



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACION**



DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO

**JURISDICCION SANITARIA No. 17 DE TENOSIQUE,
TABASCO**

**“INCIDENCIA DE PRECLAMPSIA- ECLAMPSIA Y FACTORES
RELACIONADOS, EN TENOSIQUE TABASCO, 2006.”**

PRESENTA:

FRANCISCO DIAZ LOPEZ

EMILIANO ZAPATA, TAB.

2007



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.

“Incidencia de Preeclampsia- Eclampsia y factores relacionados, en Tenosique Tabasco, 2006.”

PRESENTA:

FRANCISCO DIAZ LOPEZ

AUTORIZACIONES

DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA.
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE EDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

F. Gomez Pichoz
DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA.
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEL DEPRATAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

TENOSIQUE. TABASCO

DICIEMBRE 2007.

TITULO:

**"INCIDENCIA DE PRECLAMPSIA-ECLAMPSIA Y FACTORES
RELACIONADOS EN TENOSIQUE TABASCO EN EL AÑO 2006"**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMADO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.**

**PRESENTA:
DR. FRANCISCO DIAZ LOPEZ**

AUTORIZACIONES

**ASESORES:
DRA. GLORIA DEL CARMEN ZEIND DOMINGUEZ
ASESORA METODOLOGICA DE TESIS.**

**DR. ANDRES CRUZ HENÁNDEZ.
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN CENTRO AVANZADO DE
ATENCION PRIMARIA A LA SALUD.**

**QUIMICO SERGIO LEÓN RAMÍREZ.
DIRECTOR DE CALIDAD Y ENSEÑANZA EN SALUD DE LA SEC. DE SALUD,
DEL EDO. DE TAB.**

**DR. LUIS FELIPE GRAHAM ZAPATA.
SECRETARIO DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO**



**SECRETARIA DE SALUD
DIRECCION DE CALIDAD Y
ENSEÑANZA EN SALUD**

DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS

A mi esposa Carmita, por todo el apoyo moral que recibí de ella, por ayudarme a no caer y seguir adelante.

A mis Padres por su ayuda incondicional y los buenos consejos.

A mis Hermanos por el apoyo que recibí de ellos y la oportunidad que me brindaron para poder terminar la especialidad.

A Dios por la fuerza que me brindo para continuar en esta larga lucha del saber y de no dejarme solo en los momentos difíciles.

Gracias a la Dra. Gloria por su apoyo como asesora y por su gran paciencia.

INDICE

CONTENIDO	PAGINAS
RESUMEN	1
ANTECEDENTES	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
JUSTIFICACION	11
OBJETIVOS	12
MATERIAL Y METODOS	13
RESULTADOS	16
DISCUSIÓN	17
CONCLUSIONES	18
REFERENCIAS.	29
ANEXOS	21

RESUMEN

Díaz López Francisco. Incidencia de Preclampsia-Eclampsia y factores relacionados, en Tenosique Tabasco, 2006. Universidad Nacional Autónoma de México. Secretaria de Salud del Estado de Tabasco.

Introducción. La preclampsia-eclampsia sigue siendo unas de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo, principalmente en países en desarrollo. Se caracteriza por tres manifestaciones clínicas, hipertensión arterial, proteinuria y edema.

Objetivo. Determinar la incidencia de preclampsia-eclampsia e identificar los factores relacionados, en Tenosique, Tabasco, del 1º de Enero del 2006 al 31 de diciembre del 2006.

Material y Métodos. El presente estudio se realizo en 42 mujeres que ingresaron al Hospital Municipal de Tenosique Tabasco, con diagnostico de preclampsia, a las cuales se realizo revisión de su expediente clínico, el cual contenía las variables en estudio, para el análisis de los resultados se utilizaron medidas descriptivas, la presentación de esta información se realizo mediante cuadros y gráficos a fin de objetivizar la misma.

Resultados. La incidencia de casos de preclampsia en el hospital Municipal de Tenosique Tabasco, fue de 42 casos siendo los meses de mayor incidencia Enero y Febrero, con respecto a la edad encontramos una moda de 23 y 19 años de edad, una media de 25, en primer lugar encontramos con diagnostico de preclampsia el grupo de 20 a 29 años con un 40.5%, En cuanto al número de gestas de las pacientes, las más afectadas fueron las de gesta 1 con un 40.5%, un 57.1% ingresaron con diagnostico de preeclampsia leve, el 80.9% de las pacientes fueron trasladadas a un segundo nivel de atención, el 16.7% su terminación del embarazo fue por cesárea en la unidad.

Conclusiones. Los resultados encontrados demuestran que la preclampsia-eclampsia forma parte de la vida en nuestra sociedad y que sus manifestaciones en todos lados son parecidas, aunque su severidad esté moldeada por las circunstancias particulares como es el estado grávido de las mujeres que a pesar de considerarse estado normal, no debemos de perder de vista los riesgos que esta etapa conlleva. En el caso de preclampsia-eclampsia en el municipio de Tenosique Tabasco, indican que permea todos los estratos sociales. Abordar el tema de la preclampsia-eclampsia como un problema de salud pública al poder tener como destino final una muerte materna, refrenda el interés de las instituciones de salud de velar por el bienestar de las familias dentro y fuera del entorno doméstico.

Palabras claves. Preclampsia, Eclampsia, Muerte materna.

ANTECEDENTES.

La organización mundial de la salud (OMS) define la mortalidad materna (mm), como la muerte de una mujer durante la gestación, el parto o los cuarenta y dos días siguientes al termino del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, a causas relacionadas o agravadas por el embarazo, pero no por causas accidentales o incidentales la mm se clasifica en muerte obstetricia directa (mod.) e indirecta (moi).

Se estima que cada año mueren a nivel mundial 548,000 mujeres por causas relacionadas con el embarazo, en países industrializados la tasa de mm es de los 27% nacidos vivos, mientras que en países de desarrollo pueden ser tan altas como 480%. En México las tasas varían entre 50 y 105%.¹

La preclampsia-eclampsia sigue siendo unas de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo, principalmente en países en desarrollo. Dentro de la etiología se señala a la lesión del endotelio vascular placentario, provocado por mediadores circulantes como la producción de sustancias con propiedades vasoconstrictoras y procoagulante obstruyendo los vasos sanguíneos en la microcirculación originando un estado de isquemia placentaria, similar al rechazo agudo del trasplante de órganos. El daño endotelial secundario a la hipoxia conduce a vasoespasmo, activación de la coagulación y aumento de la permeabilidad capilar².

