



11217 280

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA
HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA No. 3
HOSPITAL AMIGO DEL NIÑO Y DE LA MADRE

**“PREVALENCIA DE INSUFICIENCIA RENAL AGUDA
EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA
SEVERA-ECLAMPSIA**



CENTRO MEDICO LA RAZA
Dep. de Gineco-Obstetricia
Unidad de Enseñanza e Investigación

TESIS DE POSTGRADO

PARA OBTENER EL TITULO DE
LA ESPECIALIDAD EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

P R E S E N T A :

DRA. ROSA EVELIA VEGA MEDRANO



[Handwritten signature]

ASESOR: DR. JORGE FUENTES LEON

MÉXICO, D. F.

FEBRERO DEL 2002



[Handwritten signature]
GINECOOBSTETRIA
FAC-766577

[Handwritten signature]
DIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U N A M.



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.

AGRADECIMIENTO

A Dios por haberme permitido existir.

A mis padres (Rosa y Guillermo) por el apoyo incondicional a todas mis decisiones, aunque a veces no fueron las más correctas y por sus palabras de aliento en los momentos difíciles y de soledad.

A ti Edgar, ya que a pesar de la distancia siempre estás en mis pensamientos y eres la fuerza que me impulsa a seguir adelante. Ya que te considero parte de mi vida pasada, presente y futura.

A mis hermanos (Guillermo, Esther, Socorro y Araceli) por el cariño que me tienen y la confianza que me brindan.

A mis sobrinos (Guillermo, Yosep, Mirtha, Yosune, Clío, Luis Andrés y Alejandro) por ser parte de mi vida y uno de los motivos de mi existir.

A compañeros y maestros por brindarme su amistad y apoyó en mi ignorancia.

INDICE

INTRODUCCIÓN	1-5
PLANTEAMIENTO	6
JUSTIFICACIÓN	7
OBJETIVOS	8
HIPÓTESIS	8
MATERIAL Y METODOS	9-11
RESULTADOS	12-13
TABLA DE RESULTADOS	14
GRAFICAS	15-27
CONCLUSIONES	28-29
BIBLIOGRAFÍA	30

INTRODUCCION:

La insuficiencia renal aguda se define como un síndrome grave caracterizado por una reducción súbita en la función renal acompañado por una azoemia rápidamente progresiva y a menudo por oliguria. En el 20% el volumen de orina se mantiene y existe un aumento rápido en los niveles de creatinina y urea por lo menos 0.5 mg/dl y 10 mg/dl diarios respectivamente, y una reducción del volumen urinario por debajo de 400 ml en 24 horas (1,3,8,9,11,13,14)

La incidencia de insuficiencia renal aguda en el embarazo fue estimada en 1:2000 a 1:5000 gestaciones. Recientemente, el número de pacientes con insuficiencia renal por causas obstétricas ha disminuido en forma notable a 1 por cada 10,000 embarazos (1). La frecuencia de la IRA según algunos autores va del 4%(6), otros como Sibai reportan el 8% (2,3,9, 13) y otros hasta en el 50%(2). En un estudio realizado en el hospital Civil de Guadalajara se encontró que la frecuencia de IRA es del 42.85%(3).

La frecuencia de distribución de la IRA durante el embarazo fue bimodal: un pico inicial al comienzo de la gestación asociado a abortos sépticos y un segundo pico entre la semana 35 de gestación y el puerperio, por preeclampsia y complicaciones hemorrágicas.(1,9)

La insuficiencia renal crónica se divide en función de las cifras de creatinina sérica y depuración de creatinina en orina de 24 horas, así como algunos otros signos y síntomas de uremia (leve, moderada y grave)(4).

Algunos autores diagnostican IRA cuando existe una cifra de creatinina de 1.2 mg/dl o mayor (2)

Las causas pueden ser prerrenal, parenquimatosa y postrenal (obstructiva).(1,5). La causa prerrenal se presenta en aproximadamente el 70% de los casos de insuficiencia renal aguda (5). En la mujer embarazada las principales causas son la hipovolemia, la preeclampsia y la sepsis. (2, 13)

El diagnóstico es a partir de circunstancias clínicas como interrogatorio, examen físico. La composición química y la tonicidad de la orina al igual que su examen microscópico son útiles (1)

La evolución se divide clásicamente en una fase oligúrica, una poliúrica y una de

recuperación.(1).

La falla renal aguda puede ser oligúrica (volúmenes menores de 400 ml por día) o no oligúrica (mayores de 400 ml por día)(5) Existe una variante a este problema en el cual algunas enfermas con cuadros clínicos, de laboratorio e histológicos de insuficiencia renal aguda, cursan con cifras de diuresis normales o superiores a lo normal, en lugar de la esperada anuria u oliguria características del cuadro clásico, esta variante ha recibido el nombre de IRA poliúrica o de gasto urinario alto (11). Las pacientes con falla renal no oligúrica tienen mejor pronóstico que las oligúricas. (5)

En la preeclampsia eclámpsia, el glomérulo aumenta de tamaño por la hinchazón de sus células, con invasión del lumen capilar por edema, células endoteliales vacuoladas, a esto se le llama endoteliosis(1,3,8, 11).Las células mesangiales pueden edematizarse, con incremento de la matriz mesangial que puede afectar el lumen capilar(8,11). Ultraestructuralmente, las células se caracterizan por incremento en el contenido del citoplasma, contiene vacuolas citoplasmáticas que contienen gotitas de lípidos y agrupación de figuras semejantes a la mielina. La lesión glomerular de segmentos focales de gloméruloesclerosis ha sido descrito en personas con preeclampsia severa (8).

Esto y la vasoconstricción generalizada llevan a la isquemia renal, proteinuria y una reducción en el filtrado glomerular, un 25% por debajo de los valores en el embarazo normal.(1,3, 10)

La IRA que acompaña a la preeclampsia por lo común se debe a la necrosis tubular. Se sabe que la preeclampsia progresa hacia la necrosis cortical.(1,3,6). La IRA puede resultar como consecuencia de coagulación intravascular diseminada, hipoperfusión cortical renal (debido a vasoconstricción y reducción del volumen plasmático) y a la endoteliosis glomerular. Necrosis tubular aguda y endoteliosis glomerular pueden coexistir por lo cual se cree que ambos factores hemodinámico y morfológico son importantes en el desarrollo de insuficiencia renal aguda.(3. La acumulación de proteínas en la membrana basal del espacio subendotelial del capilar esta asociado con un posible rol patogénico de las alteraciones en el metabolismo de las prostaglandinas y el depósito incrementado de fibronectina observado durante la preeclampsia y en algunos casos la inflamación glomerular resulta en herniación del tubulo contorneado distal, pocos casos han sido descritos con aumento del epitelio así como trombosis y un material parecido a la fibrina.(10)

La presencia de fibrina en las biopsias renales y la posible etiología de la lesión renal no esta clara. El acumulo de fibrina en el glomérulo conduce a la teoría de que la lesión renal es el resultado de coagulación intravascular causado por algunas sustancias liberadas de la lesión placentaria, el complemento y las inmunoglobulinas están presentes en biopsias renales en mujeres preeclámpticas, lo cual ha sido confirmado por todos los investigadores. Se detectaron depósitos de IgG e IgM en el glomérulo de pacientes preeclámpticas en proporción con la severidad de la enfermedad. El complemento fue hallado en el glomérulo en casos severos, y en la pared de arteriolas eferentes y aferentes. Los mecanismos inmunológicos pueden ser responsables de las lesiones renales en la preeclampsia. Los depósitos de fibrina renales en la preeclampsia pueden ser secundarios a procesos inmunes, también descrito en otras formas de glomerulonefritis. La remisión rápida de las manifestaciones clínicas y las lesiones renales después del parto son muy diferentes. Cuando la nefroesclerosis arteriolar se presenta sola indica otras etiologías y cuando se acompaña de endoteliosis glomerular probablemente se deba a hipertensión arterial con preeclampsia sobre agregada. La presencia de cambios arteriulares es resaltada como un factor pronóstico del curso de embarazos subsecuentes. Cuando se presentan lesiones en los vasos renales la hipertensión recurre en embarazos subsecuentes, guardando una relación variable de acuerdo con el tipo de compromiso arteriolar (10).

