

11217.
40
209



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**División de Estudios de Postgrado
Instituto Mexicano del Seguro Social
Hospital de Gineco Obstetricia No. 3
CENTRO MEDICO LA RAZA**

**"UTILIDAD DE LOS SERVICIOS DE CUIDADOS
INTENSIVOS EN EL TRATAMIENTO DE LA
ENFERMEDAD HIPERTENSIVA INDUCIDA POR
EL EMBARAZO"**

RW

TESIS DE POSTGRADO
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. GERARDO HIDALGO VEGA

**ASESOR: DR. JOSE PASCUAL SANCHEZ RANGEL
COLABORADOR: DR. BERNARDO FLORES HIGAREDA
COLABORADOR: DR. RAUL GONZALEZ ALVAREZ**

Mexico, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1987



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 está 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.

I N D I C E

INTRODUCCION

OBJETIVO

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

HIPOTESIS

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA INDUCIDA POR EL EMBARAZO, EN LA U.C.I. DEL H.G.O. 3 C.M. LA RAZA.

MATERIAL Y METODOS

RESULTADOS

TABLAS Y GRAFICAS

DISCUSION

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

BIBLIOGRAFIA

UTILIDAD DE LOS SERVICIOS DE CUIDADOS INTENSIVOS EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO.

INTRODUCCION:

En toda especialidad existen procesos morbosos que pueden conducir a un paciente a un estado crítico y por ello, cada rama medica ha propuesto la forma más adecuada para su resolución.

Las unidades de cuidados intensivos han sido una forma de responder al reto implícito en estas condiciones críticas; la patología gineco-obstetrica no se exime de estas posibilidades, y puede también llegar a producir alteraciones generalizadas que conduzcan al organismo hacia situaciones críticas en donde el desenlace fatal alcanza una probabilidad importante.

En vista de que las unidades de cuidados intensivos tienen una función básicamente receptora, ya que van a recibir pacientes canalizados de otros servicios u hospitales, y por lo tanto - sus índices de morbimortalidad tendrán una relación casi directa con la naturaleza y la magnitud de los problemas recibidos, por ejemplo en unidades dedicadas a recibir problemas coronarios agudos es lógico esperar cifras muy altas de morbimortalidad, pero ello no es tan lógico aparentemente en unidades destinadas a cuidados intensivos de casos ginecologicos y obstétricos, sin embargo es evidente que dentro de la especialidad existen enfermedades y complicaciones con índices de mortalidad específica que fluctúan entre el 50 y 66% (hemorragia cerebral, ruptura hepática, CID e insuficiencia renal aguda) es decir equiparables a las cifras de mortalidad referidas en unidades coronarias.

Por otra parte, no es posible dejar sin mencionar un hecho -

evidente y motivo de la mayor preocupación, La gran mayoría de los problemas ingresados, quizá cerca de las 2/3 partes son de naturaleza previsible.

Aun cuando la eclampsia se ha comparado a un relampago y es un claro ejemplo de enfermedad aguda, en la época actual se puede aseverar que sólo nuestra ignorancia o nuestra indiferencia permitira que siga sorprendiendonos imprevistos.

Toda enfermedad avisa, nuestra incapacidad radica en no poder o no quererla detectar oportunamente.

Sirvan estas líneas a quienes las lean como un mensaje en el -
Que queremos expresar que nuestra intención no es curar o mejorar nuestros porcentos de morbimortalidad en estas unidades, sino impedir que un mayor número de pacientes lleguen a ellas, pues lo primordial en medicina no es curar sino impedir un daño.

OBJETIVO:

Valorar la importancia y operabilidad de un servicio de esta naturaleza en el tratamiento de la enfermedad hipertensiva - inducida por el embarazo en estado crítico.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS:

La enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo, en especial la eclampsia es la causa fundamental de muerte materna en los Estados Unidos, Inglaterra y Gales (1).

Los promedios de mortalidad materna varían de 0 a 20% en los resultados obtenidos en la literatura mundial (2,3).

año	No.	Mort. Mater. %	Mort. Perinat. %	Gesta I	Cesarea	
Whitacre	35-41	100	20	36	75	5
López Llera	63-79	704	13.9	26.8	-	56.7
Cheslay	31-51	300	9	--	-	--
Mojodidi	65-69	30	6.6	16.6	-	--
Gedekeh	70-80	52	5.8	26.0	73	50
Perapakkaham	67-74	298	4.7	21.5	64.8	7
Harbert	39-68	168	4.7	21.6	70	6
Pritchard	55-75	154	0	15.4	85	23
Sibal	77-80	67	0	8.6	83	49
Wightman	65-75	43	0	21.2	74	--

En un reporte de López Llera, en relación a la Unidad de cuidados intensivos en ginecología y obstetricia, se determinó que ocurría un ingreso a la U.C.I. por cada 95 ingresos al hospital; la mortalidad fué de 10.7%, el 35% de los ingresos se debió a la toxemia del embarazo y este grupo proporcionó la mitad de la mortalidad registrada en la U.C.I. La mortalidad por toxemia fué del 15.2% de todos los ingresos, 40 casos fueron de eclampsia con una mortalidad del 25%, lo que representa un poco más de la

tercera parte de la mortalidad total de la U.C.I. En 58 casos - se practico operación cesárea y la mortalidad del grupo en relación con partos fué muy semejante (12.1 y 12.9% respectivamente). Las complicaciones que presentaron los 92 ingresos por toxemia da una idea de la magnitud del estado crítico de estas pacientes sobre todo si se tiene en cuenta que muchas de ellas tuvieron - combinación de complicaciones . La CID ocurrio en el 19.6% con - una mortalidad del 33.3%, la hemorragia cerebral se presento en el 16.3% con una mortalidad del 60%, la insuficiencia renal aguda ocurrio en 12 pacientes (13%). (4).

Dentro de los reportes más importantes acerca de la eclampsia, - se encuentra el de López Llera, en donde se estudiaron 704 pacientes durante un lapso de 15 años, determinando que el total - de mortalidad materna fué de 13.9% con una mortalidad corregida del 9.1%. La eclampsia preparto se observo en 584 casos y postparto en 120. La mortalidad perinatal fué de 26.8% con una mortalidad corregida del 21.8%. La operación cesarea se practico en el 56.7%, disminuyendo este indice a 37.3% al excluir las cesareas postmortem y aquellas efectuadas en otras instituciones. La incidencia de complicaciones fué como sigue; daño cerebrovascular en el 7.4%, DPPNI en el 5.6%, IRA en el 4.8%, bronconeumonía en el 2.6%, edema agudo de pulmon en el 1.4%, atonia uterina en el 5.4%, CID en el 5%, siendo el total de complicaciones del 29%. Del total de 86 muertes la lesión cerebrovascular fué responsable en el 72.1% de los casos, insuficiencia respiratoria severa en el 11.6%, hemorragia postparto en el 5.8%, coagulopatía severa en el 3.5%, ruptura hepática en el 3.5%, choque e IRA en el 1.16%, sin embargo la mayoría de estas muertes presentaron varias complicaciones asociadas. El promedio de edad de las pacientes - fué casi de 25 años con una paridad de 1.7. (5).

