

11217



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO O.D.
SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

EPIDEMIOLOGIA DE LA PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO.

SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
ORGANISMO CENTRALIZADO

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
PRESENTA EL ALUMNO:
ARMANDO LOPEZ PARRA



DIRECCION DE ENSEÑANZA

ASESOR DE TESIS: DR. ARTURO ORTIZ PAVON



MEXICO, D. F.

2004



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

UNIDAD DE GINECOLOGIA y OBSTETRICIA

SECRETARIA DE SALUD

TUTOR DE LA TESIS

DR. ARTURO ORTIZ PAVON

SERVICIO DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO
PERINATOLOGIA

DR. GREGORIO MAGAÑA CONTRERAS
JEFE DE SERVICIO DE GINECOLOGIA y OBSTETRICIA

DR. GUILLERMO OROPEZA RECHY
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE POSGRADO
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
FACULTAD DE MEDICINA - UNAM

DR. FAUSTO CORONEL CRUZ
JEFE DE INVESTIGACIÓN
SERVICIO DE GINECOLOGÍA y OBSTETRICIA

DR. ALFONSO CONTRERAS PORRAS
JEFE DE ENSEÑANZA
SERVICIO DE GINECOLOGIA y OBSTETRICIA

DR. ARTURO ORTIZ PAVON
SERVICIO DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO
PERINATOLOGIA
TUTOR DE LA TESIS

SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN
DIVISIÓN DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

**“EN INVESTIGACIÓN, LOS TRES VOCABLO
DE SIGNIFICACIÓN MÁS PROFUNDA SON
VOLUNTAD, TRABAJO Y PACIENCIA”**

AGRADECIMIENTOS

AL DR. GUILLERMO OROPEZA RECHY

POR SU ESTÍMULO CONSTANTE EN PRO DE LA INVESTIGACIÓN.
QUIEN SIEMPRE ME BRINDÓ SU APOYO COMO JEFE Y MAESTRO

AL DR. ANTONIO GUERRERO

FACILITÓ MI INGRESO COMO MÉDICO RESIDENTE AL HOSPITAL.
MAESTRO EN EL AULA Y EN LA SALA DE OPERACIONES.

AL DR. GREGORIO MAGAÑA

POR SU ENSEÑANZA EN LOS DIFERENTES DEPARTAMENTOS DE
ESTA
UNIDAD, LA QUE FUE BÁSICA EN MI FORMACIÓN.

AL DR. EDUARDO GOYRI

POR SU DISCIPLINA Y BUENA DISPOSICIÓN PARA LA ENSEÑANZA
DESDE RESIDENTE.

AL DR. ARTURO ORTIZ PAVON

SOPORTE PARA LA REALIZACIÓN DE ESTA TESIS.

AL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

CRISOL INAGOTABLE DE MÉDICOS E INVESTIGADORES.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
LA FRAGUA DONDE SE FORJÓ MI VIDA Y MIS ILUSIONES COMO
MÉDICO

A MIS COMPAÑEROS RESIDENTES

ERIK GARCIA

COMPAÑERO, HERMANO Y AMIGO, CON MI CARIÑO Y ADMIRACIÓN

ROSAURA AGUIRRE, ERIKA ALEMAN, MAURICIO ARBELAEZ,
GUADALUPE AMADOR, ANDRES TÉLLEZ, EDGAR SAMPERMELO

A QUIENES POR SU ESFUERZO Y DEDICACIÓN, SE LES QUIERE.

A MI MADRE, SRA. ESTELA PARRA VILLA

A MI PADRE, SR. ERASTO LOPEZ CARILLO

A QUIEN DEBO TODO EN LA VIDA, MI GRATITUD INFINITA POR SU
APOYO Y AMOR. ELLA ME ALENTÓ PARA ALCANZAR MI META.

A MI NOVIA MARIA ORALIA

POR SU PACIENCIA, COMPRENSIÓN Y APOYO, LO QUE ME
PERMITIÓ
REALIZARME PROFESIONALMENTE. COMPAÑERA DE TODA LA VIDA.

A MIS HERMANOS LUCILA, CRISTINA Y RICARDO

POR SU VOTO DE CONFIANZA Y APOYO INCONDICIONAL.

INDICE

INTRODUCCIÒN.....	1
JUSTIFICACION.....	5
OBJETIVOS.....	6
MATERIAL Y METODOS.....	7
RESULTADOS.....	10
DISCUSION.....	11
CONCLUSION.....	12
BIBLIOGRAFIA.....	14

INTRODUCCION

FACTORES DE RIESGO DE LA PREECLAMPSIA

La Preeclampsia es la principal causa de morbilidad materna y perinatal en la mayor parte del mundo. De acuerdo con las tasas conocidas de la frecuencia de preeclampsia y eclampsia se puede esperar anualmente en México 2190 y 6570 casos respectivamente (1), es causa de que un 20% de los recién nacidos tengan peso de 2000gr o menos y, produce una de cada cuatro muertes maternas registradas en México (2). Descrita clásicamente como la enfermedad de las teorías constituye una forma de hipertensión que se presenta en 6 a 8% de los embarazos mayores a 20 semanas(3).

La Preeclampsia constituye un Síndrome de causa desconocida y con participación multifactorial (5).

Se ha identificado a la disfunción de células endoteliales como la vía final común en la patogenia de la preeclampsia. Su causa aún se desconoce, pero en años recientes ha llamado mucho la atención la posible participación de factores genéticos y mecanismos autoinmunitarios.

Los factores de riesgo de preeclampsia, que pueden dividirse en preconceptionales y vinculados con el embarazo.

Factores de riesgo de preeclampsia

Preconceptionales

Vinculados con el compañero

Nuliparidad, primipaternidad/embarazo en adolescentes

Exposición limitada a espermatozoides

Sexo oral (disminución de riesgo)

Pareja que fue el progenitor de un embarazo con preeclampsia en otra mujer

No vinculados con el compañero

Antecedente de preeclampsia

Edad, intervalo entre embarazos, aborto previo

Antecedentes familiares

Presencia de factores subyacentes específicos

Hipertensión y nefropatía crónica

Obesidad

Diabetes gestacional

Exógenos

Tabaquismo (disminución de riesgo)

Vinculados con el embarazo

Gestación múltiple

La edad se considera un factor de riesgo especial para la vida reproductora. Las mujeres con 15 años tienen cinco veces el riesgo de desarrollar preeclampsia, en tanto que la elevación es tres veces mayor si la edad es de 15 a 20 años y menor si la edad es de 28 a 35 años (4).