El máximo de los cambios renales es observado pocos días posparto y revierten rápidamente después del mismo, el glomérulo adquiere una apariencia normal en dos o cuatro semanas.(10)

La vasoconstricción aumentada en estas pacientes se debe a disminución en la producción de prostaciclina y aumento en la síntesis de tromboxanos. Las prostaciclina que tienen principalmente función vasodilatadora y antiagregante plaquetaria con producidas por el endotelio vascular, el glomérulo y la placenta (3)

La endotelina I producida por las células endoteliales y del músculo liso vascular, hay receptores para endotelina las más importantes son los receptores A para endotelina I y se encuentran abundantemente en las células del músculo liso vascular, en miocitos cardíacos, en la circulación placentaria y en glomérulo. La endotelina I produce vasoconstricción que va relacionada con la capacidad de los receptores activados de estimular la fosfolipasa C la cual lleva a la formación de inositol, 1, 4, 5 trifosfato diacilglicerol y de esta forma

incrementa la concentración de calcio intracelular la cual causa vasoconstricción (3)

El desarrollo de proteinuria en pacientes con preeclampsia es mucho más importante para el pronóstico fetal que el nivel de presión sanguínea.(1).

De las complicaciones que se presentan en la preeclampsia severa en el 60% de los casos y son atribuidas al HELLP: DPPNI en el 17.6%, CID en el 14.6% y hemorragias cerebrales en el 8.8% (2).

La presentación clínica de gasto conservado (mas de 800 ml en 24 h), con el manejo oportuno de líquidos revierte la IRA oligúrica a una de gasto conservado cuya evolución es más benigna. La diálisis es necesaria en la minoría de las pacientes. Si la ameritan, se recomienda la diálisis temprana en pacientes anúricas, ya que no responden al manejo de diuréticos o dopamina en la mayoría de los casos y se presentarán complicaciones tempranas.(2)

El manejo inicial de pacientes con IRA esta enfocado en revertir la causa de esta y corrección del desequilibrio hidro electrolítico. (5)

La dopamina a dosis dopa (1 a 3 microgramos/kg/min) o furosemide en infusión continua de un gramo en 24 horas, mejora la perfusión renal y placentaria al incrementarse la poscarga, disminuye la isquemia y por lo tanto mejora los volúmenes urinarios, disminuye las resistencias vasculares sin elevación de la presión arterial, o sufrimiento fetal, esto tiene resultados satisfactorios para convertir una insuficiencia renal oligúrica en de gasto conservado (2,5,7)

Las indicaciones para diálisis aguda incluyen sobrecarga de líquidos, hipercalemia, acidosis metabólica y signos y síntomas de uremia.(5)

La diálisis peritoneal y la hemodiálisis han sido usadas en forma segura durante el embarazo. Cuando la hemodiálisis es necesaria, es en forma profiláctica de prevenir la azoemia intrauterina y si esta se continua en forma intensiva para mantener lo más normal los valores de laboratorio Otro aspecto importante en el cuidado de estas pacientes incluye la corrección de la anemia, controlar la presión sanguínea y proveer un suplemento dietético y vitamínico, incluyendo suplementación con calcio (9).

Algunos estudios reportan que la administración temprana de medicación antitrombótica (40 mg de dipiridamol IV cada 6 horas) determinó un curso clínico más benigno, evolucionando la IRA hacia la variedad de gasto urinario alto (11)

La severidad del daño renal no parece estar relacionado con la edad, paridad, período del embarazo en el cual comienza la preeclampsia-eclampsia y su duración previa al nacimiento, la presencia de crisis convulsivas o la concomitancia de enfermedad temprana vascular o renal. La supe imposición de desprendimiento de placenta es el único factor clínico significativamente relacionado con necrosis cortical (12, 14)

La gran mayoría de la necrosis tubular aguda se recupera prácticamente al 100% en la mayoría de los casos (2) algunos autores mencionan que solo en 83,3% tienen recuperación total de la función renal (13)

En México existen pocos estudios acerca de la incidencia de insuficiencia renal aguda debida a preeclampsia, eclampsia y síndrome de HELLP. En nuestro Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 desconocemos la prevalencia de pacientes que desarrollan insuficiencia renal aguda en pacientes con preeclampsia, eclampsia y síndrome de HELLP.

PLANTEAMIENTO DEL

PROBLEMA

No conocemos la prevalencia de insuficiencia renal aguda en pacientes con preeclampsia severa, eclampsia que son atendidas en el Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 Centro Médico la Raza, de aquí surge la inquietud de realizar este estudio.

JUSTIFICACION

Es necesario conocer la prevalencia de Insuficiencia Renal Aguda en pacientes con preeclampsia severa-eclampsia ya que conociéndolo podemos incidir en la disminución de morbimortalidad, así como limitación del daño para poder brindar a la paciente una mejor calidad de atención.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

OBJETIVOS

Determinar la prevalencia de insuficiencia renal aguda en las pacientes con diagnóstico de preeclampsia severa- eclampsia

HIPÓTESIS

En este tipo de estudio no son necesaria las hipótesis.

OBJETIVOS

Determinar la prevalencia de insuficiencia renal aguda en las pacientes con diagnóstico de preeclampsia severa- eclampsia

HIPÓTESIS

En este tipo de estudio no son necesaria las hipótesis.

TIPO DE ESTUDIO

Este estudio es prospectivo, observacional, transversal y descriptivo

MATERIAL Y METODO

UNIVERSO DE TRABAJO :

Este estudio se llevó a cabo en pacientes con diagnóstico de preeclampsia severa, eclampsia que fueron atendidas en el Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 La Raza en el servicio de Terapia Intensiva que desarrollaron insuficiencia renal aguda en los meses noviembre a diciembre del 2001.

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Ingresaron 93 pacientes a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Ginecología y Obstetricia No 3 de la Raza con diagnóstico de preeclampsia severa o eclampsia en los meses noviembre y diciembre del 2001, de estas pacientes 31 desarrollaron insuficiencia renal aguda .

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Pacientes derechohabientes al Instituto Mexicano del Seguro Social.

Pacientes con preeclampsia severa

Pacientes con Eclampsia

Medición de creatinina serica de 1.1 mg/dl

Con volúmenes urinarios de menos de 400 ml en 24 horas

Que deseen participar.

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN:

Pacientes no derechohabientes al Instituto Mexicano del Seguro Social

Que no cumplan los criterios para preeclampsia severa o eclampsia

Con creatinina menor de 1.1 mg/dl

Pacientes con diuresis normal

Pacientes que no deseen participar.

Que tengan diagnóstico previo de Insuficiencia renal crónica, Lupus Eritematoso sistémico, Síndrome de Anticuerpos antifosfolípidos, riñones poliquísticos.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Pacientes que fallezcan.

