

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL "LUIS CASTELAZO AYALA"

RESULTADO MATERNO Y PERINATAL DEL MANEJO
CONSERVADOR DE LA PREECLAMPSIA SEVERA.

TESIS DE POSGRADO

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
**ESPECIALISTA EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA:
DRA. ESTELA MARTÍNEZ RAMÍREZ

ASESOR:
Dr. JUAN FERNANDO ROMERO ARAUZ.
Ginecólogo y Obstetra adscrito y Jefe de Servicio.
Servicio de complicaciones Hipertensivas Asociadas al Embarazo.
5° PISO SUR.



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.

AGRADECIMIENTOS

A **Dios** quien es el motor, inspiración y quien rige el camino de mi vida.

A mi **Madre Doña Estela** por el amor, la confianza y su apoyo incondicional en todo momento.

A mi **Padre Don Andrés** por la oportunidad de trascender.

A mis **Hermanos** Leticia, Delfino y Nallely, Andrés, Maricela, Néstor y Miriam por su amor, ejemplo y apoyo.

A mis **Sobrinos** Mariana y Rodrigo por sus sonrisas y su alegría.

A mis **Amigos y Compañeros**: Alejandra, Rebeca, Juan, Fabiola, Erika, Mónica y Carlos Molina por todos los momentos que compartimos y su apoyo incondicional.

A la Universidad Nacional Autónoma de México y su Facultad de Medicina.

Y a todas las personas que han compartido un momento de su vida conmigo y que han colaborado directa o indirectamente en este proyecto que es hoy una realidad.

DEDICATORIA

A Dios, mis padres, hermanos, sobrinos, amigos y compañeros.

DR. GILBERTO TENA ALAVEZ
Director General
UMAE Hospital "Luis Castelazo Ayala"

DR CARLOS E. MORÁN VILLOTA
Director de Educación e Investigación en Salud.
UMAE Hospital "Luis Castelazo Ayala"

DR. JUAN FERNANDO ROMERO ARAUZ
Asesor metodológico.
Jefe de Departamento Clínico
Servicio de Complicaciones Hipertensivas Asociadas al Embarazo
5° PISO SUR

INDICE

RESUMEN.....	1
ANTECEDENTES CIENTIFICOS.....	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
OBJETIVOS.....	5
JUSTIFICACIÓN.....	6
METODOLOGÍA.....	7
ANÁLISIS ESTADISTICO.....	10
RESULTADOS.....	11
DISCUSIÓN.....	23
CONCLUSIONES.....	25
BIBLIOGRAFÍA.....	26

RESUMEN

OBJETIVO: Describir cual es la morbilidad y mortalidad materna y fetal del manejo conservador de la preeclampsia severa en pacientes con embarazos de 27 a 33 semanas en el Hospital "Luis Castelazo Ayala"

METODOLOGÍA: Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, transversal, no controlado. Se incluyen en el estudio a todas las pacientes con diagnóstico de Preeclampsia Severa, con fetos sin malformaciones congénitas mayores del sistema nervioso central, cardiovascular o digestivas. Se analizó la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Se consideró como morbilidad materna asociada la presencia de: eclampsia, desprendimiento prematuro de placenta, ruptura hepática, síndrome de HELLP, edema pulmonar, deterioro de la función renal. Se considerarán complicaciones fetales: Desaceleraciones tardías o variables severas, trazo silente, perfil biofísico fetal ≤ 4 puntos de 10 en 2 ocasiones con 4 horas de diferencia, RCIU severo y oligohidramnios. El resultado perinatal se evaluará por la obtención de los siguientes datos: edad gestacional del recién nacido por la escala de Capurro, la vía de interrupción del embarazo, la valoración de la escala de Apgar al minuto y a los 5 minutos, el peso del recién nacido en gramos, la morbilidad neonatal, la admisión a la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) y la muerte perinatal. El análisis descriptivo de las variables se expresara con medidas de tendencia central (medias y desviaciones estándar y porcentajes) por medio del programa SPSS versión 14.

RESULTADOS: encontró que el 42 % no fue candidata a este manejo, el 58% cumplió criterios para manejo conservador de preeclampsia severa el promedio de tiempo de latencia fue de 6.3 con un rango de entre 3 y 24 días, encontramos un ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales de 43% con un una estancia en el servicio de 7.8 días en promedio con un rango de 1 a 28 días , la complicación perinatal mas frecuente fue el síndrome de dificultad respiratoria con un 41% y el peso en promedio al nacimiento fue de 1461 grs. No tuvimos muertes maternas y si una neonatal dentro de las primeras 24 horas después del nacimiento debido a prematuridad extrema. Dentro de las complicaciones maternas en nuestros resultados encontramos síndrome de HELLP en un 18% , insuficiencia renal aguda en un 20% y síndrome nefrótico en un 2.5% , no tuvimos casos de desprendimiento prematuro de placenta.