Diversos estudios han demostrado que los factores de riesgo que más están asociados para el desarrollo de preeclampsia son Primigravidad y Nuliparidad (10), (16) (20).

Cambio de un compañero

Por lo general, la preeclampsia se considera enfermedad del primero de los embarazos. El antecedente de uno normal se vincula con una incidencia muy disminuida de preeclampsia; incluso un aborto previo provee alguna protección a este respecto. El efecto protector de la multiparidad se pierde con un cambio de compañero.

Se ha reportado que un cambio de pareja en el segundo embarazo así como la nuliparidad aumenta el riesgo de Preeclampsia sugiriendo una pobre adaptación inmunológica a esta condición (19).

Debido a que los patrones de paternidad cambiante tuvieron vínculo significativo con la preeclampsia en múltiparas pero en las hipertensas crónicas y las testigos, los autores sugirieron que la preeclampsia pudiera ser un problema de la primipaternidad más bien que de la primigravidez. Este estudio fue criticado porque la preeclampsia en esas múltiparas no se definió por la combinación conocida de hipertensión inducida por el embarazo más proteinuria.

Se ha reportado un riesgo incrementado de recurrencia de preeclampsia de 14.4%. No se encontró una diferencia significativa entre el intento de la gestación (17).

Exposición a los espermatozoides

La duración de la cohabitación sexual es un determinante importante como factor de riesgo. Klonoff Robillard y sus colaboradores publicaron acerca de la exposición a los espermatozoides como protección contra la preeclampsia. El primero de estos autores hizo un estudio de casos y testigos de comparación de antecedentes anticonceptivos de 110 primíparas con preeclampsia con preeclampsia y 115 embarazadas sin ella.

Sus datos indicaron un incremento de 2.4% de riesgo de preeclampsia en usuarias de anticonceptivos que evitan el contacto con espermatozoide.

Así mismo se ha encontrado que el uso de métodos de barrera para el control de fertilidad incrementa el riesgo de presentar preeclampsia ya que al no estar en contacto previamente no se forma memoria con los antígenos espermáticos paternos con RR 2.52 IC 95% (9).

Según Klonoff y colaboradores, los métodos de barrera pueden contribuir con hasta 60% de los casos de preeclampsia. Robillard y colaboradores fueron los primeros en iniciar un estudio prospectivo de la relación entre la exposición a espermatozoides y la preeclampsia;

El no tener sexo oral puede ser un factor de riesgo adicional. Al comparar primíparas preeclámplicas estrictamente definidos con las del grupo testigo, el autor encontró que sólo 18 de 41 de las primeras (44%) tenían sexo oral con su compañero antes del embarazo, en comparación con 36 (82%) de 44 en el grupo testigo.

Un IMC entre 26 ó confiere un riesgo 2.55 mayor que las pacientes con IMC menos

Un IMC mayor a 36 proporciona una riesgo estadísticamente significativa Mayor de padecer preeclampsia. (7).

El efecto del aborto previo sobre la incidencia de preeclampsia esta todavía en disputa. En algunos estudios Xiong no encontró diferencia significativo en la incidencia de preeclampsia con aborto previo 26% comparadas con 26% sin aborto previo $p>95$ (14).

Así mismo las mujeres con preeclampsia en embarazos previos tienen fuertemente incrementado el riesgo de preeclampsia con un RR .21.9 $P>95$. La asociación fue particularmente fuerte con preeclampsia severa y extremadamente fuerte cuando esta es de inicio temprano. RR. 42.4 $P>95\%$. (15).

Se reporto un estudio que se realizo para determinar el riesgo de preeclampsia dependiendo del periodo entre embarazos, encontró que el RR para preeclampsia aumentada 1.16 por año adicional (22).

Esta pequeña tendencia de mayor riesgo en el segundo embarazo cuando la madre cambiaba de compañero fue muy significativa, incluso después del ajuste para la edad materna y el año calendárico ($P<0.001$). No está claro el motivo del menor impacto relativo de tener un hijo de un compañero diferente en ese estudio, en comparación con los previos. Una de las características notorias del estudio noruego es la relativa alta incidencia de preeclampsia en múltiparas con el mismo compañero (1.7%)

Se sabe que las madres que tuvieron preeclampsia en el primer embarazo tienen un riesgo sustancialmente mayor de presentarla en uno posterior. En el estudio noruego, el riesgo de 1.7% en los segundos embarazos de madres con antecedentes de presión arterial normal en el primero y el mismo padre. Las madres con preeclampsia en el primer embarazo tuvieron un riesgo de 13.1% en el segundo si era del mismo padre. Es interesante que el riesgo decayó a 11.8% cuando cambiaron de compañero ($p=0.12$). Los datos noruegos también demostraron que el riesgo de preeclampsia en un segundo embarazo aumenta con la edad materna (1.3 por cada cinco años; $P<0.0001$) y con el intervalo entre embarazos (1.5 por cinco años de intervalo entre el primero y segundo; $P<0.0001$)

El riesgo de preeclampsia de embarazos posteriores es más alto cuando la enfermedad es más intensa, más temprana, o se vincula con un menor peso al nacer.

Se reportaron seis marcadores para la preeclampsia severa náuseas, vómito, dolor en epigastrio, aumentada de la LDH, Antigenocarcinoembrionario, y transaminasas elevadas como factores predisponentes en preeclampsia severa.(13).

Varios estudios han demostrado que la tasa real de la recurrencia del síndrome de HELLP es relativamente baja. Sullivan y colaboradores encontraron en 161

embarazos subsiguientes de un grupo de 481 pacientes con HELLP que el riesgo de recidiva del síndrome era de 19 a 27%, dependiendo de su definición. Por el contrario, Sibai y colaboradores señalaron una tasa de recurrencia de sólo 3% en 139 mujeres normotensas con antecedente de síndrome de HELLP (criterios de Memphis) y 192 embarazos subsiguientes.