Que se pierda la muestra

En las pacientes que no se procesen las muestras

Pacientes que durante el estudio se diagnosticó Insuficiencia Renal crónica, Lupus Eritematoso Sistémico, Colagenopatías o Riñones poliquísticos.

METODOLOGÍA

De las paciente que ingresarón a la Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos que cumplieron requisitos para hacer el diagnóstico de preeclampsia severa, eclampsia con los criterios antes de la norma técnica de preeclampsia severa-eclampsia, se le tomó la tensión arterial, exploración clínica, interrogatorio y se solicitó perfil toxemico completo que incluyó biometría hemática completa, tiempos de coagulación, química sanguínea completa, examen general de orina, ácido úrico y pruebas de función hepática, se les dio tratamiento de preeclampsia severa como lo marca la Norma del Instituto para este tipo de pacientes, se monitorizó la diuresis horaria reportándose en mililitros, además perfil toxemico diario.

A los pacientes que se encontró una creatinina igual o mayor de 1.1 mg/dl o que tuvieron volúmenes urinarios menores de 400 ml en 24 horas se les solicitó depuración de creatinina en orina de 24 horas.

Se registraron a todas las pacientes que cumplierón con criterios para Insuficiencia Renal Aguda. Anotando edad de las pacientes, número de gestaciones, semanas de edad gestacional, se determinó TAM, se registró los niveles séricos de creatinina, albumina, ácido úrico, valor de la depuración de creatinina y se determinó los valores de la presión coloidosmótica.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se aplicó las medidas de tendencia central media, moda y mediana.

CONSIDERACIONES ETICAS

Este estudio no implica riesgo para la función o la vida de la pacientes. Se solicito consentimiento por escrito a las pacientes.

RESULTADOS

En los meses de noviembre a diciembre del año 2001 ingresaron un total de 93 pacientes el servicio de Terapia Intensiva del Hospital de Ginecología y Obstetricia No 3 Centro Médico La Raza de la cuales 71 con diagnóstico de preeclampsia severa (70.76%), 16 pacientes con Eclampsia (17%), dos pacientes con preeclampsia severa aunado a Síndrome de HELLP y 1 paciente con Eclampsia y Síndrome de HELLP.

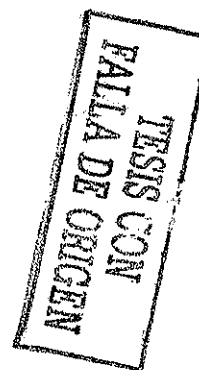
De estas 93 paciente 31 presentaron insuficiencia renal aguda (33.3%) y 62 no presentaron daño renal. De estas 31 pacientes con Insuficiencia Renal aguda correspondieron a 22 (70.76%) pacientes con preeclampsia, 6 (19%) con Eclampsia, 2 (6%) con preeclampsia severa y Síndrome de Hellp, y 1 (3%) paciente presentó Eclampsia y Síndrome de Hellp. Presentaron Síndrome de Hellp siete pacientes del total de ingreso de la cuales 3 (43%) desarrollaron insuficiencia renal aguda y 4 (57%) no presentaron.

La edad de las pacientes con IRA y preeclampsia en promedio 29.3, con un mínimo de 17, máximo de 44 años, mediana de 30.5, moda de 33, una desviación estándar de 6.8 y con eclampsia promedio de 25.7, mínimo 1, máximo de 32, mediana de 29, moda de 19 años y una desviación estándar de 5.76.

El número de gestaciones en las pacientes que desarrollaron IRA con preeclampsia severa promedio 1.9, mínimo de 1, máximo de 5, mediana de 1.5, moda de 1 y una desviación estándar de 1.2 y en las pacientes con eclampsia promedio de 1.7, mínimo de 1, máximo de 3, mediana de 2, moda de 1 y una desviación estándar de 1.9.

Las semanas de edad gestacional de las pacientes con IRA y preeclampsia promedio 35.5, mínimo de 35, máximo de 36, mediana de 35.5, moda de 37 y una desviación estándar de 2.8; de la pacientes con eclampsia presentaron en promedio 29 semanas, mínimo de 24, máximo de 38, mediana de 29 semanas, desviación estándar de 4.7, no se pudo determinar la moda por el número tan pequeño de datos.

La presión arterial media determinada en pacientes complicadas con IRA y preeclampsia en promedio 121.8 mm Hg, mínimo de 106.7mm Hg, máximo de 143.3 mm Hg, mediana de 120 mmHg, moda de 113.3 mmHg y una desviación estándar de 9.96 y de las pacientes con eclampsia promedio de 123 mm Hg, mínimo de 113 mmHg, máximo de 140mmHg, mediana de 120 mmHg, moda de 120 mm Hg con una desviación estándar de



10.0.

Los niveles de creatinina sérica en pacientes con IRA y preeclampsia promedio de 1.63, mínimo de 1.1, máximo de 6.6, mediana de 1.2, moda de 1.2 con una desviación estándar de 1.1567, y en las pacientes con eclampsia promedio de 1.2428, mínimo de 1.1, máximo de 1.5, mediana de 1.2, moda de 1.2 y desviación estándar de 0.15.

Los valores de albúmina en suero en pacientes con IRA y preeclampsia promedio de 2.6, mínimo de 2, máximo de 3.3, mediana de 2.65, moda de 2.5 y una desviación estándar de 0.32; en las pacientes con eclampsia el promedio fue de 2.45, mínimo de 2.1, máximo de 2.9, mediana de 2.5, moda de 2.5 y una desviación estándar de 0.31.

Las determinaciones de depuración de creatinina en pacientes que presentaron IRA y preeclampsia el promedio fue de 52.47, mínimo de 11.34, máximo de 82, mediana de 54, moda de 51 y una desviación estándar de 18.69; y en las pacientes con eclampsia el promedio fue de 58.2, mínimo de 29, máximo de 87, mediana de 63, desviación estándar de 4.82, y no pudo determinar la moda por el número pequeño de datos.

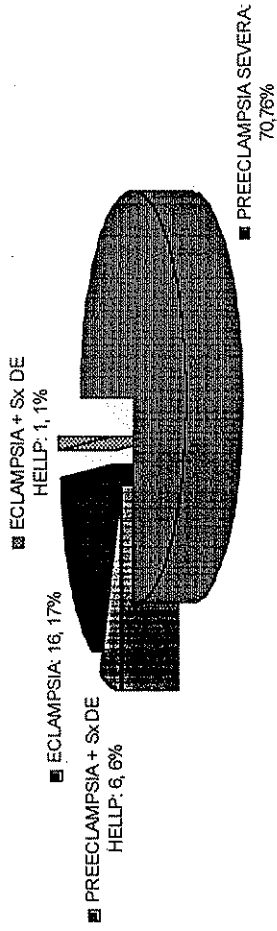
Los niveles de ácido úrico en pacientes complicadas con IRA y preeclampsia en promedio 6.01, mínimo de 3.1, máximo de 9.8, mediana de 5.55, moda de 5.2, con una desviación estándar de 1.61; y en las que presentaron eclampsia el promedio 7.47, mínimo de 6.4, máximo de 9, mediana de 7, moda de 7, con una desviación estándar de 1.0.