CONCLUSIONES:

El manejo conservador de preeclampsia severa mejora el resultado perinatal sin poner en riesgo la vida de la madre.

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

El manejo conservador de la preeclampsia severa sugerido por Sibai y Odendaal en embarazos menores de 32 y 34 semanas respectivamente, mejora el resultado perinatal e incrementa el peso del recién nacido sin aumentar las complicaciones materna¹. El curso clínico de la preeclampsia severa se caracteriza por un deterioro progresivo del binomio materno fetal y debido a que el único tratamiento efectivo es la interrupción expedita del embarazo tiene como consecuencia el aumento en la morbilidad fetal debido a la prematuridad. En muchos países el manejo conservador de la preeclampsia severa es una realidad y es factible hasta en el 70% de los casos, se puede disminuir esta morbilidad mediante una vigilancia adecuada del binomio, uso de fármacos antihipertensivos y el uso de esteroides para inducir la madurez pulmonar fetal, por esta razón este manejo deberá de ser otorgado en unidades de tercer nivel.²

En 1994 Sibai informo sobre 95 casos de mujeres con preeclampsia severa en las cuales se pudo prolongar el embarazo hasta 15 días, como consecuencia de ello hubo menos complicaciones neonatales, se incremento el peso de los recién nacidos sin aumento en las complicaciones maternas al compararlas con aquellas que habían recibido un tratamiento agresivo³. En estudios previos realizados en el hospital se encontró que se podía prolongar el embarazo hasta 6.4 días y que no hubo aumento en las complicaciones maternas existiendo así mismo una diferencia estadísticamente significativa en la mortalidad perinatal (3% vs 21%; $P < 0.05$). La ausencia de muertes fetales fue debido a una vigilancia intensiva del binomio, identificando el momento más oportuno para interrumpir el embarazo.⁴

Hall en un estudio de 340 pacientes de entre 24 a 34 semanas de gestación reporto una latencia en cuanto a la prolongación del embarazo de 11 días con un rango de entre 1 a 47 días, 2 óbitos relacionados con desprendimiento prematuro de placenta normoincorta con una supervivencia neonatal de 94% y un peso en promedio al nacimiento de 1400 grs. Refiere en sus conclusiones que la edad gestacional al nacimiento se asocia significativamente con el resultado neonatal en cuanto al resultado materno presentaron eclampsia 1.2% de las pacientes⁵.

Haddad reporto en un estudio de 381 casos de entre 24 y 33 semanas de gestación que el 37% requirieron interrupción de embarazo en las primeras 48 hrs, 67% continuo con el embarazo, reporto una latencia de 5 días en promedio, con muertes perinatales en un 5.4% en neonatos menores de 29 semanas, con un peso promedio de 1115 grs. , dentro de las complicaciones

maternas se presento síndrome de HELLP 14%, desprendimiento prematuro de placenta no incierta en 6%, edema agudo de pulmón en un 4% y coagulación intravascular diseminada en 1% y no se reportaron muertes maternas⁶.

El objetivo principal del manejo conservador en pacientes que tiene embarazos lejanos del término es mejorar el resultado perinatal sin embargo la condición materna esta en gran riesgo de deterioro durante este tratamiento y que no todas las pacientes son candidatas a este manejo de ahí la importancia de la elección de las pacientes sea cuidadosa y estricta, tomando en cuenta el riesgo beneficio entre el resultado materno y perinatal⁷. En la literatura hay muchos artículos retrospectivos observacionales de casos y controles aleatorizados no controlados en los que se demuestra que el manejo conservador de la preeclampsia severa es factible con una elección adecuada de las pacientes sin comprometer la seguridad materna⁸.

En numerosas guías de este manejo se establece que las primeras 48 horas después de la administración de esteroides para lograr la madurez pulmonar fetal son el periodo crítico de este manejo y que si el embarazo se logra prolongar por lo menos 72 horas el resultado perinatal mejora considerablemente⁹. En la literatura mexicana a excepción de algunos artículos no hay reportes con un adecuado número de pacientes que concuerden con los datos anteriormente descritos. El propósito del presente trabajo es describir el comportamiento de la morbimortalidad materno perinatal en pacientes manejadas en el Hospital Luis Castelazo Ayala del IMSS para así contar con la evidencia necesaria de que el manejo conservado mejora el resultado perinatal sin aumentar el riesgo de morbimortalidad materno.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el resultado materno y perinatal de las pacientes sometidas a manejo conservador de la preeclampsia severa en embarazos de 27 a 33 semanas?

OBJETIVOS

General

Describir cuál es la morbimortalidad materna y fetal del manejo conservador de la preeclampsia severa en pacientes con embarazos de 27 a 33 semanas en el Hospital Luis Castelazo Ayala

Específicos

- Describir cuál es la morbimortalidad materna del manejo conservador de la preeclampsia severa en pacientes con embarazos de 27 a 33 semanas en el hospital Luis Castelazo Ayala.
- Describir cuál es la morbimortalidad fetal del manejo conservador de la preeclampsia severa en pacientes con embarazos de 27 a 33 semanas en el hospital Luis Castelazo Ayala.

