

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

INCIDENCIA DE PREECLAMPSIA
(Revisión de 1000 Registros Clínicos en la
Maternidad del Hospital San Juan de Dios)

TESIS

Presentada a la Junta Directiva

de la

Facultad de Ciencias Médicas

de la

Universidad de San Carlos

Por:

JORGE MARIO VANEGAS VASQUEZ

en el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Febrero de 1974.

PLAN DE TESIS

- I- INTRODUCCION.
- II- OBJETIVOS.
- III- MATERIAL Y METODOS
- IV- CONSIDERACIONES GENERALES.
 - 1- Concepto
 - 2- Etiología
 - 3- Incidencia
 - 4- Fisiopatología
 - 5- Datos clínicos
 - 6- Tratamiento
- V- ESTUDIO ESTADISTICO EFECTUADO
 - 1- Material y métodos
 - 2- Incidencia
 - 3- Prenatal:
 - a) Datos generales de las pacientes
 - b) Evolución
 - 4- Admisión:
 - a) Motivo de ingreso
 - b) Evolución intra hospitalaria
 - 5- Parto
 - 6- Estudio fetal
 - 7- Egreso
 - a) Condiciones de egreso.
- VI- CONCLUSIONES.
- VII- RECOMENDACIONES.
- VIII- BIBLIOGRAFIA.

I- INTRODUCCION:

La Preeclampsia, es una complicación que se presenta extra e intra hospitalaria que sólo puede tener buen pronóstico cuando su tratamiento se inicia en su debida oportunidad.

En el presente trabajo, no es nuestra intensión, saturarlo de innovaciones, ni situaciones experimentales, pero sí de reunir en algunas partes de éste, los datos más importantes de ésta entidad de diferentes libros y revistas consultadas para hacer más fácil su comprensión y manejo y que la ayuda que le podamos brindar a las personas que padecen de éste síndrome sea preciso y efectivo.

Esta, está comprendida dentro de las llamadas toxemías gravidicas.

Al hacer éste estudio y como en todas las situaciones, se presentaron ciertos problemas, tales como los datos de laboratorio que a veces por la urgencia de egreso no se pudieron completar.

No se trató de hacer ningún estudio pos natal pues la realidad es que el número de pacientes que van a éstos, posteriormente es insignificante.

A pesar de éstos contratiempos, alcanzamos el objetivo de analizar apegado a nuestra realidad hospitalaria uno de los problemas más importantes de la Obstetricia: LA PREECLAMPSIA.

II- OBJETIVOS:

- 1.- Establecer la Incidencia de este cuadro patológico en nuestro medio.
- 2.- Recordar la importancia que tiene su diagnóstico temprano para su tratamiento inmediato.
- 3.- Revisión de concepto, etiología e incidencia.
- 4.- Revisar el tipo de tratamiento.

III- MATERIAL Y METODOS

- 1.- Se hizo un estudio de revisión de la literatura al respecto.
- 2.- Se entrevistó a las pacientes directamente y en sus respectivas salas.
- 3.- Se usó el método estadístico con la revisión de mil papeletas.

IV- CONSIDERACIONES GENERALES

1.- Concepto:

Se considera que es una alteración que ocurre durante el período gravídico de la mujer o sea un síndrome con los componentes de: HIPERTENSION, PROTEINURIA y EDEMA.

Esta triada sintomática de aparición en el tercer trimestre de la gestación marca un estado prodrómico de la eclampsia.

Hay situaciones en las cuales se sobreagrega una enfermedad renal sin que ésta sea una consecuencia pura de éste síndrome.

2.- Etiología:

La etiología de éste síndrome del embarazo permanece aún desconocida. Las especulaciones acerca de la causa o las causas probables, han sido tan numerosas y variadas, que éste padecimiento ha sido llamado "La enfermedad de las teorías".

Entre los factores predisponentes se incluyen las enfermedades vasculares y renales, la retención de sodio y la desnutrición, que parecen "sensibilizar" a la mujer embarazada que en otros aspectos está sana. De existir factores precipitantes, éstos se localizarían probablemente en la placenta, y más precisamente en la decidua, ya que el feto no es esencial para el desarrollo de la toxemia, pues ésta se presenta también en el embarazo molar y en el puerperio. La distensión del útero tampoco es esencial, puesto que se han comunicado casos de toxemia coincidiendo con embarazo extra uterino.