En un reporte del Massachusetts General Hospital, fueron revisados de 1954 a 1982 un total de 869 muertes maternas, en donde - el 5.6% fueron a causa de preeclampsia-eclampsia, Dentro de las causas de mortalidad, se encontro que el accidente cerebro vascular ocupa el número uno, siguiendole otras causas como complicaciones anestésicas, sépsis y problemas hepaticos. De las 49 muertes ocurridas y por experiencia de otros estudios se han de finido algunos factores de riesgo, uno de ellos es la edad de - la paciente; las mujeres con eclampsia de más de 35 años tienen el índice más alto de mortalidad. La eclampsia puede ser un problema más frecuente en mujeres jóvenes primiparas, pero la muerte por eclampsia es un problema más frecuente en multiparas de mas de 35 años. En resumen se concluyó que los factores comunes en los casos de muerte de esta serie fueron; la edad materna, - multiparidad y un inadecuado manejo de la hipertensión.

Dentro de los reportes estudiados en esta revisión. Porapakkaham, mostro la más baja incidencia de mortalidad siendo del 4.7%, pero cuando la presión sistolica fué mayor de 200 mm hg, su promedio aumento a 21.9%. Otro de los hallazgos que llamo la atención, fué el de que la coagulopatía es una alteración que se encuentra con bastante frecuencia y esto es un hecho de interés, ya que - la hipertensión severa asociada con CID probablemente predisponga a la mayoría de las hemorragias intracerebrales. El retraso en la identificación de la enfermedad hipertensiva y por lo tanto en la iniciación del tratamiento se identifico en el 50% de - los casos fatales. (6).

En un estudio de 65 pacientes que sobrevivieron a un cuadro de - eclampsia, se estudiaron los hallazgos neurológicos y sus secuelas en un periodo de 6 a 42 meses, encontrandose que en el 30% - de ellas se presentó edema o hemorragia cerebral (comprobadas -

por TAC y EEG), complicaciones que finalmente desaparecieron - sin dejar secuelas, concluyéndose que los problemas neurológicos en la eclampsia son agudos y transitorios, siendo raros - los casos que dejan secuelas. (7)

En relación a la preeclampsia severa Sibai y Cols, estudiaron 303 casos, encontrando que 91 pacientes eran hipertensas crónicas con preeclampsia sobreagregada, existiendo una mortalidad perinatal del 32% en comparación con 7.7% en el grupo con preeclampsia pura. La incidencia de recién nacidos con bajo peso para su edad gestacional fué de 33% en comparación al 14% del grupo con preeclampsia pura.

El manejo instituido en los 2 grupos de estudio fué; administración intravenosa de sulfato de magnesio con una dosis inicial de 4 grs, seguida por 1 a 3 grs por hora, además de la administración de hidralazina intravenosa; este manejo fué empleado por un mínimo de 4 hrs para lograr la estabilización del cuadro e iniciar la inducción del trabajo de parto o su interrupción por vía abdominal. 14 de las pacientes ameritaron la administración de corticosteroides para asegurar la madurez pulmonar fetal, siendo necesario el retraso del parto por un lapso de 24 a 48 hrs. El promedio de edad de las pacientes fué de 21.4 años con un rango de 13 a 38 años, sin embargo 228 pacientes (75%) se encontraron dentro del grupo de menos de 25 años. El 50% de los neonatos tuvieron severo retraso en el crecimiento intrauterino. Finalmente se determinó que la preeclampsia es mucho más frecuente cuando existe el antecedente de hipertensión crónica (1/3 parte de las pacientes) (7).

En otro estudio de mortalidad en la eclampsia efectuado por López Llera, se estudiaron 365 casos de eclampsia, ocurriendo 49 muertes, concluyéndose que la mortalidad en estas pacientes es-

la resultante de la combinación de varios factores que mostraron una muy importante variación individual. La edad avanzada de la madre se asocia con alta incidencia, de enfermedad o complicaciones renales y vasculares, siendo ambos factores influyentes en la mortalidad. La presencia de embarazo gemelar, retraso en la hospitalización, indebida premura en la intervención por medio de cesárea y la subestimación de los síntomas y signos clínicos iniciales, fueron otros de los factores determinantes en los resultados finales. Sin embargo todos estos factores carecieron de significancia estadística.

La eclampsia preparto mostró el índice más alto de mortalidad 19.9%, sin embargo no existió diferencia estadística. El promedio de muerte materna es mucho mayor si la eclampsia ocurre antes de las 30 semanas de gestación (26%), en contra del 12.2% - si ocurre después de las 30 semanas. El mayor número de mortalidad materna ocurrió en el grupo de 35 a 46 años (18.6%), siendo del 8.9% en el grupo de 15 a 24 años.

En el estudio postmortem 2 hallazgos son de importancia; la alta incidencia de pielonefritis crónica y de hipertrofia cardíaca; en lo que se refiere al primer hallazgo no se puede concluir si existe alguna influencia en la patogénesis de la eclampsia o su presencia no influye en su evolución, sin embargo se ha visto una alta asociación entre estas dos patologías. Por otra parte - la hipertrofia cardíaca representa una interrogante, es decir, - es el resultado del episodio toxémico o bien existía con anterioridad al embarazo, un punto importante fué el de que se encontró con mayor frecuencia en mujeres de más de 30 años. En estudios - previos se ha encontrado ésta misma asociación. En nuestro medio esta relación puede ser valedera, sin descartar además como factores influyente la presencia de desnutrición y anémia crónica. (8).

En relación al crecimiento y desarrollo de neonatos de madres eclámpicas, Sibai y Cols, determinaron que no existe diferencia significativa en relación al retraso en el crecimiento intrauterino entre los recién nacidos pretermino de eclámpicas y los recién nacidos de madres normotensas. Las complicaciones neonatales de prematuros de madres eclámpicas fueron similares a las de los neonatos prematuros de madres normotensas. Es posible que la mayoría de las complicaciones neonatales sean consecuencia de la prematuridad y no únicamente de la enfermedad hipertensiva.

La mayoría de las muertes perinatales se debieron a la prematuridad, retraso en el crecimiento intrauterino y DPPNI. Los recién nacidos con bajo peso al nacimiento que se asociaron a DPPNI fueron los más susceptibles de sufrir hipoxia y numerosos problemas neonatales. En este estudio se obtuvieron 72 recién nacidos de 68 pacientes, no existiendo muertes intraparto, 40 recién nacidos (65%) tenían menos de 36 semanas de gestación y el resto eran de más de 36 semanas. La mortalidad neonatal fue de 2.8% (9).

En relación al manejo de la enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo, existen numerosos estudios, los cuales reportan una gran variedad de métodos terapéuticos con resultados diferentes o semejantes.

López Llera en su estudio de 15 años de experiencia en la eclampsia complicada, relata 5 diferentes protocolos de manejo empleados a través del periodo de estudio (grupos a,b,c,d,e.); durante el periodo a y b el manejo básicamente consistió en la administración parenteral de barbitúricos de corta acción asociándolos con mezcla de meperidina, prometazina y promazina, agregándose en ocasiones reserpina intravenosa e hidratación con solución glucosada al 5%. En el grupo "c" el diazepam parenteral fue usa

do en lugar de la promazina y prometazina. En el periodo "d" - existió el liberal uso de furosemide parenteral, complementado en algunos casos con albúmina humana concentrada y administración de antitromboticos. Durante el periodo "e", el uso de dipiridamol, furosemide y albúmina se utilizó únicamente en casos muy seleccionados, en este grupo la administración inicial de barbituricos fué cambiada por la de sulfato de magnesio cuando la administración de reserpina no fué suficiente. Sin embargo el analisis final demostró pocos cambios en cuanto a la efectividad de los diferentes métodos terapéuticos empleados, hecho - muy significativo y de tomarse en cuenta en el futuro (5).