Así, las mujeres con preeclampsia grave previa deberían considerarse con alto riesgo en los embarazos subsiguientes, en particular si la preeclampsia se presentó antes de las 30 semanas de gestación. El riesgo de recurrencia de síndrome de HELLP tal vez es muy bajo y puesto que se trata de una forma de preeclampsia grave, se vincula con un alta tasa de recidiva de ésta.

Antecedentes de preeclampsia familiar

La preeclampsia y la eclampsia tienen una tendencia familiar. Chesley y colaboradores encontraron una incidencia de 26% de preeclampsia en hijas de mujeres que la padecieron, pero de sólo 8% en las hijastras. Lie y colaboradores, en su estudio de toda la población noruega, calcularon los riesgos vinculados en pares de madres que eran hermanas totales, medias hermanas con la misma madre pero diferentes padres (medias hermanas maternas) o con el mismo padre pero diferentes madres (medias hermanas paternas). El riesgo relativo aproximado calculado fue máximo para las medias hermanas totales (2.2; CI de 95%, 1.9 a 2.5) y mínimo para las medias hermanas maternas (1.6; CI de 95%, 0.9 a 2.6). En las medias hermanas paternas, la cifra correspondiente fue de 1.8 (CI de 95%, 1.10 a 2.9).

Lara reporto el antecedente familiar de preeclampsia. Severa de 6.6 de sulfato de magnesio, si la madre es la portadora y de 2.2 cuando la hermana lo padece, finalmente 13.2 hasta que una cama de labor la acepta. (7).

Tabaquismo

Se sabe que el tabaquismo se vincula con una decremento en la incidencia de preeclampsia.

El tabaquismo esta asociado a un riesgo bajo de preeclampsia, a pesar de la fuerte asociación entre tabaquismo y parto pretérmino. (17), (12).

Embarazo múltiple

Algunos autores han aportado datos que sugieren que los embarazos gemelares no con llevan mayor riesgo de preeclampsia. Sin embargo, en casi todos los grupos se ha demostrado que la incidencia y gravedad de la preeclampsia, la incidencia de preeclampsia y la preeclampsia de inicio temprano son significativamente mayores en pacientes con embarazos gemelares.

En un gran grupo reciente se encontró aumento casi al cuádruple del riesgo de preeclampsia. Los embarazos triples tienen un riesgo aún mayor de presentar preeclampsia grave que los gemelares. La incidencia global de preeclampsia es similar a la de embarazos gemelares.

En cuanto a lo que se refiere al vínculo bien conocido entre molas hidatiformes y preeclampsia grave de inicio temprano,

JUSTIFICACION

La Enfermedad Hipertensiva asociada al embarazo ocupa el 3% de ingresos en el servicio de alto riesgo en el servicio de Ginecología y Obstetricia en el Hospital General de México, siendo una de las principales causas de mortalidad y morbilidad materna.

Por lo que es necesario establecer un tamiz en el cual se identifiquen los factores de riesgo que predisponen a padecer dicha enfermedad, para ofrecer las mejores oportunidades de un diagnóstico precoz, con las mayores probabilidades de sobrevida para la madre y su hijo.

Teniendo de esta manera un enfoque preventivo más que curativo ante los estados hipertensivos del embarazo ya que representan sin lugar a duda un problema de salud pública en nuestro país. Con estas acciones trataremos minimizar su repercusión sobre la salud materno-fetal.

Según Sibai la preeclampsia es la principal causa de morbilidad y mortalidad materna a nivel mundial, encontrando numerosas vías fisiopatológicas involucradas, pero desconociendo las causas de estos cambios. En ausencia de métodos universales para la predicción y prevención de la Preeclampsia, el temprano diagnóstico y adecuado manejo son esenciales para el Síndrome de la Preeclampsia.

OBJETIVOS

Conocer los factores sociodemográficos que pueden ser predictores de la presentación de preeclampsia

Analizar las características epidemiológicas de las pacientes con preeclampsia atendidas en el servicio de Ginecología y obstetricia del Hospital General de México

Realizar un cuestionario que sirva de guía para que las futuras generaciones de Residentes de Ginecología y obstetricia, realicen a la pacientes vistas en el servicio, identificando aquellas pacientes a estar predispuestas a padecer PREECLAMPسيا.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un análisis retrospectivo, descriptivo y observacional de los expedientes clínicos de las pacientes con diagnóstico de Enfermedad Hipertensiva asociada al embarazo en un periodo comprendido del 01 enero de 2001 al 31 de Junio de 2003 en el Hospital General de México en la unidad de Ginecología y Obstetricia, obteniendo el registro de los expedientes de la libreta de Embarazo de Alto Riesgo.

Criterios de inclusión

Preeclampsia leve

- Pacientes con más de 20 semanas de gestación con dos o más de los siguientes signos:
- Presión sistólica mayor o igual a 140mmHg o elevación igual o mayor a 30mmHg sobre la habitual
- Presión diastólica mayor o igual a 90mmHg o elevación mayor o igual a 15mmHg sobre la presión habitual
- Presión arterial media mayor a 106 mmHg
- Proteinuria entre 300mg y 3gr. en orina de 24 horas

Preeclampsia severa

- Pacientes con más de 20 semanas de gestación con dos o más de los siguientes signos:
- Presión sistólica igual o mayor a 160 mmHg
- Presión diastólica igual o mayor a 110mmHg
- Presión arterial media mayor a 126 mmHg
- Proteinuria mayor a 3 g en orina de 24 horas
- Edema generalizado

Y/o Presencia de uno de los siguientes signos:

- Presión sistólica igual o mayor a 180mmHg
- Presión diastólica igual o mayor a 140mmHg
- Proteinuria mayor a 5 g en orina de 24 horas
- Estupor
- Pérdida parcial o total de la vista
- Dolor epigástrico en barra
- Hiperreflexia generalizada

Eclampsia

- Convulsiones y/o coma

Presencia de convulsiones o coma no relacionadas con alguna otra patología cerebral, con signos y síntomas de preeclampsia.