El registro de presión coloidosmótica en las pacientes con IRA y preeclampsia fue en promedio 14.16, mínimo de 10.8, máximo de 17.82, mediana 13.5, desviación estándar de 1.74; y en las pacientes con eclampsia el promedio fue de 14.16, mínimo de 10.8, máximo de 17.82, mediana de 14.31, moda de 13.5 con una desviación estándar de 1.74.

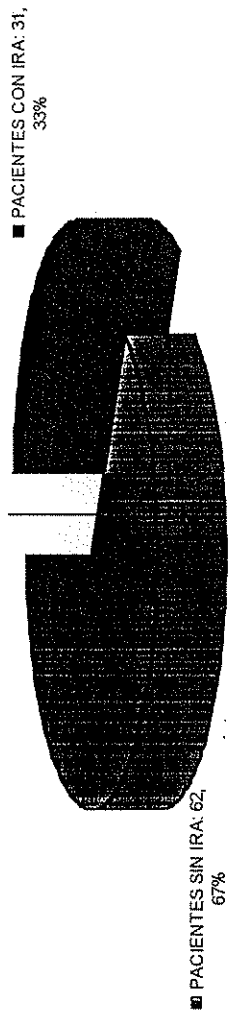
RESULTADOS DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL AGUDA EN EL SERVICIO DE UCIA EN LOS MESES DE
NOVIEMBRE Y DICIEMBRE DEL 2001

	EDA D	EDAD GESTACIONAL	GESTA S	TA M	CREATININ A	AC URICO	ALBUMIN A	PCO mOsm/LT	DEP. CREAT	PES O
PROMEDI O	28.45	33.93333333	1.90323	122	1.54838709 7	6.345161 3	2.583871	13.944193 5	53.765806 5	2,543
MINIMA	17	24	1	107	1.1	3.1	2	10.8	11.34	
MAXIMA	44	40	5	143	6.6	9.8	3.3	17.82	87	
MEDIANA	30	16.47	2	120	1.2	6.4	2.6	14.04	55.9	2,180
MODA	33	37	1	113	1.2	7	2.5	13.5	51	1900
DESV EST.	6.663	4.025207926	1.13592	9.82	1.02887348 4	1.607863 7	0.3215554	1.7253942	18.874423	1903

TOTAL DE INGRESOS A UCIA EN EL PERIODO NOVIEMBRE-DICIEMBRE DEL 2001

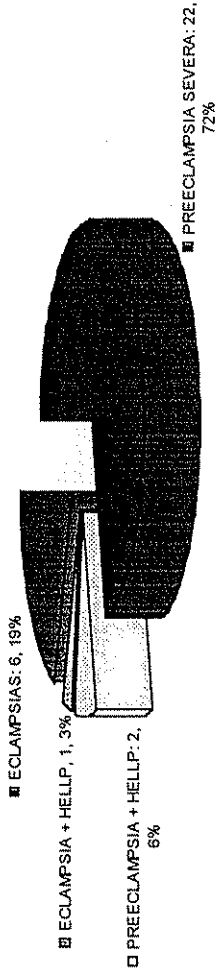


**PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL AGUDA DEL TOTAL DE INGRESOS DE
NOVIEMBRE-DICIEMBRE DEL 2001**

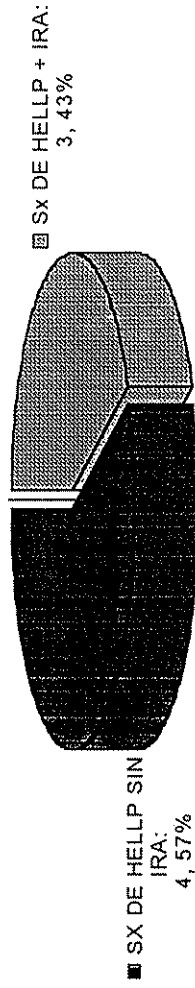


TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

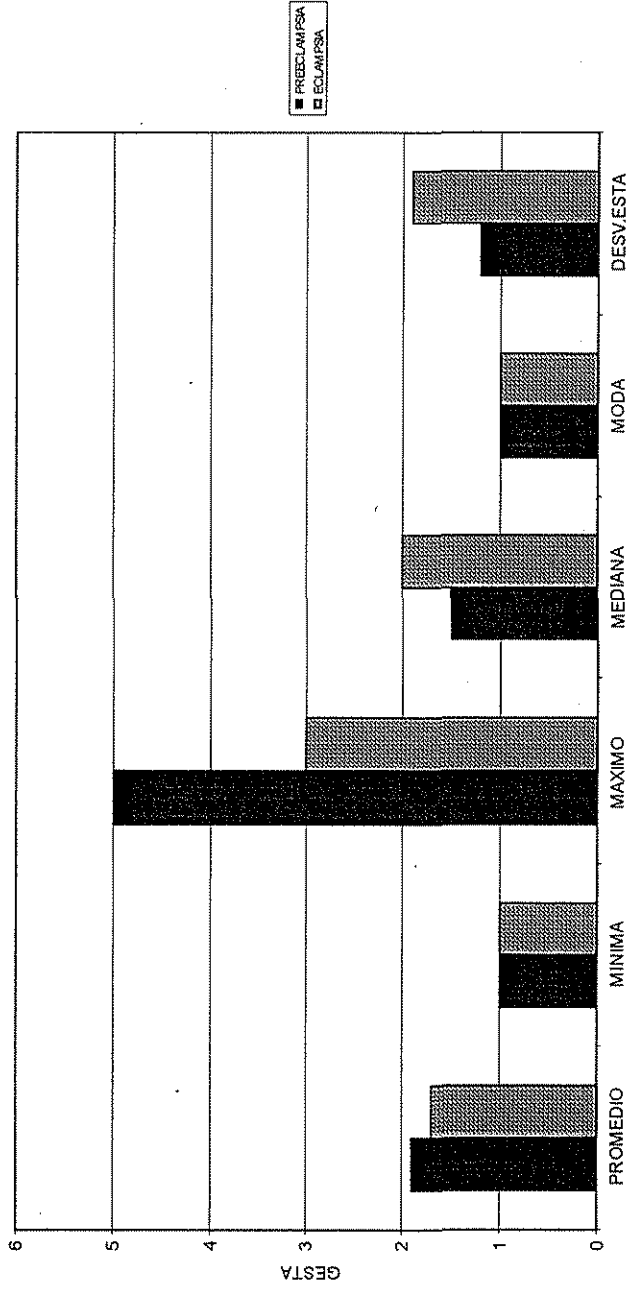
PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL AGUDA POR PATOLOGIA EN EL PERIODO DE NOVIEMBRE-DICIEMBRE DEL 2001



