

11217



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION  
HOSPITAL GENERAL DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO  
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO

INCIDENCIA PREECLAMPSIA EN MUJERES CON EDAD  
MATERNA AVANZADA EN EL HOSPITAL GENERAL  
DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO

**TRABAJO DE INVESTIGACION  
QUE PRESENTA LA  
DRA. CLAUDIA GONZALEZ NAVARRETE  
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA  
ESPECIALIDAD DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**



ISSSTE

ASESOR DE TESIS: DRA. ROCIO INCLAN FARIAS

2004

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

121.

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

121.

INSTITUTO VENEZOLANO  
DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS



*[Handwritten signature]*

**DR. ROBERTO CRUZ PONCE**  
Coordinador de enseñanza e investigación

*[Handwritten signature]*

**DR. ALBERTO CHAVEZ MERLOS**  
Profesor titular del curso de Ginecología y Obstetricia

*[Handwritten signature]*

**DR. HANTZ IVES ORTIZ ORTIZ**  
Profesor adjunto del curso de Ginecología y Obstetricia

*[Handwritten signature]*

**DR. ISAÍAS VELÁZQUEZ ESPINOZA**  
Jefe del servicio de Ginecología y Obstetricia

*[Handwritten signature]*

**DRA. ROCIO INCLAN FARIAS**  
Medico adscrito del servicio de Ginecología y Obstetricia  
Asesor de tesis

*[Handwritten signature]*

**DRA. CLAUDIA GONZALEZ NAVARRETE**  
Medico residente del 4to. Año del servicio de Ginecología y Obstetricia

I.S.S.S.T.E.  
FACULTAD DE MEDICINA  
HOSPITAL GENERAL

★ 27 SET. 2004 ★

DR DARIO FERNANDEZ F  
JEFATURA DE ENSEÑANZA

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Cludia

González Navarrete

FECHA: 06/0ctubre/09

FIRMA: \_\_\_\_\_

**AGRADECIMIENTOS**

**A mis padres por haberme dado la vida y ser el pilar en mi vida, por darme la fortaleza para seguir adelante cada día y ser mi mejor ejemplo.**

**A mis hermanas por estar a mi lado en todo momento y que me hacen ser una mejor persona.**

**A mi abuelita por apoyarme de manera incondicional.**

**A Monstse por haber nacido.**

**A mi mejor amigo por escucharme y comprenderme en todo momento.**

**A mis amigos por todo su apoyo.**

**A mis profesores por compartir su experiencia conmigo.**

**Y a esa persona especial por estar a mi lado.**

## **INDICE**

RESUMEN.....	1
SUMMARY.....	2
ANTECEDENTES.....	3
OBJETIVOS.....	9
JUSTIFICACION.....	10
MATERIAL Y METODOS.....	11
RESULTADOS.....	12
CONCLUSIONES.....	13
TABLAS Y GRAFICAS.....	14
REFERENCIAS.....	22

## RESUMEN

---

Se realizó un estudio retrospectivo, transversal, comparativo (casos y controles), en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro, para conocer la incidencia de preeclampsia en mujeres de edad materna avanzada (EMA). **MATERIAL Y METODOS:** Durante el período comprendido de Enero de 2003 a Enero de 2004, mediante la revisión de expedientes del archivo de éste hospital se incluyó en el estudio a aquellas pacientes >35 y <45 años , con embarazo mayor de 20 semanas y hasta 72 hrs de puerperio, quienes hayan presentado preeclampsia durante estas semanas de gestación. Se excluyeron a aquellas pacientes con datos incompletos en el expediente. **RESULTADOS:** De 3524 consultas obstétricas, N=570, pacientes, fueron de EMA, de las cuales N=185 (32.45%), desarrolló preeclampsia leve o severa y N=385 (67.54%), no lo hizo. Llevando a cabo correlación entre los factores de riesgo más importante se encontró que los más importante fueron los antecedentes heredo-familiares positivos para preeclampsia con un riesgo de 2.9, seguido de factores predisponentes y antecedente de preeclampsia severa con un riesgo de 1.57. **CONCLUSIONES:** Debemos realizar vigilancia estrecha en aquellas pacientes con EMA quienes cuenten con antecedentes heredo-familiares positivos para preeclampsia para disminuir en la medida de los posible las complicaciones propias de esta grave enfermedad.