La preclampsia-eclampsia se caracteriza por tres manifestaciones clínicas, hipertensión arterial, proteinuria y edema.

La hipertensión es definida como el incremento sostenido de 140 mm hg en la sistólica y 90 mm hg en la diastólica o el aumento de 30 y 15 mm hg en relación con las cifras previas.

La tasa de filtración glomerular esta disminuida debido a la hipoxia y la vasoconstricción presente en este evento, hay retención de sodio, reducción en el aclaramiento del ac. Úrico y aumentan los niveles de creatinina. La fuga de proteínas hacia la orina (proteinuria) es el signo cardinal para el dx. De preclampsia-eclampsia.

La aparición del edema y el incremento de peso en el embarazo se describe como otra manifestación clínica de preclampsia, la fuga de proteínas hacia la orina (albúmina) causa hipoproteinemia originando decremento de la presión coloidosmótica sanguínea, salida de líquido del espacio intravascular al

intersticial originando el edema; la activación del sistema renina-angiotensina-aldosterona aumenta más el edema y el peso corporal, por lo tanto el edema que no cede con el reposo y el aumento de peso de 2 Kg. por semana en el último trimestre debe alertarnos sobre las posibilidades de preclampsia-eclampsia. Las convulsiones que se presentan son de origen multifactorial, se atribuye a vasoespasmo e hipoxia cerebral, así como a encefalopatía hipertensiva y metabólica. Las manifestaciones patológicas incluyen edema cerebral, subaracnoideo, subcortical y hemorragias e infartos en la corteza y otras áreas. Hay hiperreflexia osteotendinosa.

La clasificación según el colegio americano de obstetricia y ginecólogos considera tres categorías: hipertensión inducida por el embarazo, hipertensión arterial crónica e hipertensión arterial crónica con preclampsia. La primera se subdivide en preclampsia leve, severa y eclampsia ².

La forma severa de preclampsia-eclampsia es el síndrome de Hellp (hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y plaquetopenia). Debido a su naturaleza multisistémica este síndrome se asocia a coagulación intravascular diseminada (cid), edema pulmonar, insuficiencia renal aguda, ruptura hepática, desprendimiento prematuro de placenta y desprendimiento de retina.

La clasificación de Mississippi es de acuerdo a las plaquetas en tres clases:

- A) **CLASE I;** ES MENOR O IGUAL A 50,000 MM³.
- B) **CLASE II;** MAYOR DE 50,000 PERO MENOR DE 100,000 MM³.
- C) **CLASE III;** MAYOR DE 100,000 PERO MENOR DE 150,000 MM³.

La insuficiencia renal aguda se diagnostica en presencia de oliguria-anuria, la coagulación intravascular diseminada se diagnostica por la presencia de plaquetopenia. ³

La preclampsia en México se presenta anualmente 2,199 casos y la eclampsia 6,570. En un estudio realizado en el hospital universitario Dr. José Eleuterio González se encontró que de 1991 a 1998 la preclampsia y eclampsia ocupó el primer lugar de mortalidad.

La homocisteína se deriva de la desmetilación del aminoácido esencial que es la metionina, la cual se metaboliza por dos vías diferentes. La mayor parte de la homocisteína es catabolizada por la vitamina b6 dependiente de la

encima cistation beta sintetasa en cistationina. Otra parte de la homocisteína es regenerada a metionina por la encima metionin sintetasa.

Durante el embarazo las concentraciones séricas de homocisteína disminuyen, principalmente en el tercer trimestre, la homocisteína se encuentra ligada a la albúmina en un 70 o 80% y esta disminuye normalmente en el embarazo. El aumento de homocisteína se ha relacionado con trombosis vascular ocasionando daño endotelial por diversos mecanismos, como la generación de peroxido de hidrogeno, lesión endotelial por expresión de trombodulina y la activación de la vía intrínseca de la coagulación, por acumulación de cristales de homocisteína en las células endoteliales.

La deficiencia de ácido fólico causa defecto en la remetilación de homocisteína en metionina, otras sustancias que involucran la patogénesis de preeclampsia-eclampsia son los anticuerpos antifosfolipidos los cuales provocan trombosis arterial y venosa en diferentes partes del organismo. La deficiencia de ácido fólico es frecuente hasta en un 50% de los pacientes, al igual que la preclampsia-eclampsia. ⁴

Las principales causas de morbilidad y mortalidad en México son la preclampsia-eclampsia, hemorragias obstétricas y complicaciones del puerperio que representan el 62% de las muertes maternas durante los últimos años. Las evidencias más relevantes de algunas publicaciones sobre síndrome de Hellp, es la frecuencia en mujeres con embarazos menores de 36 semanas con mortalidad importante del 5 al 25%.

El síndrome de Hellp implica la interrupción de embarazo en todos los casos dada su gravedad, ya que puede presentar desprendimiento prematuro de placenta insuficiencia renal aguda, edema agudo de pulmón y ruptura hepática. El nacimiento del producto se acompaña de la reversión lenta de las alteraciones hematológicas y en los niveles de aminotransferasas hepáticas, lo que ha llevado algunos autores a suponer la existencia de un respuesta inflamatoria generalizada favorecida por posibles factores inmunológicos que se manifiestan después de la segunda mitad del embarazo. ⁵

En 1904 se hizo la primera descripción de preeclampsia en 23 pacientes, que presentaban hemólisis intravascular, aumento de las enzimas hepáticas y disminución de las plaquetas; en 1922 se comunico la presencia de trombocitopenia y hemólisis en pacientes con preclampsia severa; en 1982 se

le da el término de síndrome de Hellp; en 1990 se establecieron los criterios de su diagnóstico los cuales incluyen hemólisis, concentraciones de bilirrubinas, deshidrogenasa láctica, Tgo y cuentas plaquetarias. La plaquetopenia se presenta por aumento en el consumo y destrucción de las plaquetas, secundario a un daño endotelial y desequilibrio en la producción de sustancia vasodilatadora y vasoconstrictora como la endotelina, así como procoagulantes como el activador del factor XII y el factor derivado de plaquetas.⁶

La rotura espontánea de la capsula de Glisson se debe a la distinción producida por hematoma sub capsular hepático comprensivo, producto de micro hemorragias como consecuencia del síndrome hipertensivo severo inducido por el embarazo.