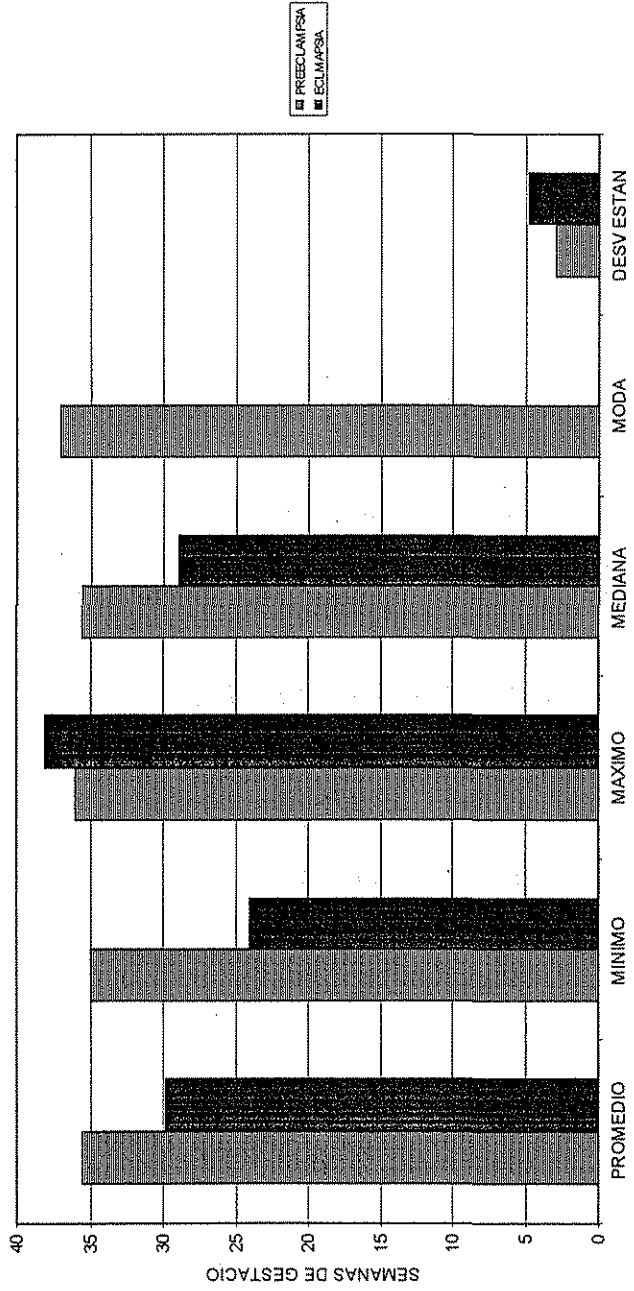
PACIENTES CON SINDROME DE HELLP QUE DESARROLLARON INSUFICIENCIA RENAL AGUDA



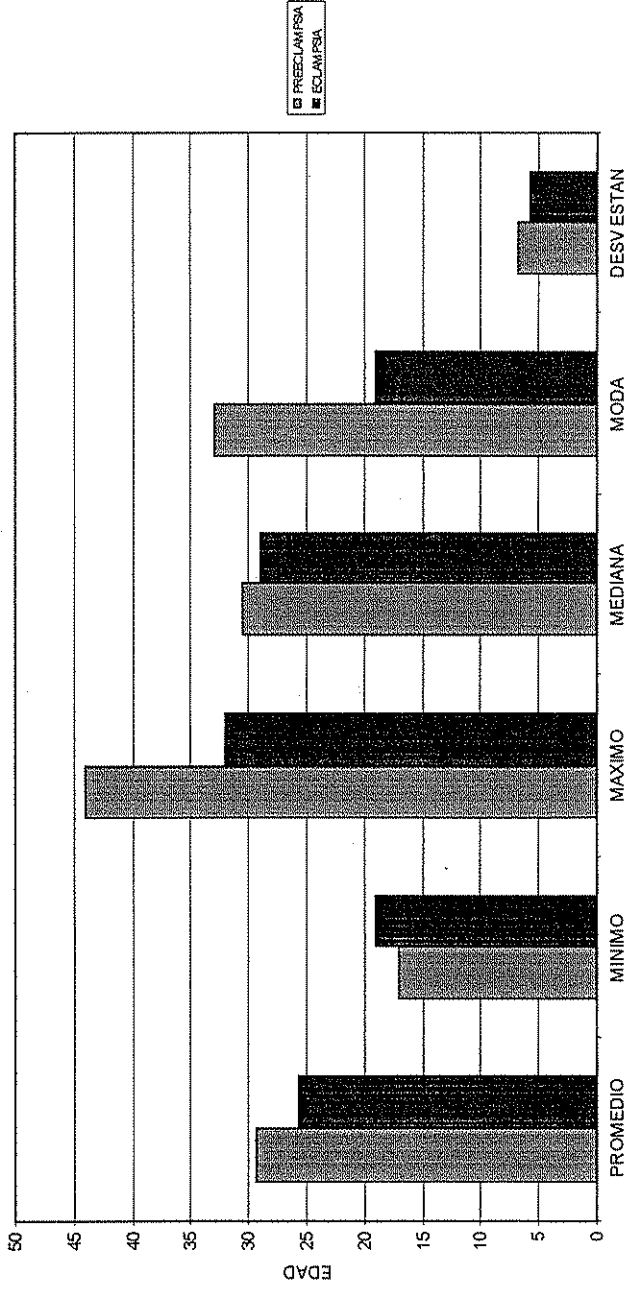
NUMERO DE GESTACIONES EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA QUE SE COMPLICARON CON IRA EN LOS MESES DE NOVIEMBRE-DICIEMBRE 2001



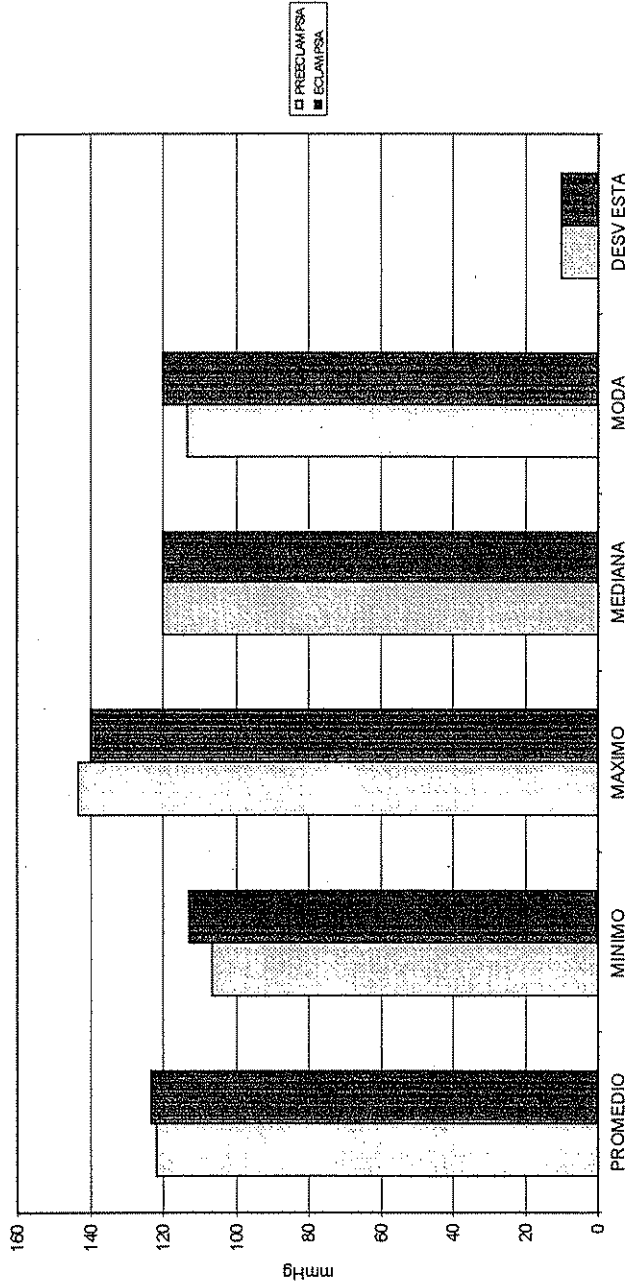
SEMANAS DE EMBARAZO EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA COMPLICADAS CON IRA EN NOVIEMBRE- DICIEMBRE 2001