## SUMMARY

---

We were carried out a retrospective, traverse, comparative study, in the service of Gynecology and Obstetrics of the General Hospital Dr. Darío Fernández Fierro, to know the preeclampsia incidence in women of advanced maternal age (EMA). **MATERIAL AND METHODS:** During the understood period of January of 2003 to January of 2004, by means of the revision of files of the file of this hospital was included in the study to those patients >35 and <45 years, with pregnancy bigger than 20 weeks and until 72 puerperio hrs who have presented preeclampsia during these weeks of gestation. They were excluded those patients with incomplete data in the file. **RESULTS:** Of 3524 obstetric consultations, N=570, patient, was of EMA, of those which N=185 (32.45%), it developed light or severe preeclampsia and N=385 (67.54%), he/she didn't make it. Carrying out correlation among the factors of more important risk was found that the most important was the positive inherit-family antecedents for preeclampsia with an risk of 2.9, followed by factors predisponentes and antecedent of severe preeclampsia with an risk of 1.57. **CONCLUSIONS:** We should carry out narrow surveillance in those patients with EMA who have positive inherit-family antecedents for preeclampsia to diminish in the measure of the possible one the complications characteristic of this serious illness.



## ANTECEDENTES

El embarazo en la mujer sobre los 35 años, también denominado gestante tardía y especialmente la mayor de 40 años o primigesta añosa, concentran un importante riesgo de morbimortalidad materna y perinatal. El riesgo materno esta dado por mayor frecuencia de patologías asociadas a mayor edad materna como es la hipertensión arterial crónica, la diabetes mellitus, la obesidad, el embarazo gemelar, la miomatosis uterina, placenta previa y el agravamiento natural de las patologías pregestacionales. El riesgo de su hijo esta aumentado por la prematuridad, el retardo en el crecimiento fetal y por las cromosomopatías, las que aumentan con la edad materna.

La tasa de fecundidad de las mujeres de 35 a 39 años es de 49.2 nacimientos por mil mujeres, las de los 40 a 44 años es de 14 y las 45 a 49 años es de 0.8 respectivamente siendo estos grupos de mujeres los de mayor descenso han experimentado dicho indicador reproductivo. Las embarazadas mayores de 40 años contribuyeron con el 12.7% de la mortalidad materna.(1)

## RIESGOS A LA SALUD EN MUJERES CON EDAD MATERNA AVANZADA

El embarazo de alto riesgo es aquel en el que se tiene la probabilidad de que ocurran estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto de la gestación. De igual manera se ha utilizado el termino de "**Daño Reproductivo**" como un resultado del embarazo ya sea temporal o definitivo no deseado y el "**Riesgo reproductivo**" como la probabilidad de sufrir un daño durante el proceso de reproducción. El riesgo reproductivo implica 3 conceptos: El *riesgo preconcepcional* que se refiere a la detección de factores de riesgo antes de la gestación, el *riesgo obstétrico* que se refiere a los factores de riesgo en la mujer embarazada, es decir, durante el periodo prenatal y parto, y el *riesgo perinatal* que se refiere a los factores de riesgo para el neonato desde la semana 28 de gestación hasta los primeros 7 días de vida extrauterina.

La hipertensión arterial que alcanza una prevalencia de un 20% en la población adulta y es la mayor parte de morbimortalidad cardiovascular, es también la complicación médica más frecuente del embarazo. La elevación tensional de la embarazada tiene diversas causas y expresiones. En primer lugar el embarazo puede inducir elevación tensional y daño renal especificado para esta condición. Por otra parte un número importante de mujeres hipertensas en edad fértil son susceptibles de quedar embarazadas y finalmente otras con predisposición genética para desarrollar hipertensión, la expresan de forma transitoria durante la gestación, al estar sometidas a alteraciones hemodinámicas y hormonales de esta condición, las diferentes patologías hipertensivas que ocurren durante el embarazo y/o el puerperio precoz se agrupan bajo el nombre de síndromes hipertensivos del embarazo.