Como factor adyacente se ha postulado tradicionalmente la existencia de una sustancia "tóxica" de determinado tipo, originada por la gestación, y que sería transportada por vía sanguínea a las estructuras vecinas y a las distantes.

Una teoría bastante aceptada y plausible de la causa es la de E.W. Page, que puede resumirse de la manera siguiente: "El deterioro de la circulación y de la nutrición de la placenta por factores extrínsecos (suministro reducido de sangre uterina) o intrínsecos (degeneración placentaria), conduce a la alteración metabólica de la placenta y de la dicidua, con la consecuente secreción de sustancias tales como corticoides, que retienen sodio, e histaminoides, que pasan del sitio placentario a la circulación materna y desencadena el desarrollo de éste síndrome en la embarazada susceptible y sensibilizada".

3.- Incidencia:

Son más frecuentes en el último trimestre, en primigestas, en embarazos múltiples y en aquellos complicados con hidramnios o mola hidatidiforme.

La incidencia de la preeclampsia está relacionada en mujeres con deficiencias dietéticas, sin atención anteparto, de bajo nivel socio económico, de áreas urbanas y en jóvenes.

4.- Fisiopatología:

A: El espasmo arterial, observado regularmente en las retinas, en los riñones y en la región esplácnica, producen hipertensión. Las respuestas presoras y depresoras aumentadas indican la labilidad del sistema vascular. B: Retención de sodio y de agua. 1: Filtración glomerular disminuida: un volumen pequeño de orina permite la reabsorción de sodio por los túbulos renales de una manera más eficiente. 2: La reducción de albúmina y globulina sérica causada por la proteinuria, es responsable de la disminución de la tensión osmótica que existe en la sangre, pese a la hemoconcentración. 3: En algunas pacientes la aumentada excreción de corticoides inclusive de aldosterona y de hormonas antidiuréticas, sugiere una concentración tisular elevada de éstas sustancias que favorecen la retención de sodio y de agua. C: Proteinuria: los cambios

degenerativos en los glomérulos permiten la pérdida de proteínas séricas por la orina. La relación albúmina globulina en la orina, de pacientes con preeclampsia, es aproximadamente de 3:1, en contraste con la relación de 6:7 que se observa en la nefritis. Las lesiones tubulares contribuyen poco a la pérdida de proteínas. Con volúmenes pequeños de orina, la concentración de proteínas es alta: La excreción inferior a 500 ml. de orina en 24 horas, se asocia a una cantidad de proteína urinaria de 1 a 4 gr/100 ml (3 a 4 +). D: Alteraciones en la química sanguínea: 1: La elevación del ácido úrico, de la urea nitrogenada y de la creatinina obedece a la disminución de la depuración renal de éstos catabolitos. 2: La albúmina y las globulinas están reducidas por el aumento de la permeabilidad de los glomérulos. Esto explica en parte la proteinuria. La pérdida o destrucción de las proteínas sanguíneas puede también obedecer a otras causas, ya que la proteinuria por sí misma no justifica los niveles tan bajos que se presentan en los casos graves. 3: La baja capacidad de combinación de CO₂, obedece a un incremento del ácido láctico y a la acidosis.

5.- Datos clínicos:

A: Síntomas y signos: Se caracteriza como ya dijimos en un principio por hipertensión, proteinuria y edema generalizado. Las manifestaciones clínicas se desarrollan a partir de la 24a. semana de gestación, hasta la segunda semana del puerperio. La cefalea severa, persistente y generalizada, el vértigo, el malestar y la irritabilidad nerviosa, constituyen síntomas prominentes, que en parte se deben al edema cerebral. Los escotomas centelleantes y la ceguera parcial o total son causados por el edema, la hemorragia o el desprendimiento de la retina. El dolor epigástrico, la náusea y el adolorimiento hepáticos, son el resultado de la congestión, de la trombosis del sistema periportal y de las hemorragias hepáticas subcapsulares.

