

11217
180



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA "LUIS CASTELAZO AYALA"
IMSS**

**¿PRECEDE LA HIPERTENSION
GESTACIONAL A LA PREECLAMPSIA?**

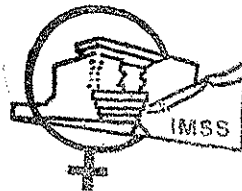
**TESIS DE POSGRADO
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
E S P E C I A L I S T A E N
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A
DR. CARLOS S. MORENO MENCHACA**



IMSS

**ASESOR DE TESIS:
DRA. LINA LARA GONZALEZ**

MEXICO, D.F.



**DIVISION DE EDUCACION
E INVESTIGACION MEDICA
HGD. "LUIS CASTELAZO AYALA"**

2002



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

¿PRECEDE LA HIPERTENSIÓN GESTACIONAL A LA PREECLAMPSIA?

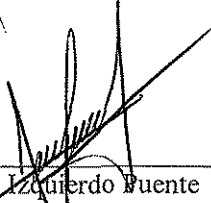


Alumno

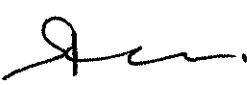
SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.




Dr. Carlos S. Moreno Menchaca
Residente de Ginecología y Obstetricia
Hospital de Gineco-Obstetricia "Luis Castelazo Ayala"



Dr. Juan Carlos Izquierdo Fuente
Director Médico
Hospital de Gineco-Obstetricia "Luis Castelazo Ayala"



Dr. Gilberto Tena Alavéz
Jefe de división de educación médica e investigación
Hospital de Gineco-Obstetricia "Luis Castelazo Ayala"



Dra. Lina Lara González
Jefe del departamento de enfermedades hipertensivas del embarazo
Hospital de Gineco-Obstetricia "Luis Castelazo Ayala"

AGRADECIMIENTOS

Papás:

Por su ejemplo, apoyo incondicional, dedicación, por su gran esfuerzo y por que sin ustedes no sería lo que soy ahora.

Gaby:

Por estar conmigo en todo momento y por tu apoyo incondicional.

Monika y Karla:

Por ser la fuente de inspiración para seguir adelante aún en los momentos más difíciles y ser el proyecto de mi vida.

Adriana:

Gracias por tu amistad, por tu imprescindible y desinteresada ayuda.

Dra. Lara:

Por su valiosa participación como asesora de esta tesis, por su apoyo y gran interés

INDICE

Introducción	1
Objetivo	3
Material y Métodos	4
Resultados	5
Discusión	7
Conclusiones	9
Anexos:	
Tablas	10
Gráficas	13
Bibliografía	18

RESUMEN

¿PRECEDE LA HIPERTENSIÓN GESTACIONAL A LA PREECLAMPSIA?

Dr. Carlos S. Moreno Menchaca, Dra. Lina Lara González

OBJETIVO:

Determinar si la hipertensión gestacional en etapas posteriores de la gestación evolucionará a preeclampsia.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, longitudinal y observacional. Se incluyeron 97 pacientes que ingresaron al servicio de complicaciones hipertensivas del embarazo con el diagnóstico de hipertensión gestacional en el periodo de 01 de enero de 2001 al 30 junio del 2001, después de recolectar los datos contenidos en las hojas de "concentrado de información" de dicho servicio y revisión de los expedientes clínicos. Para el análisis estadístico se utilizaron frecuencias simples y proporciones univariado con medidas de tendencia central como el promedio y la desviación estándar.

RESULTADOS:

El promedio de edad fue de 27.3 años, observándose el mayor número de pacientes entre 21 y 34 años. El promedio de gestaciones fue de 1.8, observándose que el 51% eran primigestas. La vía de interrupción del embarazo más frecuente fue la cesárea en el 51.5%. El promedio de la edad gestacional fue de 37 semanas. Se observó esta patología en 12.3% de embarazos pretérmino y en 5.1 % en embarazos mayores de 40 semanas. El control prenatal fue realizado en forma adecuada en el 72.1 % de las pacientes.

Los síntomas de vasoespasmo estuvieron presentes en el 6.1% de las pacientes, mientras que se observó trombocitopenia en 14.4% de los casos y en 2 pacientes se observó la cuenta plaquetaria menor a $100,000/\text{mm}^3$. La proteinuria se encontró en el 20.6% y la hiperuricemia en el 17.7% de las pacientes evaluadas.

CONCLUSIONES:

1. La hipertensión gestacional si evoluciona hacia preeclampsia.
2. El porcentaje de evolución de hipertensión gestacional hacia preeclampsia es del 32.9% en nuestro estudio.
3. Los factores de riesgo a considerar, según los resultados de nuestro estudio, para dicha evolución son: la edad de la paciente y la edad gestacional en la que se presenta la hipertensión.