## PREECLAMPSIA:

### CONCEPTO

Es un término utilizado para describir enfermedades de la mujer embarazada que se caracteriza por el desarrollo secuencial de la acumulación de líquido en el intersticio, hipertensión arterial y excreción de grandes cantidades de proteínas por orina, que se presentan habitualmente después de la semana 20 de gestación o antes en las formas atípicas, así como puede manifestarse en el puerperio.

Esta patología junto con la hemorragia y los procesos infecciosos son las causas más comunes de muerte materna en el embarazo tardío, particularmente en países en vías de desarrollo como el nuestro.

### CLASIFICACION

1. Preeclampsia
2. Eclampsia
3. Hipertensión arterial crónica
4. Hipertensión arterial crónica con preeclampsia sobreagregada

Para establecer el diagnóstico de hipertensión y embarazo se requieren cifras tensionales por arriba de 140/90 mmHg en una mujer embarazada. Para poder clasificarla se deben de tomar en cuenta los antecedentes y la presencia o no de proteinuria y/o edema.

La preeclampsia representa el 80 al 85% de los casos de hipertensión que complican al embarazo, se presenta después de la semana 20 de gestación y en las primeras 72 hrs después del puerperio y cuando ocurre antes o después de este lapso se denomina “preeclampsia atípica” y puede relacionarse con patología del trofoblasto como la mola hidatiforme. Se clasifica con relación las cifras tensionales de 140/90 mmHg o mayor con la diferencia de mínimo 2 tomas con un espacio por toma de 6 hrs con la característica de ser oscilatoria, a diferencia de la crónica la cual es sostenida o bien se acepta como un incremento respectivamente con frecuencia asociada a proteinuria, edema de grado variable.(1)

#### FRECUENCIA:

Se estima que se presenta entre un 5 a 7% de todos los embarazos, en nuestro país oscila entre un 8 a 10% y es la causa mas común de muerte materna en el embarazo tardío, particularmente en los países un vías de desarrollo, también es la principal causa de muerte perinatal asociada a retardo en el crecimiento intrauterino y de alteraciones conductuales en los infantes que sobreviven.

#### CLASIFICACION

##### PREECLAMPSIA LEVE:

Elevación sobre cifras basales en la presión sistólica mayor a 30mmHg o diastólica mayor a 15 mmHg o una presión mayor de 140/90 y menor de 160/110 mmHg, presión arterial media mayor de 106 y menor de 126 mmHg, proteinuria menor de 3 gramos en orina de 24 hrs o tira reactiva de orina con proteinuria cuantitativa de + ó ++, edema de grado variable.

##### PREECLAMPSIA SEVERA:

Presión arterial 160/110 o mayor, con una presión arterial media mayor de 126 mmHg, proteinuria de 3g/l en orina de 24 hrs o tira reactiva positiva con +++ a +++++, edema variable además de presentar oligo/anuria, alteraciones del estado de alerta, irritabilidad o somnolencia, fosfenos, acufenos, amaurosis, zumbido de oídos, náusea , vomito, mareo,

hiperreflexia osteotendinosa con clonus, datos de insuficiencia cardiaca congestiva o cianosis, dolor en epigastrio o en barra, hipersensibilidad en área hepática, alteraciones hematológicas o bioquímicas tales como, elevación de la TGO, trombocitopenia y hemolisis (Síndrome de HELLP)

## EPIDEMIOLOGIA

Las complicaciones hipertensivas del embarazo siguen constituyendo hasta el momento actual una de las causas mas importantes de morbilidad y muerte materna en casi todos los países del mundo, tanto industrializados como en vías de desarrollo. Su frecuencia de presentación, el lugar que ocupan como responsables de este tipo de fallecimientos y sus niveles de mortalidad varían de acuerdo a las condiciones socioeconómicas de la población, su asentamiento geográfico, así como la disponibilidad y accesibilidad a los servicios profesionales de atención a la salud.