Otro estudio de gran importancia en relación al manejo de la enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo es el sugerido - por el Parkland Memorial Hospital. Se estudiaron 245 casos de eclampsia empleando el siguiente esquema terapéutico; sulfato - de magnesio a dosis de 4 grs IV seguidos de 10 grs por via in--tramuscular (5 grs en cada nalga), hidralazina IV a dosis de 5 a 10 mgs cada 15 a 20 minutos hasta lograr una respuesta satis--factoria, la cual se definió como la disminucción de la presión diastolica entre 90-100 mm hg. En el protocolo se enfatizó la contraindicación del empleo de diureticos, agentes hiperosmola--res y la limitación de líquidos parenterales para evitar el ex--ceso de estos, finalmente se indicó la inducción del trabajo de parto una vez que las convulsiones hubieran desaparecido, desde luego eliminando las indicaciones de cesárea.

El hecho de no intentar disminuir la presión arterial a niveles estrictamente normales se debe a la convicción y comprobación - que la baja de la presión arterial y sobre todo en forma brusca compromete la perfusión utero placentaria y por ende la homeos--tasia del producto. La limitación del uso de diureticos se --

basa en el conocimiento de que la expansión del líquido se encuentra principalmente en el espacio extravascular dando lugar al edema, pero por otra parte se ha demostrado que el volumen intravascular se encuentra disminuido en la mujer ecláptica - En comparación con la embarazada normal, por lo tanto el empleo de diuréticos daría lugar a una mayor disminución del espacio intravascular. La limitación en el empleo de grandes volúmenes de líquidos se basa en el hecho de que grandes volúmenes daría lugar a una inadecuada distribución del líquido extracelular, aumentando el riesgo de edema cerebral y pulmonar.

La terminación del embarazo de 84 mujeres con eclampsia ocurrió dentro de las 48 hrs siguientes al desarrollo de las complicaciones. 2/3 partes fueron manejadas con conducción del trabajo de parto. De los 84 recién nacidos hubo 13 muertes. No se identifico caso alguno de intoxicación por sulfato de magnesio en el neonato. Ocurrió una muerte materna por sobredosis accidental del medicamento (20 grs en dosis inicial) (10).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo es la causa más frecuente de morbi-mortalidad materno-fetal en México y otros países del mundo. Teniendo en consideración que en los estratos socioeconómicos medio y bajo de nuestra población, la consulta prenatal no se otorga con la regularidad y acuciosidad que debiera, esta patología en un porcentaje elevado llega a los hospitales de segundo y tercer nivel en condiciones de descomposición severa y/o estado crítico con grave riesgo para el binomio y la posibilidad de daño orgánico pasajero o irreversible, tanto para la madre como para el hijo. Esto ha motivado la creación de servicios de cuidados intensivos para el manejo específico de estos cuadros y de otras patologías propias de la especialidad.

El motivo de este estudio es hacer una revisión de resultados en nuestra unidad a fin de poder evaluar la utilidad de los cuidados intensivos con gente especializada y apoyo técnico-biomédico para una mejor atención y resolución de estos problemas.

HIPOTESIS:

Creemos que una paciente con enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo en estado crítico, tendrá mejor atención y evolución con menor morbi-mortalidad materno-fetal si es manejada en una unidad de cuidados intensivos, que si se maneja en una sala de labor o en hospitalización.

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA INDUCIDA POR EL EMBARAZO, EN LA U.C.I. DEL HGO 3 DEL C.M. LA RAZA.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS Y DE ADMISION A UCI:

- Hipertensión igual o superior a 160/100
- Edema masivo.
- Los anteriores datos que se acompañen de síndrome vasculoespasmódico intenso (cefalea, acúfenos, fosfenos etc.) ó hiperreflexia osteotendinosa generalizada.
- Trastornos visuales; amaurosis, escotomas, ambliopía.
- Oliguria, anuria.
- Datos de inminencia de eclampsia; dolor en barra epigástrica (Chaussier), hiperreflexia grado III, cefalea intensa, vómitos, cifras tensionales muy elevadas.

MANEJO:

A toda paciente con hipertensión inducida por el embarazo se le debe solicitar exámenes de laboratorio; biometría hemática completa, química sanguínea, electrolitos, exámen general de orina, pruebas de coagulación, ácido urico sérico, depuración de creatinina y albúmina en orina de 24 hrs, además de pruebas de funcionamiento hepático.

El manejo consta de 3 partes;

- 1.- Medidas generales.
- 2.- Medidas específicas.
- 3.- Tratamiento de las complicaciones.

Medidas Generales

- Poca manipulación de la paciente.
- Toma de productos de laboratorio
- Cateter central periferico.
- Sonda Foley a permanencia.
- La paciente se mantiene en ayuno.
- Toma de signos vitales cada 5 minutos en forma inicial y posteriormente cada hora.
- Exploración completa.
- Mantener cubículos con poca iluminación y silente.
- Mantener decubito lateral.

Medidas especificas

El tratamiento óptimo hasta el momento en esta patología en estado crítico es la interrupción de la gestación a la brevedad posible. Este precepto cambia cuando la gestación es menor de 34 semanas, y el tratamiento intensivo proporcionado, mejora rápidamente el estado de descontrol severo de la paciente.

Manejo en embarazos menores de 34 semanas

- Solución glucosada al 5% 250 cc más 5 ampulas de isozuprina a goteo regulable (dosis respuesta) para mantener la presión diastolica en 100 mm hg. Se inicia con 8 gotas por minuto mediante bomba infusora.
- Albúmina humana; 50 ml cada 8 hrs a pasar en 2 hrs.

- Alfametildopa 250 a 500 mgs cada 8 hrs via oral.
- Hidralazina 20 a 50 mgs cada 6 hrs por via oral.
- En cuanto se controla la T/A se va disminuyendo el goteo de isoxuprina y se mantiene únicamente con hipotensores por via oral por un periodo de 6 a 12 hrs y se valora su envío a piso para completar manejo y control monitorizado. Si no hay control de la hipertensión se debiera valorar la interrupción del embarazo independientemente de la edad gestacional.
- Se solicita USG para valorar la edad gestacional y condiciones feto-placentaria.
- En todo momento debiera haber participación del obstetra.

Manejo en embarazos mayores de 34 semanas

- Se utilizan las mismas soluciones anotadas anteriormente y en cuanto se controle la presión se procedera a la interrupción del embarazo en un lapso de 2 a 6 hrs, recomendado en general la operación cesárea , a menos de que se presente trabajo de parto regular, condiciones cervicales favorables o dilatación cervical avanzada, situación en la que se atendera el parto.

Lo anterior se recomienda ya que durante las contracciones uterinas y el periodo expulsivo puede haber un incremento importante de la presión arterial con consecuencias en ocasiones fatales para el binomio.

Si existe buen control de la hipertensión y a juicio del médico tratante se podra enviar a piso con medicamentos hipotensores, pero recomendando que no sea egresada a su domicilio.