Criterios de exclusión

Diabetes mellitus

Enfermedad meningea infecciosa

Enfermedades crónico-degenerativas

Epilepsia

Hemorragia cerebral

Hipertensión arterial crónica

Hipertensión arterial sistémica más preeclampsia sobreagregada

Nefropatía

Neoplasia cerebral

Anticuerpos antifosfolipidos

VARIABLES:

Antecedentes de preeclampsia en embarazos previos

Antecedentes familiares de preeclampsia

Control prenatal

Duración de control prenatal

Edad

Escolaridad

Estado civil

Religión

Gestaciones

IVSA

Ocupación

Paridad

Edad gestacional

Resolución del embarazo (Eutócico o quirúrgico)

RESULTADOS

Ver anexo 1.

La edad promedio fue de 25.6 años para la preeclampsia leve y 25.8 para la preeclampsia severa, como se observa en la gráfica 1. Con respecto a la ocupación el 242 (54.5%), se dedicaba al hogar, y solamente 3 (0.67%) pacientes tenían una actividad profesional. Gráfica 2.

De las pacientes con preeclampsia leve igualmente 170 (93.40%) se dedicaba al hogar y solamente 11 (6.04%) pacientes tenían actividad profesional. Gráfica 3

Del estado civil de las pacientes 215 (48.4%) son casadas, 159 (35.8%) se encuentran en unión libre y 64(14%) eran solteras. Gráfica 4

En su gran mayoría la religión que predomina es la religión católica con 170 pacientes (95.4%), aunque también se encuentran testigos de Jehová, cristiana, atea. Gráfica 5 y 6.

El antecedente de preeclampsia en el embarazo anterior fue mayor en pacientes con preeclampsia severa 40(9%), que en pacientes con preeclampsia leve 31(6.95%). Gráfica 7

Así mismo el antecedente de hipertensión en la familia fue de 15.9% en la preeclampsia severa y 10% en la preeclampsia leve. Gráfica 8

El control prenatal fue regular en pacientes con preeclampsia leve de un promedio de 5.8% en comparación con la preeclampsia severa donde su control fue irregular con un promedio de 2.7%. Gráfica 9

La primigravidad fue un factor de riesgo de suma importancia ya que en nuestro estudio fue un total de 210 (47%) de pacientes que se les diagnóstico preeclampsia en su primer embarazo. Gráfica 10

El inicio de la vida sexual activa fue similar tanto en pacientes con preeclampsia leve y en pacientes con preeclampsia severa de 18.3 y 19.2 respectivamente. Gráfica 11

La edad gestacional a la que se diagnóstico la preeclampsia severa fue en su mayoría en productos prematuros, en promedio de 36 semanas de gestación, sin embargo la edad gestacional de las pacientes con preeclampsia leve fue de 37 semanas. Gráfica 12

La principal vía de interrupción del embarazo fue la vía abdominal (cesaréa) 323 (72.7%) y siendo la vía vaginal solo 27.3% Gráfica 13

El embarazo gemelar su principal complicación fue el embarazo múltiple, siguiendo al RCIU, y el DPPNI. Gráfica 14

En la preeclampsia severa fue el Sx.de HELLP, el DPPNI las complicaciones maternas, y el obito las complicaciones severas. Gráfica 15

El sexo predominante fue el femenino, y este se presentó más en pacientes con preeclampsia severa, porque en preeclampsia leve la incidencia fue la misma. Gráfica 16

Se encontró que los productos de madre con Preeclampsia severa fue en promedio 2500gr si observamos los hijos de madres con preeclampsia leve que fue de 2826gr. Gráfica 17

En la edad gestacional, fue mayor a los hijos de madres con preeclampsia leve de 38.1 semanas en comparación con los de preeclampsia severa que fue de 36 semanas. Gráfica 18

DISCUSION

En nuestro medio la preeclampsia se presenta más frecuentemente en nulíparas 47%, y éstas tiene dos veces mayor el riesgo de presentar esta patología, dato que concuerda con otros autores los cuales informan hasta 75% de preeclampsia en nulíparas.

La edad promedio para las pacientes preeclampticas fue de 25.8 años lo cual es mayor a la mencionada en otros estudios encontrando en estos una mayor incidencia en pacienetes menores de 21 años o mayores de 35 años.

Respecto a la escolaridad se encontro que predominaban pacientes con secundaria, despues por primaria, aunque tambien asi encontramos profesionistas o técnicas que en una muy poca minoria padecian preeclampsia.

Respecto al estado civil fue mayor el número de pacientes que estaban casadas, seguidas por las de unión libre y finalmente las solteras fue el grupo que menos predomino, diferenciando lo ya descrito por otros autores quienes mencionan que la paciente no casada tiene un riesgo de dos veces para presentar esta enfermedad.

Dentro de la etiología de la preeclampsia se aduce un factor genético, el cual nosotros observamos en nuestro estudio en donde fue más fuerte este antecedente cuando la paciente presentaba preeclampsia severa que las que presentaban preeclampsia leve. Asi mismo el riesgo es mayor cuando la padecio la mama de 3.7 que cuando la padecio una hermana de 2.7, aunque este riesgo se incrementaba si ambas la presentaban hasta un 13.2.

También observamos que el riesgo se incrementaba hasta 4.4 veces si el embarazo era múltiple, aduciendo a esto , al aumento de masa trofobástica.

El alcoholismo como factor de riesgo para la preeclampsia esta asociado con una reducción en la incidencia de esta.

La vía de nacimiento por cesárease encontró en 72% ligeramente un poco más bajo que lo reportado en otros centros hospitalarios donde reportan hasta un 93%.

Asi mismo observamos que la preeclampsia severa que se desarrolla antes de la semana 34 se encuentra asociada a una alta mortalidad y morbilidad perinatal, encontrando en nuestro estudio una edad gestacional promedio de 36semanas en la preeclapsia severa y con productos con un promedio de 2500gr.

Los expedientes que no se incluyeron fueron aquellos que entraban dentro de los criterios de exclusión como pacientes con patologia de base con epilepsia, Hipertensión arterial crónica, hipertensión arterial crónica con preeclampsia sobregregada, nefropatia, diabetes mellitus.

Conclusión.

Consideramos que este estudio muestra algunos de los principales factores de riesgo para el desarrollo de preeclampsia en nuestra población, que deben tomarse en cuenta como marcadores clínicos para la detección temprana de las pacientes con riesgo y de esta manera poder ofrecer medidas tempranas que pueden reducir la incidencia de preeclampsia.

