacientes con hipertensión que persiste más de 6 semanas postparto. (8)

Tratamiento:

Los propósitos finales de cualquier esquema de tratamiento de la preeclampsia deben incluir primero, seguridad de la madre y después nacimiento de un niño vivo y maduro que no necesite medidas intensivas y duraderas de atención neonatal. (15)

Específicamente el manejo estará encaminado a evitar el daño renal, corregir hemoconcentración, normalizar el equilibrio hidroelectrolítico, disminuir la presión arterial, controlar el vasoespasmo, mejorar las condiciones circulatorias, lograr sedación central e interrumpir el embarazo por la vía más adecuada, previa valoración obstétrica así como bienestar y madurez fetal. (2)

La terapéutica definitiva, y por ende curativa, es la interrupción del embarazo que depende de uno o más de los siguientes factores: intensidad de proceso patológico, presencia de trabajo de parto, edad gestacional, estado de la madre, estado del feto e índice de madurez del cuello uterino. (16, 21, 22)

Mortalidad:

En casi todos los países la enfermedad hipertensiva durante el embarazo parece ser la causa aislada principal de muerte materna (17) y según la Organización Mundial de la Salud es la primera causa de morbilidad y mortalidad perinatales. (12)

Los reportes de la mortalidad materna por el padecimiento en diferentes países oscilan entre el 0.4 al 14% y la mortalidad perinatal entre el 10 al 38% (12), variación amplia que se explica por la gran cantidad de criterios diagnósticos aplicados, el nivel de salud global de la población femenina en período reproductivo y las facilidades existentes para ofrecer una vigilancia prenatal e intraparto adecuados a toda mujer embarazada en cada país. (3)

El resultado materno y perinatal es directamente proporcional a la severidad de la enfermedad, así, la eclampsia constituye el 5.7% de las muertes maternas y en este grupo el 61.5% se deben a hemorragia cerebral con una tasa corregida de 8.4% de muerte perinatal. (18)

En México (1966), se reportó un índice de mortalidad global materna del 12.3/10,000 nacidos vivos en los hospitales de Ginecología y Obstetricia del IMSS. La cuarta parte de las muertes (25.3%) ocurrieron por toxemia gravídica. La mortalidad por eclampsia encontrada en este estudio fue de 5.5% (4), sin embargo, en 1974 en los servicios de Obstetricia del IMSS se reportó una mortalidad de 9.5% en preeclampsia y del 25% en pacientes con eclampsia (19, 20)

A fines de la década de los 70's y en la década de los 80's las principales causas de mortalidad materna comprenden: Enfermedad hipertensiva Aguda del Embarazo, Hemorragia e Infección.

La causa principal de muerte materna en la toxemia es la hemorragia cerebral (30%), seguida de la ruptura hepática (10-57%), edema agudo pulmonar (4%), insuficiencia renal aguda (10%), desprendimiento prematura de placenta normoinserta (DPPNI) (10-58%) y coagulopatía por consumo (5%). (2, 15, 21).

La toxemia representa un problema de salud actual por su elevada frecuencia en el embarazo y su tasa de mortalidad que ha mantenido a este padecimiento como la primera causa de muerte materna en México. (17,15, 21)

Uno de los más valiosos indicadores sobre calidad de los servicios médico-obstétricos que se ofrecen en una comunidad lo constituye la proporción en que fallen las mujeres durante algunas de las etapas del estado grávido-puerperal, por lo que la obstetricia moderna procura detectar a tiempo las complicaciones posibles, y más aún, tratar de evitar su aparición cuando sea factible, dar resolución integral ofreciendo todo el poder cognoscitivo y

tecnológico vigente de la medicina moderna. (17,3)

A pesar de, lo anterior, partiendo del conocimiento de que el punto de origen de la toxemia se localiza en el lecho útero placentario (11, 21), se puede considerar que toda paciente embarazada tiene riesgo de desarrollar el padecimiento y mas si se agregan algunos de los factores de riesgo de tipo social, laboral, familiar ó médico que se mencionaron anteriormente.

MATERIAL Y METODOS:

Se trata de un estudio prospectivo descriptivo y observacional, en el cual se seleccionaron 100 pacientes que ingresaron al servicio de tococirugía del Hospital Dr. Darío Fernández Fierro. ISSSTE. de la Cd. de México, Durante el período comprendido entre el primero de Enero al 31 de Diciembre de 1997.

A todas las pacientes se les corroboró el Dx de enfermedad hipertensiva aguda del embarazo, según la clasificación de Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (HTA, proteinuria y edema después de la semana 20 de embarazo, parto y puerperio inmediato).

A su ingreso se les interrogó acerca de su control prenatal, realizándose seguimiento de cada una de ellas para conocer su evolución, vía de resolución del embarazo y complicaciones materno fetales.

Se excluyeron aquellas pacientes con Diagnóstico de Diabetes Mellitus, nefropatía, enfermedad sistémica, complicaciones de la segunda mitad del embarazo (DPNI, Placenta previa) y embarazos con obito.

La calidad de la atención médica se valoró en base al control prenatal previo al ingreso a nuestra unidad, clasificándose como bueno (cuando las pacientes acudieron a dos consultas por trimestre como mínimo); regular (si acudieron a una consulta por trimestre); y malo (si no acudieron nunca). Además de que si se les realizaba o no durante su estancia intrahospitalaria exámenes de laboratorio y gabinete (EGO, perfil toxémico y RCTG) y se les solicitaba interconsulta a otros servicios en caso de que lo requiriera. Otro parámetro que se valoró fué el tiempo de resolución entre el ingreso e interrupción del embarazo.