Constituye un cuadro catastrófico en obstetricia obligando al equipo multidisciplinario a la interrupción del embarazo, al tratamiento de rotura hepática y al manejo de los parámetros hematológicos. La rotura hepática se asocia a una alta morbimortalidad materna y fetal, su incidencia es de uno cada 30,863 partos del cual un paciente fallece y dos sobreviven utilizando packing temporal de compresas. La rotura hepática afecta la pared anterior y superior del hígado; compromete el ovulo derecho en 75%, el izquierdo en 11% y ambos en 14%, el manejo incluye desde la observación, evacuación y drenaje, aplicación de hemostáticos, sutura del desgarró, ligadura de la arteria hepática, lobectomía, embolización de la arteria hepática, el taponamiento temporal de compresas en la zona hepática comprometida, hasta el transplante hepático en casos de daños total de órganos, en 30 casos utilizando el taponamiento temporal de compresas, la sobre vida fue de 85%.⁷

Existen otras entidades que condicionan hematoma y ruptura hepática, por ejemplo: el uso de cocaína, neoplasias hepáticas, abscesos hepáticos e insuficiencia hepática en el embarazo. El cuadro clínico sugestivo consiste en sintomatología vasculoespasmódica, dolor en epigastrio ó hipocondrio derecho, hipotensión brusca sin sangrado aparente.⁸

Los signos y síntomas de la preclampsia se presentan en el tercer trimestre pero la enfermedad se genera desde el inicio del embarazo por la inadecuada placentación lo que da lugar a los mecanismos fisiopatológicos que se inician desde edades tempranas del embarazo los cuales pueden detectarse por distintos marcadores que ponen de manifiesto estos cambios. La micro

albuminuria es la detección subclínica de excreción de albúmina en orina (20-200mg-l). En algunos estudios se considera que la micro albuminuria es una buena prueba predicativa, sencilla de realizar, reproducible, que puede estar a la mano del médico en el consultorio y que puede ayudar a detectar tempranamente a la mujer con riesgo de desarrollar preclampsia.

La micro albuminuria es la manifestación de la lesión renal temprana que se presenta antes de la proteinuria clínica en la paciente preclámptica y es el resultado de la alteración incipiente del glomérulo.⁹

Existen estudios que demuestran hipermagnesemia en las mujeres con preclampsia severa en comparación con embarazadas normales, el cual las concentraciones de calcio no presenta modificaciones. En México, Hernández y cols. Observaron concentraciones bajas de calcio y elevadas de magnesio en mujeres con hipertensión asociada al embarazo, por otra parte Dawson y cols. Informaron una disminución significativa del magnesio eritrocitario en las mujeres con preclampsia en comparación con embarazadas normales, se ha informado la relación calcio magnesio significativamente menor en las mujeres con preclampsia, la albúmina se encuentra disminuida en comparación con embarazadas sanas, el 40% del calcio circulante se encuentra unido proteínas plasmáticas y de estas principalmente a albúmina, por lo tanto la disminución de la albúmina sérica provoca disminución en la concentración total de calcio. Esto origina que se debe agregar 0.8 mg –dl al calcio total, por cada gramo que se encuentre, la concentración de albúmina por debajo de los 4 GM-Dl. o cuando sea posible, medir la fracción ionizada que es la biológicamente importante.¹⁰

Un debate central acerca de la patogénesis de la preeclampsia es que la enfermedad implica invariablemente hipo perfusión placentaria o tiene un heterogeneo fisiopatológico, en la etapa de gestación los niños de madres preclámpticas no son pequeños sin embargo cuando la madre tiene a su bebe son generalmente más pequeños que en madres normales. El síndrome metabólico es un factor de riesgo para preclampsia ya que consiste en hipertensión con obesidad, dislipidemia, hiperglucemia e hiperinsulinemia.¹¹

Indudablemente la placenta interviene en la patogénesis de la enfermedad desde el inicio hasta la terminación del embarazo, los genes de la madre y del feto pueden contribuir a un factor de riesgo de preclampsia por

ejemplo las huellas de expresión del padre y de la madre están presentes en las células fetales. La herencia paterna y materna dejan huella de genes para el desarrollo del trofoblasto y membrana extraembrionaria, en un estudio se demuestra que un hombre y una mujer que se originaron de un embarazo de preclampsia tienen factores de riesgo de que sus hijos se complique con el mismo problema, esto refuerza la hipótesis del factor genético.¹²

Se considera como fetopatía tóxica al conjunto de alteraciones que presenta el recién nacido que proviene de una madre con toxemia. Estas alteraciones pueden alterar el crecimiento, desarrollo y homeostasis del producto en la vida fetal, durante el trabajo de parto o en la etapa neonatal. La toxemia es 5 a 6 veces más frecuente en primigestas, embarazos múltiples, mujeres con alteraciones uterinas graves y pacientes con hipertensión y nefropatía crónica.

En el departamento de pediatría en el hospital en los últimos años la fetopatía tóxica a progresado de 13% de los ingresos en 1992 al 37.4% en 1996 y en 1998 se integro el síndrome de fetopatía.

Con frecuencia en nuestro medio las mujeres llegan en coma, con eclampsia, muchas veces en trabajo de parto avanzado y sin haber acudido a control prenatal. En muchas ocasiones se presentan con trabajo de parto prematuro y la gravedad del cuadro obliga a interrumpir el embarazo, en los casos leves no hay repercusiones significativas sobre el producto, en los casos graves la repercusión es variable, desde una evolución sin problemas hasta causar la muerte fetal.