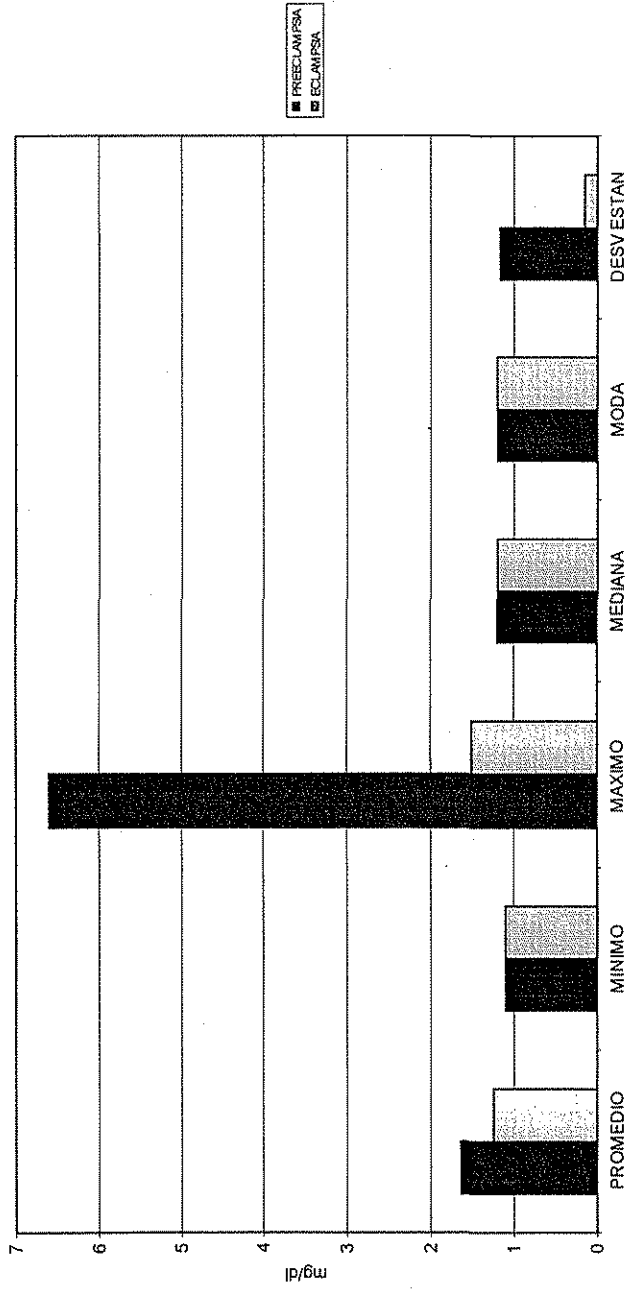
EDAD DE PACIENTES CON PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA QUE SE COMPLICARON CON IRA EN LOS MESES DE NOV-DIC 2001



PRESION ARTERIAL MEDIA EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA COMPLICADAS CON IRA EN LOS MESES NOV-DIC 2001

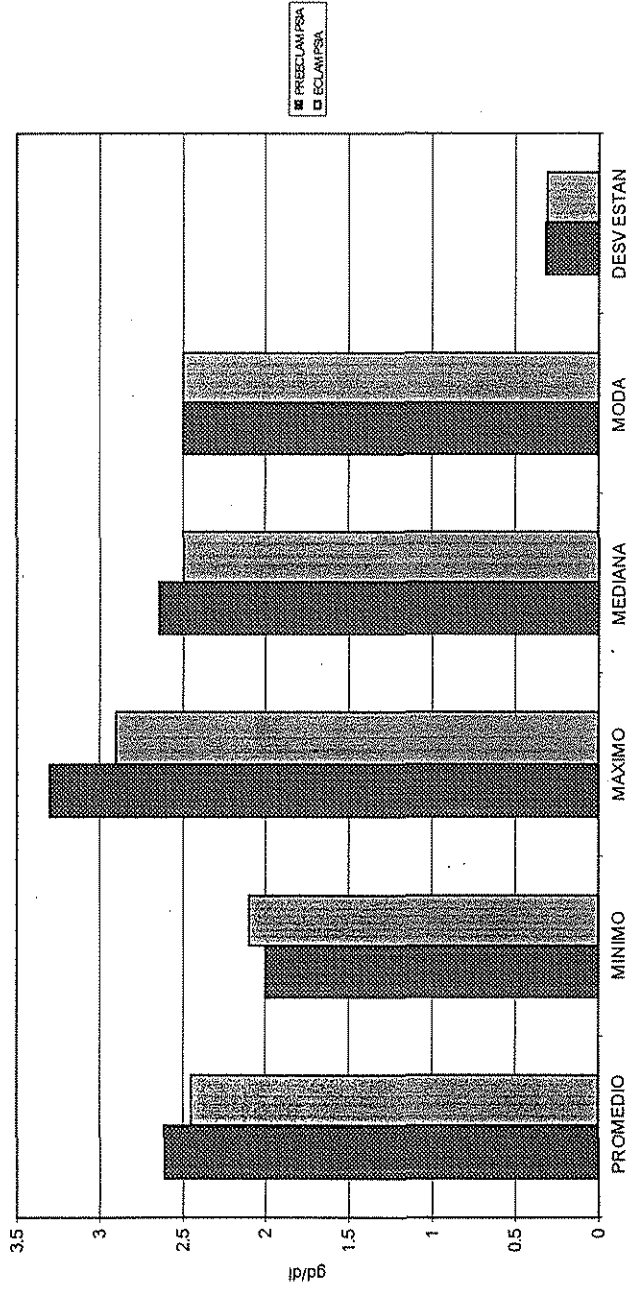


NIVELES DE CREATININA EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA COMPLICADAS CON IRA EN LOS MESES DE NOV-DIC 2001.