Los reportes de la mortalidad materna por el padecimiento en diferentes países oscilan entre el 0.4 al 14% y la mortalidad perinatal entre el 10 al 38% (12), variación amplia que se explica por la gran cantidad de criterios diagnósticos aplicados, el nivel de salud global de la población femenina en período reproductivo y las facilidades existentes para ofrecer una vigilancia prenatal e intraparto adecuados a toda mujer embarazada en cada país. (3)

El resultado materno y perinatal es directamente proporcional a la severidad de la enfermedad, así, la eclampsia constituye el 5.7% de las muertes maternas y en este grupo el 61.5% se deben a hemorragia cerebral con una tasa corregida de 8.4% de muerte perinatal. (18)

En México (1966), se reportó un índice de mortalidad global materna del 12.3/10,000 nacidos vivos en los hospitales de Ginecología y Obstetricia del IMSS. La cuarta parte de las muertes (25.3%) ocurrieron por toxemia gravídica. La mortalidad por eclampsia encontrada en este estudio fue de 5.5% (4), sin embargo, en 1974 en los servicios de Obstetricia del IMSS se reportó una mortalidad de 9.5% en preeclampsia y del 25% en pacientes con eclampsia (19, 20)

A fines de la década de los 70's y en la década de los 80's las principales causas de mortalidad materna comprenden: Enfermedad hipertensiva Aguda del Embarazo, Hemorragia e Infección.

La causa principal de muerte materna en la toxemia es la hemorragia cerebral (30%), seguida de la ruptura hepática (10-57%), edema agudo pulmonar (4%), insuficiencia renal aguda (10%), desprendimiento prematura de placenta normoinserta (DPPNI) (10-58%) y coagulopatía por consumo (5%). (2, 15, 21).

La toxemia representa un problema de salud actual por su elevada frecuencia en el embarazo y su tasa de mortalidad que ha mantenido a este padecimiento como la primera causa de muerte materna en México. (17,15, 21)

Uno de los más valiosos indicadores sobre calidad de los servicios médico-obstétricos que se ofrecen en una comunidad lo constituye la proporción en que fallen las mujeres durante algunas de las etapas del estado grávido-puerperal, por lo que la obstetricia moderna procura detectar a tiempo las complicaciones posibles, y más aún, tratar de evitar su aparición cuando sea factible, dar resolución integral ofreciendo todo el poder cognoscitivo y

tecnológico vigente de la medicina moderna. (17,3)

A pesar de, lo anterior, partiendo del conocimiento de que el punto de origen de la toxemia se localiza en el lecho útero placentario (11, 21), se puede considerar que toda paciente embarazada tiene riesgo de desarrollar el padecimiento y mas si se agregan algunos de los factores de riesgo de tipo social, laboral, familiar ó médico que se mencionaron anteriormente.

MATERIAL Y METODOS:

Se trata de un estudio prospectivo descriptivo y observacional, en el cual se seleccionaron 100 pacientes que ingresaron al servicio de tococirugía del Hospital Dr. Darío Fernández Fierro. ISSSTE. de la Cd. de México, Durante el período comprendido entre el primero de Enero al 31 de Diciembre de 1997.

A todas las pacientes se les corroboró el Dx de enfermedad hipertensiva aguda del embarazo, según la clasificación de Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (HTA, proteinuria y edema después de la semana 20 de embarazo, parto y puerperio inmediato).

A su ingreso se les interrogó acerca de su control prenatal, realizándose seguimiento de cada una de ellas para conocer su evolución, vía de resolución del embarazo y complicaciones materno fetales.

Se excluyeron aquellas pacientes con Diagnóstico de Diabetes Mellitus, nefropatía, enfermedad sistémica, complicaciones de la segunda mitad del embarazo (DPNI, Placenta previa) y embarazos con obito.

La calidad de la atención médica se valoró en base al control prenatal previo al ingreso a nuestra unidad, clasificándose como bueno (cuando las pacientes acudieron a dos consultas por trimestre como mínimo); regular (si acudieron a una consulta por trimestre); y malo (si no acudieron nunca). Además de que si se les realizaba o no durante su estancia intrahospitalaria exámenes de laboratorio y gabinete (EGO, perfil toxémico y RCTG) y se les solicitaba interconsulta a otros servicios en caso de que lo requiriera. Otro parámetro que se valoró fué el tiempo de resolución entre el ingreso e interrupción del embarazo.

Los estudios de laboratorio se realizaron con apoyo del servicio de laboratorio del Hospital y los de gabinete (RCTG) con tococardiógrafo de la unidad de ginecología y obstetricia.

RESULTADOS:

Se revisaron 100 expedientes que correspondieron las pacientes incluidas en el estudio, comprendiendo todas las edades con embarazos mayores de 20 semanas de gestación, en quienes se diagnosticó enfermedad hipertensiva aguda del embarazo, según la clasificación del Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia.

De las 100 pacientes incluidas en el estudio, la distribución de acuerdo a la severidad del padecimiento fué la siguiente: Preeclampsia leve en el 81% (n=81), Preeclampsia severa en el 19% (n=19); de estas últimas una evolucionó a Síndrome de Hellp.

El porcentaje de pacientes atendidas de acuerdo a filiación, e 54% (n=54) correspondió a trabajadoras, el 45% (n=45) a esposas de trabajador, y el 1% (n=1) a hijas de trabajador.

Edad más frecuente fué de 26 a 30 años.

La vía de interrupción del embarazo fué abdominal en el 77% de los casos (n=77), el índice más bajo de cesáreas se observó en preeclampsias leves 81% y el más alto en preeclampsia severas 100%. La indicación principal de cesarea fué el sufrimiento fetal agudo e el 29% de las pacientes, seguido de la desproporción cefalopélvica (26%), preeclampsia severa (12%), periodo intergenésico corto (5%) y oligohidramnios (3%).

El 31 % de las pacientes no acudió a control prenatal (n=31), a diferencia del 69% que si acudió (n=69). El control prenatal que recibieron fué calificado como bueno en el 47% (n=47), regular en el 22% (n=22) y malo en el 31% (n=31).