La preeclampsia se diagnostica por la observación de hipertensión persistente o de elevación súbita de la presión arterial, o de edema generalizado y proteinuria durante los

últimos tres meses del embarazo. El 95o/o de los casos ocurren después de la 32a. semana de la gestación, y en el 75o/o de éstos casos se trata de primigrávidas. La incidencia se eleva casi al doble con el embarazo múltiple, la mola hidatidiforme y el polihidramnios.

El diagnóstico de la hipertensión se determina en relación con la edad de la paciente, de acuerdo con el alza que se observa en el transcurso de los años. Así, en las mujeres con edades inferiores a los 40 años, se considera que hay hipertensión (1) cuando las cifras de la presión arterial en reposo sobrepasan de 145/90; y en las mujeres de edad mayor de 40 años, si son superiores a 150/90; o bien cuando existe una elevación de 30 o más mm Hg de la presión sistólica, o de 15 mm Hg o más, de la diastólica, durante dos o más días en relación promedio de registros correspondientes a exámenes en el período pregrávido o durante los 6 primeros meses del embarazo, excluyendo las dos primeras semanas del puerperio en un embarazo previo. La causa radica en la hipertonidad vascular.

El edema generalizado de la preeclampsia debe aparecer por arriba de la cintura. Estas pacientes tienen por lo general un incremento de peso de 1.8 Kg o más en un período de dos semanas, comprendido entre la 24a. y la 35a. semanas de gestación, o un aumento de 900 gr. o más por semana desde la 35a. semana hasta el término. El edema que aparece en la mitad superior del cuerpo es siempre patológico, y puede ser índice precoz de toxemia. La hinchazón debida a la acumulación de fluidos principia en las extremidades inferiores y progresa en forma ascendente. La compresión de los dedos por el uso de anillos y la hinchazón facial, constituyen evidencia de peligro. La oliguria se asocia al edema en muchas pacientes, y la anuria es un signo de gravedad suma.

La detección de proteínas en la orina con la utilización de métodos sensibles y empleando una muestra obtenida por cateterización o de "medio chorro" representa una anormalidad. La proteinuria implica un resultado de 1 + o más con los

métodos cualitativos, o un mínimo de 100 mg/100 ml en un análisis cuantitativo, en una muestra de orina colectada durante 24 horas, suponiendo una diuresis normal. La causa de la proteinuria se explica por la elevada permeabilidad glomerular, pero también puede obedecer a piuria, hematuria u otras causas.

B: Datos de laboratorio:

1: Únicamente el urinálisis, que demuestra proteinuria sin hematuria o piuria, es de ayuda en el diagnóstico. El hematócrito se leva en proporción a la severidad de la toxemia. Los datos de la química sanguínea se encuentran usualmente un poco elevados. Los estudios de nitrógeno ureico sanguíneo y de ácido úrico en el suero, repetidos en serie, muestran un incremento gradual con reducción concomitante de la depuración de la creatinina, a medida que aumenta la severidad de la toxemia.

6.- Tratamiento:

Las pacientes con toxemia no convulsiva deben tratarse rigurosamente. El parto debe expeditarse con los medios más eficientes y menos nocivos para la madre y el feto. La operación cesárea puede estar indicada después de la 36a. semana, en aquellas pacientes que no sean buenas candidatos para una inducción del trabajo de parto. No se debe permitir que transcurran más de 3 semanas en casos de preeclampsia, por la posibilidad de que sobrevengan lesiones vasculares permanentes.

Los objetivos del tratamiento son prevenir una eclampsia, y accidentes vasculares, así como obtener un infante vivo normal. Con frecuencia es necesario asumir una actividad comprometedora en los casos severos durante el principio del tercer trimestre, posponiendo el parto hasta que el feto alcance la madurez suficiente para sobrevivir.

El tratamiento consiste en medidas paliativas y la terminación del embarazo en el momento apropiado. La paciente

debe permanecer en reposo en cama, evitar tensión y actividad. Los sedantes se dan con objeto de proporcionar descanso, alivio de la ansiedad y para reducir la hipertensión.

El exceso de fluido extracelular debe ser removido con diuréticos. Además del reposo y los sedantes, se prescriben medicamentos antihipertensores según sea necesario, para disminuir la hipertensión arterial y evitar los accidentes vasculares.