JUSTIFICACION

La preeclampsia es la principal causa de morbimortalidad materna y fetal en nuestro país. El tratamiento de la misma es la interrupción del embarazo, sin embargo esto implica la mayor tasa de nacimientos prematuros con un resultado perinatal adverso. Los fetos de éstas pacientes tienen un alto riesgo de presentar bajo peso al nacer, morbilidad por la prematurez e incluso muerte perinatal, cuando el embarazo es lejano al término. El manejo conservador de la preeclampsia sugerido por Sibai y Ondedaal mejora el resultado neonatal e incrementa el peso al nacer, sin embargo, es controvertido si la prolongación del embarazo pone en riesgo el estado de la madre y empeora su morbilidad y mortalidad. Por esta razón es importante saber si el manejo conservador de la preeclampsia severa es adecuado en las pacientes del Hospital Luis Castelazo Ayala.

METODOLOGIA

Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, transversal, descriptivo, no controlado. Se incluyeron en el estudio a todas las pacientes con diagnóstico de Preeclampsia Severa internadas en el Hospital "Luís Castelazo Ayala", con embarazos entre 27 a 33 semanas por fecha de última regla confiable o extrapolando la edad gestacional por un ultrasonido realizado hasta antes de las 16 semanas, a partir de Enero del 2004 a Enero del 2007. El diagnóstico y la clasificación de la preeclampsia severa con los criterios establecidos por las normas médicas del IMSS. La edad gestacional del embarazo se considerará en base a la fecha de última menstruación confiable o extrapolando la edad gestacional en base a la estimada por un ultrasonido realizado hasta antes de las 16 semanas. Sólo se incluirán en el estudio los fetos sin malformaciones congénitas mayores del sistema nervioso central, cardiovascular o digestivas.

En el análisis del diagnóstico de preeclampsia severa se considerará cuando además de la hipertensión arterial uno o más de los siguientes criterios haya estado presente escrito en el expediente clínico: tensión arterial sistólica (TAS) ≥ 160 mmHg o diastólica (TAD) ≥ 110 mmHg tomada en dos ocasiones con 6 horas de diferencia con la paciente en cama y en reposo, proteinuria igual o mayor a 2 gr. en recolección de orina en 24 horas, proteínas de +++ o más en dos tomas de tira reactiva recolectadas con al menos 6 horas de diferencia, alteraciones visuales o cerebrales persistentes (cefalea, visión borrosa, fosfenos, acúfenos), epigastralgia persistente o dolor en barra en cuadrante superior derecho del abdomen, oliguria (orina < 500 ml en 24 hrs, < 0.5 ml/Kg/hr), edema pulmonar espontáneo, cianosis, trombocitopenia ($< 100\ 000$ mm³ plaquetas), elevación de las enzimas hepáticas (DHL > 600 UI/L, TGP > 70 UI/L, TGO > 70 UI/L).

Las pacientes son candidatas a manejo conservador siempre y cuando no exista ninguna complicación materna de la preeclampsia documentada y se haya corroborado el bienestar fetal mediante una prueba sin estrés reactiva, perfil biofísico mayor de 6, y perfil hemodinámico doppler que demuestre que no existan alteraciones en el espectro de onda de la arteria umbilical y arteria cerebral media. A las pacientes se les informará su estado de salud y el del feto y mediante una carta de consentimiento informado firman aceptando el manejo conservador.

A todas las pacientes en manejo conservador se someterán a un protocolo de vigilancia para detección oportuna de las posibles complicaciones maternas y fetales. La vigilancia materna consiste en estabilizar la tensión arterial mediante el uso de antihipertensivos con alfametildopa,

hidralazina, nifedipina, propanolol, prazosin. Se mantendrá monitorización de cifras de tensión arterial cada 4 horas, la paciente se mantendrá en reposo absoluto monitorización médica continua. Se vigilo la estabilidad materna a través de parámetros bioquímicos mediante la toma diaria de muestras de laboratorio (biometría hemática completa, química sanguínea, examen general de orina, depuración de creatinina y proteínas pruebas de funcionamiento hepático) y con monitorización continua de la uresis mediante la colocación de sonda foley. El bienestar fetal se evaluara mediante la realización de PSS cada 12 horas, Perfil Biofísico diario, perfil hemodinámico Doppler y cálculo de peso semanal.