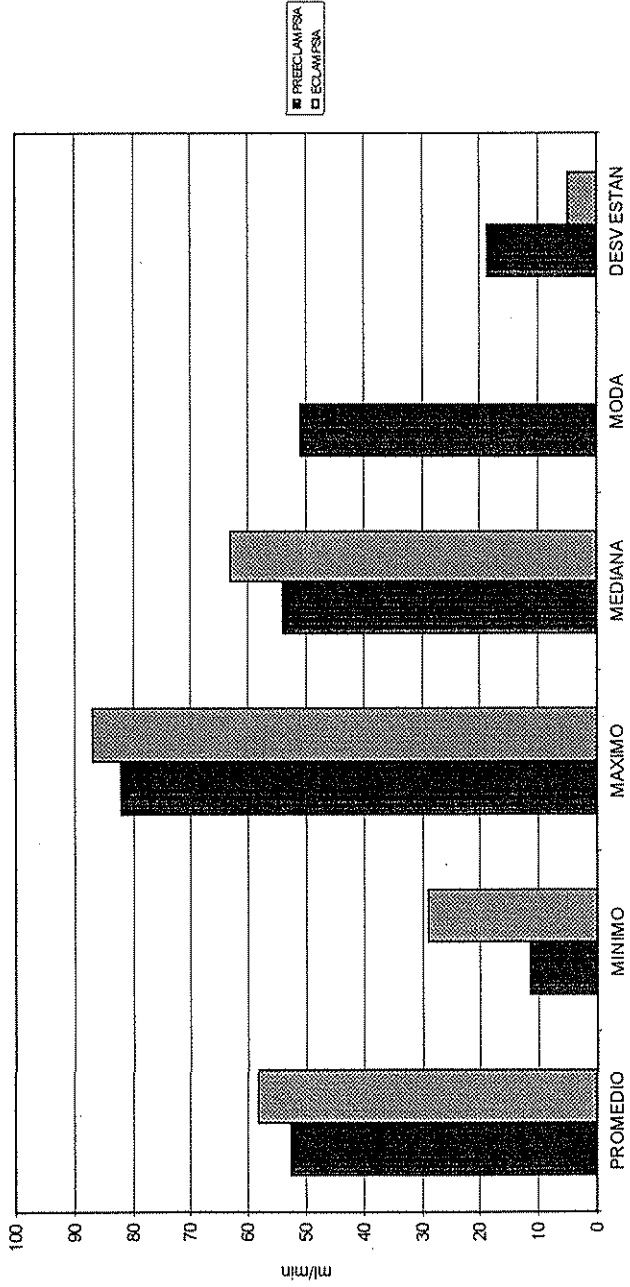


TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

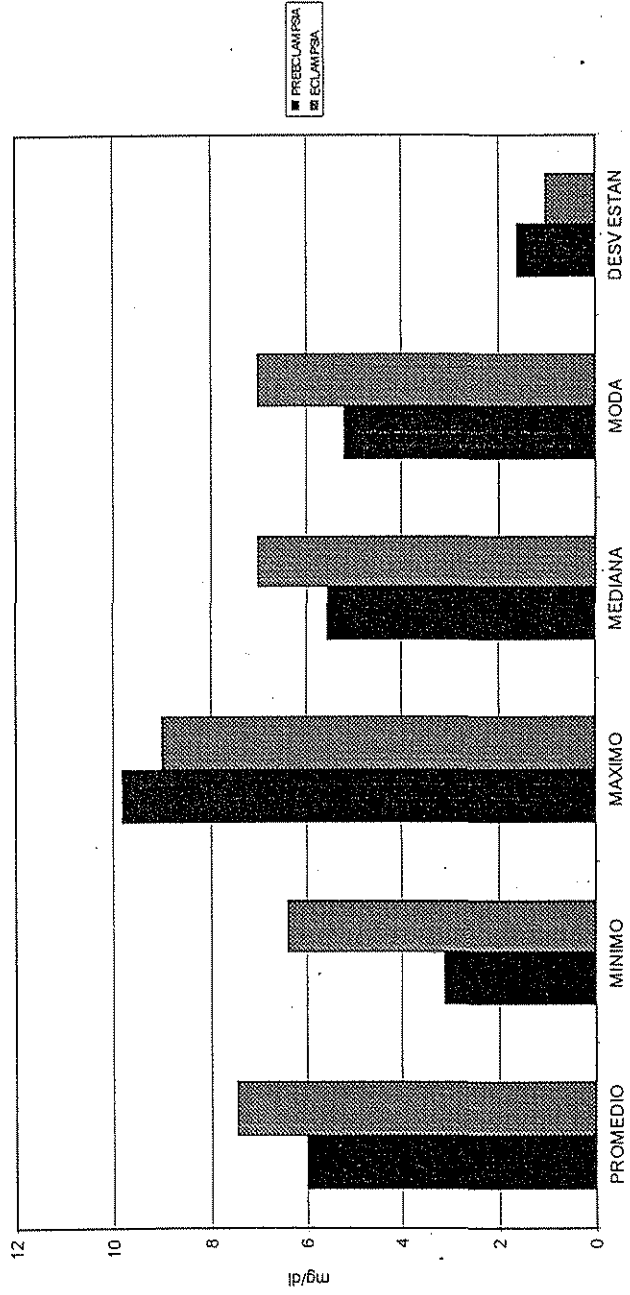
NIVELES DE ALBUMINA EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA COMPLICADOS CON IRA EN LOS MESES DE NOV-DIC 2001



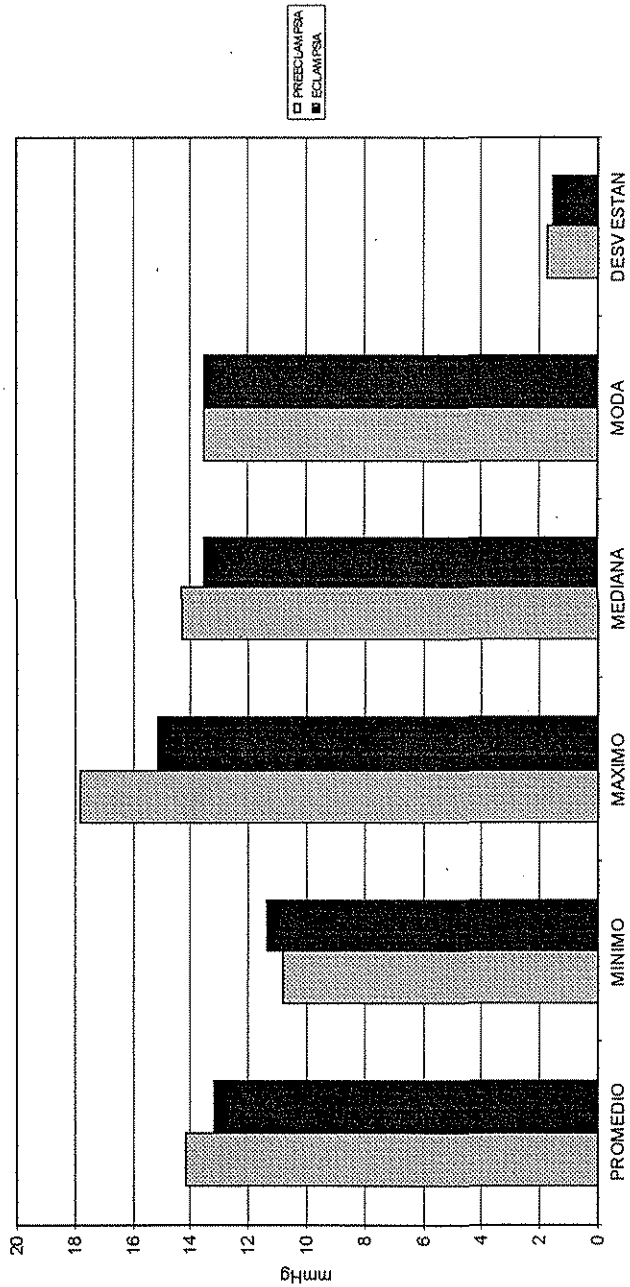
DEPURACION DE CREATININA EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA CON IRA EN LOS MESES DE NOV-DIC 2001



NIVELES DE ACIDO URICO EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA COMPLICADAS CON IRA EN LOS MESES NOV-DIC 2001



PRESION COLOIDSMOLICA EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA COMPLICADAS CON IRA EN LOS MESES NOV-DIC 2001



CONCLUSIONES

Pocas conclusiones podemos sacar de este estudio ya que fue observacional sin embargo tenemos que la insuficiencia renal aguda en una complicación frecuente de las pacientes con preeclampsia-eclampsia.

En nuestro estudio se analizaron 93 pacientes las cuales ingresaron al servicio de Terapia Intensiva del Hospital de Ginecología y Obstetricia No 3 Centro Médico La Raza en el período comprendido en noviembre-diciembre del 2001, de las cuales 31(33.3%) presentaron Insuficiencia Renal Aguda de las cuales 22 (72%) fueron pacientes con diagnóstico de preeclampsia severa, 6 (19%) con eclampsia, 2 pacientes (6%) con preeclampsia y Síndrome de Hellp, una (3) con eclampsia y síndrome de Hellp.