El empleo de vasodilatadores sublinguales del tipo de isosorbide o nifedipina, únicamente están indicados en caso de que la paciente ingrese con encefalopatía hipertensiva, datos de inminencia de eclampsia o falla cardíaca y no sea posible canalizar una vena. La dosis recomendada son una tableta de 5 mgs (isosorbide) o de 10 mgs (nifedipina) cada 5 minutos, 3 dosis en total con toma de T/A cada 5 minutos .

El propranolol sólo está indicado en casos de hipertensión arterial crónica y en algunos casos específicos en los que se encuentra taquicardia importante. Los diuréticos están contraindicados y su uso se limita al edema agudo de pulmón, insuficiencia renal aguda y edema cerebral.

El empleo de los potentes vasodilatadores intravenosos como el nitroprusiato y diazóxido están contraindicados y solo podrán usarse en caso de que se compruebe obito o en el período inmediato.

Manejo en caso de inminencia de eclampsia

- Control de la T/A con isoxuprina.
- Sulfato de magnesio 4 grs IV a pasar en 20 minutos y posteriormente 1 gramo por hora.
- De no contar con el medicamento anterior, se administrará fenobarbital 100 mgs IM cada 12 hrs.
- Interrupción del embarazo en un lapso de 6 hrs.

Manejo en caso de eclampsia

- Control de la hipertensión con isoxuprina.
- Sulfato de magnesio 4 grs IV en 20 minutos y posteriormente 1 gr por hora.
- Dexametasona 32 mgs IV en dosis inicial, posteriormente 8 mgs IV cada 6 hrs.
- Difetil hidantoinato de sódio 250 mgs IV cada 6 hrs las primeras 24 horas, posteriormente 125 mgs IV cada 6 hrs.
- Diazepan 10 mgs IV solo en caso de crisis convulsiva.
- Intubación orotraqueal.
- Oxígeno por cateter nasal.
- Interrupción del embarazo en un lapso de 6 hrs.
- Nunca se debiera interrumpir el embarazo inmediatamente despues de la convulsión, ya que de esta forma se incrementa la morbi mortalidad del binomio, por lo que siempre debiera de estabilizarse el cuadro en la U.C.I.
- El uso de clorpromazina no es recomendable por la sedación que produce en el producto, ademas que disminuye el umbral a las convulsiones y produce una hipotensión impredecible.
- Cuando la eclampsia se presenta en forma de coma no se administraran sedantes ni sulfato de magnesio.
- El manejo de la hipertensión en el puerperio seguira las normas establecidas para la población general.

PROGRAMA DE TRABAJO:

MATERIAL:

Se incluyen en el estudio aquéllas pacientes con enfermedad -
Hipertensiva inducida por el embarazo, las cuales hayan sido -
ingresadas procedentes de piso o de otros hospitales del IMSS
y que reúnan los parámetros de preeclampsia severa, eclampsia
o coma eclamptógeno.

METODO:

- 1.- Se analizaron todos los expedientes de las pacientes con la Patología señalada que fueron manejadas en la U.C.I. durante el año de 1986.
- 2.- El analisis se fundamentó en la relación con las siguientes variables; antecedentes personales patológicos (hipertensión arterial crónica, nefropatias y diabetes mellitus), edad, paridad, edad gestacional y via de resolución del embarazo.
- 3.- Se analizó la frecuencia de crisis convulsivas en relación al momento de su presentación, es decir; preparto, transparto y post-parto.
- 4.- Se determinó la presión arterial media, tanto a su ingreso, egreso y la cifra máxima detectada durante su estancia en la U.C.I. por otra parte se relacionó la asociación entre presión arterial media a su ingreso y la máxima detectada con los casos de mortalidad.
- 5.- Se determinaron los casos que presentaron proteinuria, la cual se consideró como importante si ésta fué mayor de 2 cruces y de poco valor si fué de menos de 2 cruces. Los casos que presentaron proteinuria importante se correlacionaron con las siguientes variables; antecedentes personales patológicos (hipertensión arterial crónica, nefropatias y diabetes mellitus), con la presencia y número de convulsiones, con la presión arterial media con la mortalidad.

- 6.- Se analizó la asociación de la plaquetopenia o no en los - casos de eclampsia, considerando cifras de menos de 150000 y de mas de esta cifra, asociándola además con los casos de mortalidad.
- 7.- Se analizaron las complicaciones maternas más frecuentes - tanto en preeclampsia severa como en eclampsia.
- 8.- Se determinó el índice de mortalidad materna y los porcen- tajos en relación a toxemia severa, eclampsia y coma eclamp tógeno.
- 9.- Se analizó la mortalidad del recién nacido tanto en pre- -- eclampsia severa como en eclampsia.
- 10.- Se analizó el peso al nacimiento del recién nacido tanto - en preeclampsia severa como en eclampsia.
- 11.- Se analizó la atención prenatal tomando como parametro el - número de consultas otorgadas a la paciente previo a su in- greso a la U.C.I.
- 12.- Se efectuara un resumen y conclusiones del estudio realiza- do.

RESULTADOS:

El número total de pacientes estudiadas fué de 158, de las cuales 119 (75%) correspondieron a preeclampsia severa y 39 (24%) a eclampsia.

En el grupo de pacientes con preeclampsia severa el promedio de edad fué de 28.5 años con un rango de 16 a 42 años, y en el grupo de eclámpticas fué de 24.5 años con un rango de 17 a 40 años (tabla No. I).

En relación al número de gestaciones, el promedio fué de 2.7 - con un rango de 1 a 11 gestaciones en el grupo de preeclampsia severa, sin embargo es de notar que el 41% de las pacientes fueron primigestas. En el grupo de eclámpticas el promedio fué de 2.0 con un rango de 1 a 7 gestaciones, correspondiendo el 51% de los casos a primigestas y de éstas el 78% tuvieron menos de 25 años de edad. (tabla No. I).

En relación a la vía de resolución del embarazo se determinó - que la intervención cesárea se practicó en el 88.5% de los casos en el grupo de preeclampsia severa, siendo del 83.7% en el grupo de eclámpticas. (tabla No. I).

Antecedentes personales patológicos.- Se encontró que 25 pacientes del grupo de preeclampsia severa, tenían el antecedente de hipertensión arterial crónica, es decir el 21% de los casos, - siendo evidente el hecho de que el 64% de las pacientes de éste grupo correspondían a mujeres mayores de 30 años. En el grupo de eclámpticas únicamente se detectó en una paciente el antecedente de hipertensión arterial crónica (2.5%), sin embargo este resultado no es del todo veraz, teniendo en consideración las -

condiciones en que llegan estas pacientes a la U.C.I. y por ende la imposibilidad de un interrogatorio adecuado a sus familiares para aclarar este punto. En lo que se refiere al antecedente de nefropatía, se confirmó en un 2.5% de los casos, correspondiendo a glomerulonefritis (3 casos: 2 en pacientes con preeclampsia - severa y un caso en eclampsia) y a pielonefritis un solo caso en preeclampsia severa. El antecedente de diabetes mellitus se confirmó en 2 casos de eclampsia (5.1%) (tabla No. 2).

Presentación de las crisis convulsivas; Estas ocurrieron en el - parto en el 82% de los casos, en el transparto en el 5.2% y - en el postparto en el 12.8%.