## FRECUENCIA:

Entendida esta como equivalente a morbilidad, en virtud de que se trata del numero de casos de la enfermedad en relación con todos los embarazos ocurridos en un determinado periodo, las cifras informadas para la frecuencia de la preeclampsia en cualquiera de sus formas clínicas, muestran una gran variabilidad la cual es aproximadamente de un 2 a 35%, se ha reportado en México una morbilidad de 4.75%, la cual resulta consistente con los datos anteriores.(2)

Por lo que respecta a morbilidad se registra un 0.05% en contraste con el 7.7% se registra en países en vías de desarrollo. Sin embargo en la mayoría de los casos los valores se encuentran entre 0.1 y 0.6%.(3)

## FRECUENCIA COMO CAUSA DE MUERTE MATERNA

En México se informa responsable de un 25% de las muertes maternas y en un periodo de 10 años ocupó el primer lugar de igual manera el primer lugar con 36.2%.

## FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PREECLAMPSIA

EDAD: Se ha demostrado que el riesgo mas elevado de muerte por preeclampsia los presentan las mujeres mayores de 35 años, cuya tasa especifica de mortalidad se cuadriplica, ya que estas pacientes son mas frecuentes las formas sobreagregadas de preeclampsia y coexistencia de patologia crónico degenerativas que hace mas desfavorable la evolución clínica y respuesta al tratamiento.

NUMERO DE EMBARAZOS: se ha demostrado mayor prevalencia de esta patologia de hasta un 75% de los casos corresponde a primigestas, Cuando la enfermedad ocurre en multiparas, estas tienen factores predisponentes que pueden haber estado ausentes en embarazos previos. Se encontró que el 31.3 % de las muertes maternas por esta causa tuvieron el primer lugar en mujeres primigestas.(6)

SEMANAS DE GESTACIÓN: se ha descrito que la principal aparición de la preeclampsia ocurre en las ultimas 4 semanas de gestación hasta en un 40% y de la semana 28 a 37 en un 45%, podría deberse a una elevada proporción en mujeres mayores de 35 años en quienes son mas frecuentes las formas sobreagregadas de la complicación hipertensiva, que son de presentación mas temprana y de una evolución clínica mas grave que las formas primarias o puras

ATENCIÓN PRENATAL: existe una relación clara entre vigilancia prenatal, temprana, sistemática y de buena calidad con una mayor posibilidad de experimentar complicaciones , la atención medica durante el embarazo constituye un factor de riesgo importante.

OBESIDAD: se ha demostrado mayor incidencia de preeclampsia en mujeres con obesidad la cual se mide en base al índice de masa corporal mayor de 26.

PORTADORAS DE INFECCIONES DE VIAS URINARIAS DE REPETICIÓN: se asocia con incremento de presentar preeclampsia.

FACTORES GENETICOS: existen evidencias que señalan que las madres, hermanas e hijas de pacientes que han presentado preeclampsia tienen incidencia significativamente

mayor de la enfermedad que los grupos controles. Se ha asociado con mayor frecuencia de preeclampsia a mutaciones del gen angiotensinogeno, las que elevarían los niveles plasmáticos del sustrato de renina.(4)

**TABAQUISMO:** se asocia a una disminución importante del flujo uterino y con esto una hipoperfusión placentaria la cual es una de las teorías que se asocian a preeclampsia.(5)

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Identificar los factores de riesgo que presentan las mujeres con edad materna avanzada, así como el efecto de la edad como factor de riesgo para presentar preeclampsia en relación al resto de la población en edad fértil. Se analizará el riesgo a través de la razón de momios, comparativo de casos y controles con pariamiento de 2:1.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

Identificar la prevalencia de los factores de riesgo dentro del embarazo en mujeres con edad materna avanzada predisponentes o asociados a preeclampsia en relación al resto de la población control

Estimar la importancia de algunos factores biológicos, sociodemográficos y perinatales, relacionados con el riesgo de desarrollar preeclampsia en pacientes con edad materna avanzada, tales como anrtcedente de preeclampsia, antecedentes de enfermedades crónicodegenerativas, paridad, tabaquismo, obesidad.