INTRODUCCIÓN:

Desde la antigüedad los egipcios y los chinos ya mencionaban la existencia de convulsiones durante el embarazo, el conocimiento fue en base a la observación y en 1792 se describe por primera vez la relación de convulsiones y edema durante el embarazo; es en 1840 cuando se conjunta la presencia de proteinuria y finalmente la conformación del síndrome que actualmente conocemos como preeclampsia; el cual se lleva a cabo a finales del siglo XIX con la detección de elevación de la presión mediante rudimentarios aparatos que median la presión, es entonces cuando surge a la luz la presencia de un padecimiento del cual se tenían escasos conocimientos y que se acompañaba de una alta mortalidad materna y perinatal. ⁽¹⁻²⁾

En 1952 el comité americano de Salud Materna establece la definición de preeclampsia que consistía en la presencia de hipertensión, proteinuria y edema exclusivamente durante el embarazo después de la semana 24 de gestación. Sin embargo mas tarde el comité de terminología del Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología intentando mejorar la exactitud del diagnóstico de preeclampsia, discriminando la hipertensión aislada durante el embarazo, acuña el termino de hipertensión gestacional cuya definición es la presencia de hipertensión en el embarazo a partir de la semana 24, el parto o el puerperio, sin proteinuria o edema y que la presión sanguínea retorna a la normalidad después de los primeros diez días. ⁽³⁻⁴⁾

En nuestro medio sigue siendo la preeclampsia una de las patologías de mayor morbi-mortalidad materna y perinatal y la hipertensión gestacional es con frecuencia un diagnóstico diferencial que puede ser que forme parte de la preeclampsia como proceso inicial según algunos autores. Ya existen estudios aunque pocos donde mediante el estudio de la evolución de la hipertensión gestacional existe evidencia de una posible evolución a preeclampsia observándose hasta un 10% en las pacientes que se detecto hipertensión gestacional antes de la semana 36 de embarazo. ⁽⁵⁻⁶⁾

Existen otros estudio en los que se ha tratado de relacionar el daño endotelial de la hipertensión sin proteinuria (hipertensión gestacional) en los cuales se ha hecho seguimiento a base de fibronectina a nivel plasmático y se ha encontrado que existe alteración en ambas patologías. ⁽⁷⁻⁸⁾

Cada año en el mundo se presentan 430,000 casos de preeclampsia severa de los cuales 16,600 corresponden a México de ahí la importancia de determinar la morbi-mortalidad de la hipertensión gestacional y se existe alguna relación con la preeclampsia ya que de ser así formaría parte de un sesgo en la información sobre morbi-mortalidad por preeclampsia. ⁽⁹⁻¹⁰⁾

En el Hospital de Gineco-Obstetricia "Luis Castelazo Ayala" se realizó un estudio sobre la morbi-mortalidad materna y perinatal en pacientes que cursaron con hipertensión gestacional, encontrando cifras similares a las reportadas a nivel mundial (6.7%) en donde las pacientes con hipertensión gestacional en etapas posteriores de la gestación presentaron preeclampsia. ⁽¹¹⁾

OBJETIVO:

Determinar si la hipertensión gestacional en etapas posteriores de la gestación evolucionará a preeclampsia

MATERIAL Y METODOS:

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, longitudinal y observacional. Se incluyeron 97 pacientes que ingresaron al servicio de complicaciones hipertensivas del embarazo con el diagnóstico de hipertensión gestacional en un periodo de 6 meses del 01 de enero de 2001 al 30 de junio del 2001, después de recolectar los datos contenidos en las hojas "concentrado de información" de dicho servicio y revisión de los expedientes clínicos de las pacientes arriba mencionadas.

Para el análisis estadístico de estos resultados se utilizaron frecuencias simples y proporciones univariado con medidas de tendencia central como la media y la desviación standar.

Las variables que se analizaron en este estudio fueron: edad, antecedentes obstétricos, vía de interrupción del embarazo; edad gestacional, control prenatal, semanas de embarazo en que se diagnosticó preeclampsia, síntomas de vasoespasmo, trombocitopenia, proteinuria e hiperuricemia.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN: pacientes que cumplan con los criterios de hipertensión gestacional y aquellas pacientes que no cursen con enfermedades renales del tejido conectivo e hipertensión arterial crónica.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: pacientes que al momento de su detección se encuentren con tratamiento antihipertensivo.

RESULTADOS

Del total de pacientes que ingresaron al servicio de complicaciones hipertensivas del embarazo en el periodo de estudio se incluyeron 97 con diagnóstico de hipertensión gestacional de las cuales se contaba con las hojas de "concentrado de información".