Los estudios de laboratorio básicos a realizarse en estas pacientes son el perfil toxémico y el exámen general de orina. El perfil toxémico se efectuó en el 89% (n=89) y el EGO en el 87% (n=87).

El registro cardiocográfico (RCTG), otro estudio básico se realizó en el 100% de las pacientes (n=100).

Se solicitó interconsulta al servicio de terapia intensiva en el 17% de las pacientes (n=17), que correspondió a preeclampsia severas.

Respecto a la mortalidad materna se registró un fallecimiento que correspondió a una paciente con Dx. de preeclampsia severa que evolucionó a un Sx de HELLP, ésta paciente tuvo un control prenatal calificado como bueno.

El tiempo de resolución del embarazo desde el ingreso al nacimiento del producto fué de 5 hrs en el 18%, 6 hrs en el 11% 4 hrs en el 9% y 3 hrs en el 5%

Se obtuvieron productos entre las 32 a 36 semanas de gestación en el 7% de las pacientes (n=7); un producto a las 42 Semanas que corresponde al 1% y el resto 92% nacieron entre las semanas 37 a 41 de gestación.

96% de los productos presentaron un Apgar al minuto de 7 a 9 y un 98% un Apgar a los 5 minutos de 7 a 9.

ANALISIS:

Con base a los resultados se encontró que la asociación entre la morbimortalidad materna por preeclampsia y la buena calidad del control prenatal beneficia hasta cerca de 50% de las pacientes.

En relación con la edad, la mayor incidencia se observó en pacientes de 26 a 30 años, a diferencia de lo que reporta la bibliografía, que las pacientes con mayor riesgo se encuentran en menores de 20 años y mayores de 35.

La relación de tiempo y resolución del embarazo con la mortalidad fetal y materna no fué significativa, ya que no se registraron muertes perinatales y hubo solo una muerte materna.

el número de nacimientos de productos pretérmino o postérmino en este tipo de pacientes no fué significativo, ya que el mayor porcentaje correspondió a embarazos entre 37 y 41 semanas.

La relación de preeclampsia con la valoración del Apgar si fué significativa, ya que 96% tuvo

Los estudios de laboratorio se realizaron con apoyo del servicio de laboratorio del Hospital y los de gabinete (RCTG) con tococardiograma de la unidad de ginecología y obstetricia.

RESULTADOS:

Se revisaron 100 expedientes que correspondieron las pacientes incluidas en el estudio, comprendiendo todas las edades con embarazos mayores de 20 semanas de gestación, en quienes se diagnosticó enfermedad hipertensiva aguda del embarazo, según la clasificación del Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia.

De las 100 pacientes incluidas en el estudio, la distribución de acuerdo a la severidad del padecimiento fué la siguiente: Preeclampsia leve en el 81% (n=81), Preeclampsia severa en el 19% (n=19); de estas últimas una evolucionó a Síndrome de Hellp.

El porcentaje de pacientes atendidas de acuerdo a filiación, e 54% (n=54) correspondió a trabajadoras, el 45% (n=45) a esposas de tabajador, y el 1% (n=1) a hijas de trabajador.

Edad más frecuente fué de 26 a 30 años.

La vía de interrupción del embarazo fué abdominal en el 77% de los casos (n=77), el índice más bajo de cesáreas se observó en preeclampsias leves 81% y el más alto en preeclampsia severas 100%. La indicación principal de cesarea fué el sufrimiento fetal agudo e el 29% de las pacientes, seguido de la desproporción cefalopélvica (26%), preeclampsia severa (12%), periodo intergenésico corto (5%) y oligohidramnios (3%).

El 31 % de las pacientes no acudió a control prenatal (n=31), a diferencia del 69% que si acudió (n=69). El control prenatal que recibieron fué calificado como bueno en el 47% (n=47), regular en el 22% (n=22) y malo en el 31% (n=31).

Los estudios de laboratorio básicos a realizarse en estas pacientes son el perfil toxémico y el exámen general de orina. El perfil toxémico se efectuó en el 89% (n=89) y el EGO en el 87% (n=87).

El registro cardiotocográfico (RCTG), otro estudio básico se realizó en el 100% de las pacientes (n=100).

Se solicitó interconsulta al servicio de terapia intensiva en el 17% de las pacientes (n=17), que correspondió a preeclampsia severas.

Respecto a la mortalidad materna se registró un fallecimiento que correspondió a una paciente con Dx. de preeclampsia severa que evolucionó a un Sx de HELLP, ésta paciente tuvo un control prenatal calificado como bueno.

El tiempo de resolución del embarazo desde el ingreso al nacimiento del producto fué de 5 hrs en el 18%, 6 hrs en el 11% 4 hrs en el 9% y 3 hrs en el 5%

Se obtuvieron productos entre las 32 a 36 semanas de gestación en el 7% de las pacientes (n=7); un producto a las 42 Semanas que corresponde al 1% y el resto 92% nacieron entre las semanas 37 a 41 de gestación.

96% de los productos presentaron un Apgar al minuto de 7 a 9 y un 98% un Apgar a los 5 minutos de 7 a 9.

ANALISIS:

Con base a los resultados se encontró que la asociación entre la morbimortalidad materna por preeclampsia y la buena calidad del control prenatal beneficia hasta cerca de 50% de las pacientes.

En relación con la edad, la mayor incidencia se observó en pacientes de 26 a 30 años, a diferencia de lo que reporta la bibliografía, que las pacientes con mayor riesgo se encuentran en menores de 20 años y mayores de 35.

La relación de tiempo y resolución del embarazo con la mortalidad fetal y materna no fué significativa, ya que no se registraron muertes perinatales y hubo solo una muerte materna.

el número de nacimientos de productos pretérmino o postérmino en este tipo de pacientes no fué significativo, ya que el mayor porcentaje correspondió a embarazos entre 37 y 41 semanas.

La relación de preeclampsia con la valoración del Apgar si fué significativa, ya que 96% tuvo

Los estudios de laboratorio se realizaron con apoyo del servicio de laboratorio del Hospital y los de gabinete (RCTG) con tococardiógrafo de la unidad de ginecología y obstetricia.