Edad gestacional en que se interrumpió el embarazo; En el grupo de preeclampsia severa, ésta ocurrió antes de las 32 semanas de gestación en el 13.2% de los casos, de las 32 a 34 semanas en el 14.8% y después de las 34 semanas en el 71.9%. En el grupo de eclampsia ocurrió de la siguiente manera; antes de las 32 semanas de gestación en el 30.3% de los casos, de las 32 a 34 semanas en el 21.2% y después de las 34 semanas en el 48.4% (tabla No. 3).

Determinación de la presión arterial media; En el grupo de preeclampsia severa, ésta fue como sigue; Al ingreso a la U.C.I. - el promedio fue de 128.36 mm hg; la presión arterial media -- máxima detectada durante la estancia en la U.C.I. fue de 132 - mm hg con un rango de 106 a 196 mm hg, finalmente la presión - arterial media al ser egresada la paciente de la unidad de terapia intensiva fue de 101.64 mm hg con un rango de 73 a 123 mm - hg. En el grupo de eclámpicas, la presión arterial media de-- detectada al ingreso, la máxima obtenida en el tiempo de estancia en la U.C.I. y la tomada al egreso de este servicio fue como -

sigue; 138 mm hg con un rango de 96 a 186, de 138.9 con un rango de 106 a 186 y de 97.51 con un rango de 73 a 113 mm hg respectivamente.

Por otra parte es de notar que el grupo de mortalidad presentó en el 88.8% de los casos una presión arterial media de más de 120 mm hg en promedio. (tabla No. 4).

Proteinuria; Esta se consideró de importancia si su determinación fué de 2 o más cruces. Los resultados obtenidos fueron los siguientes;

Se presentó proteinuria (de 2 o más cruces) en el 45% de los casos de preeclampsia severa y en el 76% del grupo de eclampsia. Las pacientes del grupo de preeclampsia severa que presentaron el antecedente de hipertensión arterial crónica (25) tuvieron proteinuria en el 36% de los casos. En relación a la asociación de crisis convulsivas en pacientes con proteinuria se observó que el 72.4% de éstas presentó una sola crisis convulsiva, y dos o más crisis en el 27.5% de los casos. En lo que se refiere a la asociación entre presión arterial media y proteinuria, se determinó que el grupo de preeclampsia severa presentó una PAM (presión arterial media) a su ingreso, superior a los 120 mm hg, en el (96%) de los casos, ocurriendo el mismo fenómeno en el 95.6% en el grupo de eclámpicas.

En el grupo de muertes maternas (15 casos) se determinó proteinuria de 2 o más cruces en el 50% de los casos. (tabla No. 5).

Plaquetas; Se determinaron 2 grupos, tomando como parametro la cifra de menos ó más de 150.000 plaquetas/cc. En el grupo de preeclampsia severa el 92.8% de los casos presentó arriba de 150.000 plaquetas/cc. Y en el grupo de eclampsia el 59.4% presentó menos de esta cifra.

En el grupo de mortalidad se detecto menos de 150.000 plaquetas en el 77.7% de los casos (tabla No. 6).

Complicaciones maternas; En el grupo de preeclamsia severa las más frecuentes fueron: atonia uterina en el 6.7% de los casos, - DPPNI en el 5.8%, deciduitis en el 5%, hemorragia cerebral en el 4.2%, CID en el 2.5%, edema agudo de pulmon y sépticemia en el 1.6% e insuficiencia renal aguda en el 0.8% de los casos con un total de complicaciones del 28.5% (tabla No. 7).

En el grupo de eclampsia la hemorragia cerebral ocurrio en el 20% de los casos, insuficiencia renal aguda en el 17.9%, deciduitis y DPPNI en el 12.8%, CID en el 5.1%, edema agudo de pulmon y atonia uterina en el 2.5%, con un total de complicaciones del 74%. (tabla No. 8)

Mortalidad materna; El número total de pacientes atendidas por toxemia en el HGO No. 3 durante el año de 1986 fué de 1554, correspondiendo el 30% a las pacientes atendidas en la U.C.I. (411 con preeclampsia severa y 62 con eclampsia).

La mortalidad total fué de 15 pacientes, 10 de ellas por eclampsia y 5 por preeclampsia severa. Los porcentajes de mortalidad fueron los siguientes:

Mortalidad general de la preeclampsia - eclampsia de las pacientes atendidas en la U.C.I. del 3.17%, mortalidad general del 0.96% en relación al total de pacientes toxémicas (leve, moderada, severa y eclampsia) atendidas en el HGO No. 3 durante el año de 1986, mortalidad del 16.12% en el grupo de eclampticas y de 1.2% en el grupo de preeclampsia severa.

Finalmente es de notarse el hecho de que practicamente el total

de pacientes muertas no tuvo un control prenatal adecuado, ya que 4 de ellas carecieron de control, 3 tuvieron una sola consulta previa a su ingreso a la U.C.I., 4 tuvieron 2 consultas, una tuvo 3 consultas, 2 tuvieron 6 consultas y una 8 consulta previas.

Mortalidad del recién nacido; En el grupo de preeclampsia severa ésta fué del 15.1%, ocurriendo el índice más alto en los productos de menos de 32 semanas (50%). En el grupo de eclamp^ticas la mortalidad fué del 25.6% con el índice más alto en el grupo de menos de 32 semanas (50%). (tabla No. 9).

Peso al nacimiento: En el grupo de preeclampsia severa éste - fué de 500 a 1500 grs en el 10.4% de los casos, de 1500 a 2500 grs en el 46.4% y de más de 2500 grs en el 43.2%.

En el grupo de eclampsia fué como sigue; de 500 a 1500 grs en - el 28.5% de los casos, de 1500 a 2500 grs en el 46.4% y de más de 2500 grs en el 25%. (tabla No. 10).

Tabla No. 1

MUESTRA TOTAL DE PACIENTES ESTUDIADAS

ENTIDAD	No. pacientes	EDAD (promedios)	GESTAS (promedios)	METODO DE RESOLUCION OBSTETRICA	
				cesarea	parto
PRECLAMPSIA SEVERA	119	28.5	2.7	88.5%	11.5%
ECLAMPSIA	39 (24.6)	24.5	2.0	83.7%	16.3%
TOTAL	158	26.5	2.3	86.1%	27.8%

HGO3 CMR

Tabla No. 2

MUESTRA DE PACIENTES CON ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

ENTIDAD	No. Pacientes	H. A. C. Hipertención Arterial Crónica	G. N. Glomerulonefritis	P. N. Pielonefritis	D. M. Diabetes Mellitus
PRECLAMPSIA SEVERA	119	25 (21%)	2 (1.6%)	1 (0.8%)	
ECLAMPSIA	39	1 (2.5%)	1 (2.5%)		2 (5.1%)
TOTAL	158	26	3	1	2

HGO3 CMR

Tabla No. 3

EDAD GESTACIONAL EN QUE SE INTERRUMPIO EL EMBARAZO EN LA PRECLAMPSIA SEVERA Y ECLAMPSIA.