## JUSTIFICACIÓN

El embarazo es una etapa importante en el desarrollo de un nuevo ser cuando ocurre en mujeres con edad materna avanzada, el riesgo de presentar preeclampsia en relación al resto de la población control en aproximadamente de un 5 a 10% , ya que estas, presentan características físicas y fisiológicas diferentes en comparación al resto de la población control, ya que estas pueden ser portadores de patologías previas al embarazo como es la diabetes mellitus, hipertensión arterial crónica, alteraciones de la coagulación las cuales pueden descompensarse, descontrolarse o simplemente presentarse y desarrollarse por primera vez durante el embarazo.

Existe una mortalidad materna elevada , de la cual el 9% ocurre en mujeres con edad materna avanzada , de la misma manera este grupo de población presenta mayor riesgo de complicaciones maternas y fetales presentando así mayor incidencia de mortalidad fetal incrementando se hasta en un 15% asociada a prematuridad y retraso en el crecimiento intrauterino.

La información disponible en nuestro país referente a factores asociados a preeclampsia en mujeres con edad materna avanzada es limitada, a pesar de que en nuestro medio cada día se incrementa mas por el nivel de vida y socioeconómico alcanzado en los últimos años, así tampoco existen estudios representativos ni comparativos que tomen en cuenta el riesgo de desarrollar preeclampsia en mujeres con edad materna avanzada en relación a una población cuyo embarazo ocurre en condiciones optimas.

Por lo descrito anteriormente, es importante profundizar en el conocimiento de la evolución y resultado del embarazo en mujeres con edad materna avanzada, para partir de esto y contribuir con información clínica que servirá posteriormente a médicos involucrados en la atención de pacientes con edad materna avanzada. Es también importante el tener referencia en cuanto a los puntos críticos, que deben tomar en cuenta para prever la morbilidad y mortalidad de este grupo de pacientes que presentan una elevada incidencia de presentar preeclampsia como complicación del embarazo.



## MATERIAL Y METODOS

---

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, tomando los datos del expedientes del archivo del Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro, de las pacientes atendidas en el servicio de obstetricia en el período de Enero de 2003 a enero de 2004.

### GRUPOS DE ESTUDIO:

Pacientes atendidas en el servicio de obstetricia cursando de la 20ª semana de gestación hasta las primeras 72 hrs del puerperio.

### GRUPO PROBLEMA:

Pacientes mayores de 35 años de edad y menores de 45 años, cursando la 20ª semana de gestación y las primeras 72 hrs del puerperio.

### CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Mujeres embarazadas mayores de 18 años y menores de 45 años

Se encuentren en la semana 20ª de gestación y las primeras 72 hrs de puerperio

### CRITERIOS DE ELIMINACION

Pacientes con expedientes cuya información no este completa

### VARIABLES DEPENDIENTES

1) Preeclampsia

### VARIABLES INDEPENDIENTES

- 1) Patología previa al embarazo
  - a) Diabetes mellitus
  - b) Hipertensión arterial
  - c) Alteraciones de la coagulación
  - d) Otras\*Se encuentran presentes o no
- 2) Tabaquismo
  - Si o no
- 3) Antecedentes heredo familiares de preeclampsia
  - \* Si o no
- 4) Obesidad
  - a) Índice de masa corporal mayor a 27
    - Si o no
- 5) Semanas de gestación
- 6) Edad

## RESULTADOS

Se atendieron en el período de Enero de 2003 a Enero de 2004 3524 consultas en el servicio de obstetricia, de las cuales N=570 (16.17%) pacientes fueron mayores de 35 años y menores de 45 años. De este total N= 185 (32.45%), desarrollaron preeclampsia (leve o severa), mientras que N=385 (67.5%), no la presentaron.

Dividiendo las edades gestacionales en rangos de 4 semanas, de la 20 a la 40, observamos que el grupo más afectado fue el de la semana 37 a 40, relacionándose ésta con lo reportado en la literatura mundial.