Resulta claro de este estudio que la preeclampsia/eclampsia continúa siendo una patología con gran incidencia en la morbilidad y mortalidad materna como perinatal además de ser causa de hospitalizaciones prolongadas. Se deberá continuar trabajando para encontrar la forma de prevenir la aparición de esta patología o de modificar su evolución.

Además con este estudio queda en evidencia la falta de marcadores bioquímicos que permitan hacer un diagnóstico oportuno de Preeclampsia, por lo que solo con los antecedentes clínicos como son primiparidad, antecedentes de preeclampsia en embarazos previos, antecedentes de Hipertensión Arterial Crónica y Diabetes Mellitus son valiosas herramientas para la realización de un diagnóstico y manejo oportuno.

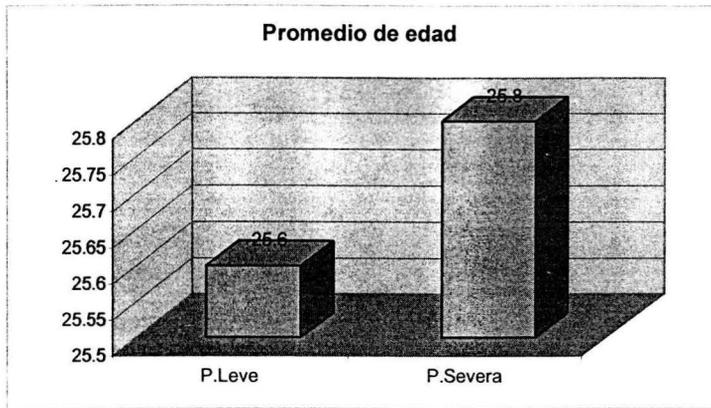
Bibliografía

- 1.Llaca Rodríguez Victoriano. Obstetricia Clínica Ed.McGraw-Hill 2000
- 2.Fiorelli-Alvaro.Complicaciones Médicas en el embarazo Edit McGrawHill 1996
- 3.Ahued Ahued R. Ginecología y obstetricia aplicadas. Edit.Manual Moderno2003
- 4.Jaime Jesús Durán, José Couoh Noh. Epidemiología de la preeclampsia-eclampsia en el Hospital General O'horan. Ginec Obst Mex 1999; 67: 571
- 5.Luis Alberto Villanueva, Enrique Pedernera, Dr.Enrique García-Lara. Bases fisiopatológicas de la preeclampsia Ginec Obst Mex 1999; 67:246.
- 6.Alma Lina Lara González, Angel García Alonso, Esther Macías Gallardo, Gerardo Alpuche. Mortalidad materna por eclampsia. Ginec Obst Mex. 1999.67; 253.
- 7.Alma Lina Lara González, Guadalupe Ulloa Galván, Gerardo Alpuche, Juan Fernando Romero 8.Arauz. Factores de riesgo para preeclampsia. Análisis Multivariable. Gin Obst Mex 2000.68:357.
- 9.Marcelino Hernández- Valencia, Lucía Saldaña Quezada, Mario Alvarez Muñoz, Edith Valdez Martínez. Los métodos de planificación familiar de barrera como factor de riesgo que predispone a la presencia de preeclampsia. Gin Obst Mex 2000; 68;333
- 10.José Ruiz Hernández, Josefma Jiménez López. Preeclampsia-eclampsia. Experiencia en el Centro Médico Nacional de Torreón. Ginec Obstet Mex 2001; 69:341.
- 11.Farid Mattar, Baha M. Sibai Preeclampsia Clinical Characteristics and Pathogenesis. Clin in Liver Disease. 1999;3: 1
- 12.Agustin Conde-Agudelo, Fernando Athabe, Jose M. Belizan, Ana C.Kafury. Cigarette smoking during pregnancy and risk of preeclampsia: A systematic review. Aro J Obstet Gynecol. 1999;183:4
- 13.James Martin, Warren, Evertt, Dom Brian, Pamela. Early risk assesment of severe preeclampsia Aro J Obstet Gynecol. 1999.180;6
- 14.Xu Xiong , Demianczuk, Buekens, Saunders. Association of preeclampsia with high birth weight for age. Aro J Obstet Gyneco12000; 183:4
- 15.Ronnaug A. Odegard, Lars, Stein, Kjell, Rigmor. Risk Factors and clinical manifestations ofpre-eclampsia. British Journal ofObstetric and Gynaecology Nov 2000; 107: 1410-1416 Sean 16.Esplin, Bardett Fausett, Alison Fraser, Rich Kerber, Geri Minean, Paternal and Maternal Components ofthe Predisposition to Preeclampsia. N Engl J Med 2001;344:867872
- 17.Lill Trogstad, Anne Eskild, Per Magnus, Sven Oye Samuelsen, Britt Ingjerd Nesheim. Changing paternity and time since last pregnancy and impact on preeclampsia risk. International Epidemiological Association 2001; 30; 1317-1322
- 18.Cynthia D.Morris. Nutrient intake and hypertensive disorders fo pregnancy: Evidence from a large prospective cohort. Aro J Obstet GynecoL 2001;184:4
- 19.Phil, F.R.C.O.G Risk Factors for Preecolampsia. N Engl J Med 2001;344: 925-926

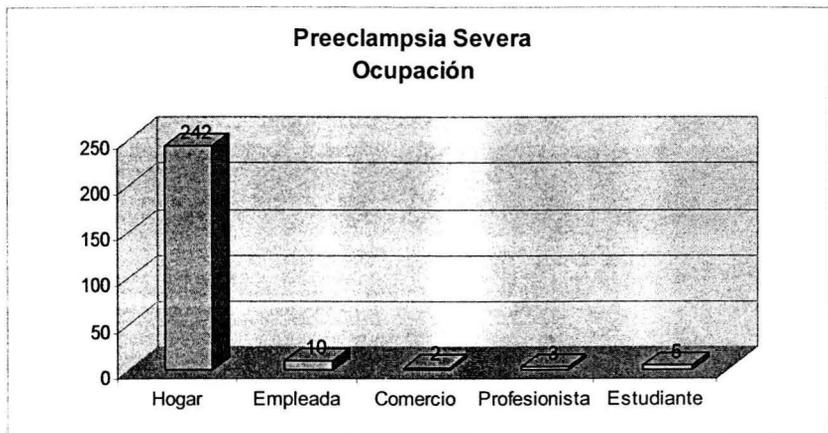
20. Dorothea Mostello, Tegan Catlin, Liana Roman, William Holcomb, Terry Lee!. Preeclampsia in the parous woman: Who is at risk? Aro J Obstet Gyneco 12002; 187:2 Xu, Xiong, William 21. Fraser, Nestor Demianczuk. History of abortion, preterm, term birth and risk preeclampsia: A population-base study. Aro J Obstet Gynecol. 2002;187:4
22. Rolf Skjoerven, Allen, Wilcox, Rolv. The interval between Pregnancies and the Risk of preeclampsia. N Engl J Med 2002; 346: 33-38