RESULTADOS:

Se revisaron 100 expedientes que correspondieron las pacientes incluidas en el estudio, comprendiendo todas las edades con embarazos mayores de 20 semanas de gestación, en quienes se diagnosticó enfermedad hipertensiva aguda del embarazo, según la clasificación del Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia.

De las 100 pacientes incluidas en el estudio, la distribución de acuerdo a la severidad del padecimiento fué la siguiente: Preeclampsia leve en el 81% (n=81), Preeclampsia severa en el 19% (n=19); de estas últimas una evolucionó a Síndrome de Hellp.

El porcentaje de pacientes atendidas de acuerdo a filiación, e 54% (n=54) correspondió a trabajadoras, el 45% (n=45) a esposas de trabajador, y el 1% (n=1) a hijas de trabajador.

Edad más frecuente fué de 26 a 30 años.

La vía de interrupción del embarazo fué abdominal en el 77% de los casos (n=77), el índice más bajo de cesáreas se observó en preeclampsias leves 81% y el más alto en preeclampsia severas 100%. La indicación principal de cesarea fué el sufrimiento fetal agudo e el 29% de las pacientes, seguido de la desproporción cefalopélvica (26%), preeclampsia severa (12%), periodo intergenésico corto (5%) y oligohidramnios (3%).

El 31 % de las pacientes no acudió a control prenatal (n=31), a diferencia del 69% que si acudió (n=69). El control prenatal que recibieron fué calificado como bueno en el 47% (n=47), regular en el 22% (n=22) y malo en el 31% (n=31).

Los estudios de laboratorio básicos a realizarse en estas pacientes son el perfil toxémico y el exámen general de orina. El perfil toxémico se efectuó en el 89% (n=89) y el EGO en el 87% (n=87).

El registro cardiotocográfico (RCTG), otro estudio básico se realizó en el 100% de las pacientes (n=100).

Se solicitó interconsulta al servicio de terapia intensiva en el 17% de las pacientes (n=17), que correspondió a preeclampsia severas.

Respecto a la mortalidad materna se registró un fallecimiento que correspondió a una paciente con Dx. de preeclampsia severa que evolucionó a un Sx de HELLP, ésta paciente tuvo un control prenatal calificado como bueno.

El tiempo de resolución del embarazo desde el ingreso al nacimiento del producto fué de 5 hrs en el 18%, 6 hrs en el 11% 4 hrs en el 9% y 3 hrs en el 5%

Se obtuvieron productos entre las 32 a 36 semanas de gestación en el 7% de las pacientes (n=7); un producto a las 42 Semanas que corresponde al 1% y el resto 92% nacieron entre las semanas 37 a 41 de gestación.

96% de los productos presentaron un Apgar al minuto de 7 a 9 y un 98% un Apgar a los 5 minutos de 7 a 9.

ANALISIS:

Con base a los resultados se encontró que la asociación entre la morbimortalidad materna por preeclampsia y la buena calidad del control prenatal beneficia hasta cerca de 50% de las pacientes.

En relación con la edad, la mayor incidencia se observó en pacientes de 26 a 30 años, a diferencia de lo que reporta la bibliografía, que las pacientes con mayor riesgo se encuentran en menores de 20 años y mayores de 35.

La relación de tiempo y resolución del embarazo con la mortalidad fetal y materna no fué significativa, ya que no se registraron muertes perinatales y hubo solo una muerte materna.

el número de nacimientos de productos pretérmino o postérmino en este tipo de pacientes no fué significativo, ya que el mayor porcentaje correspondió a embarazos entre 37 y 41 semanas.

La relación de preeclampsia con la valoración del Apgar si fué significativa, ya que 96% tuvo

un Apgar al minuto de 7 a 9 y un 98% a los 5 minutos fué también de 7 a 9, disminuyendo las complicaciones respiratorias (enfermedad de membrana hialina) al nacimiento.

CONCLUSIONES:

La enfermedad Hipertensiva Aguda del Embarazo sigue siendo una de las principales causas de morbimortalidad materno fetal.

Encontramos que a pesar que nuestra población tiene acceso a los servicios de salud, continúa habiendo un porcentaje significativo de pacientes embarazadas que no acuden a control prenatal ó simplemente no llevan un control adecuado, siendo este indispensable para identificar pacientes con riesgo para desarrollar complicaciones durante en embarazo, no solo enfermedad hipertensiva aguda del embarazo sino también otras no menos importantes, disminuyendo la posibilidad de realizar medidas intervencionistas oportunas.

La relación de la calidad de la atención médica otorgada a las pacientes preeclámpicas con la morbimortalidad materno fetal en nuestro estudio fué significativa ya que las complicaciones y la mortalidad materna fueron bajas (una muerte materna) y la mortalidad fetal nula.

Coincidiendo con la literatura la complicación más frecuente fué el Síndrome de HELLP (una paciente), no tuvimos otras complicaciones maternas.

A diferencia de lo publicado en la literatura nosotros encontramos que la mayor incidencia de preeclampsia fuè en el grupo de edad entre 26 y 30 años.

Los resultados de valoración del Apgar nos corroboran que este padecimiento acelera la madurez pulmonar fetal, disminuyendo las complicaciones de enfermedad hialina al nacimiento.

Por último sabemos que factores interrelacionados contribuyen a tasas elevadas de morbimortalidad materno fetal, tales como embarazo de alto riesgo y ausencia de una atención prenatal e intraparto adecuada, situación que se puede prevenir con un sistema eficaz de atención médica y un tratamiento oportuno.

un Apgar al minuto de 7 a 9 y un 98% a los 5 minutos fué también de 7 a 9, disminuyendo las complicaciones respiratorias (enfermedad de membrana hialina) al nacimiento.