El riesgo se obtuvo a través de la razón de momios comparativo de casos y controles con pariamiento.

Así mismo se correlacionaron las variables: Antecedente de preeclampsia, , número de embarazos, factores de riesgo para preeclampsia, tabaquismo, antecedentes heredo-familiares y obesidad, encontrando lo siguiente: En las pacientes con antecedente de preeclampsia en el embarazo anterior existió un riesgo de 1.57, en el de pacientes primigestas un riesgo 1.54, en el de pacientes con patología previa un riesgo 1.06, en el de pacientes con antecedentes heredo-familiares positivos para preeclampsia un riesgo de 2.9, en el de pacientes con tabaquismo positivo un riesgo de 0.63, y en el de pacientes con obesidad un riesgo de 0.98, lo cual nos indica que aquellas pacientes con antecedentes familiares de esta patología, tienen un riesgo de casi del triple de desarrollar preeclampsia en relación a personas de menor edad, seguido de aquellas pacientes primigestas y aquellas con factores predisponentes y antecedentes de preeclampsia en el embarazo anterior con riesgo de 1.57.

## CONCLUSIONES

La frecuencia de pacientes embarazadas de edad materna avanzada, han aumentado en los últimos años por razones socioeconómicas, por lo que ocupa un lugar importante en la obstetricia actual, del cual se debe tomar en consideración, para nuevos planes de salud en nuestro hospital, ya que implica además de los graves daños a la salud materno-fetal, el elevado costo económico a las instituciones prestadoras del servicio de salud.

Los resultados en cuanto a la relación de los factores de riesgo, pueden variar como es comentado en la literatura médica y tal como pudimos comprobarlo en nuestro estudio en que los antecedentes heredo-familiares ocupan el lugar más importante en cuanto al factor de riesgo de peso se refiere, y no las enfermedades crónico-degenerativas subyacentes como lo mencionan en otras instituciones.

Lo anterior nos conduce a llevar a cabo una vigilancia estrecha en las ya de por sí afectadas pacientes primigestas añosas, en aquellas en que detectemos con más de dos factores de riesgo asociados.

**Falta página**

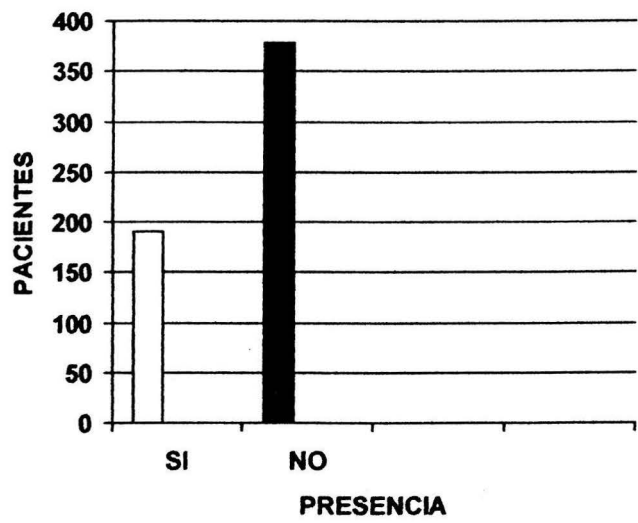
**N° 14**

PREECLAMPSIA				RIESGO
37 a 40		SI	NO	1.57
SEMANAS DE GESTACION	SI	85	128	
	NO	106	251	

Tabla 3.EMA, Pacientes que presentaron preeclampsia en el último trimestre Tabla 2.EMA, factores de riesgo para preeclampsia y presencia de preeclampsia.

Fuente: Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro. Enero 2003-Enero 2004.

### PREECLAMPSIA EN PACIENTES CON ANTECEDENTES POSITIVOS PARA PREECLAMPSIA



Gráfica 1.EMA, factores de riesgo para preeclampsia y presencia de preeclampsia.