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

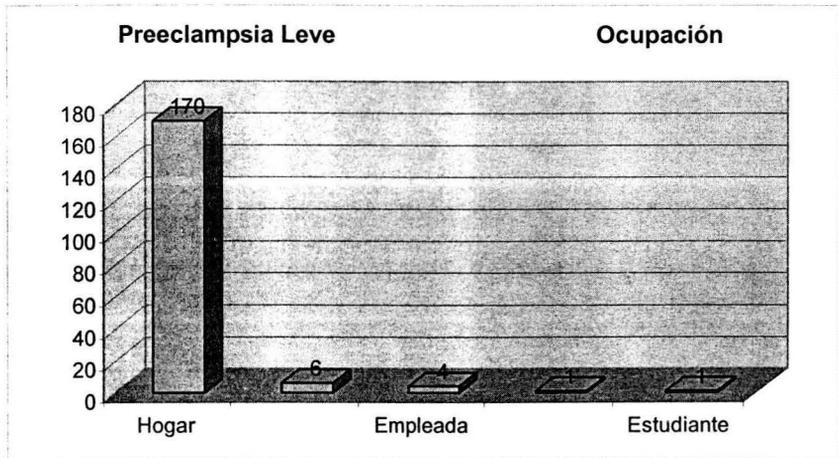
ANEXO 1



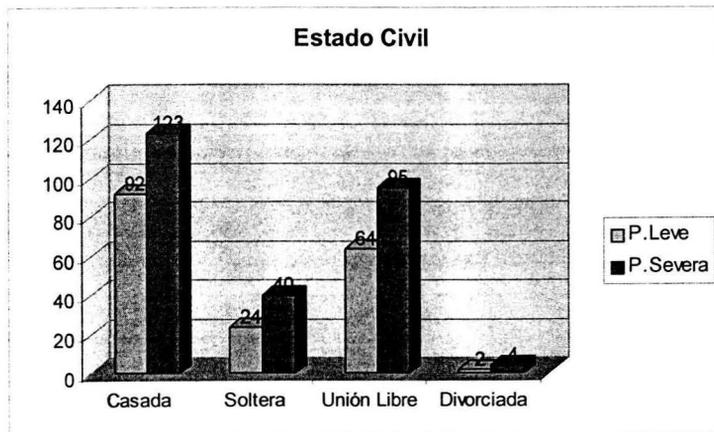
Gráfica 1 Fuente: Archivo de Ginecología U-112



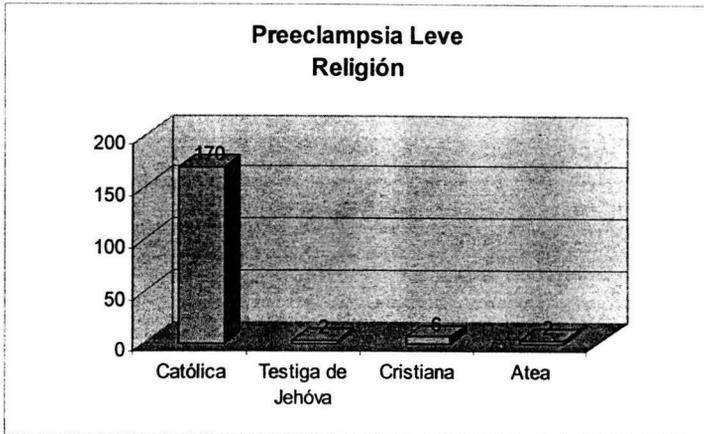
Gráfica 2. Fuente: Archivo de Ginecologia U-112



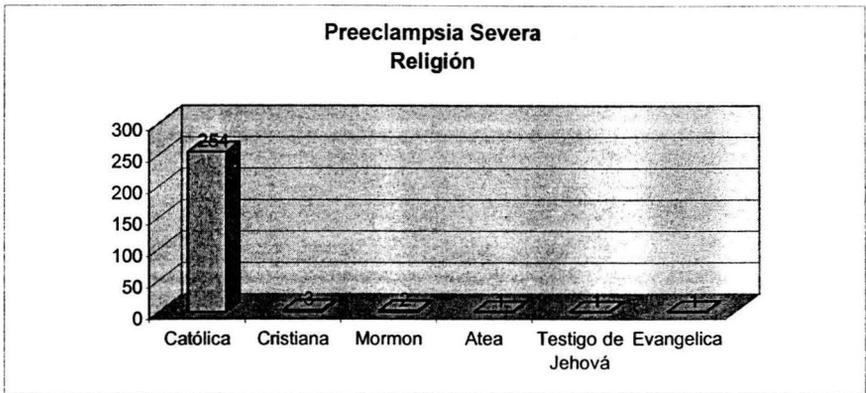
Gráfica 3 Fuente: Archivo de Ginecología U-112



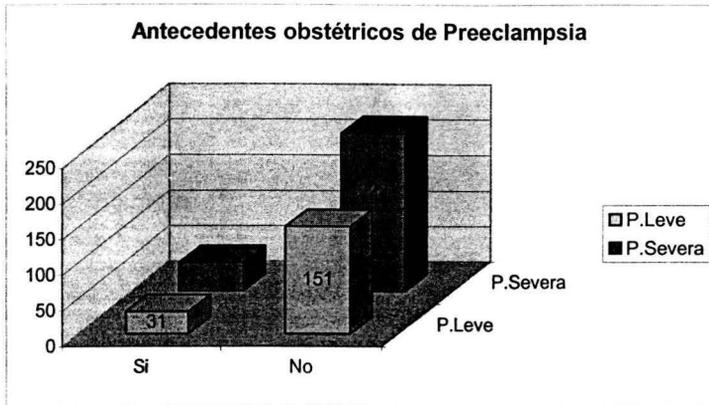
Gráfica 4 Fuente: Archivo de Ginecología U-112