Los factores de riesgos maternos según estudios son: eclampsia, desprendimiento placentario, anestesia general y muerte materna; en el producto son: síndrome de dificultad respiratoria, ventilación mecánica y hemorragia peri-intraventricular. Los factores de protección son: alta escolaridad materna, desnutrición in útero, taquipnea transitoria del recién nacido.¹³

El síndrome de Evans es una patología que se relacionan con el embarazo, la preclampsia y en mujeres en la primera mitad de la vida, se caracteriza por la existencia de anemia hemolítica (combs directo positivo) acompañada de trombocitopenia inmune (trastorno raro de origen auto

inmune). También puede presentar neutropenia simultánea o posteriormente. El origen de esta trombocitopenia leve suele atribuirse a la dilución sanguínea normalmente observada durante el embarazo, en la trombocitopenia de origen inmune se requiere de la demostración de anticuerpos dirigidos contra las plaquetas y en el caso en el síndrome de Evans, contra el eritrocito. La importancia de estos anticuerpos radica en que la placenta humana es capaz de transportar en forma activa anticuerpos clase IGg, de tal forma que pueden pasar de la sangre materna a la fetal y por ende, producir trombocitopenia en el neonato. La preclampsia eclampsia puede cursar con alteraciones hematológicas bien documentadas que pueden exponer la vida de la madre y del producto. La trombocitopenia es la normalidad más común en las pacientes toxémicas y su gravedad va en relación con la del padecimiento, señalándose porcentajes de 9.1 a 9.5 para la preclampsia y de 2.6 a 52.7 para la eclampsia. La preclampsia puede cursar con anemia hemolítica microangiopática, que unido a trombocitopenia y elevación de enzimas hepáticas forman el síndrome de Hellp ya comentado anteriormente, de esta manera, la asociación del síndrome de Evans con preclampsia- eclampsia parece ser una entidad grave y de difícil manejo en donde las alteraciones hematológicas y de coagulación pueden condicionar la hipertensión arterial inducida por el embarazo. El clínico debe de estar alerta ante la presencia de esta enfermedad auto inmune aunque poco frecuente, puede complicar la evolución y el pronóstico de la gestación¹⁴

Epidemiología.

La mortalidad materna causada por la eclampsia se ubica en rangos tan bajos como 0,5% en los Estados Unidos 1,8% en el Reino Unido hasta niveles muy altos como 14% en México. Esta patología es responsable en gran medida de aproximadamente 50.000 muertes maternas anuales en todo el mundo. En México, se reporta un índice de mortalidad materna del 14% entre 1963 y 1979. En 1992 hubo en Cali, Colombia, un total de 38.913 nacimientos, presentándose 32 muertes maternas; de éstas, nueve (28%) eran embarazadas con preclampsia-eclampsia, lo cual nos permite calcular una tasa de 2,3 muertes maternas por cada 10.000 nacimientos, cifra que se mantuvo igual para 1998. La incidencia de mortalidad en el Instituto Materno-Infantil de

la ciudad de Santafé de Bogotá, Colombia, para el año de 1997 fue de 2%¹³. En México el Instituto de Estadística, Geografía e Informática y la Dirección General de Estadística e Informática de la Secretaría de Salud, ha dado a conocer que de 1980 a la fecha, ha disminuido el número de muertes maternas, no obstante, la muerte por este síndrome se ha incrementado de 22 a 33%; permaneciendo aún como la primera causa de muerte materna.^{15, 16}

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) una mujer embarazada en un país en vías de desarrollo tiene 100 a 200 veces más riesgo de morir que una mujer en un país desarrollado. Diferentes estudios destacan la influencia que los factores sociodemográficos y obstétricos ejercen sobre la ocurrencia de la muerte materna, como son la edad, etnia, estado civil, escolaridad, número de gestaciones, periodo del embarazo, lugar del parto y persona que lo asiste, accesibilidad a servicios de salud y utilización de los mismos. En Guatemala, para el año 2000, los datos informan que 73.5% de los partos ocurrió en la casa de la parturienta y solo 26.35% tuvo lugar en los hospitales. Estas características determinan importantes diferencias entre MM hospitalaria y no hospitalaria.^{17,18}

La hipertensión relacionada con el embarazo constituye una de las causas principales de morbilidad materna y perinatal. Su incidencia es del 5 al 10 %. Se considera la hipertensión inducida por el embarazo (HIE) una enfermedad exclusiva de la especie humana, que se observa únicamente en la mujer embarazada y que se manifiesta por la tríada clínica clásica de hipertensión, edemas y proteinuria. Por considerarse esta enfermedad uno de los principales factores causales del incremento de la morbilidad materna y perinatal nos decidimos a realizar una revisión con la finalidad de conocer algunos factores epidemiológicos de la hipertensión en el embarazo.^{19,20.}

En investigaciones realizadas en el Hospital de Ginecoobstetricia de la Cd. De México y en Guatemala se encontró el promedio de edad de las pacientes con diagnóstico de preclampsia de 28 años, y con respecto a el numero de gesta, la preclampsia fue encontrada más frecuentemente en pacientes primigestas.^{1,10, 16,21.}

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El control y el análisis de la morbilidad por preclampsia – eclampsia resulta la forma más acertada y precisa para evaluar el nivel de salud de cualquier grupo humano, y en la actualidad adquiere gran importancia, pues sustituye al de la mortalidad como indicador de la situación sanitaria de la población.

La toma de conciencia de que una muerte materna afecta directamente la estabilidad familiar y la de los miembros de la comunidad, constituye un problema de salud, de consecuencias negativas por lo cual se ha desarrollado una serie de actividades encaminadas a disminuir las tasas de mortalidad materna.

¿Cuál es la incidencia y factores relacionados a la preclampsia-eclampsia en las mujeres de Tenosique, Tabasco en el 2006?

JUSTIFICACION

La preclampsia-eclampsia se considera actualmente como la principal causa de morbi-mortalidad materna y perinatal, a nivel mundial, nacional y estatal después de las infecciones y la hemorragia, motivo por el cual es importante.

La mortalidad materna causada por la eclampsia se ubica en rangos tan bajos como 0,5% en los Estados Unidos, 1,8% en el Reino Unido y hasta niveles muy altos como 14% en México. En México el Instituto de Estadística, Geografía e Informática y la Dirección General de Estadística e Informática de la Secretaría de Salud, ha dado a conocer que de 1980 a la fecha, ha disminuido el número de muertes maternas, no obstante, la muerte por este síndrome se ha incrementado de 22 a 33%; permaneciendo aún como la primera causa de muerte materna.