CONCLUSIONES:

La enfermedad Hipertensiva Aguda del Embarazo sigue siendo una de las principales causas de morbimortalidad materno fetal.

Encontramos que a pesar que nuestra población tiene acceso a los servicios de salud, continúa habiendo un porcentaje significativo de pacientes embarazadas que no acuden a control prenatal ó simplemente no llevan un control adecuado, siendo este indispensable para identificar pacientes con riesgo para desarrollar complicaciones durante en embarazo, no solo enfermedad hipertensiva aguda del embarazo sino también otras no menos importantes, disminuyendo la posibilidad de realizar medidas intervencionistas oportunas.

La relación de la calidad de la atención médica otorgada a las pacientes preeclámpicas con la morbimortalidad materno fetal en nuestro estudio fué significativa ya que las complicaciones y la mortalidad materna fueron bajas (una muerte materna) y la mortalidad fetal nula.

Coincidiendo con la literatura la complicación más frecuente fué el Síndrome de HELLP (una paciente), no tuvimos otras complicaciones maternas.

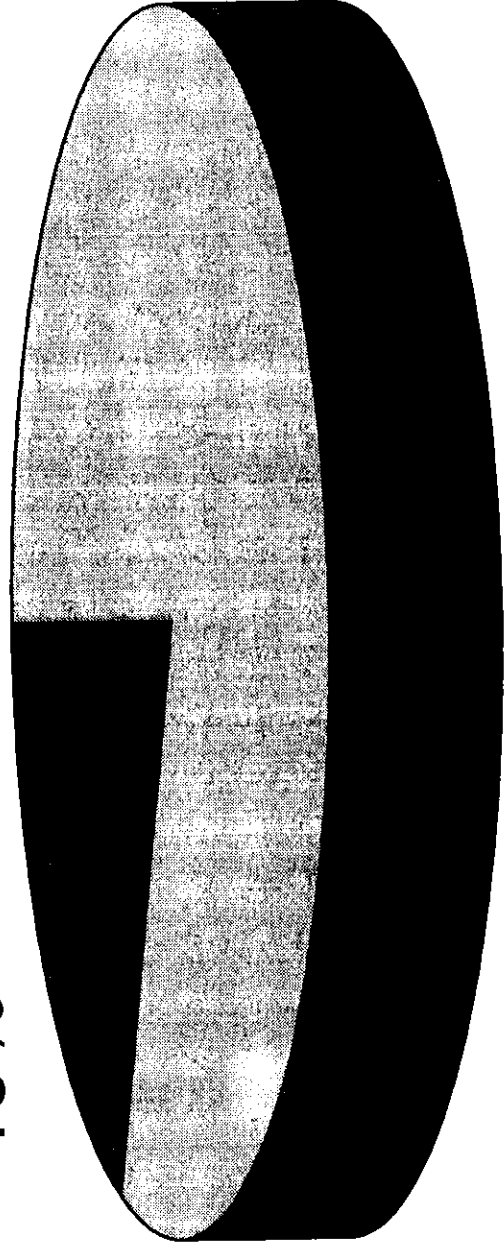
A diferencia de lo publicado en la literatura nosotros encontramos que la mayor incidencia de preeclampsia fué en el grupo de edad entre 26 y 30 años.

Los resultados de valoración del Apgar nos corroboran que este padecimiento acelera la madurez pulmonar fetal, disminuyendo las complicaciones de enfermedad hialina al nacimiento.

Por último sabemos que factores interrelacionados contribuyen a tasas elevadas de morbimortalidad materno fetal, tales como embarazo de alto riesgo y ausencia de una atención prenatal e intraparto adecuada, situación que se puede prevenir con un sistema eficaz de atención médica y un tratamiento oportuno.