El parto debe retrasarse en lo posible hasta conseguir el control de la enfermedad o lograr una franca mejoría. Aun cuando la extracción del feto y de la placenta curan habitualmente la toxemia del embarazo, el parto apresurado o forzado por cualquier vía, es peligroso.

La mayor parte de las pacientes con preeclampsia pueden ser tratadas en casa y esto debe intentarse en todos los casos. Aquella paciente que no responda al siguiente programa terapéutico después de 48 horas, deberá ser hospitalizada para someterla a un cuidado intensivo: Reposo en cama, sedación. La presión arterial debe tomarse cada 4 horas durante la vigilia. Las proteínas en la orina se determinarán diariamente en una muestra "de medio chorro" de la primera orina de la mañana. El fondo de ojo es muy importante no despreocuparlo. Se prescribirá una dieta hiposódica (menos de 3 gramos de sal en 24 horas) y se prescribirán todos aquellos alimentos o medicamentos que contengan cantidades importantes de sodio (por ejemplo, bicarbonato de sodio, antiácidos).

El registro diario de fluidos ingeridos y excretados se seguirá de la manera más exacta. Con una diuresis normal (1000 ml o más de orina en 24 horas) se debe insistir en la ingestión de 2.500 ml de líquidos sin sal, por día. Sedantes, por ejemplo: 30 mg. de fenobarbital 3 veces al día y diuréticos, por ejemplo hidroclorotiacida: 50 mg por vía oral, diariamente en la mañana.

Cuando un paciente no responde con el tratamiento domiciliario anterior en un término de 48 horas, debe hospitalizarse y seguir la siguiente conducta:

Cuando las cifras tensionales se elevan sobre 170/110 mm Hg debe darse sulfato de magnesio u otra medicina antihipertensiva. Se practicará diariamente una determinación cuantitativa de la proteinuria de la orina colectada por 24 horas. Se determinarán las concentraciones de nitrógeno no protéico y de proteínas en suero. Los niveles de nitrógeno uréico sanguíneo y de ácido uréico sérico, pueden ser de utilidad, pero no son esenciales.

El estudio del fondo de ojo, insisto, no debe dejarse desapercibido diariamente y se notará en especial la presencia de espasmo arteriolar, edema, hemorragias y exudados. Se prescribirá una dieta hiposódica estricta ó sea menos de 1 gramo de sal por día, pobre en grasa, rica en carbohidratos e hiperproteica (1.800 cal.). Se seguirá un registro de líquidos ingeridos y de los excretados. Si la diuresis sobrepasa de 500 ml/24h se darán líquidos para reemplazar ésta cantidad. Los sedantes deben prescribirse en dosis apropiadas, por ejemplo 60 mg. de fenobarbital tres veces al día por vía oral para calmar a la paciente.

La sedación excesiva, empleando por ejemplo, morfina o tiopental, no es conveniente, puesto que se disminuye la oxigenación cerebral y la función renal y además deprime la circulación y la respiración fetal. Los diuréticos como la clorotiacida por vía oral, a dosis de 250 a 500 mg/24h, o la hidroclorotiacida 25 a 50 mg. por vía oral diariamente, pueden administrarse para proveer la diuresis y disminuir la hipertensión. Se debe impedir la presentación de una hipopotasemia dando cloruro de potasio, jugo de naranja, plátano y otros alimentos ricos en potasio.

Como hipotensor la hidralacina causa vasodilatación y aumenta la circulación y el funcionamiento cerebral, coronario y renal. Se aplican de 20 a 40 mg. en 250 de solución glucosada al 50/o, en agua, lentamente, para conseguir un efecto hipotensor marcado.

V- ESTUDIO ESTADISTICO EFECTUADO

A continuación hacemos notar en forma estadística los datos obtenidos en nuestra casuística. En el capítulo anterior se hizo una revisión de la literatura reciente acerca de la preeclampsia, tratando de hacer notar las nuevas ideas etiológicas, terapéuticas y profilácticas.

1.- Material y métodos:

En la revisión que se hizo de los mil Registros clínicos en la Maternidad del Hospital General, se tomó como base para estudiar cada uno de éstos, que presentaran por lo menos dos de las tres características: o sea cualquiera de las variantes edema-hipertensión-albuminuria. Se tomó en cuenta datos generales, prenatal, admisión, parto, evolución hospitalaria, tratamiento y egreso.