La hipertensión relacionada con el embarazo constituye una de las causas principales de morbimortalidad materna y perinatal. Su incidencia es del 5 al 10 %. Se considera la hipertensión inducida por el embarazo (HIE) una enfermedad exclusiva de la especie humana, que se observa únicamente en la mujer embarazada y que se manifiesta por la tríada clínica clásica de hipertensión, edemas y proteinuria. Por considerarse esta enfermedad uno de los principales factores causales del incremento de la morbimortalidad materna y perinatal nos decidimos a realizar una revisión con la finalidad de conocer algunos factores de riesgo de la hipertensión en el embarazo. ^{19,20.}

La preclampsia-eclampsia es una complicación del 3er trimestre del embarazo, que ponen en peligro la vida de la madre y del producto, frecuente en nuestro medio, el cual se complica con la presencia del Síndrome de Hellp. De ahí la importancia de detectar estas complicaciones e implementar en el hospital municipal de Tenosique un protocolo de manejo y detección de las complicaciones a temprana edad gestacional para disminuir la incidencia y complicaciones de mortalidad materna y perinatal

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la incidencia de preclampsia- eclampsia e identificar los factores relacionados, en las mujeres en Tenosique, Tabasco, del 1º de Enero del 2006 al 31 de diciembre del 2006.

OBJETIVO ESPECIFICO

1.- Conocer la incidencia de preclamsia - eclampsia en Tenosique, Tabasco, del 1º de Enero del 2006 al 31 de diciembre del 2006.

2.- Determinar la edad de las pacientes embarazadas con diagnóstico de preclampsia-eclampsia, en Tenosique, Tabasco, del 1º de Enero del 2006 al 31 de diciembre del 2006.

3.- Describir el número de gesta de las pacientes embarazadas con diagnóstico de preclampsia-eclampsia, en Tenosique, Tabasco, del 1º de Enero del 2006 al 31 de diciembre del 2006.

4.-Identificar el diagnóstico de ingreso al hospital con el que fueron captadas las embarazadas, en Tenosique, Tabasco, del 1º de Enero del 2006 al 31 de diciembre del 2006.

5.-Describir la resolución del embarazo en la unidad o traslado a un 2do nivel de las pacientes embarazadas con diagnóstico de preclampsia-eclampsia, en Tenosique, Tabasco, del 1º de Enero del 2006 al 31 de diciembre del 2006.

MATERIAL Y MÉTODO.

TIPO DE ESTUDIO

Retrospectivo, Transversal, Descriptivo.

UNIDAD DE ANÁLISIS

Embarazadas con Diagnóstico de preclampsia- eclampsia de Tenosique, Tabasco.

DEFINICIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.

El presente estudio se realizó en población abierta, al total de embarazadas con Diagnóstico de preclampsia-eclampsia que acudieron a el Hospital Municipal de Tenosique, Tabasco, durante el periodo comprendido del 1 de enero del 2006, al 31 de diciembre del 2006.

UNIVERSO

A conveniencia del investigador se incluyeron al total las embarazadas con diagnóstico de preclampsia-eclampsia, que acudieron a control prenatal al Hospital Municipal de Tenosique, Tabasco, del primero de Enero del 2006 al 31 de Diciembre del 2006.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Embarazadas con diagnóstico de preclampsia-eclampsia que acudan a control prenatal a el Hospital Municipal de Tenosique, Tabasco, del primero de Enero del 2006 al 31 de Diciembre del 2006.

CRITERIOS DE EXCLUSION.

- Embarazadas con diagnóstico de preclampsia-eclampsia que acudan al Hospital Municipal de Tenosique, Tabasco, que cuenten con alguna

derechohabiencia, del primero de Enero del 2006 al 31 de Diciembre del 2006.

- Embarazadas con diagnóstico de preclampsia-eclampsia que no pertenezcan al área de responsabilidad de la jurisdicción sanitaria No 17 y acudan al hospital municipal de Tenosique, Tabasco, de el primero de Enero del 2006 al 31 de Diciembre del 2006.

VARIABLES

Embarazadas con Diagnóstico de preclampsia-eclampsia: La preclampsia-eclampsia se caracteriza por tres manifestaciones clínicas, hipertensión arterial, proteinuria y edema. La hipertensión es definida como el incremento sostenido de 140 mm hg en la sistólica y 90 mm hg en la diastólica o el aumento de 30 y 15 mm hg en relación con las cifras previas. La fuga de proteínas hacia la orina (proteinuria) es el signo cardinal para el dx. De preclampsia-eclampsia. La aparición del edema y el incremento de peso en el embarazo se describen como otra manifestación clínica de preclampsia

Edad: Numero de años cumplidos. Cuantitativa ordinal.

Número de gesta: Características de la Gestación con respecto al número de embarazos. Cuantitativa.

Diagnostico de ingreso al hospital: escala de medición que se lleva a cabo en las pacientes con diagnostico de preclamsia. Cualitativa nominal.

Resolución del Embarazo en el Hospital. Terminación del estado gravídico de las pacientes. Cualitativa nominal.

MÉTODOS DE RECOPIACIÓN DE LOS DATOS.

Se solicitó al director del Hospital Municipal de Tenosique, la autorización para obtener información de las embarazadas que ingresaron al Hospital, con diagnóstico de preclamsia, se llevó un registro numérico, así como la fecha en que se presentaron, posteriormente se revisó el expediente del servicio de urgencias para poder identificar el diagnóstico de traslado de las pacientes con diagnóstico de preclampsia y el grado, a un segundo nivel de atención.

PRESENTACIÓN, PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.

Para el procesamiento de los datos obtenidos se realizara una base datos en Excel Windows 2000, el análisis de los datos se llevó a cabo mediante el programa SPSS 11.0 con medidas de frecuencia, de tendencia central y de dispersión. La presentación de esta información se realiza mediante cuadros y gráficos a fin de objetivizar la misma.

CONSIDERACIONES ÉTICAS.

El presente trabajo de investigación se realizo en base a los preceptos médicos y legales que protegen la actividad física y emocional del paciente, según los criterios de Helsinki, por lo que los procedimientos que se realizaron no implicaron un riesgo para la salud del paciente, pues se realizo solo revisión de documentos.

RESULTADOS.

La incidencia de casos de preclamsia en el hospital Municipal de Tenosique Tabasco, en el periodo comprendido de Enero a Diciembre del 2006 fué de 42 casos, siendo el mes de mayor incidencia los meses de enero y Febrero. (Grafico 1). Anexos.