PACIENTES SEGUN CLASIFICACION DE LA PREECLAMPSIA

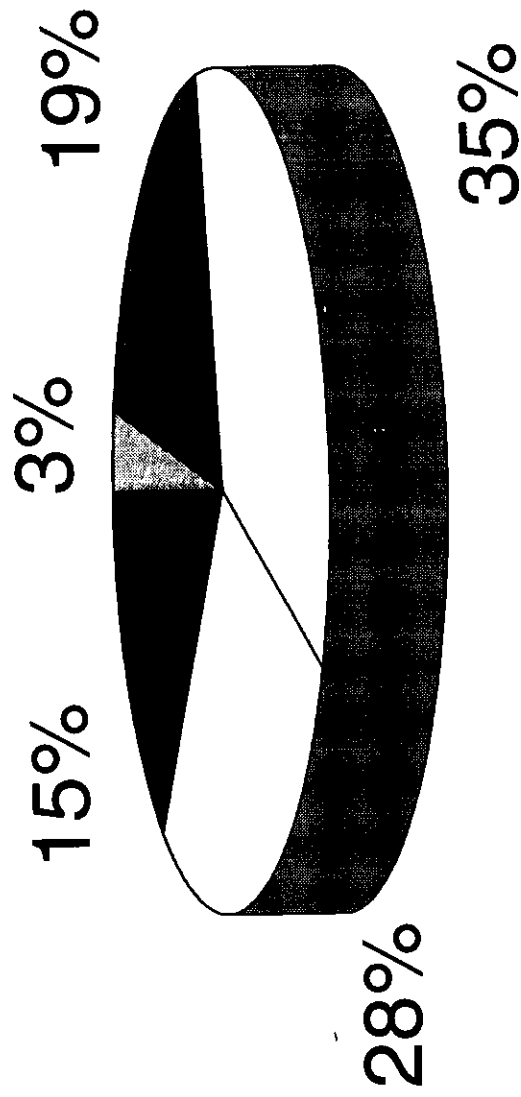
19%



81%

■ LEVE ■ SEVERA

DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD



16-20

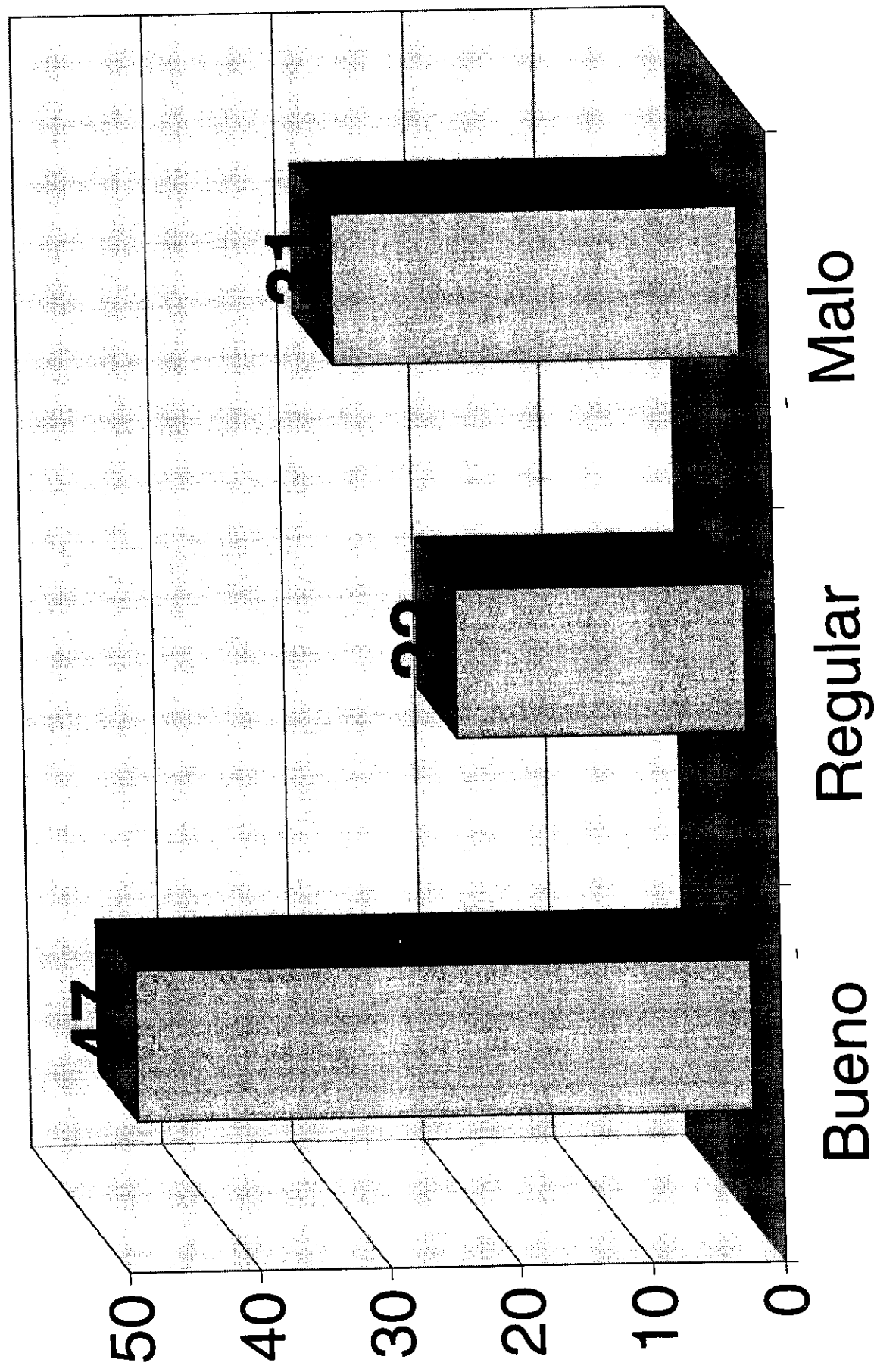
21-25

26-30

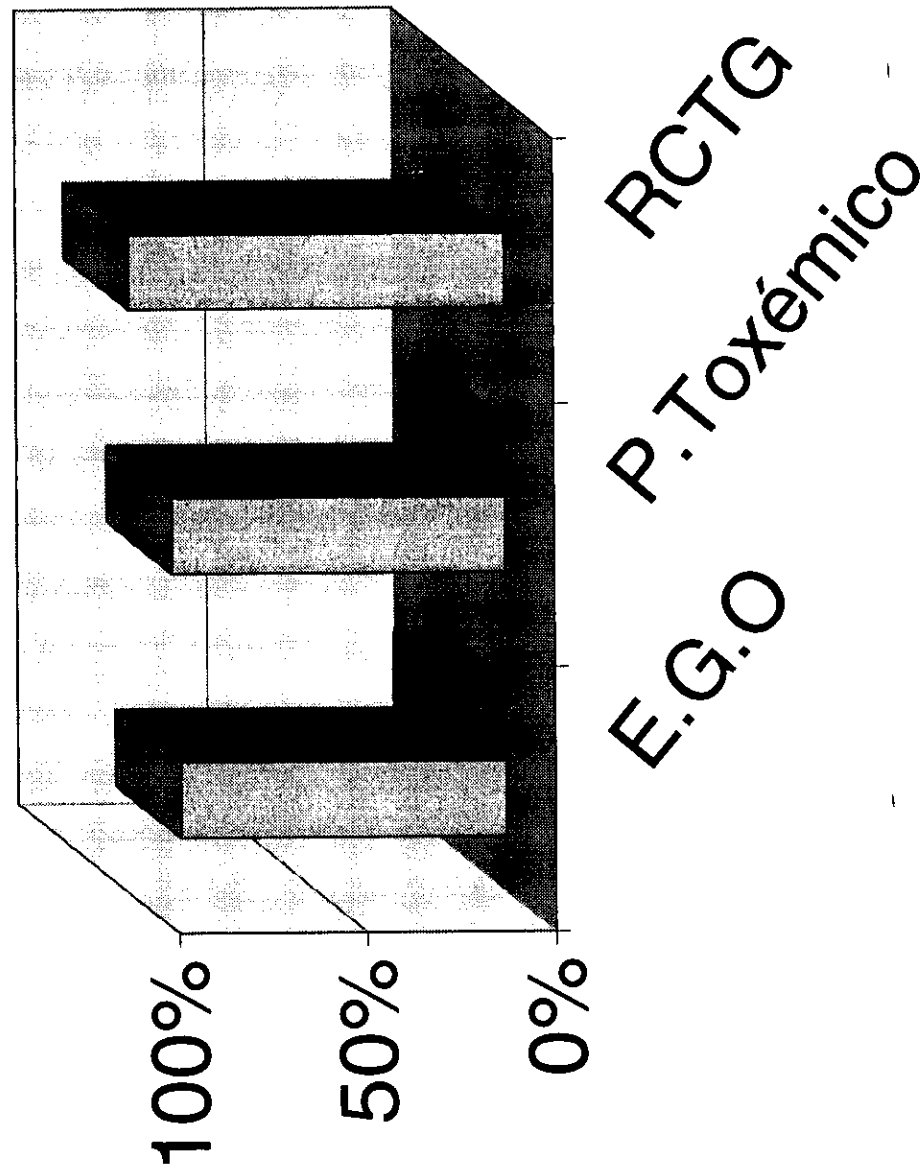
31-35

36 O mas

CALIDAD DEL CONTROL PRENATAL



ESTUDIOS DE LAB. Y GABINETE



SI NO

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

**HOSPITAL GENERAL
DR. DARIO FERNADEZ FIERRO**



**RELACION ENTRE LA MORBIMORTALIDAD MATERNO-
FETAL POR ENFERMEDAD HIPERTENSIVA AGUDA DEL
EMBARAZO Y LA ATENCION MEDICA OTORGADA.
(RESUMEN)**

**TESIS PROFESIONAL
PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTA:
DR. JOSE ANTONIO BAZUA MEZA**

**ASESOR DE TESIS:
DR ALBERTO CHAVEZ MERLOS**

RELACION ENTRE LA
MORBIMORTALIDAD MATERNO-
FETAL POR ENFERMEDAD
HIPERTENSIVA AGUDA DEL
EMBARAZO Y LA ATENCION MEDICA
OTORGADA.

Bazúa Meza José Antonio.

Palabras clave: Enfermedad
Hipertensiva Aguda del embarazo.

INTRODUCCION. La preeclampsia es una enfermedad cuya etiología a permanecido desconocida a través de los siglos. (1)

Actualmente se define como un padecimiento que se presenta en la mujer embarazada y que complica el embarazo después de la semana 20, parto y puerperio inmediato, caracterizada por presentar hipertensión arterial, proteinuria, edema y en casos severos convulsiones y coma.

La clasificación The American College of Obstetricians and Gynecologist (1972) es la siguiente (8):

1. Preeclampsia/ eclampsia.
2. Hipertensión Arterial Crónica.
3. Hipertensión Crónica con preeclampsia agregada.
4. Hipertensión tardía a transitoria.

En México la toxemia complica el 8% de los embarazos según estudio realizado por el Instituto Mexicano del Seguro Social.

OBJETIVO: Describir la morbimortalidad materno fetal por Enfermedad Hipertensiva Aguda del Embarazo y la relación que guarda con la atención médica otorgada durante el control prenatal, parto y estancia intrahospitalaria.

MATERIAL Y METODO: se seleccionaron 100 pacientes que ingresaron al servicio de tococirugía del H. Dr. Darío Fernández Fierro, ISSSTE. Cd. De México. Del período comprendido entre el 1 de enero al 31 de diciembre de 1997, con dx de Enfermedad Hipertensiva Aguda del