El estudio se hizo conforme se presentaba el paciente a las salas con las condiciones anteriores. No se pudo hacer retrogrado el estudio porque los diagnósticos de egreso aunque hayan presentado las pacientes: edema, hipertensión, albuminuria, siempre salen con diagnósticos de Parto Etocico simple a no ser que se le haya practicado algún otro procedimiento especial tal como Cesárea, etc.

LOS DATOS ESTADISTICOS FUERON LOS SIGUIENTES:

2.- Incidencia:

De los mil registros clínicos analizados se llegó a la conclusión que, de cada cien partos atendidos en las salas de maternidad del Hospital, se presentaban dos preeclámpticas, cifras que nos parecen de acuerdo con la realidad.

3.- Prenatal:

DATOS GENERALES DE LAS PACIENTES

(1) ESTADO CIVIL	PREECLAMPSIA	TOTAL
Solteras	0	0 : 0o/o
Unidas	20	20 : 100o/o
Casadas	0	0 : 0o/o
TOTAL	20	20 : 100o/o

Del cuadro anterior se desprende lógicamente que, en un 100o/o de los casos estudiados, su estado civil es: Unidas. Consideramos que es significativo éste porcentaje, porque la paciente que consultó a nuestra maternidad en general es en un 70o/o Unidas o sea que el otro 30o/o (solteras, casadas) no presentó preeclampsia.

(2) RAZA	PREECLAMPSIA	TOTAL
Ladinas	18	18 : 90o/o
Indígenas	2	2 : 10o/o
TOTAL	20	20 : 100o/o

Llama la atención en este cuadro, por aclarar, que el parámetro que en general se tomó, a una paciente, para clasificarla como indígena, es la que todavía usa corte. Basado en eso, vemos, que en nuestros hospitales, las pacientes que consultan a los departamentos de maternidad en general más o menos son en un 70o/o ladinas y 30o/o indígenas, y si lo comparamos con nuestro estudio el 90o/o de las preeclámplicas se presentó en ladinas. Sabido es que los problemas de origen psicológico en indígenas son de una incidencia marcadamente menor a la

población en general y dándosele a la Preeclampsia un factor psicológico concomitante, creemos que lo encontrado en nuestro estudio explica que ésta sea más frecuente proporcionalmente en ladinas.

En la literatura revisada no se encontró que la raza tuviera alguna influencia en la preeclampsia, sin embargo el cuadro anterior muestra que el 90o/o de éstas pacientes son ladinas y el 10o/o indígenas.

9 (3) ALFABETISMO	PREECLAMPSIA	TOTAL
Alfabetas	14	14 : 70o/o
Analfabetas	6	6 : 30o/o
TOTAL	20	20 : 100o/o

El cuadro anterior indica que, el 70o/o son alfabetas, 30o/o analfabetas o sea que hay mayor incidencia de alfabetas, ésto refleja la preocupación de las personas con un cierto grado cultural por éste tipo de problema y toman en cuenta los servicios hospitalarios. El porcentaje de alfabetas que presentó Preeclampsia es poco significativo, si tomamos en cuenta que en general el porcentaje de alfabetas que consultó a nuestra Maternidad es de más o menos el 60o/o.

(4) PROCEDENCIA	PREECLAMPSIA	TOTAL
De la Capital	5	5 : 25o/o
De fuera	15	15 : 75o/o
TOTAL	20	20 : 100o/o

Se observa que el 75o/o de las pacientes preeclámplicas que fueron atendidas, su procedencia era de fuera de la ciudad. El 25o/o era de la ciudad capital o sea que hay una mayor afluencia

de pacientes de los departamentos.

En nuestro estudio en general el 37o/o de las pacientes son de la capital y el 63o/o son de fuera.

(5) EDAD EN AÑOS	PREECLAMPSIA	TOTAL
15 - 20	6	6 : 30o/o
21 - 25	8	8 : 40o/o
26 - 30	2	2 : 10o/o
31 - 35	1	1 : 5o/o
36 - 40	1	1 : 5o/o
41 - 45	2	2 : 10o/o
TOTAL	20	20 : 100o/o

Se concluye de éste cuadro que, la mayor incidencia de la preeclampsia con respecto a edad es en la década de 20 - 30 años, o sea la edad de mayor fertilidad.