Se considero como morbilidad materna asociada la presencia de: eclampsia que se define como el desarrollo de convulsiones y/o coma en paciente con signos o síntomas de preeclampsia en ausencia de otras causas de convulsiones, desprendimiento prematuro de placenta normoincerta el diagnóstico se efectuó al momento de la resolución del embarazo mediante la observación directa del médico de la separación parcial o total de la placenta de la zona de inserción antes de la expulsión del producto, ruptura hepática, epigastralgia o dolor en barra en cuadrante superior derecho del abdomen, síndrome de HELLP que es un síndrome caracterizado por: hemólisis con bilirrubina total elevada (igual o mayor de 1.2 mg/dl), deshidrogenada láctica elevada (mayor de 600 UI/L), enzimas hepáticas elevadas: TGO igual o mayor de 70UI/L; TGP igual o mayor de 50UI/L y DHL mayor de 600 UI/L y trombocitopenia: Cuenta plaquetaria de menos de 100,000 por mm³, deterioro de la función renal con creatinina mayor de 1.2mg/dl y/o depuración de creatinina menor de 20 ml por minuto. hipertensión severa descontrolada (TAS \geq 160 mmHg o TAD \geq 110 mmHg a pesar de manejo antihipertensivo a dosis máximas) se consideraron indicaciones fetales para la interrupción del embarazo: las desaceleraciones tardías o variables severas, trazo silente con variabilidad latido a latido < 5 mms en la prueba sin estrés, perfil biofísico fetal \leq 4 puntos de 10 en 2 ocasiones con 4 horas de diferencia, RCIU severo (peso estimado del producto < percentil 5 para la edad gestacional), oligohidramnios por USG (bolsa máxima < 2 cm)¹⁰.

El resultado perinatal se evaluó por la obtención de los siguientes datos: edad gestacional del recién nacido por la escala de Capurro, la valoración de la escala de apgar al minuto y a los 5 minutos, el peso del recién nacido en gramos, la morbilidad neonatal (hemorragia intraventricular, síndrome de dificultad respiratoria, enterocolitis necrotizante, sepsis), asfixia perinatal, días de intubación, el ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) y la muerte perinatal.

La morbilidad neonatal se considerará con la presencia de las siguientes patologías: Síndrome de aspiración de meconio por la presencia de síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido (SDRN) con la coexistencia de meconio en el aspirado bronquial del recién nacido, RCIU será aquella en la que el peso del recién nacido se encuentre por debajo de la percentila 10¹¹ y RCIU severo será aquella en la que el peso del recién nacido se encuentre por debajo de la percentila 512; el SDRN con asfixia por taquipnea neonatal, quejido, tiros intercostales y cianosis, hipoxia y acidosis. La hemorragia intraventricular será diagnosticada por un ultrasonido de la cabeza del recién nacido. La enterocolitis necrotizante con la presencia de distensión abdominal, intolerancia a la vía oral >de 24 horas (vómito e incremento del residuo gástrico), con evidencia radiológica de aire intramural, perforación, o evidencia de meconio en la cavidad abdominal por cirugía o en el reporte de patología en la necropsia. La muerte perinatal será aquella que se presente 7 días antes del nacimiento o durante el periodo neonatal.

Análisis Estadístico.

El análisis descriptivo de las variables se expresara con medidas de tendencia central (medias y desviaciones estándar y porcentajes) por medio del programa SPSS versión 14.

RESULTADOS

Se analizaron 67 expedientes de pacientes con diagnóstico de preeclampsia severa del periodo de enero del 2005 a noviembre de 2007 del servicio de complicaciones hipertensivas asociadas al embarazo del Hospital Luis Castelazo Ayala del de los cuales 28 (42%) no fueron candidatas a manejo conservador porque requirieron interrupción del embarazo en las primeras 48 horas. Las indicaciones maternas y fetales de este último grupo se enlistan en las tablas 1 y 2 respectivamente.

Tabla 1. Indicaciones maternas de interrupción del embarazo en pacientes no candidatas a manejo conservador de preeclampsia severa

MOTIVO	N = 19	%
Tensión arterial \geq 160/110 mmhg	3	16
Vasoespasmo persistente	2	10
Síndrome de HELLP	12	63
Insuficiencia renal	2	10

Tabla 2. Indicaciones fetales de interrupción del embarazo en pacientes no candidatas a manejo conservador de preeclampsia severa

Motivo	N=9	
	N	%
PSS ominosa	7	78
Oligohidramnios	1	11
Óbito fetal	1	11

Las complicaciones maternas que se observaron en el grupo de pacientes no candidatas a manejo conservador se enlistan en la tabla 3. Siendo las más frecuentes: síndrome de HELLP 15 (54%), insuficiencia renal aguda 8 (28%) y desprendimiento prematuro de placenta normal inserta 3 (11%).

Tabla 3. Complicaciones maternas en pacientes no candidatas a manejo conservador de preeclampsia severa

	<i>Total (%)</i>
Síndrome de HELLP	15 (54)
Insuficiencia renal aguda	8 (28)
Eclampsia	1 (3)
Neumonía	1 (4)
DPPNI* 30%	3 (11)
Edema agudo pulmonar	1 (3)
Absceso de pared	2 (7)
Deciduitis	1 (4)
* Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoincerta	

Las complicaciones fetales que se observaron más frecuentemente en el grupo de pacientes no candidatas a manejo conservador fueron: síndrome de dificultad respiratoria 14(50%), sepsis tardía 11(39%), asfixia perinatal 6(21%). Tabla 4.