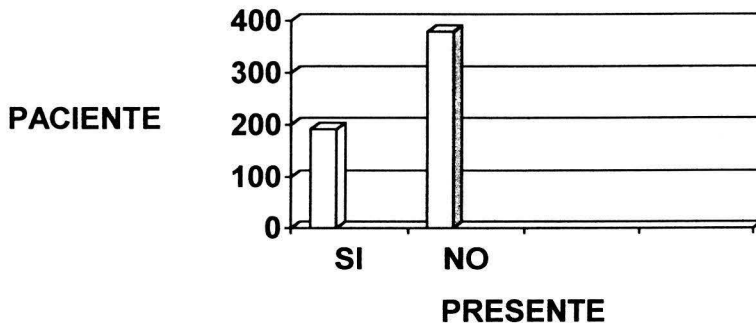
Fuente: Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro. Enero 2003-Enero 2004.

PREECLAMPSIA				RIESGO
PATOLOGIA PREVIA		SI	NO	1.06
	SI	16	30	
	NO	175	349	

Tabla 4.EMA, patología previa y presencia de preeclampsia.

Fuente: Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro. Enero 2003-Enero 2004.

## PATOLOGIA PREVIA Y PRESENCIA DE PREECLAMPSIA



Gráfica 2.EMA patología previa y presencia de preeclampsia.

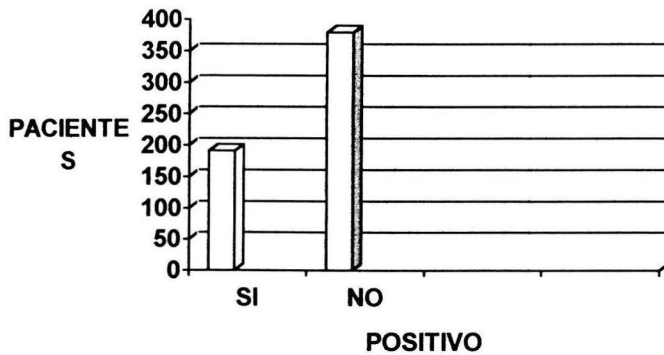
Fuente: Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro. Enero 2003-Enero 2004.

PREECLAMPSIA				RIESGO
ANTECEDENTES		SI	NO	2.9
HEREDOFAMILIA	SI	118	109	
RES	NO	73	270	

Tabla 5.EMA, antecedentes heredofamiliares y presencia de preeclampsia.

Fuente: Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro. Enero 2003- Enero 2004.

### ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES Y PREECLAMPSIA



Gráfica 3. EMA, antecedentes heredofamiliares y presencia de preeclampsia.

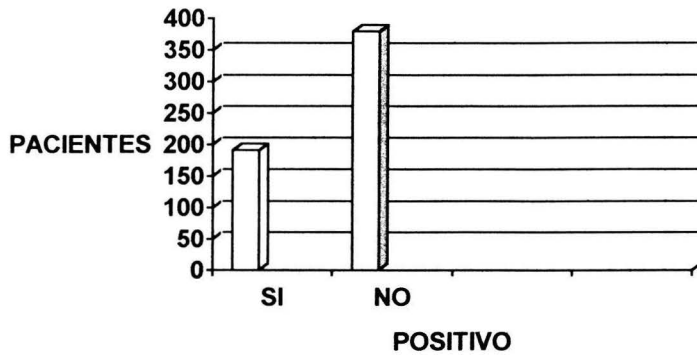
Fuente: Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro. Enero 2003- Enero 2004.

PREECLAMPSIA			RIESGO	
TABAQUISMO		SI	NO	0.53
	SI	33	106	
	NO	158	273	

Tabla 6.EMA, tabaquismo y presencia de preeclampsia.

Fuente: Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro. Enero 2003- Enero 2004.

## TABAQUISMO Y PREECLAMPSIA



Gráfica 4 .EMA, tabaquismo y presencia de preeclampsia.

Fuente: Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro. Enero 2003- Enero 2004.