Con respecto a la edad encontramos una moda de 23 y 19 años de edad, una media de 25, en primer lugar encontramos con diagnóstico de preclampsia el grupo de 20 a 29 años con un 40.5%, en segundo lugar el grupo de 15 a 19 años y el de 30 a 39 años con un 28.6% respectivamente, y por ultimo con un 2.4% el grupo de 40 a 49 años. (Cuadro 1, Grafico 2). Anexos

En cuanto al número de gestas de las pacientes, encontramos que las más afectadas fueron las de gesta 1 con un 40.5%, en segundo lugar las gesta 2 con un 28.6%, las multigestas con un 21.4% y por último las gesta 3 con un 9.5%. (Cuadro 2, Grafico 3). Anexos

Encontramos en el presente estudio con respecto al diagnóstico con que las pacientes ingresaron al Hospital los siguientes resultados, que un 57.1% ingresaron con diagnóstico de preclampsia leve, y un 42.9% con diagnóstico de preclampsia severa. (Cuadro 3, Grafico 4). Anexos

En cuanto a la resolución de el embarazo en las pacientes con diagnóstico de preclampsia tenemos que el 80.9% de las pacientes fueron trasladadas a un segundo nivel de atención, el 16.7% fue por cesárea y el 2.4% parto eutócico. (Cuadro 4, Grafico 5). Anexos

DISCUSIÓN.

La preclampsia-eclampsia, es un tema que ha sido abordado directamente por la enseñanza y práctica de la medicina, y uno de los aspectos que se requiere trabajar de manera inmediata es, precisamente, la información que el personal médico debe poseer con respecto a este problema. Esto debido al problema social que existe como tal y que por lo tanto influye en el estado de salud de la familia y de la población.

Con los resultados encontrados con respecto a la edad de las pacientes con preclampsia, tenemos que coincide con lo encontrado por Romero y Cols. En estudio realizado en la Cd de México²¹ así como lo referido por Roiz y Cols. En Torreón Coahuila¹⁶ ya que son la edad reproductiva más frecuentemente encontrada, de 25 a 28 años de edad.

Con respecto al número de gestas lo referido en el presente estudio coincide que las primigestas son el grupo más afectado lo cual coincide con lo referido en estudios realizados por Lugo y Cols.¹, por Roiz y cols. Así como Romero y Cols^{16, 21}

El tipo de resolución del embarazo, coincide con lo estudiado por Velasco y Cols.²² ya que debe considerarse como vigente para el manejo de la preclampsia, el ser atendido en unidades de 2do y 3er nivel así como la interrupción del embarazo.

Cabe hacer mención que por ser la mortalidad materna uno de los programas prioritarios de la Secretaria de Salud en el Estado de Tabasco en el año 2006 no se registro ninguna defunción por este diagnostico en la Jurisdicción de Tenosique Tabasco.

CONCLUSIÓN.

Los resultados encontrados demuestran que la preclampsia-eclampsia forma parte de la vida en sociedad y que sus manifestaciones en todos lados son parecidas, aunque su severidad esté moldeada por las circunstancias particulares como es el estado grávido de las mujeres que a pesar de considerarse estado normal, no debemos de perder de vista los riesgos que esta etapa conlleva. En el caso de preclampsia-eclampsia en el municipio de Tenosique Tabasco, indican que permea todos los estratos sociales.

Abordar el tema de la preclampsia-eclampsia como un problema de salud pública al poder tener como destino final una muerte materna, refrenda el interés de las instituciones de salud de velar por el bienestar de las familias dentro y fuera del entorno doméstico.

En esa misma línea, conviene resaltar el carácter interdisciplinario del trabajo en comunidad, ya que el proceso de salud enfermedad trasciende las fronteras de cualquier disciplina como la sociología, la antropología y la psicología, y cada una, desde su campo, puede hacer importantes contribuciones en términos de intervención.

El presente estudio cumplió con las expectativas de identificar la preclampsia-eclampsia en la población bajo mi responsabilidad, aun cuando las limitaciones fueron de tipo de acceso a la información y lo insuficiente de esta, lo cual represento una barrera, en la cual hay que ir trabajando.

Con los resultados de la presente investigación quedan indicios para posteriores investigaciones, como son, la identificación y manejo de los médicos aplicativos a este tipo de padecimientos.

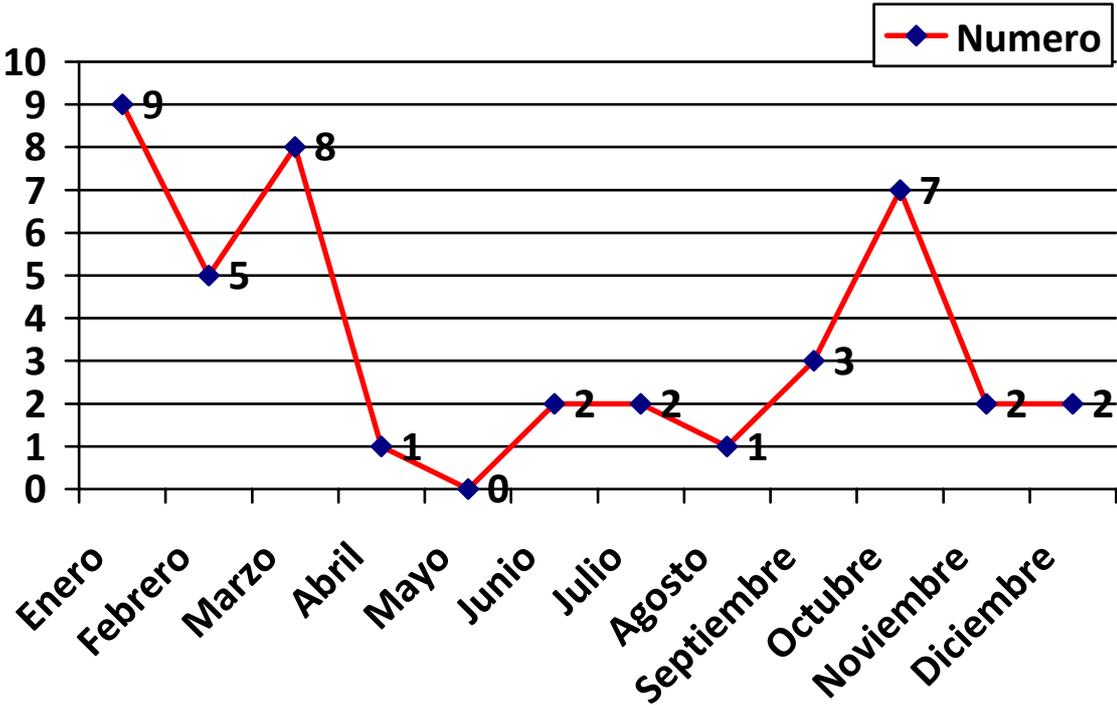
REFERENCIAS.