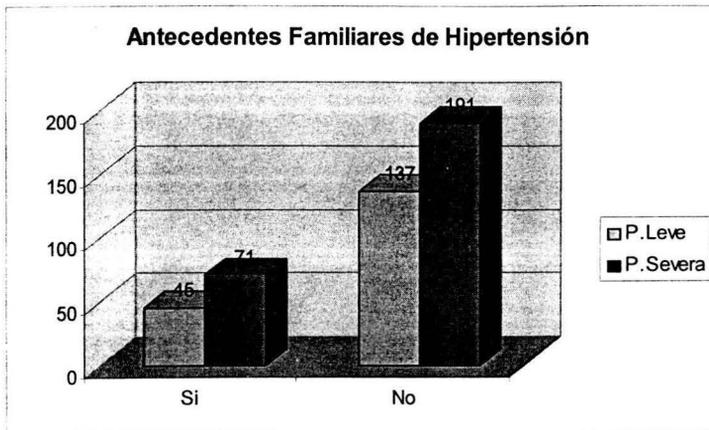
Gráfica 5 Fuente: Archivo de Ginecología U-112



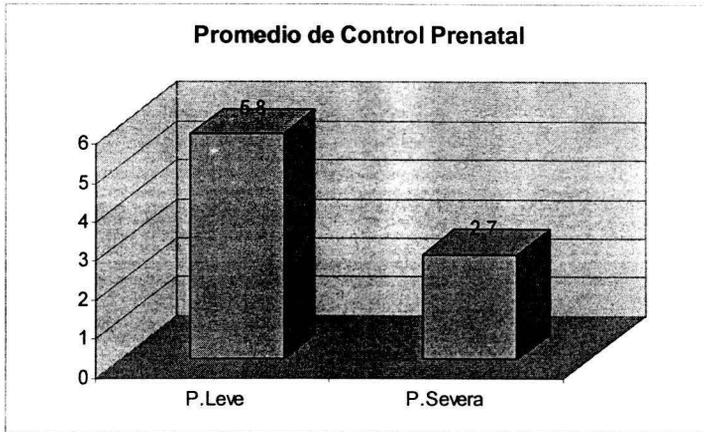
Gráfica 6 Fuente: Archivo de Ginecología U-112



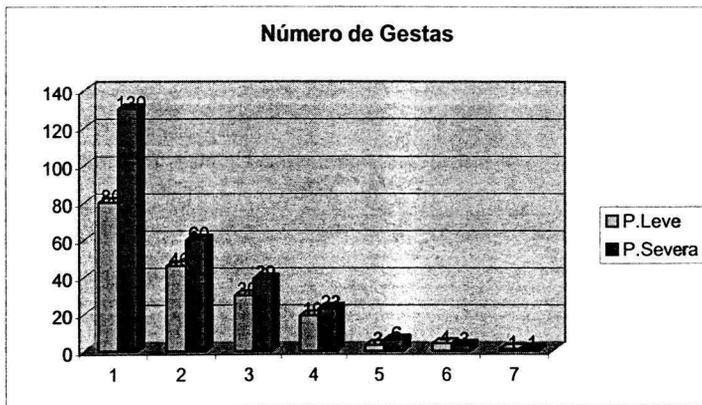
Gráfica 7 Fuente: Archivo de Ginecología U-112



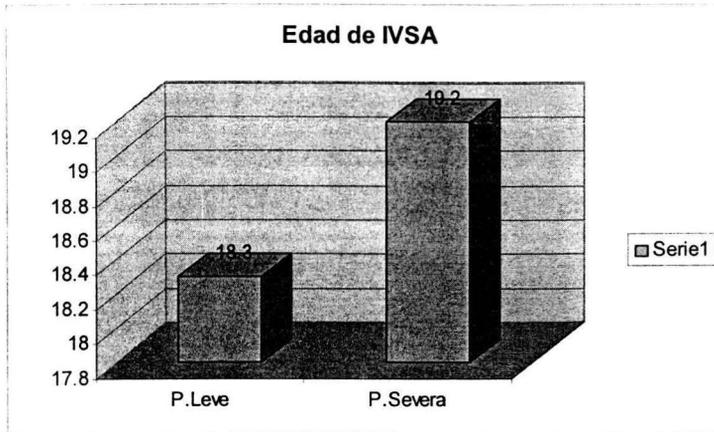
Gráfica 8 Fuente: Archivo de Ginecología U-112



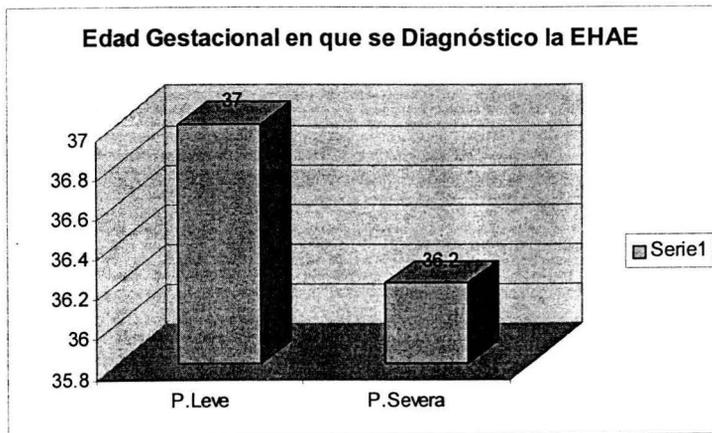
Gráfica 9 Fuente: Archivo de Ginecología U-112



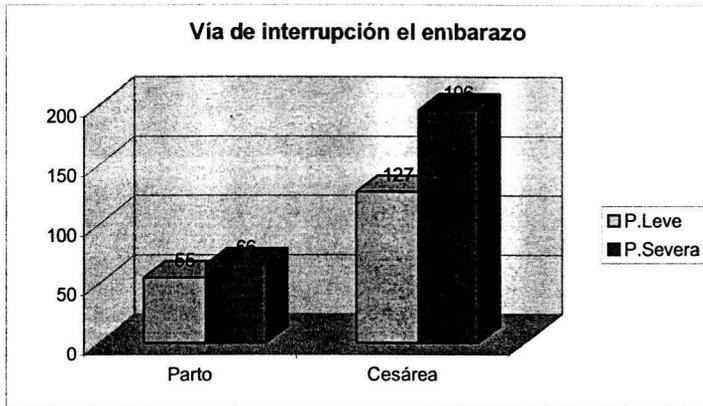
Gráfica 10 Fuente: Archivo de Ginecología U-112