Los datos obtenidos difieren de lo reportado por Sibai que es del 4%, sin embargo son muy cercanos a las cifras Nacionales reportadas por Dr Daniel Rodríguez en el Hospital Civil de Guadalajara.

Sin embargo la prevalencia de Insuficiencia renal aguda en pacientes con Hellp es del 43% en nuestro Hospital mayor a lo reportado en la literatura nacional por la Dra Ana Lilia Martínez de Ita en el Hospital de Ginecología No 4 del IMSS.

Nuestras cifras pueden variar en relación a otros reportes ya que tomamos como parámetro de inicio del estudio creatinina fue de 1.1 mg/dl o mayor además de oliguria o anuria.

La severidad del cuadro comparado con pacientes preeclámpticas y eclámpticas parece estar relacionado con la edad de la paciente, a mayor severidad afecta a edades más tempranas (moda de 19 para eclámpticas y 33 para pacientes con preeclampsia)

El número de embarazos según nuestro estudio no influyo en la presentación de insuficiencia renal aguda (moda para ambas de 1 tanto con preeclampsia y eclampsia).

En cuanto a las semanas de gestación fue en promedio de 29.8 para las eclámpticas y 35.5 para las pacientes con preeclampsia, lo que traduce que probablemente a menor edad gestacional mayor severidad del cuadro.

En cuanto a la presión arterial media el promedio en pacientes con preeclampsia y eclampsia fue muy similar (121.8 y 123.3 respectivamente) sin embargo en cuanto a la moda fue de 113.3 mm Hg para las preeclámpticas y 120 para las eclámpticas que puede

estar relacionado que a mayor tensión arterial media mayor es la gravedad del cuadro, ya que la presión arterial mayor es la vasoconstricción generalizada, y por ende una menor perfusión tisular y por ende mayor daño renal.

La hipoalbuminemia es un factor concomitante ya que se encontro en promedio 2.62 para las preeclámpticas y 2.45 para las eclámpticas, con una moda para ambas de 2.5, lo cual repercute en la presión coloidosmotica que en promedio fue de 14.16 y 13.19 para pacientes con preeclampsia y eclampsia respectivamente y una moda de 13.5, para ambas, y estas determinantes, se encuentran bajas ya que como sabemos repercuten en una menor perfusión y menor filtrado glomerular; a activación del sistema Renina Angiotensina con mayor vasoconstricción que junto con un estado hipertensivo severo el daño endotelial perpetua y agrava el daño renal.

Los niveles de creatinina encontrados fueron de 1.63 para las pacientes con preeclampsia y de 1.24 para las pacientes con Eclampsia, con una moda de 1.2 para ambas, estos resultados no son los esperados para la severidad del cuadro, cuando esperaríamos que fueran inversos. Sin embargo el ácido úrico si tiene una relación con la severidad, ya que se encontró en promedio 6.01 para la Preeclampsia y de 7.47 para las Eclámpticas, con una moda de 5.4 para las preeclámpcias y de 7.0 para las eclámpticas. Ç

Los valores de la depuración de creatinina fueron muy similares para ambas patologías, 52.47 y 58.2 respectivamente para preeclampsia y eclampsia.

Se trata de un estudio preliminar que nos deja ver que la repercusión renal de la Tensión arterial en pacientes con preeclampsia, Eclampsia y "Síndrome de Hellp es muy elevada y siendo necesario tratar de disminuirla, ya que esta enfermedad es mortal, mejorar la presión coloidosmótica y por ende la perfusión renal. Serán necesarios estudios posteriores para el manejo de los diversos medicamentos, sus dosis, comparándolo con pacientes sin insuficiencia renal aguda.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- Gleicher Norbert , Medicina Clínica en Obstetricia, Editorial Panamericana, 1ra edición, 1996, pag. 861-890 y 915 -927,
- 2.- Martínez de Ita, García Enrique, Helgera Martínez y cols, Insuficiencia renal aguda en el síndrome de HELLP, Ginec. Obst. Méx. 1998; 66:462-468.
- 3.- Rodríguez Daniel, Godina Mateo, Hernández Abel y cols. Preeclampsia severa síndrome de HELLP e insuficiencia renal, Ginec. Obst, Méx. 1997; 66:48-51.
- 4.- Fiorelli Rodríguez Sergio, Alfaro Rodríguez Héctor, complicaciones médicas en el embarazo,, editorial Interamericana, 1ra edición, 1996, pag 319 a 331.
5. Thadhani Ravi, Pascual Manuel y Bonvenere Joseph V, Acute Renal Failure, N Eng J Med 1996; 30:1448-1457.
- 6.- James J Walker, Preeclampsia, Lancet 2000; 356:1260-1265
- 7.- Nasu Katei, Yoshimatsu jun, Anai T y cols, Low-Dose Dopamine in Treating Acute Renal Failure Caused by Preeclampsia, Gynecol Obstet Invest 1996; 42: 140-141.
- 8.- Sedlacek Martín and Wiston Jonathan A, Complications of Pragnancy, 5ta edición, editorial W.R. Cohen, capitulo 16, 277-293.
- 9.- Krane Kevin, Acute Renal Failure in Pregnancy, Arch Intern 1988; 148: 2347-2355.
- 10.- Seidman D.S., Serr D. M. and Ben Z. Rafael, Renal and Ocular Manifestations of Hypertensive Deseases of Pregnancy, Obstetricia and Gynecological Survey 1991; 46 (2) : 71-76.
- 11.- Díaz de León PM, López Llera MM, Rubio LG, Insuficiencia renal aguda de gasto urinario alto en pacientes preeclámplicas y eclámplicas, Ginec Obstet Méx. 1975; 37; 351-364.
- 12.- Stratta P., Canavese C., Colla M y cols, Acute Renal Failure un Preeclampsia-Eclampsia, Gynecol. Obstet. Invest. 1987; 24:225-231
- 13.- Sibai Baha M and Ramadan Mohammed K, Acute renal failure in pregnancies complicated by hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets, Am J Obstet Gynecol 1993; 168: 182-90.
- 14.- Dams Els Th. M, Vleeschouwer Marloes H. M, Van Dongen Pieter W.J, Obstetrics & Gynecology, Acute HELLP popspartum with renal failure 1995; 62: 127-130.
- 15.- Fauci AS, Braunwald E, Isselbacher, Harrison Principios de Medicina Interna, Editorial Mc Graw Interamerica, 14 edición, 1998, México D.F. pags. 1709-27.
- 16.- Stein H Jay, Nefrología, Editorial El Ateneo, 1984, Argentina. Pag. 154-180.
- 17.- Nelson Douglas A, Tomas Rusell H, Washington John A, Diagnóstico y Tratamiento Clínico por el laboratorio, 8ª edición, 1991, México D.F., pag 148-149 y 169-171.
- 18.- Robbins Stanley, Cotran Ramzy, Kumar Vinay, Patología Estructural y funcional, Editorial Interamericana McGray-Hill, 4ta edición. 1990, México, pag 1063-1136.
- 19.-Stein Jay, Medicina Interna, Editorial Salvat, 3ª edición, 1991, México DF , pag. 79
- 20.- Norma Técnico Médica para la prevención y manejo de la preeclampsia- Eclampsia, Instituto Mexicano del Seguro Social, Enero 1995, pag 1-32.