1. Lugo A, Álvarez V, Rodríguez PA, Factores Epidemiológicos de la hipertensión en el embarazo. Rev. Cubana de Obs. Y Ginecol; 1999; 25 ;1
2. Tena S ML, Fabián San Miguel MG, Molina Cárdenas HR, Parraguirre MS, Alteraciones cerebrales en la enfermedad hipertensiva asociada a embarazo. Archivo de Neurocirugía 9; 4; 2004: 215-221.
3. UNICEF. Preclampsia, Eclampsia (Control de Embarazo) SSA/DGSR 1999. 1-7.
4. Pérez Cruz E, Poblano MM, Insuficiencia renal aguda en pacientes toxémicas. Rev. Hosp. Juárez Méx. 2004; 71(4) 131-136.
5. Herrera Julián A, Arévalo HM, Villegas A, Herrera S. Villalba M, Bromet A, Suplementación oral de calcio en adolescentes embarazadas. Rev. Colombia Médica 2006 Vol. 37-2 (suplemento 1): 15-20.
6. Briones GJ, Díaz de León PM, Barrios PE, Salazar JD, Anticuerpos antifosfolipidos IGM en preclampsia eclampsia. Cirugía Cirujano 2003; 71: 449-454.
7. Briones JC. Y Cols. Presencia del equinocito en el síndrome de preeclampsia eclampsia. ¿Manifestación subclínica del síndrome? Cirugía Cirujano 2003 71(6):455-459.
8. Cahuana Hurtado L, Sosa RS, Bertozi E, Costo de la atención materno infantil en el Estado de Morelos, México. Salud Pub Méx. 2004; Vol46 (4):316-326.
9. Indicadores. Estadística de Mortalidad relacionada con la salud reproductiva. Rev. Salud Pub. Méx. 2004 Vol. 46(1):75-88.
10. Tzul AM, Klester E, Hernández B, Hernández GC, Mortalidad materna en Guatemala. Diferencias entre muerte hospitalaria y no hospitalaria. Rev. Salud Pub. Méx. 2006 Vol. 48(3):183-192
11. Rodríguez AC, Córdova AC, Álvarez M, Factores epidemiológicos que influyen en la morbilidad puerperal grave. Rev. Cubana de Obst. Y Ginecol; 2004; Vol30 No3.

12. Lara GA, Martínez JA, Romero JF, Microalbuminuria: ¿Factor pronóstico temprano de preeclampsia? Rev. Ginecol y Obst. de Méx. 2003; Vol. 71:82-85.
13. Monterrosa Castro A, Bello Trujillo AM, Incidencia y aspectos clínicos relacionados con la Eclampsia. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol.53 No 3 2002: 279-290.
14. Medina JM, Medina N, Diferencias y similitudes de la preclampsia y la hipertensión gestacional. Rev. Ginecol y Obst de Méx. 2005; Vol. 73(1):48-53.
15. Peralta Pedrero MA. Y Cols. Utilidad para establecer diagnóstico y severidad de los síntomas y signos más frecuentes en la paciente preclámpica. Gaceta Médica Méx. Vol. 140; No 5: 2004: 513-517
16. Roiz HJ, Jiménez J, Preclampsia-Eclampsia. Experiencia en el Centro Médico Nacional de Torreón. Rev. Ginecol y Obst de Méx. 2001; Vol. 69:341-345.
17. Villanueva LA, Alanís P, Factores pronósticos asociados a la progresión de preclampsia a eclampsia, Rev. Ginecol y Obst de Méx. 2000; Vol. 68:312-316.
18. Villanueva LA, Fioqueroa A, Villanueva S, Concentraciones séricas de calcio y magnesio en mujeres con preeclampsia severa. Rev. Ginecol y Obst de Méx. 2001; Vol. 69:277-281.
19. Linares B, Tlatilpa I, Cervantes G, Amador LN, hipocalciuria durante el embarazo como factor de riesgo de preeclampsia. Rev Ginecol y Obst de Méx. 2004; Vol. 72(11):570-574.
20. López R, Santos M, Molina C, Bellabarba G, Villarroel V, Preclampsia y actividad simpática en embarazadas a término, Mérida Venezuela. Medula Feb FAC MED Univ. de los Andes; 2001; Vol10 (1):21-23.
21. Romero J. Lara AL. Ramos JC. Izquierdo C. Morbimortalidad materna en Síndrome de Hellp. ISSN-0300-9041 Rev. Ginecol y Obst de Méx. 2001; Vol. 69(11):189-193.
22. Velasco V. Pozos JL. Cardona JA. Prevención y Tratamiento de la preeclampsia-Eclampsia. Rev. MED. IMSS 2000; Vol. 38(2)139-1147.

ANEXOS

Grafico 1. INCIDENCIA DE CASOS DE PRECLAMPSIA DEL HOSPITAL MUNICIPAL DE TENOSIQUE TABASCO, ENERO-DICIEMBRE 2006.