Se observó una mortalidad perinatal de 5 (18%), 3 óbitos relacionados con síndrome de HELLP y 2 muertes neonatales de 27 y 32 semanas de gestación en relación con síndrome de dificultad respiratoria y síndrome de HELLP. Con una supervivencia neonatal de 82% y un promedio de 38 días de estancia intrahospitalaria. Tabla 5.

<i>Tabla 4. Complicaciones fetales en pacientes no candidatas a manejo conservador de preeclampsia severa</i>	
	Total (%)
Síndrome de dificultad respiratoria	14 (50)
Sepsis tardía	11 (39)
Asfixia perinatal	6 (21)
TTRN*	5 (18)
Hemorragia interventricular	3 (11)
Atelectasia pulmonar	1 (4)
Sangrado de tubo digestivo alto	1 (3)
Óbito fetal	3 (11)
Muerte neonatal	2 (7)
* Taquipnea Transitoria del Recién Nacido	

TABLA 5. Morbilidad perinatal en pacientes no candidatas a manejo conservador de preeclampsia severa

	<i>N (%)</i>
Mortalidad perinatal	5 (18)
Óbito	3 (11)
Muertes neonatales	2 (7)
Supervivencia neonatal	23 (82)
Promedio de estancia hospitalaria	38 días (R= 12-77)

Se incluyeron en el estudio a 39 (58%) pacientes las cuales cumplieron con los criterios previamente establecidos y recibieron manejo conservador de preeclampsia severa. Las 39 pacientes de este grupo tuvieron una media para la edad materna de 29.5 años \pm 13.5 años, la media para la edad gestacional fue de 30.6 \pm 2.4 semanas de gestación. 26 casos (66.6%), la media de la edad gestacional fue de 27 a 31 semanas y 13 casos (33.3%) tenían una edad entre 32 y 33 semanas de gestación.

Tabla 6. semanas de gestación al ingreso de pacientes en manejo conservador

N= 39	<i>Promedio</i> 31	<i>Rango</i> 27-33
-------	-----------------------	-----------------------

El 67% de los casos presentaron a su ingreso una tensión arterial \geq a 160/110 mmHg y 13 (33.3%) presentaron un tensión arterial \geq a140/90 mmHg pero menor de 160/110 mmHg. Presentaron datos de vasoespasmo 24 casos (62%), 8 (20%) pacientes cefalea únicamente, 11 (28.2%) presentaron cefalea, fosfenos, acúfenos, nausea y visión borrosa, 5 (13%) presentaron epigastralgia y/o dolor en barra en cuadrante superior derecho del abdomen.

Tabla 7. Resultados de laboratorio al ingreso de pacientes en manejo conservador de preeclampsia severa

	<i>Promedio</i>	<i>Rango</i>	<i>Unidades</i>
Depuración de creatinina	100.9	43 – 151	mg/dl
Creatinina sérica	0.76	0.2 – 1.2	mg/dl
Acido úrico	7.2	2.3 – 12.2	mg/dl
Plaquetas	204, 000	105,000 – 425,000	Mm ³
TGO*	29.3	12 – 130	mg/dl
TGP**	24.5	8 – 106	mg/dl
DHL***	256	21 – 658	mg/dl
Bilirrubina total	0.43	0.1 – 1	mg/dl
Hemoglobina	12.34	10 .6 – 15.3	g/dl
* <i>Ttransaminasa glutámico oxalacetica</i>			
* <i>Ttransaminasa glutámico piruvica</i>			
*** <i>Deshidrogenasa láctica</i>			