Los resultados obtenidos en el presente estudio hacen notar que el promedio de edad de presentación de esta entidad fue de 27.3 años con una desviación estándar de 6.4. Observándose el mayor número de pacientes (n=67) en el grupo de edad de 21-34 años (71.1%). **(tabla I) (gráfica I)**

El promedio de gestaciones para estas pacientes fue de 1.8, observándose que el 50 de ellas (51%) eran primigestas.

En este estudio se encontró que la vía de interrupción del embarazo más frecuente fue la cesárea la cual se practicó en 50 pacientes (51.5%), comparándose con el parto en el resto pacientes (48.4%) **(tabla II) (gráfica II)**

Al analizar las semanas de gestación en que se presentó este padecimiento observamos que sólo una paciente se encontraba en el segundo trimestre con un embarazo de 25 semanas, el resto se presentó en el tercer trimestre con un promedio para la edad gestacional de 37 semanas con una desviación estándar de 2.6. Se encontró que sólo 12 pacientes (12.3%), cursaban con un embarazo pretérmino y por otro lado 5 pacientes (5.1%) cursaban con un embarazo mayor de 40 semanas de gestación. **(tabla III) (gráfica III)**

Otra variable evaluada fue el control prenatal, en relación a éste se observó que 70 de las pacientes estudiadas (72.1%) lo realizaron en forma adecuada.

Dentro de las variables que se analizaron para evaluar la progresión de la hipertensión gestacional hacia la preeclampsia se incluyeron: la presencia o no de

síntomas de vasoespasmo, trombocitopenia, proteinuria y/o elevación del ácido úrico durante la estancia intrahospitalaria de la paciente. Sin embargo las variables determinantes de dicha progresión en este estudio incluyeron sólo a la trombocitopenia y a la proteinuria

Se observó que los síntomas de vasoespasmo estuvieron presentes sólo en 6 pacientes (6.1%). La trombocitopenia se presentó en 14 pacientes (14.4%), siendo la cuenta plaquetaria menor de 100,000 sólo en 2 de ellas. La proteinuria se encontró en 20 pacientes (20.6%). El ácido úrico se elevó por arriba de los niveles normales en 17 pacientes (17.7%), sin embargo ninguna paciente presentó esta variable por arriba de los 10mg/dl **(tabla IV) (gráfica IV)**.

Del total de pacientes 32 (32.9%) evolucionaron de hipertensión gestacional a preeclampsia, de las cuales 20 (62.5%) lo hicieron durante la primera semana de estancia intrahospitalaria y 12 (37.5%) en la segunda. **(tabla V) (gráficaV)**.

DISCUSION

La hipertensión gestacional es un padecimiento al cual se le ha restado importancia durante muchos años, actualmente hay poca literatura al respecto debido a la creencia de que es una patología benigna. ⁽¹⁾

En el presente estudio encontramos que esta patología se presenta con mayor frecuencia en pacientes de la tercera y cuarta década de la vida lo cual coincide con estudios previamente realizados en nuestro país. ⁽¹¹⁾ Es importante recordar que la edad promedio para la presentación de la preeclampsia-eclampsia es en pacientes de la 2ª. década de la vida. ⁽³⁾ En base a los datos arriba mencionados podríamos catalogar a la edad como un factor importante para determinar la progresión de la hipertensión gestacional hacia estados hipertensivos del embarazo más graves.

Los hallazgos de nuestro estudio demostraron que la hipertensión gestacional es más frecuente en pacientes primigestas, lo cual es similar en pacientes con preeclampsia según lo publicado en estudios anteriores. ⁽²⁾ Por lo anterior podemos inferir que el número de gestaciones no parece ser un factor determinante en la progresión de la enfermedad.

Según lo reportado en nuestro estudio, la hipertensión gestacional parece ser una patología del tercer trimestre del embarazo e incluso de embarazos de término, recordando que estos se presentaron en el 82.4% de las pacientes evaluadas. Comparando las pacientes con hipertensión gestacional con aquellas que presentan preeclampsia, es notorio que en las segundas la incidencia de embarazos pretérmino es mayor; ⁽⁶⁾ lo cual puede sugerir que a menor edad gestacional de presentación de la hipertensión, mayor la probabilidad de progresión hacia preeclampsia.

De los resultados de nuestro estudio un dato que nos pareció sumamente importante remarcar, es el relacionado a la vía de interrupción del embarazo en pacientes con hipertensión gestacional, ya que observamos que el 51.1% de los

embarazos se resolvieron por operación cesárea; comparándolo con la literatura mundial en la que incluso en pacientes con preeclampsia la interrupción del embarazo vía abdominal no es tan alta.⁽⁶⁾

El control prenatal fue una variable que consideramos importante debido a que a pesar de contar con este en forma adecuada, el 72.1% de las pacientes estudiadas presentaron hipertensión gestacional. Esto nos indica que, aún en embarazos normoevolutivos, esta entidad no debe descartarse en las últimas semanas de gestación, de ahí la importancia de realizar un control prenatal más estrecho en embarazos de término.