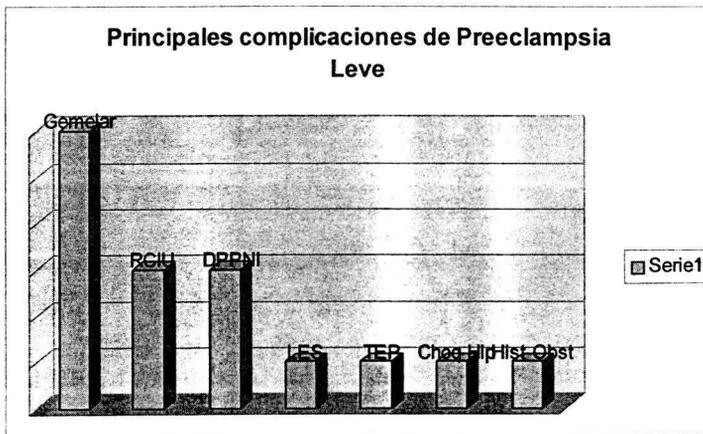
Gráfica 11 Fuente: Archivo de Ginecología U-112



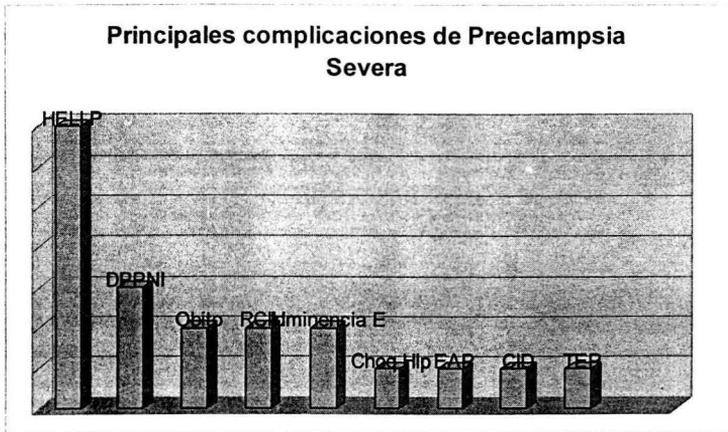
Gráfica 12 Fuente: Archivo de Ginecología U-112



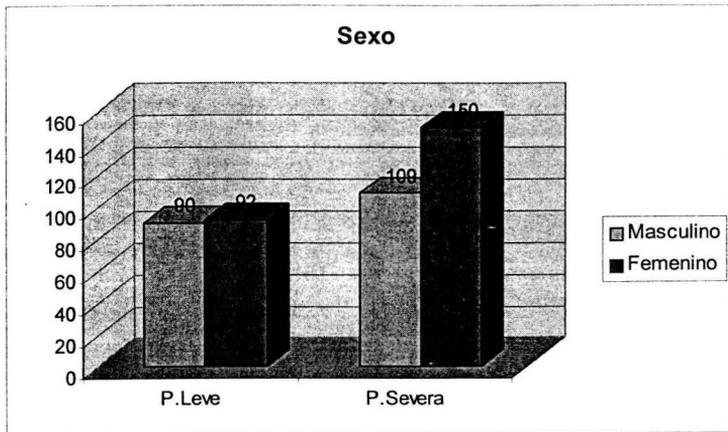
Gráfica 13 Fuente: Archivo de Ginecología U-112



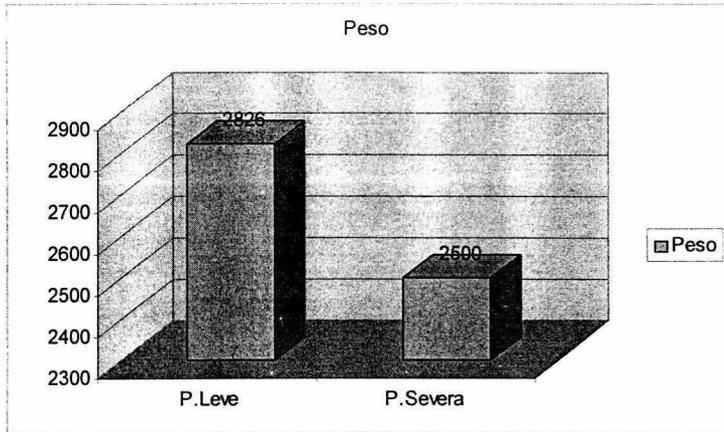
Gráfica 14 Fuente: Archivo de Ginecología U-112



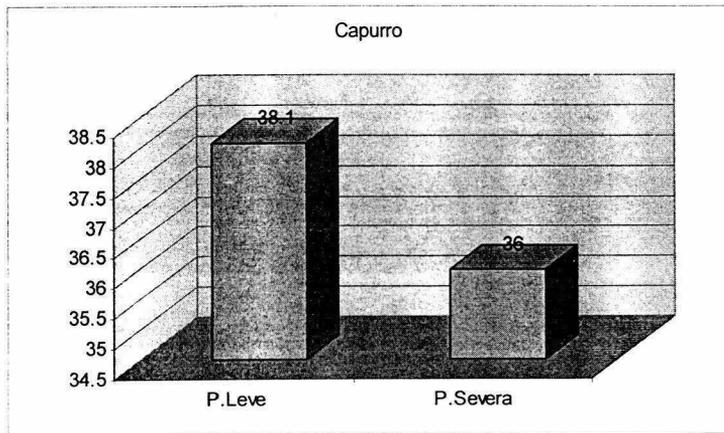
Gráfica 15 Fuente: Archivo de Ginecología U-112



Gráfica 16 Fuente: Archivo de Ginecología U-112



Gráfica 17 Fuente: Archivo de Ginecología U-112



Gráfica 18 Fuente: Archivo de Ginecología U-112