Embarazo, se les interrogó acerca de su control prena tal, se realizó seguimiento para conocer su evolución, vía de resolución del embarazo y complicaciones materno-fetales.

La calidad de la atención médica se valoró en base al control prenatal previo al ingreso, calificándose como bueno (2 consultas por trimestre), regular (una consulta), mala (ninguna); y si durante su estancia intrahospitalaria se les realizaban exámenes de laboratorio y gabinete básicos (perfil toxémico, EGO, RCTG).

RESULTADOS: de 100 pacientes incluidas 81 correspondieron a preeclampsia leves y 19 a preeclampsia severa, una de estas últimas evolucionó a Síndrome de HELLP y muerte (única muerte en el estudio). El 31% no acudió a control prenatal a diferencia del 69% que si acudió, siendo este en el 47% bueno, regular en el 22% y malo en el 31%.

El Perfil Toxémico se realizó en el 89%, EGO en el 87% y el RCTG en el 100%.

CONCLUSIONES: encontramos que aunque nuestra población tiene acceso a los servicios de salud, continúa habiendo un número significativo de mujeres embarazadas que no acuden a control prenatal o simplemente no llevan un control adecuado, ya sea por que lo inician tardamente o lo abandonan.

La relación entre la calidad de la atención médica otorgada a pacientes preeclámpicas con la morbimortalidad materno fetal en nuestro estudio fue significativa ya que las complicaciones y la mortalidad materna fueron bajas y la muerte fetal nula.

RELACION BETWEEN The
MORBIMORTALIDAD MATERNO-
FETAL FOR HIPERTENSIVA ILLNESS
SHARP DEL PREGNANCY And The
GRANTED ATENCION MEDICA.

Bazúa Meza José Antonio.

Words nall: Sharp Hipertensiva
illness of the pregnancy.

INTRODUCCION. The (preeclampsia)
is an illness whose (etiología) to
remained unknown to (tráves) of the
centuries. (1)

At the moment you/he/she/it are
defined like a suffering that comes
in the pregnant woman and that
you/he/she/it complicate the
pregnancy after the week 20,
childbirth and immediate
(puerperio), characterized by
presenting arterial hypertension,
(proteinuria), edema and in cases
severe convulsions and coma.