ENTIDAD	No. pacientes	ABAJO DE 32 SEMANAS	32 A 34 SEMANAS	ARRIBA DE 34 SEMANAS
PRECLAMPSIA SEVERA	119	13.2	14.8 %	71.9 %
ECLAMPSIA	39	30.3 %	21.2 %	48.4 %

HG03 CMR

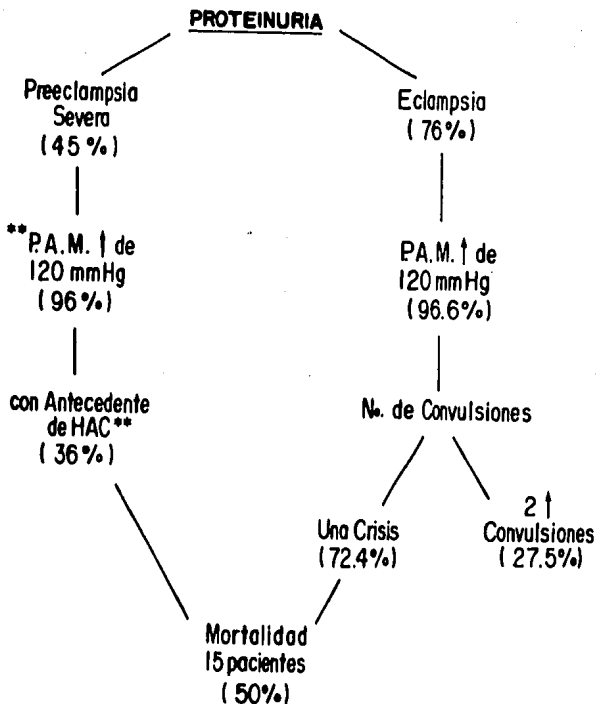
Tabla No. 4

PROMEDIO Y RANGO DE LA P.A.M. DETECTADA DURANTE LA ESTANCIA EN LA U. C. I. Y SU RELACION CON MORTALIDAD.

P.A.M. Presión Arterial Media	PRECLAMPSIA SEVERA promedio		ECLAMPSIA promedio	
	mm Hg	rango	mm Hg	rango
AL INGRESO	128.36	103 - 190	138	96-186
MAXIMA DETECTADA	132	106 - 196	138.9	106-186
EGRESO	101.64	73 - 123	97.51	73-113

MORTALIDAD			TOTAL
ENTIDAD	PRECLAMPSIA SEVERA	ECLAMPSIA	
NUMERO	5	10	15
P.A.M. MAYOR DE 120 mm Hg	59.2 %	29.6 %	88.8 %

HG03 CMR



Esquema N. 5: - En este esquema se representan los porcentajes de los casos que presentaron proteinuria de 2 ó más cruces, tanto en la preeclampsia severa como en la eclampsia, su relación con los casos que tenían el antecedente de H. A. C., con el número de convulsiones y con la mortalidad.

* PRESION ARTERIAL MEDIA

** HIPERTENSION ARTERIAL CRONICA

Tabla No. 6

PORCENTAJES EN RELACION AL RECUENTO PLAQUETARIO MENOR Y MAYOR DE 150.000/cc EN LOS CASOS DE PREECLAMPSIA SEVERA, ACLAMPSIA Y MUERTES.

CUANTIFICACION DE PLAQUETAS			
	No.	↓ DE 150.000	↑ DE 150.000
PREECLAMPSIA SEVERA	112	7.8 %	92.2 %
ECLAMPSIA	37	59.4 %	40.6 %
MUERTES	15	77.7 %	20.3 %

HG03 CMR

Tabla No.7

COMPLICACIONES MATERNAS MAS FRECUENTES EN LA PREECLAMPSIA SEVERA.

COMPLICACION	PORCENTAJE
1- ATONIA UTERINA	6.72 %
2- D.P.P.N.I.	5.88 %
3- DECIDUITIS	5.0 %
4- HEMORRAGIA CEREBRAL	4.20 %
5- COAGULOPATIA SEVERA	2.52 %
6- EDEMA AGUDO DE PULMON	1.68 %
7- SEPTICEMIA	1.68 %
8- INSUFICIENCIA RENAL AGUDA	0.84 %
TOTAL	28.5 %

Tabla No. 8

**COMPLICACIONES MATERNAS MAS FRECUENTES
EN LA ECLAMPSIA**

COMPLICACION	PORCENTAJE
1- HEMORRAGIA CEREBRAL	20 %
2- INSUFICIENCIA RENAL AGUDA	17.9 %
3- DECIDUITIS	12.8 %
4- D. P. P. N. I.	12.8 %
5- COAGULOPATIA	5.1 %
6- EDEMA AGUDO PULMONAR	2.5 %
7- ATONIA UTERINA	2.5 %
TOTAL	74 %

HG03 CMR

Tabla No. 9

**MUERTE GENERAL DEL RECIEN NACIDO, TANTO EN LA
PREECLAMPSIA SEVERA Y ECLAMPSIA .
ES DE NOTARSE QUE EN AMBOS GRUPOS EL 50% DE LAS
MUERTES OCURRIO EN PRODUCTOS MENORES DE 32 SEMANAS.**

	TOTAL DE PRODUCTOS NACIDOS	TOTAL DE PRODUCTOS MUERTOS			TOTAL
		< 32 SEM.	32-34 SEM.	> 34 SEM.	
PREECLAMPSIA SEVERA	119	9 (50%)	2 (11.1%)	7 (38.8%)	18 (15.1%)
ECLAMPSIA	39	5 (50%)	3 (30%)	2 (20%)	10 (25.6%)

HG03 CMR

Tabla No. 10

PESO AL NACIMIENTO DEL PRODUCTO

ENTIDAD	500-1500 grs.	1500-2500 grs.	MAS de 2500 grs.	TOTAL
PREECLAMPSIA SEVERA	13 (10.4%)	58 (46.4%)	54 (43.2%)	125
ECLAMPSIA	8 (28.5%)	13 (46.4%)	7 (25%)	28

HG03 CMR

DISCUSION:

En la bibliografía revisada se concluye que la enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo se presenta con mayor frecuencia en los extremos de la vida reproductiva, sin embargo en nuestro estudio observamos que el mayor porcentaje de casos de preeclampsia severa - eclampsia, ocurrió en la 3a y 4a décadas (82.7%), siendo el promedio de edad de 26.5 años, y en cambio en los extremos de esta vida reproductiva nuestro porcentaje de casos fué del 18.25%, correspondiendo al 13.92% a pacientes jóvenes con menos de 20 años y el 4.43% a pacientes de más de 38 años.

Este incremento en edades medias de la vida, no lo podemos por el momento justificar plenamente, aunque sí consideramos está influenciado por factores que tienen íntima relación con esta patología (socio - económicos, nutricionales, anemia, bajo nivel cultural), todos ellos existentes no necesariamente en edades extremas, pero que sí inciden desfavorablemente para desequilibrar la homeostasis de un organismo exigido por condiciones precarias de salud y la presencia de una demanda mayor en función de un embarazo.

Este problema que en un primer embarazo se puede compensar (no siempre) en ausencia de daño previo por la juventud de una paciente, se hace evidente en situaciones subsiguientes, con desequilibrios repetidos y/o daños agregados como ocurre en embarazos posteriores, de ahí también que la severidad de esta patología se acentue con el número de gestaciones, sin embargo en nuestra estadística no fué corroborado y prácticamente la patología severa se presentó al 50% de nuestra población; pacientes primigestas y multigravidas, lo cual no es significativo para -

reaseverar esta tésis que sin embargo la seguimos sosteniendo y - será motivo de otro trabajo a realizar.