Para cumplir el objetivo de este estudio consideramos la progresión de la hipertensión gestacional hacia preeclampsia, en aquellas pacientes que presentaron durante su estancia intrahospitalaria trombocitopenia y/o proteinuria. De acuerdo a este parámetro y a lo mencionado en los resultados de nuestro estudio encontramos que el 32.9% de las pacientes hipertensas gestacionales progresaron hacia preeclampsia. El vasoespasmo no se tomó como variable determinante de esta progresión debido a que en las hojas de "concentrado de información" no se detalla la naturaleza de estos síntomas.

Tanto en la literatura nacional⁽¹²⁾ como en la internacional⁽³⁾ la incidencia de progresión de hipertensión gestacional hacia preeclampsia es de (7-10%), la cual es menor que la reportada en nuestro estudio, esto probablemente se deba a que en estudios anteriores sólo se tomaba como variable determinante de dicha progresión a la proteinuria.

CONCLUSIONES:

La hipertensión gestacional sí evoluciona hacia preeclampsia. Nuestro estudio demostró que el 32.9% de las pacientes que se diagnostican como hipertensas gestacionales evolucionaron a preeclampsia.

Los factores de riesgo a considerar, según los resultados de nuestro estudio, para dicha evolución son la edad de la paciente y la edad gestacional en la que se presenta la hipertensión.

La evolución de la hipertensión gestacional hacia preeclampsia se presenta, según los resultados de nuestro estudio, con mayor frecuencia en la primera semana de estancia intrahospitalaria.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

A N E X O S

TABLA I: EDAD

GRUPO	MUESTRA	PORCENTAJE
< 20	18	18.5
21 - 34	67	71.1
> 35	12	12.3

TABLA II: VIA DE INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO

	MUESTRA	PORCENTAJE
PARTO	47	48.3
CESAREA	50	51.5

TABLA III: EDAD GESTACIONAL

SEMANAS DE GESTACIÓN	MUESTRA	PORCENTAJE
< 36	12	1.3
36 - 40	80	81.4
> 40	5	5.1

TABLA IV: FACTORES DETERMINANTES DE LA PROGRESIÓN EN LA HIPERTENSIÓN GESTACIONAL

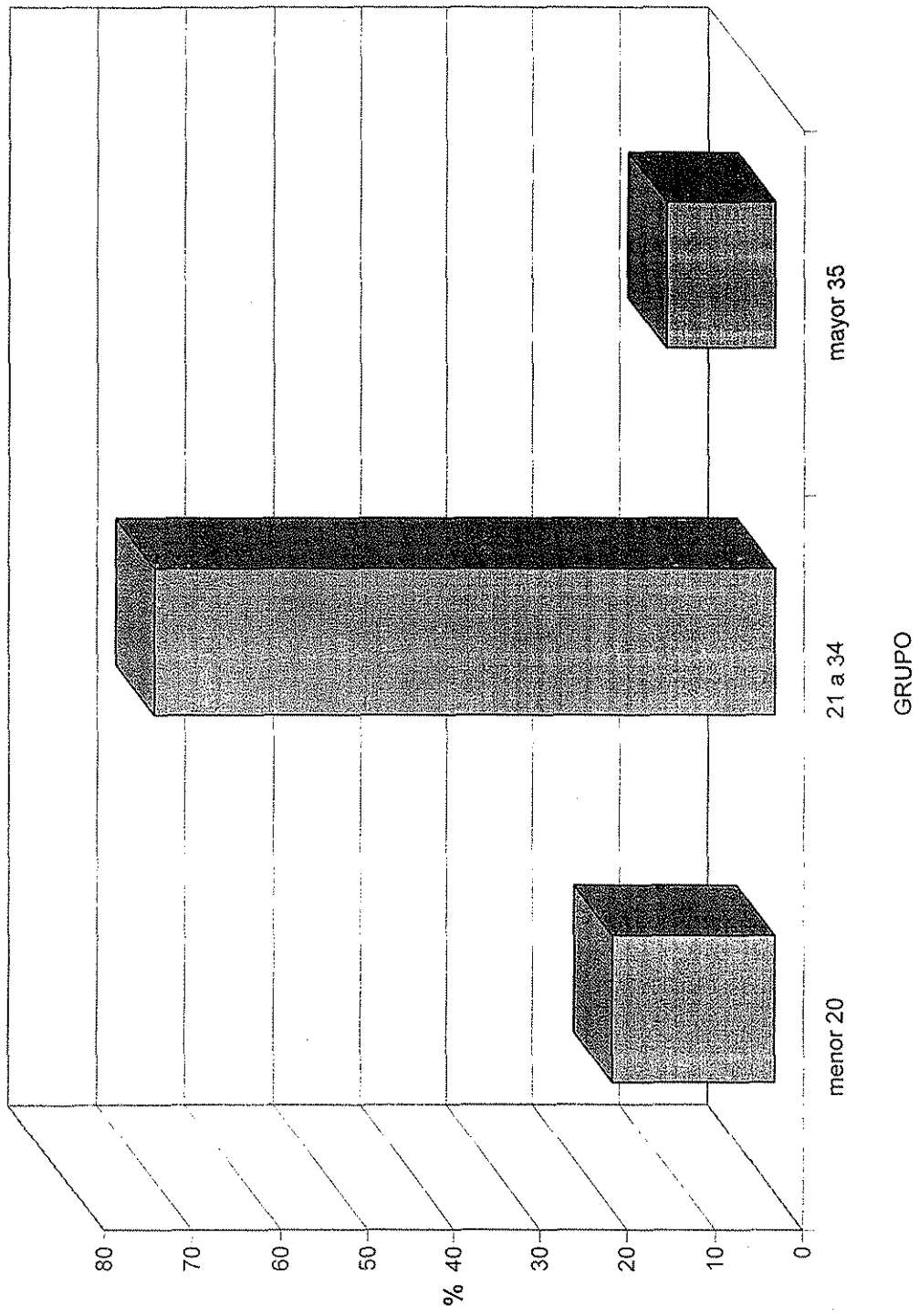
	MUESTRA	PORCENTAJE
SINTOMAS DE VASOESPASMO	6	6.1
TROMBOCITOPENIA	14	14.4
PROTEINURIA	20	20.6
HIPERURICEMIA	17	17.7