The classification The American
College Obstetricians (of)
Gynecologist (and) (1972) is the
following (8):

1. Preeclampsia/ (eclampsia).
2. Hypertension Arterial Chronic.
3. Chronic Hypertension with added
(preeclampsia).
4. late Hypertension to transitory.

In Mexico the (toxemia) complicates
the 8% of the pregnancies as
studies carried out by the Mexican
Institute of the Public Health.

OBJECTIVE: Describing the
maternal fetal (morbimortalidad) for
Sharp Hipertensiva illness of the
Pregnancy and the relationship that
you/he/she/it keep medical
(otrogada) during the prenatal
control, childbirth and stay
(intrahospitalaria) with the
attention.

MATERIAL And METODO: 100
patients were selected that they
entered the service of (tococlugía)
of the H. Dr. Darío Fernández
Fierro. ISSSTE. Cd. From Mexico.
From the period understood
between January 1 to December 31
of 1997, with (dx) of Sharp
Hipertensiva illness of the
Pregnancy, interrogated them bring
near such (prenal) about their
control, (serrealizo) pursuit in order
to know

their evolution, via of resolution of
the pregnancy and maternal-fetal
complications.

The quality of the medical attention
was valued the entrance based on
the prenatal control previous to,
qualifying as well (2 consultations
for trimester), regulate (a
consultation), bad (any); and if
during their stay (intrahospitalaria)
carried out them exams of
laboratory and basic cabinet
(profile (toxémico), EGO, RCTG).

RESULTS: from 100 patients
(incluidas) 81 corresponded to light
(preeclampsia) and 19 to severe
(preeclampsia), one of these last
evolved to Syndrome of HELLP and
death (only death in the study). The
31% he/she/it/you didn't go to
prenatal control to difference of the
69% that if he/she/it/you went,
being this in the 47% good,
regulate in the 22% and bad in the
31%.

The Toxémico Profile was carried
out in the 89%, EGO in the 87% and
the RCTG in the 100%.

CONCLUSIONS: we found that
although our population has access
to the services of health,
you/he/she/it continue there being
pregnant women's significant
number that they don't go to
prenatal control or they simply
don't take an appropriate control,
either for that they begin
(tardamente) or they abandon it.

The relationship between the
quality of the medical attention
granted to patient (preeclámpicas)
with the maternal fetal
(morbimortalidad) in
our study was significant since the
complications and the
(mortalidadmaterna) was low and
the fetal null death.

BIBLIOGRAFIA.

1. Easterling TR, Benedetti TJ: Preeclampsia: A Hyperdynamic disease model. *Am J. Obstet Gynecol* 16 (6):1447, 1989.
2. Castelazo AL, Icaza IA, Mac Gregor SNC, Wulfovich M, Vargas LE: La mortalidad materna en los hospitales de Ginecología y Obstetricia del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Obst Gynecol Amer* 24: 332, 1966.
3. López-Ilera MM: La toxemia del embarazo. Hipertensión aguda de la gestación. Lecciones básicas. De Limusa, 2ª ed, 1985.
4. O'Brien WF: Predicting Preeclampsia. *Obstet Gynecol* 75 (3) Pt 1 445, 1990.
5. O'Brien WF: Pronóstico de la Preeclampsia. *Clin Obstet Gynecol* 2: 341, 1992.
6. Sibai BM: Hipertensión durante el embarazo. *Clin Obstet Gynecol* 2: 413, 1992.
7. Asociación de Médicos Cirujanos del Hospital de Ginecología y Obstetricia "Luis Castelazo Ayala" IMSS: Procedimientos en Obstetricia. Capítulo V2. Toxemia Gravidica. 3ª ed. IMSS. 1993.
8. Whalsted D, Brinkman CR: Antihipertensivos y Embarazo. *Clin Obstet Gynecol* 2: 819, 1989.
9. Zuspan FP: Nuevos conceptos en el conocimiento de las enfermedades hipertensivas durante el embarazo; panorama actual. *Clin Perinatol* 4: 637, 1991.
10. World Health Organization Collaborative Study of Hypertensive Disorders: Geographic variation in the incidence of hypertension in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 158(1): 80, 1988.
11. Friedman SA, Taylor RN, Roberts JN: Fisiopatología de la preeclampsia. *Clin Perinatol* 4: 645, 1991.
12. Friedman SA: Preeclampsia: A Review of the role of prostaglandins. *Obstet Gynecol*. 71(1): 122, 1988.
13. Perry Kg, Martin JN: Hemostasis anormal y coagulopatía en preeclampsia y eclampsia. *Clin Obstet Gynecol* 2: 341, 1992.
14. Zeeman GG, Kekker GA: Patogenia de la preeclampsia; una hipótesis. *Clin Obstet Gynecol* 2: 309, 1992.
15. Castelazo AL: Mortalidad materna y fetal en el acto obstétrico. *Gac Med Méx*. 92: 116, 1962.
16. Sibai BM: Tratamiento de la preeclampsia. *Clin Perinatol* 4: 773, 1992.
17. Alvarez BA: Mortalidad materna. *Gac Med Méx*. 100(6) 55, 1970.
18. Van Assche FA, Spitz B, Vansteelant LC: Severe systemic Hypertension during pregnancy. *Am J Cardiol*. 63: 22C 1989.
19. Domínguez RH, Covarrubias CA, ICAZA IA, Morales RA: Mortalidad perinatal en toxemia gravídica. *Gineco Obstet Méx*. 30:627, 1971.
20. Gómez GFJ, Ramírez SE, Maqueo TM, Díaz DJ, Marcusamer MB: Estudio anatomoclínico de 30 muertes por eclampsia. *Gineco Obstet Méx*. 35 (93), 1974.
21. Zetina GTF, Pérez de Salazar JL, Ruiz UV: Mortalidad materna en toxemia. *Gineco Obstet Méx*. 30(177): 101, 1971