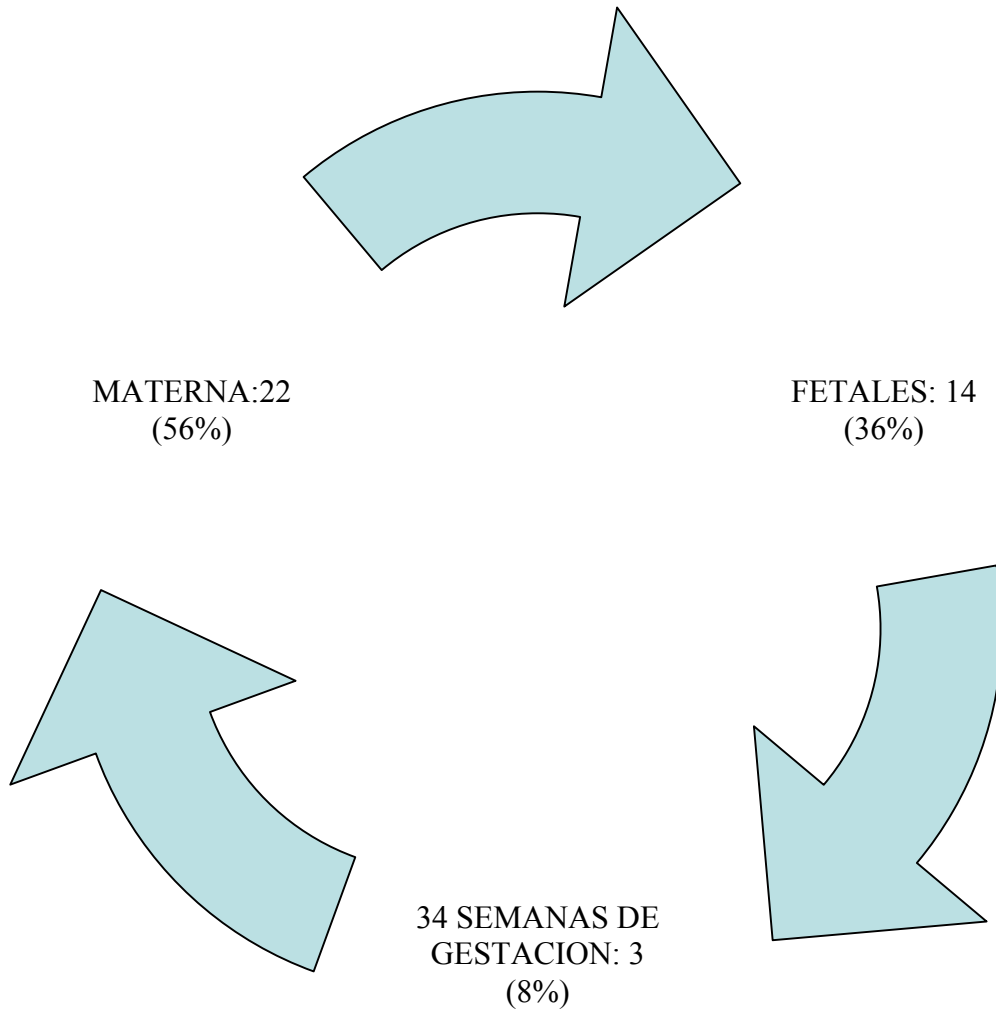
En la Tabla 7. Se enlistan la media y el rango de los exámenes de laboratorio que presentaron las pacientes a su ingreso. A todas las pacientes en manejo conservador se les logro prolongar el embarazo por 6.3 días con un rango de 3 a 24 días. En la Tabla 8 se reportan el numero de días que se prolongo el embarazo y el numero de casos. En cuanto a la resolución del embarazo a los 39 casos (100%) se les realizo operación cesárea, la media de la edad gestacional por capurro al nacimiento fue de 32.4 semanas con un rango de 28 a 34 semanas. Durante el puerperio 10 (25.6%) de los casos ameritaron manejo en la unidad de cuidados intensivos para adultos y 29 (74.3%) en el servicio de hospitalización.

Tabla 8. Prolongación del embarazo paciente en manejo conservador de preeclampsia severa

Media = 6.31 días (rango 3 – 24) n= 39		
Numero de casos	Días	%
14	3	36
9	4	23
4	5	10
2	6	5.5
3	7	7
2	11	6
1	13	2.5
1	17	2.5
1	19	2.5
1	23	2.5
1	24	2.5

Las indicaciones de interrupción del embarazo fueron las siguientes: 22 (56%) causa materna, 14 (36%), por causas fetales y 3 (8%) se interrumpió el embarazo por haber cumplido 34 o más semanas de gestación.

Fig.1 Indicaciones para la interrupción del embarazo en pacientes en manejo conservador de preeclampsia severa



En la Tabla 9 y 10 se enlistan las indicaciones maternas y fetales en orden de frecuencia.

La indicación materna para la interrupción del embarazo más frecuente fue el descontrol hipertensivo aún con tratamiento médico seguido por vasoespasmo persistente y síndrome de HELLP.

Tabla 9. Indicaciones maternas para la interrupción del embarazo en pacientes en manejo conservador de preeclampsia severa

INDICACION	N = 22	%
Tensión arterial \geq 160/110 mmHg	8	37
Vasoespasmo persistente	5	23
Síndrome de HELLP	4	18
Insuficiencia renal aguda	3	14
Disfunción hepática	1	4
Plaquetopenia ($77'000$)	1	4

Tabla 10. Indicaciones fetales para la interrupción del embarazo en pacientes en manejo conservador de preeclampsia severa

<i>Motivo</i>	<i>N=14</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>
Perfil biofísico de 4 puntos	5	36
Oligohidramnios	4	29
PSS ominosa	4	28
Flujometría doppler de arteria umbilical con flujo diastólico reverso	1	7

Las indicaciones fetales para la interrupción del embarazo en las pacientes en manejo conservador de preeclampsia severa que se observaron fueron perfil biofísico de 4 puntos a expensas de ausencia de movimientos corporales, movimientos respiratorios, oligohidramnios (Pool mayor menor de 2 cm.) o PSS ominosa (desaceleraciones variables y trazos silentes).