TABLA V: TIEMPO DE EVOLUCIÓN

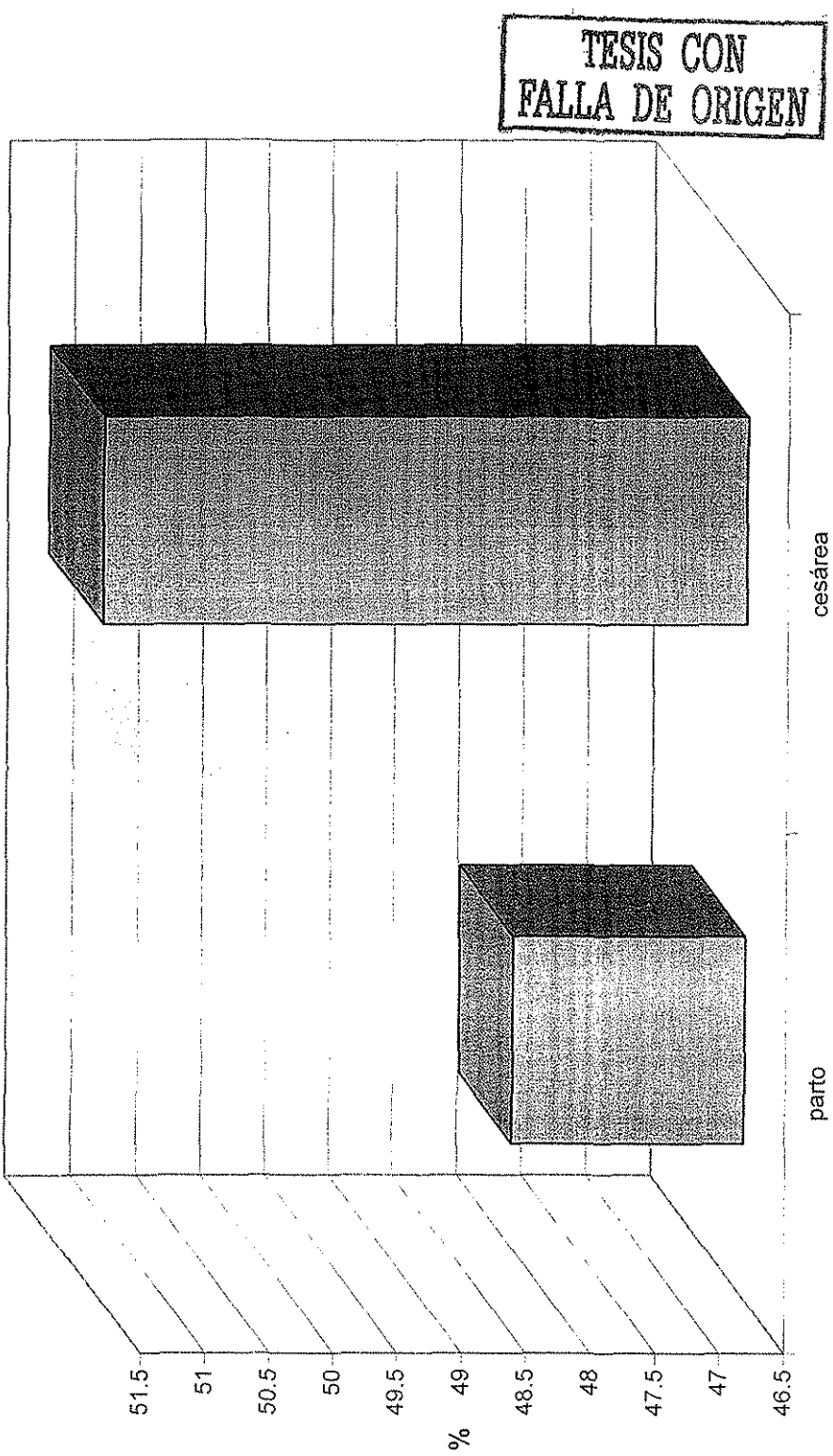
TIEMPO DE EVOLUCIÓN	MUESTRA	PORCENTAJE
1ª. SEMANA	20	62.5
2ª. SEMANA	12	37.5
Total	32	100