La asociación entre toxemia y otras patologías como la hipertensión arterial crónica, pielonefritis, glomerulonefritis y diabetes mellitus se pudo determinar confiablemente en el grupo de preeclampsia severa, en donde se observó que el 21% de este grupo tenía el antecedente de hipertensión arterial crónica, correspondiende el 64% a mujeres mayores de 30 años, dato que sí apoya nuestra tesis anterior. En el grupo de eclámpicas únicamente se detecto en un caso éste antecedente, lo cual queda a discusión, ya que en la mayoría de éstas pacientes no se realizo un interrogatorio adecuado, sin embargo cabe mencionar que probablemente este antecedente no sería tan frecuente ya que el 78% de este grupo correspondió a mujeres con una edad menor a 25 años, en donde la hipertensión arterial crónica es de muy baja incidencia en la población general.

Las crisis convulsivas ocurrieron con mucha mayor frecuencia en el parto (82%) de los casos, lo cual concuerda con la generalidad de los reportes al respecto, esto es lógico si la paciente ha sido bien controlada en su estancia en la U.C.I. y el embarazo que constituye la causa desencadenante ha sido interrumpida en la forma y momento oportuno.

En relación al método obstétrico de resolución de la gestación, en nuestro medio, correspondió en un porcentaje elevado a intervención cesárea, ya que en el grupo de preeclampsia severa esta ocurrió en el 88.5% de los casos y en la eclampsia en el 83.7%, lo cual esta en relación a la actitud intervencionista que se tiene en la U.C.I. de nuestro hospital, tratando de prevenir al máximo el daño al binomio.

El momento de interrupción del embarazo es vital para el pronóstico del recién nacido. Se sabe que la E.H.I.E. da lugar a elevados índices de mortalidad en él, debido a que ocasiona problemas en el producto por su prematuréz, ligada a su vez a un porcentaje elevado de inmaduréz.

En nuestro estudio se observó que el mayor porcentaje de nacimientos se llevo a cabo después de las 34 semanas de gestación (71.9%) en la preeclampsia severa, con un porcentaje de maduréz del producto del 98%, lo cual es muy satisfactorio para la pareja y para el producto que tendrá un mejor desarrollo somático e intelectual, sin embargo en el grupo de eclamp-ticas el nacimiento ocurrió antes de las 34 semanas en el 51.5% y antes de las 32 semanas en el 30.3% de los casos, lo que sugiere la presentación de esta patología en edades tempranas de la gestación, con la consecuente repercusión en el feto, su viabilidad, morbilidad y desarrollo.

La presión arterial media detectada en nuestro estudio mostro cifras alarmantes, ya que las maximas detectadas fueron en promedio de 132 mm hg (rango de 106 a 196) en la preeclampsia severa y de 138.9 mm hg (rango de 106 a 186) en la eclampsia.

Se ha comentado aunque no existen estudios comparativos al respecto, que en la zona norte del D.F. la toxemia tiende a ser más severa, probablemente influenciada por el tipo de población que vive en ella, cuyo nivel socio-cultural y económico es bajo.

En relación a la proteinuria, se sabe que el grado de ésta se asocia comunmente a la severidad del cuadro toxémico. En nuestro estudio se concluyó que el 45% de los casos de preeclampsia

severa presentó más de 2 cruces de proteinuria y el grupo de eclampsia lo presentó en el 76%. En correlación de estos dos últimos parametros, se determinó proteinuria de más de 2 cruces en el 96% de los casos de preeclampsia severa cuando la presión arterial media fué superior a los 120 mm hg, ocurriendo el mismo fenómeno en el 95.6% del grupo de eclámpicas. No se observo relación directa con los casos de hipertensión arterial crónica, número de crisis convulsivas y mortalidad.

Sin embargo en nuestro hospital la determinación de proteinuria es cualitativa, necesitando para una evaluación confiable, la determinación cuantitativa de proteina en orina de 24 hrs y de proteínas sericas, sugerencias que han representado todo un problema para su realización.

En cuanto a la determinación de plaquetopenia, se observó una relación importante en el grupo de eclampsia, ya que el 59.4% de los casos presentó menos de 1500.000 plaquetas/cc, lo cual se observo también en el 77.7% de los casos de mortalidad.

Sabemos que la coagulopatía en la E.H.I.E. es una complicación muy frecuente, sin embargo en nuestro hospital el índice de esta alteración fué muy baja, creémos que no se detectó este problema en algunos casos, debido a que nosotros hacemos el diagnóstico de coagulopatía severa en base a los datos clínicos, recuento plaquetario, TP y TPT, factores que no son suficientes para hacer un diagnóstico temprano y preciso, requiriéndose para esto de pruebas más sencibles y específicas como son la determinación de productos líticos del fibrinogeno, factor IV del complemento etc, que por el momento aun no hemos podido realizar.

En cuanto a las complicaciones, éstas ocurrieron en el 28.5% - de los casos de preeclampsia severa, siendo la atonia uterina la mas frecuente (6.7%), ocupando la hemorragia cerebral el 4o lugar con un 4.2%.

En el grupo de eclampsia, el total de complicaciones fué del 74%, como era de esperarse el mayor porcentaje correspondió a hemorragia cerebral (20%), siguiendo en frecuencia la insuficiencia renal aguda (17.9%) a continuación la deciduitis (12.8%) por último el DPPNI con este mismo porcentaje, sin embargo un hecho es importante señalar en nuestra estadística y fué que el mayor número de problemas correspondio a una adición de complicaciones.

La mortalidad del recién nacido fué ocasionada principalmente - por la prematuréz y las complicaciones propias de la misma, ya que se observó que el 50% de éstas ocurrio en productos de menos de 32 semanas de gestación, tanto en el grupo de preeclampsia severa como en el de eclampsia..

El número total de muertes maternas fué de 15 pacientes, correspondiendo 10 casos a pacientes con eclampsia (16.12% de mortalidad) y 5 casos a preeclampsia severa (1.2% de mortalidad), dando un índice total de mortalidad del 3.17%, en relación al número de pacientes manejadas en la U.C.I. (411 con preeclampsia severa y 62 con eclampsia) y un índice global del 0.96%, en relación al número total de pacientes toxémicas tratadas en el H.G. O. No. 3 durante el año de 1986, (1554 pacientes en total).

Se consideró que el total de muertes ocurridas fueron previsibles.

Finalmente el resultado que nos da el análisis de este estudio ocurrido en una unidad de cuidados intensivos es el siguiente:

El primer punto a analizar es que la admisión de pacientes con toxemia a esta área hospitalaria, fué exclusiva para aquellas mujeres con patología muy severa que llenaban parametros de ingreso.

Que el porcentaje de muertes en relación con el número total de ingresos de esta patología, constituye menos del 10%, lo cual - para un problema gineco-obstetrico que constituye la primera - causa de mortalidad obstetrica, es bajo, pero que además mejorando técnicas de manejo, medicación y previsibilidad puede abatirse.

Que debiera haber una mejor cohesión entre el grupo de expertos que manejan esta patología para sincronizar tratamiento y oportunidad en la resolución obstetrica, con el fin de ofrecer el máximo de posibilidades de sobrevivida al binomio.

Que es un manejo muy especializado que requiere de excelente material humano, buen equipo biomédico para monitorización de pacientes y excelente laboratorio que nos de confiabilidad de resultados, debido a las variantes importantes que existen en esta patología en periodos cortos de tiempo y de ahí la oportunidad de la intervención médica.