Tabla 11. Complicaciones maternas

<i>Anteparto</i>	<i>Posparto</i>	<i>Total (%)</i>
<i>Síndrome de HELLP</i>		
5	2	7 (18%)
<i>Insuficiencia renal aguda</i>		
5	3	8 (20%)
<i>Síndrome nefrótico</i>		
1	0	1 (2.5%)

Las complicaciones maternas anteparto y posparto asociadas a la preeclampsia severa se enlistan en la Tabla 11 y son en orden de frecuencia: síndrome de HELLP, insuficiencia renal aguda y síndrome nefrótico.

El cuanto al sexo del producto de la cesárea; 22 (56.4%) mujeres y 17 (43.5%) hombres con un peso en promedio de 1461 grs con un rango de 560 a 2150 grs. Se calificaron con la escala de Apgar al nacimiento y obtuvieron una calificación de 7, 8 al minuto y a los 5 minutos respectivamente, 10 (25%) presentaron restricción en el crecimiento intrauterino. Hubo 2 (5.1%) casos de desprendimiento prematuro de placenta normo inserta e un 30%. No hubo muertes fetales, hubo una muerte neonatal que se presentó a las 24 horas del nacimiento por prematuridad extrema y no hubo muertes maternas. La morbilidad perinatal se enlista en la Tabla 12, las más importantes en orden de frecuencia son: síndrome de dificultad respiratoria, sepsis tardía y asfixia perinatal.

Ingresaron a la unidad de cuidados intensivos neonatales 17 (43%) casos, permanecieron en esta unidad de 7.8 días en promedio con un rango de 1 a 28 días, 17 (43%) requirieron asistencia ventilatoria, los días de intubación fueron en promedio 4.1 con un rango de 1 a 28 días, y la estancia hospitalaria fue de 28.9 con un rango de 4 a 76 días, el peso promedio al egreso fue de 1876 grs; con un rango entre 1065 a 2295 grs. La supervivencia neonatal fue de 97.5% a los 30 días.

Tabla 12. Morbimortalidad perinatal

<i>Complicación</i>	<i>N %</i>
Síndrome de dificultad respiratoria	16 (41%)
Sepsis tardía	9 (23%)
Asfixia perinatal	4 (10%)
Enterocolitis necrotizante	4(10%)
Hipocalcemia	3 (7%)
Sangrado del tubo digestivo alto	2 (5%)
Hemorragia intraventricular	1 (2.5%)
Atelectasia	1 (2.5%)
Coagulación intravascular diseminada	1 (2.5%)
Muerte neonatal	1 (2.5%)

MORBIMORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL POR EDAD GESTACIONAL

SDG	LATENCIA (días)	PESO (grs)	SDR	HIV	ENC	MUERTE PERINATAL	HELLP	IRA	SN
27-31 (n=24)	6.1	1450	15	2	5	1	5	4	1
32-33 (n=15)	5.9	1820	1	0	0	0	0	0	0

En la tabla 13 se observa la morbilidad materna y perinatal por edad gestacional en la que se aprecia un pronóstico perinatal adverso en embarazos menores de 31 semanas y un mejor resultado tanto materno como perinatal cuando los embarazos son mayores es decir de las 32 a 33 semanas de gestación.

DISCUSION

En la literatura mundial se han realiza diversos estudios en relación a la utilidad del manejo conservador en la preeclampsia severa para identificar si realmente es un procedimiento que permita prolongar el embarazo bajo ciertos criterios para obtener un mejor resultado perinatal sin poner en riesgo la vida de la madre , Haddad en un estudio de 381 casos reporto que el 37% de la pacientes no fueron candidatas a manejo conservador ya que el embarazo se interrumpió dentro de las primeras 48 horas y que el 67% continuaron el embarazo e ingresaron a manejo conservador de preeclampsia severa , en este estudio se encontró que el 42 % no fue candidata a este manejo, el 58% cumplió criterios para manejo conservador de preeclampsia severa encontrando discrepancia en cuanto a nuestros resultados y los del autor antes citado.

Odendaal en un estudio en el cual se incluyeron 38 pacientes en manejo conservador de preeclampsia severa en donde informa acerca de un tiempo de latencia de 7.1 días en promedio, por su parte Sibai en un trabajo con 95 pacientes de entre 28 y 32 semanas de gestación reporta un tiempo de latencia de 15.4 días con un rango de entre 4 a 36 días, en un estudio realizado previamente en la Unidad de Alta Especialidad "Luis Castelazo Ayala" se encontró un tiempo de latencia de 6.4 días con un rango entre 3-18 días nuestro estudio el promedio de tiempo de latencia fue de 6.3 con un rango de entre 3 y 24 días con una gran similitud entre 2 estudios realizados en el mismo hospital y que difieren con los dos autores previamente citados.