(6) GESTAS	PREECLAMPSIA	TOTAL
Gestas I	11	11 : 55o/o
" II	2	2 : 10o/o
" III	2	2 : 10o/o
" IV	4	4 : 20o/o
" V	1	1 : 5o/o
TOTAL	20	20 : 100o/o

En el cuadro anterior se ve que la preeclampsia se presentó en pacientes con pocas gestas, se puede observar que pacientes con menos gestas se presentó con un porcentaje de 55o/o y el porcentaje más bajo es en pacientes con 5 gestas que es igual al 5o/o.

(7) CONTROL PRENATAL	PREECLAMPSIA	TOTAL
ASISTIERON	9	9 : 45o/o
NO ASISTIERON	11	11 : 55o/o
TOTAL	20	20 : 100o/o

La decisión de las pacientes embarazadas de asistir a control prenatal es una de las más importantes ya que es aquí precisamente donde primero se descubre cualquier problema que hay en éstas pacientes, tales como aumento acelerado de peso, presencia de edemas, orinas patológicas, etc. En el cuadro anterior se ve que el 55o/o de las preeclámpsicas no asistieron a éste control. Con éste control prenatal dependiendo de la severidad del cuadro se decide si el tratamiento se puede iniciar ambulatorio u hospitalario.

4. Admisión:

(8) a) Motivo de Ingreso	Preeclámpsia	Total
Hipertensión	1	1 : 5o/o
Edema	1	1 : 5o/o
Hipertensión y edema	3	3 : 15o/o
Trabajo de Parto	3	3 : 15o/o
Ruptura prematura de membranas	1	1 : 5o/o
Trabajo de Parto y Presión elevada	4	4 : 20o/o
Edema y trabajo de Parto	7	7 : 35o/o
TOTAL	20	20 : 100o/o

El edema fue el que más se presentó por razones de que en la mayoría de las veces iba asociado con otra sintomatología.

El diagnóstico de la preeclampsia fue tardío.

5.- Parto

(9) ATENDIENDO A SU

EUTOCIA	PREECLAMPSIA	TOTAL
EUTOCICOS	13	13 : 65o/o
DISTOCICOS	7	7 : 35o/o
TOTAL	20	20 : 100o/o

De lo anterior pareciera deducirse que la preeclampsia predispone a un porcentaje mayor de distocias que en la paciente embarazada normal, pero si vemos el cuadro número 13 en donde se describen las distocias que en su 100o/o fueron cesáreas; las indicaciones de éstas sólo en 3 pacientes podríamos decir que la preeclampsia influyó, como son dos casos de Desprendimiento prematuro de placenta, que como es sabido es más frecuente en pacientes toxemicas y un caso de sufrimiento fetal que pudo también ser secundario a la toxemia, por lo que nuestra casuística, el porcentaje de distocias fue similar al de la paciente embarazada en general.

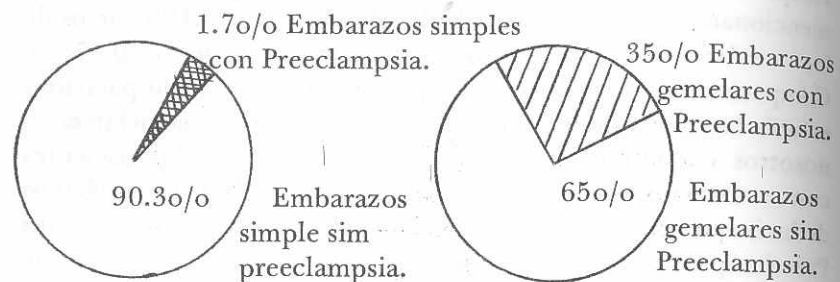
ATENDIENDO AL TIPO DE PARTO:

(10) TIPO DE PARTO	PREECLAMPSIA	TOTAL
Simples	17	17 : 85o/o
Gemelares	2	2 : 10o/o
Triples	1	1 : 5o/o
TOTAL	20	20 : 100o/o