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

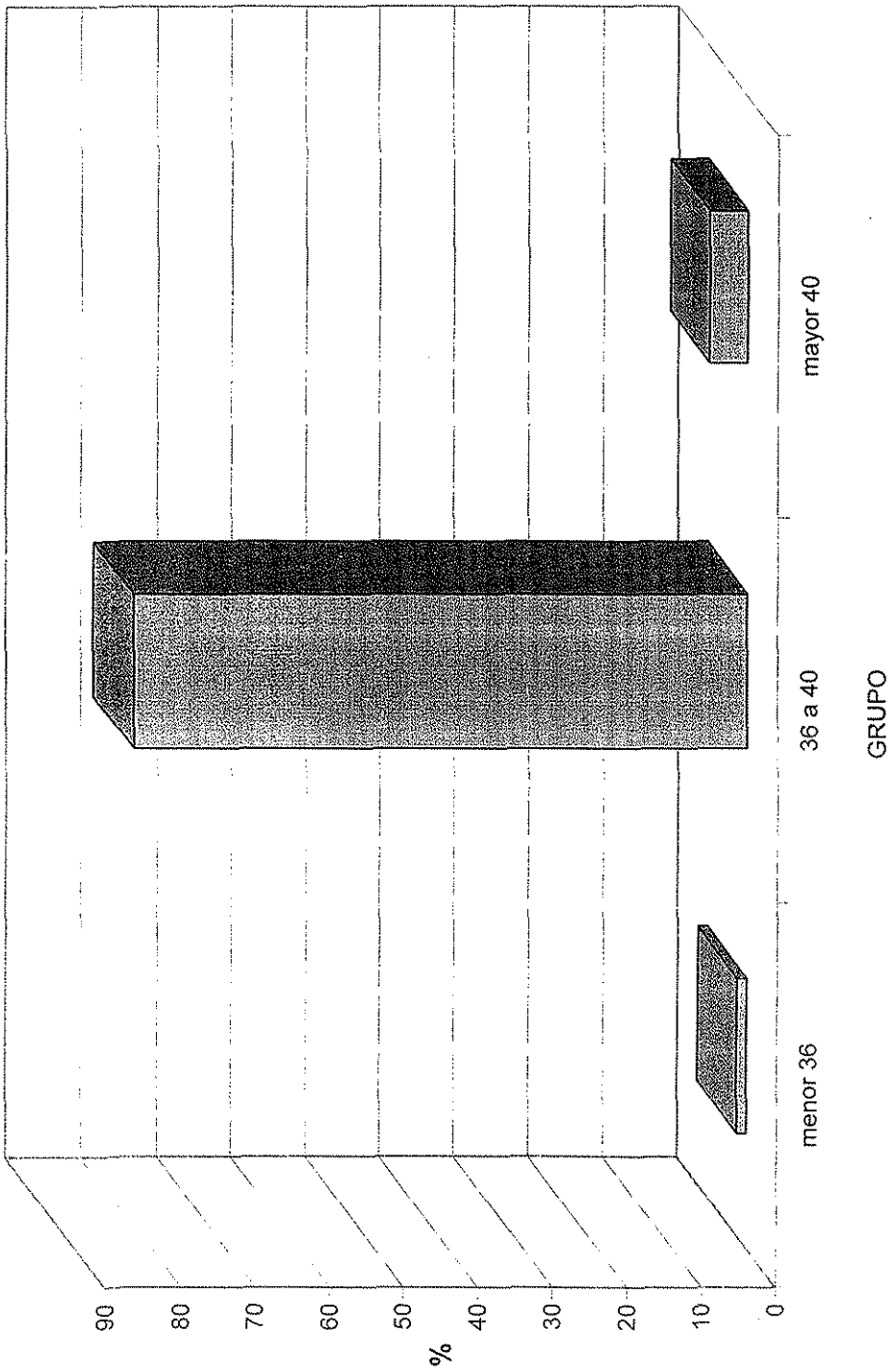
GRAFICA I: EDAD