En cuanto al resultado perinatal Sibai reporta un ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales del 76% y una estancia en este servicio de 20 días en promedio la principal complicación fue en síndrome de dificultad respiratoria en un 22% y un peso al nacimiento de 1622 grs., no se reportaron muertes maternas ni fetales, en este trabajo encontramos un ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales de 43% con un una estancia en el servicio de 7.8 días en promedio con un rango de 1 a 28 días , la complicación perinatal mas frecuente fue el síndrome de dificultad respiratoria con un 41% y el peso en promedio al nacimiento fue de 1461 grs. No tuvimos muertes maternas y si una neonatal dentro de las primeras 24 horas después del nacimiento debido a prematurez extrema.

Dentro de las complicaciones maternas Haddad reporta síndrome de HELLP en un 14% y desprendimiento prematuro de placenta normoincorta del 6% en nuestros resultados encontramos síndrome de HELLP en un 18% , insuficiencia renal aguda en un 20% y síndrome nefrótico en un 2.5% , no tuvimos casos de desprendimiento prematuro de placenta normoincorta.

En general los resultados de nuestro estudio tienen una tendencia hacia la literatura mundial del manejo conservador de la preeclampsia severa, sin embargo es necesario el que se realicen mas estudios de tipo prospectivo, controlados que puedan sustentar la utilidad de este, así como los riesgos y beneficios del manejo conservador.

CONCLUSION

El objetivo del manejo conservador de la preeclampsia severa es mejorar el resultado perinatal, preservando siempre el bienestar materno, este manejo esta dado por la relación entre la edad gestacional, la condición materna y el estado fetal, el 60-70% de las pacientes son candidatas a este manejo y deben seleccionarse dentro de las primeras 24 horas.

El prolongar el embarazo da la oportunidad de el uso de inductores de madures pulmonar con lo que se logra disminuir la morbimortalidad perinatal que en embarazos menores de 32 semanas es mayor. Las pacientes que cumplen con criterios para este manejo deben ser vigiladas tanto ellas como en feto de manera intensiva por un equipo interdisciplinario en unidades de tercer nivel que cuente con unidades de terapia intensiva de adultos y neonatal. Se debe explicar claramente el objetivo de la prolongación del embarazo, sus beneficios así como sus posibles complicaciones debiendose firmar un consentimiento informado.

En los diversos estudios realizados no se ha asociado en manejo conservador en preeclampsia severa con complicaciones maternas seria y si con una supervivencia neonatal del 97%.

Es necesario continuar con estudios prospectivos, controlados que sustenten este manejo.

BIBLIOGRAFIA

1. Schiff E, Sibai BM. Conservative management of severe preeclampsia remote from term. *Obstet Gynecol* 1994;84:626-30.
2. Romero Arauz JF, Lara Gonzalez LA, Izquierdo Puente C. Manajo conservador en preeclampsia severa. *Gin Obstet Mex* 2000;68:51-54.
3. Sibai BM, Bryan NM, et al. Agresive or expectant management for patients with severe preeclampsia between 28-34 weeks of gestation: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 1990;76:1070-4.
4. Odendaal HJ, Pattinson RC, Bam R, et al. Aggressive or expectant management for patients with severe preeclampsia between 28–34 weeks' gestation: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 1990;76:1070–1075.
5. Diagnosis and Management of Preeclampsia and Eclampsia. ACOG Practice Bulletin No 33. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2002; 99: 159-167.
6. Haddad B, Sibai B. Expectant management of severe preeclampsia: proper candidates and pregnancy outcome. *Clin Obstet Gynecol* 2005; 48: 430–440.
7. Bernstein IM, Horbar JD, Badger GJ, et al. Morbidity and mortality among very-lowbirth-weight neonates with intrauterine growth restriction. The Vermont Oxford Network. *Am J Obstet Gynecol*. 2000;182:198–206.
8. Intrauterine Growth Restriction. ACOG Practice Bulletin No 12. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2000;95:483-494.
9. Assesment of Fetal Lung Maturity. ACOG. Educational Bulletin number 230, American College of Obstetricians and Gynecologists. *Compendium of selected publications* 2005:203-209.
10. Diagnosis and Management of Preeclampsia and Eclampsia. ACOG Practice Bulletin No 33. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2002;99:159-167.
11. Yoon BH, Lee CM, Kim SW. An abnormal umbilical artery waveform: a strong and independent predictor of adverse perinatal outcome in patients with preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol* 1994;171:713–21.
12. Briceño P., Briceño S. conducta obstetrica basada en evidencias. Preeclampsia severa: ¿tratamiento agresivo o expectante? *Ginecol Obstet Mex* 2007;75:95-103
13. Haddad B., Deis S, et al, maternal and perinatal outcomes during expectant management of 239 severe preeclamptic women between 24 and 33 weeks' gestation. *Am J obstet Gynecol* 2004;190:1590-7.