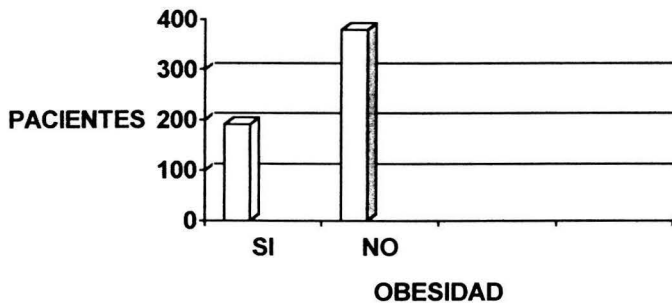


PREECLAMPSIA			RIESGO	
OBESIDAD		SI	NO	0.98
	SI	68	136	
	NO	123	243	

Tabla 7. EMA obesidad y presencia de preeclampsia.

Fuente: Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro. Enero 2003- Enero 2004.

## OBESIDAD Y PREECLAMPSIA



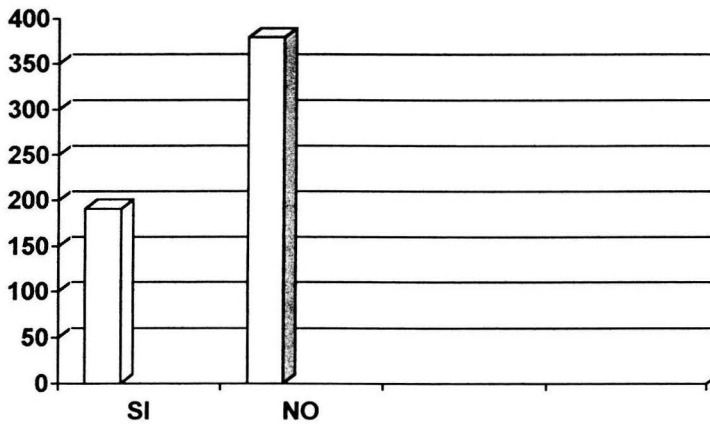
Gráfica 5. EMA obesidad y presencia de preeclampsia.

Fuente: Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro. Enero 2003- Enero 2004.

PREECLAMPSIA				RIESGO
PRIMIGESTAS		SI	NO	1.54
	SI	93	144	
	NO	98	235	

Tabla 8. EMA, primigestas y presencia de preeclampsia.

Fuente: Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro. Enero 2003-Enero 2004.



Gráfica 6. EMA, primigestas y presencia de preeclampsia.

Fuente: Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro. Enero 2003-Enero 2004.

<b>FACTOR</b>	<b>RIESGO (%)</b>
ANT.HEREDO-FAMILIARES POSITIVOS	2.9
ANT. PREECLAMPSIA	1.57
PRIMIGESTAS	1.54
PATOLOGIA PREVIA	1.06
TABAQUISMO	0.98
OBESIDAD	0.63

**Tabla 9. Factores de riesgo.**

Fuente: Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro. Enero 2003-Enero 2004.

Gráfica 1. Preeclampsia en mujeres de Edad Materna avanzada.

Fuente: Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Darío Fernández Fierro. ISSSTE México D.F. 2004

## REFERENCIAS

1. Gonzalez HV Antenatal factors associated with significant birth weight discordance in twin gestations. *Am J Obstet Gynecol.* 2003 189 (3) 216-30.
2. hapel LC et al. A longitudinal study of biochemical variables in women at risk of preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol* 2002 187 (1): 44-59.
3. De Swier M. Maternal mortality; confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom. *Am Obstet Hynecol* 2000; 182:760-6
4. Chaapell LC. Effect of antioxxidaants on the ocurrence of preeclampsia in women at increased risk: a randomised trial. *Lancet* 1999; 354:810-6.
5. Kimberly DG et al. Age and racial/ethnic differences in maternal, fetal and placental conditions in laboring patients. *Am J Obstet Gynecol* 2003 188 (6): 116-28.
6. Cabero. Enfermedades Hipertensivas del Embarazo. Riesgo Elevado Obstétrico. Ed OD. 1ª Ed. 1994, 314-37.
7. Arias. Enfermedades Hipertensivas del Embarazo. Manual para el embarazo y parto de alto riesgo. 1995. Ed. Priestley. 412-42.