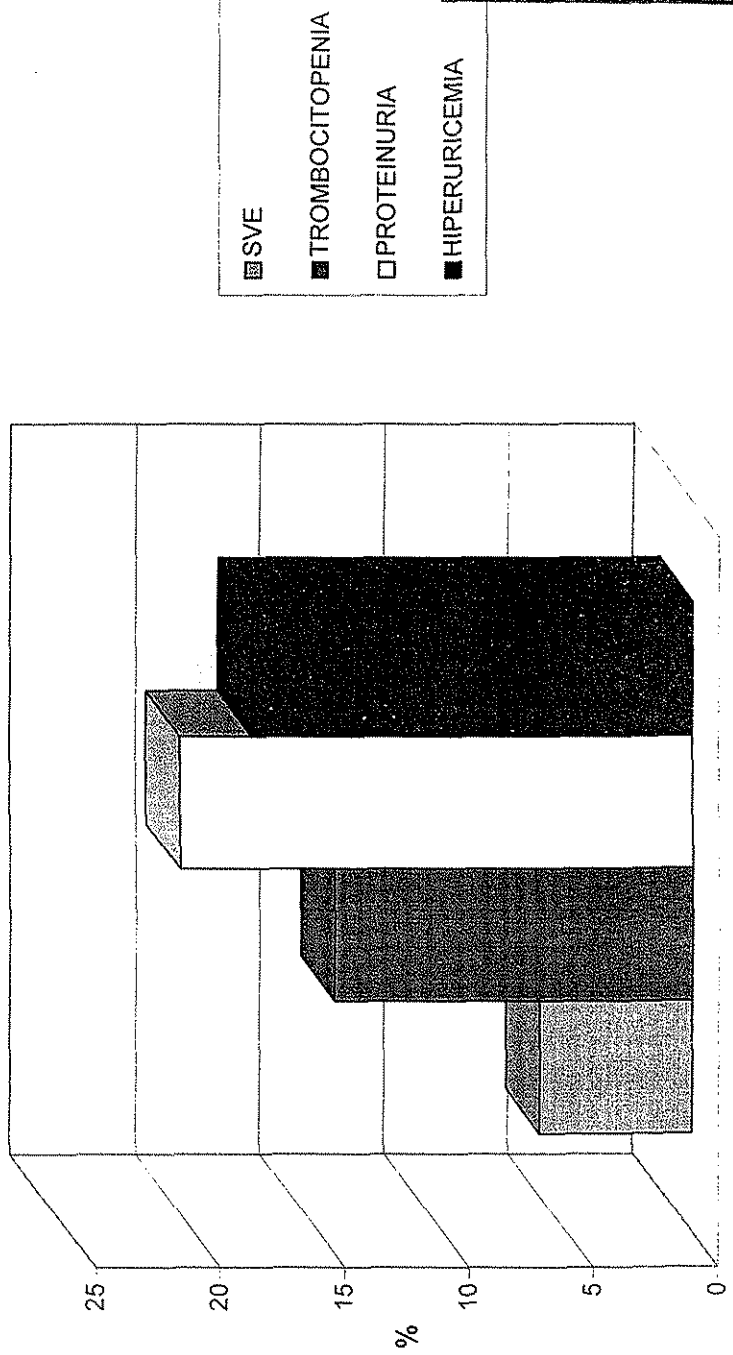
GRAFICA II: VIA DE INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO



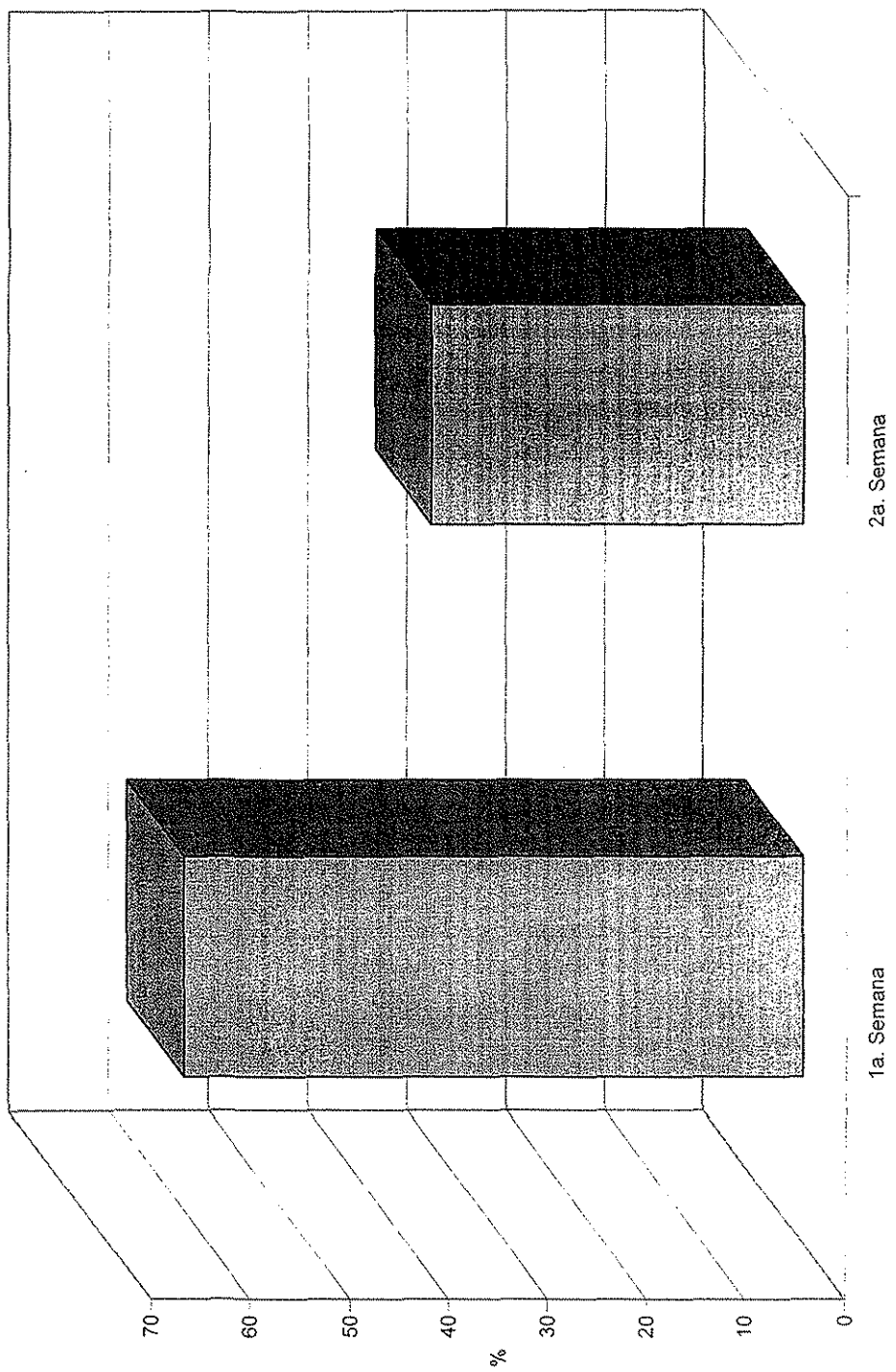
GRAFICA III: EDAD GESTACIONAL



GRÁFICA IV: FACTORES DETERMINANTES DE LA PROGRESIÓN DE LA HIPERTENSIÓN GESTACIONAL



GRAFICA V: TIEMPO DE EVOLUCIÓN



BIBLIOGRAFIA

1. Clínica Obstétrica y Ginecológica. Hipertensión y enfermedad renal en el embarazo. México Distrito Federal. Interamericana 1984; vol 4: 1025-1035.
2. Williams. Obstetricia México Distrito Federal. Salvat 1993:511-512
3. Patrick S, Mark A, Megan L, Jones M. Gestation hypertension become preeclampsia? Br J Obstet Gynecol 1998;105;1177-1184.
4. Arnau C, Chaud C, Dizier B, Gamberre M, Rochar H. Plasma fibronectin predictive factor in gestation hypertension. Pathol biol-Paris 1997;457(6):487-490.
5. Bellegeer V, Spitz B, Kiecknsi P, Mareau T, Collen D. Predictive value of increased plasma levels of fibronectine in gestation hypertension. Am J Obstet gynecol 1999;161:332-336.
6. Asociación de Médicos del Hospital de Gienco-Obstetricia No. 3, Ginecología y Obstetricia, México distrito Federal. Mendez editores 1997:385.
7. Harrison. Principios de Medicina Interna , México Distrito Federal 1991 (I):1160
8. Norma técnoco-médica para la prevención y manejo de la preeclampsia-eclampsia. Instituto Mexicano del Seguro Social. México D.F. 1993:12-16.
9. Fiorelli-Alfaro. Complicaciones médicas en el embarazo, México Distrito Federal. McGraw Hill, Interamericana 1996:70-71.
10. Barquín De mil novecientos noventa y cols. Socio Medicina. México Distrito Federal 1990 tomo II:812.
11. Franco V. Lara L. Hipertensión gestacional: morbi-mortalidad materna y perinatal. Hospital de Gineco-Obstetricia "Luis Castelazo Ayala". IMSS. 2000. Tesis