Que decididamente este tipo de manejo ha abatido los índices de morbi-mortalidad del binomio y en nuestra casuística la severidad del problema hubiera incrementado entre un 10 y 15% la mortalidad materna de no haberse dispuesto de esta área de manejo y por lo menos 20% mas de la mortalidad perinatal, pues muchos de estos casos fueron resueltos no en el momento de ingreso sino a posterioridad por el servicio de toxemia que -

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

continuo su manejo en hospitalización, en especial en esos esta
dios tempranos en donde la patología es mas severa y la decisión
es más crítica, requiriendo de experiencia del grupo de trabajo,
oportuno monitoreo y colaboración de la paciente y sus familia--
res para llevar adecuadamente este problema, apoyados en recursos
de laboratorio muy especializados como son la determinación de -
pruebas de maduréz fetal seriadas.

Este trabajo no es posible sin la simbiosis adecuada de los dis-
tintos departamentos que integran en el hospital (y que debieran
existir en todo hospital de Gineco-Obstetricia) el control del -
embarazo de alto riesgo, en base de un grupo de trabajo multidiscipli-
nario.

En relación al número de medicamentos empleados, no fué utiliza-
do un medicamento único en el manejo de estas pacientes.

Se utilizaron dos o más medicamentos, basandose primordialmente
en la respuesta a la urgencia clínica y supeditando dosis y elec-
ción de farmacos en relación a la gravedad del problema.

El medicamento de base inicial en el manejo de la paciente con -
preeclampsia severa ha sido la isoxuprina en forma parenteral y
a dosis respuesta, evitando una baja brusca de las cifras tensio-
nales, complementandose con otros medicamentos y el control hemo-
dinamico que es base en la estabilización de estas pacientes.

En la paciente ecláptica o con inminencia de eclampsia, el medi
camento base es el empleo de isoxuprina y sulfato de magnesio, -
solamente se utilizo fenobarbital o sedantes en los casos de cri-
sis convulsivas subintrantes o en pacientes en quienes se consi-
deró la resolución obstetrica no a corto plazo y por tanto el or
ganismo materno podia metabolizar el farmaco utilizado.

CONCLUSIONES:

- 1.- El mayor porcentaje de casos de preeclampsia severa y eclampsia (82.7%), ocurrió en la edad media de la vida reproductiva, siendo el promedio de edad de 26.5 años.
- 2.- El promedio de gestaciones en la población estudiada fué de 2.7 en la preeclampsia severa y 2.0 en la eclampsia, correspondiendo el 41% y 51% respectivamente a primigestas.
- 3.- El antecedente de hipertensión arterial crónica se asoció frecuentemente a la preeclampsia severa (21% de los casos) y en especial a mujeres mayores de 30 años (64%).
- 4.- Las crisis convulsivas ocurrieron con mayor frecuencia en el parto (82% de los casos).
- 5.- La edad gestacional en que se interrumpió el embarazo fué después de las 34 semanas en el 71.9% en la preeclampsia se vera y antes de las 34 semanas en la eclampsia (52.6). Esto nos habla de que en la toxemia severa se pudo llevar al producto a la viabilidad o muy cerca de ella, mientras que en la eclampsia se interrumpió el embarazo para salvaguardar la vida de la madre, evitando problemas o repercusiones graves independientemente de la edad gestacional, y en un porcentaje elevado que comprendió mas del 50% (el 52.6%), con productos prematuros inmaduros.
- 6.- La presión arterial media "maxima" detectada en la U.C.I. fué en promedio de 132 mm hg en la preeclampsia severa y de 138.9 en la eclampsia.

- 7.- La proteinuria mayor de 2 cruces se asoció en forma importante a la severidad de la toxemia.
- 8.- La plaquetopenia (menos de 150.000) se asoció en forma importante a los casos de eclampsia (59.4%) y de mortalidad (77.7%).
- 9.- La coagulopatía se identificó en pocos casos debido a la falta de exámenes de laboratorio mas específicos y sensibles, (2.5% en la preeclampsia severa y 5.1 en la eclampsia).
- 10.- Las complicaciones maternas en la preeclampsia severa fueron del 28.5% siendo las mas frecuentes la atonia uterina (6.7%), DPPNI (5.8%), deciduitis (5%) y hemorragia cerebral (4.2%).
El total de complicaciones en la eclampsia fué del 74%, - siendo las mas frecuentes: hemorragia cerebral (20%), I.R. A. (17.9%), deciduitis y DPPNI en el 12.8%.
- 11.- La mortalidad materna fué del 3.17% con una mortalidad corregida del 2.74%. La mortalidad en el grupo de eclámpticas fué del 16.12% y en el de preeclampsia severa del 1.2%.
- 12.- Practicamente todas las muertes fueron previsibles.
- 13.- La mortalidad del recién nacido se asoció con mayor frecuencia a las complicaciones propias de la prematuréz e inmadurez.

SUGERENCIAS:

Creemos que lo elemental para disminuir los índices de morbi-mortalidad materno-fetal en la E.H.I.E, es su identificación temprana, por lo que es necesario que los médicos de 1er y - 2o nivel de atención médica tengan una mayor información, preparación y concientización de esta patología con el fin de - que estas pacientes sean valoradas adecuadamente y tratadas - de manera oportuna.

Por otra parte es necesario contar con métodos más especializados de laboratorio en forma rutinaria en nuestro hospital, - como son: Déterminación cuantitativa de proteínas en orina, - de proteínas sericas, de productos líticos del fibrinogeno etc, con la finalidad de lograr una apreciación más adecuada de esta patología.

Finalmente es necesario una preparación mas intensa del residente de Gineco obstetricia en relación al manejo de estas - pacientes, como una parte muy importante en el adiestramiento en nuestra especialidad.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Leon C. Cheslay, Ph D. Historia y Epidemiología de la -
Preeclampsia - Eclampsia. Clínicas Obstetricas y Gineco-
logicas. 1984; 4;1025.
- 2.- Azcarate, S.S. Rosas, AJ, and Torres, R.B.A.: Ginecol. -
Obstet. Mex. 32; 341, 1972.
- 3.- Pritchard, J.A.; and Stene, S.R.: Am. J. Obstet. Gynecol.
99; 754, 1967.
- 4.- López Llera. M. La unidad de cuidados intensivos en gine-
cología y obstetricia. Revista Mexicana de Medicina.
1975; No 1200 - 1201, 318.
- 5.- Mario López Llera M., M.D. Complicated eclampsia.
AM. J. Obstet. Gynecol. 142; 28, 1982.
- 6.- Massachusetts Medical Society. Mortality of eclampsia.
The new England Journal of Medicine.
Dec. 29, 1983.
- 7.- Baha M. Sibai. Neurological Findings and future outcome.
Am. J. Obstet. Gynecol.
1985; 152; 184 - 92.
- 8.- Mario López Llera M; M.D. Maternal Mortality rates in -
eclampsia.
Am. J. Obstet. Gynecol. January 15, 1976 P.P; 149 - 155.

9.- Baha M. Sibai, M.D. Neonatal Outcome, Growth and development.

Am. J. Obstet. Gynecol. June I 1983.

10.- Baha M. Sibai. M.D. Pregnancy outcome in 303 cases With severe preeclampsia. Obstet. Gynecol. 64: 319, 1984.