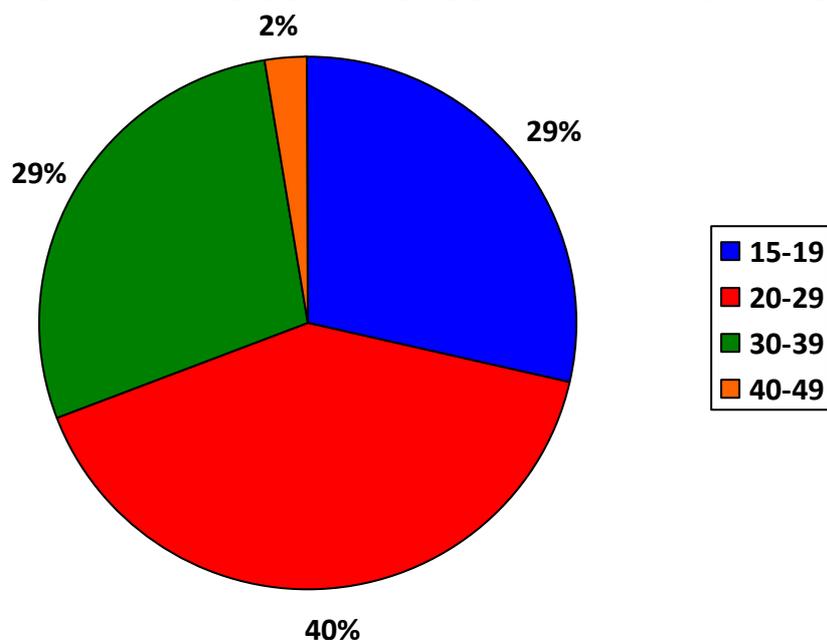
Fuente: Registro Hospital Municipal Tenosique Tab.

Cuadro 1. DISTRIBUCION DE EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS DE LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE PRECLAMPSIA.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
15 a 19	12	28.6
20 a 29	17	40.5
30 a 39	12	28.6
40 a 49	1	2.4
Total	42	100

Fuente: Expediente.

GRAFICA 2. DISTRIBUCION DE EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS DE LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE PRECLAMPSIA.



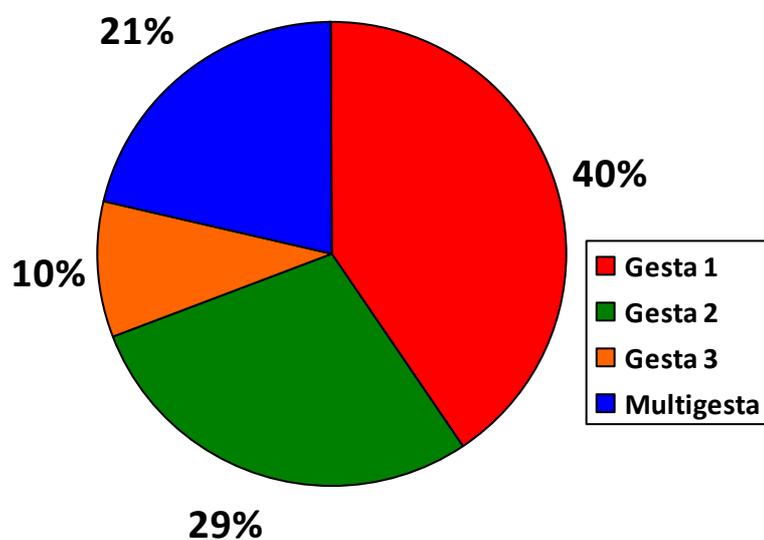
Fuente: Cuadro 1.

Cuadro 2. DISTRIBUCION POR NUMERO DE GESTAS DE LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE PRECLAMPSIA.

No. De Gesta	Frecuencia	Porcentaje
Gesta 1	17	40.5
Gesta 2	12	28.6
Gesta 3	4	9.5
Multigesta	9	21.4
Total	42	100

Fuente: Expediente.

GRAFICA 3. DISTRIBUCION POR NUMERO DE GESTAS DE LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE PRECLAMPSIA.



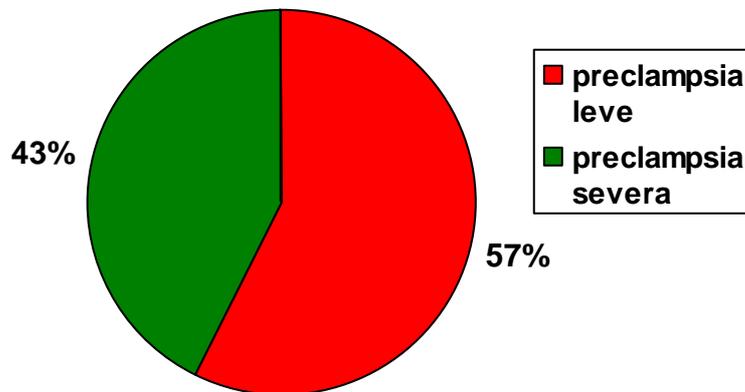
Fuente: Cuadro 2.

Cuadro 3. DISTRIBUCION POR DIAGNOSTICO DE INGRESO AL HOSPITAL DE LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE PRECLAMPSIA.

Dx. De Ingreso	Frecuencia	Porcentaje
Preclampsia Leve	24	57.1
Preclampsia Severa	18	42.9
Total	42	100

Fuente: Expediente.

GRAFICA 4. DISTRIBUCION POR DIAGNOSTICO DE INGRESO AL HOSPITAL DE LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE PRECLAMPSIA.



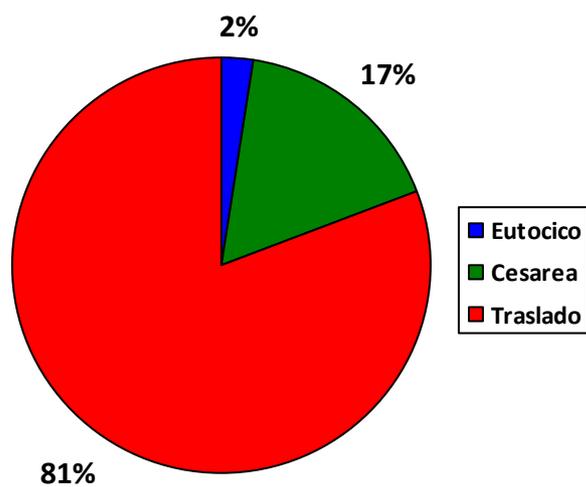
Fuente: Cuadro 3

Cuadro 4. DISTRIBUCION POR RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO DE LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE PRECLAMPSIA.

Tipo de resolución	Frecuencia	Porcentaje
Eutócico	1	2.4
Cesárea	7	16.7
Traslado	34	80.9
Total	42	100

Fuente: Expediente.

GRAFICA 5. DISTRIBUCION POR RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO DE LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE PRECLAMPSIA.



Fuente: Cuadro 4