Para el análisis del cuadro anterior, se revisó el número total de embarazos gemelares y de trillizos que hubo en el Hospital San Juan de Dios en 1973 y encontramos que en el año mencionado, se atendieron en sala de labor y partos 3,196 partos de los cuales 19 fueron gemelares que equivale a 0.57o/o. Comparándolo con nuestra tabla vemos que de 1000 pacientes estudiadas correspondería a 5.7o/o de partos gemelares; si nosotros encontramos que en nuestra casuística dos pacientes con embarazos gemelares presentaron preeclampsia, podemos deducir que en el 35o/o de los embarazos gemelares se presentó Preeclampsia. Así mismo durante 1,973 hubo un parto de trillizos el cual quedó comprendido en nuestro estudio, lo que nos pareciera indicar que el 100o/o de trillizos presentó preeclampsia, pero éste porcentaje es puramente accidental ya que el único parto trillizo que ha sido asistido en nuestro hospital durante los años que tiene de existir la maternidad, hasta el presente estudio, es el que referimos en el presente; antes de imprimir el presente trabajo, nos enteramos de un nuevo parto de trillizos que no presentó la sintomatología de Preeclampsia, por lo que para sacar conclusiones con respecto a la presencia de Preeclampsia en trillizos, se podrá hacer únicamente cuando en nuestra maternidad se llegaran a atender por lo menos diez de ellos que sería una muestra mas significativa.

Los 17 pacientes restantes que presentaron preeclampsia, fue de embarazos simples, lo cual nos da un porcentaje de 1.7o/o que comprendido por los embarazos gemelares (35o/o) vemos que la incidencia de Preeclampsia es mucho más elevada en los segundos.

Interpretación gráfica de lo anterior:



COMO SE RESOLVIERON LAS DISTOCIAS:

OPERACION CESAREA:

Antes de observar el cuadro, es preciso hacer notar que la resolución de cierto tipo de distocias es una indicación circunstancial importante para hacer cesárea.

(13) CAUSAS DE CESAREA PREECLAMPSIA		TOTAL
Estrechez Pélvica	2	2 : 28.56o/o
Desp. Premat. Plac.	2	2 : 28.56o/o
Pelvis Plana	1	1 : 14.28o/o
Pelvis Límite	1	1 : 14.28o/o
Sufrimiento Fetal	1	1 : 14.28o/o
TOTAL	7	7 : 100o/o

La indicación de las cesáreas en las distocias anteriores no fueron en su totalidad por razones de problemas de preeclampsia

sino también por razones de estructura orgánica, no son causa precipitante todas de éste síndrome. La mortalidad materna fue igual a cero.

6.- Estudio Fetal:

	PREECLAMPSIA	TOTAL
(14) SEXO		
Masculino	14	14 : 60.87o/o
Femenino	9	9 : 39.13o/o
TOTAL	23	23 : 100.00o/o

El predominio del sexo masculino en las preeclámpticas no tiene ninguna importancia. Lo único que está de acuerdo con otros estudios que se han hecho donde también el número de varones es mayor que las mujeres. La mortalidad fetal fue igual a cero.

7. Egreso.

Es importante hacer notar que en nuestro hospital es condición necesaria para darle egreso a un paciente que haya desaparecido la sintomatología que presentaba.

En nuestra casuística el 100o/o de las pacientes salió en condiciones completamente mejoradas.

VI. CONCLUSIONES

1. Se estudiaron veinte preeclámpsicas ingresadas a la Maternidad del Hospital General San Juan de Dios, que corresponden al 20/o del total de pacientes estudiadas.
2. El 100o/o de pacientes preeclámpsicas estudiadas, su estado civil era unidas.
3. El 90o/o de las pacientes estudiadas correspondieron a la raza ladina.
4. Con respecto a alfabetismo, la incidencia de alfabetas fue mayor o sea que correspondió a un 70o/o.
5. De las pacientes atendidas el 75o/o tenían procedencia de fuera de la ciudad capital.
6. Con respecto a la edad de las pacientes, el mayor número de pacientes atendidas estaba comprendido entre las edades de 21-25 años, o sea en la tercera década de la vida.
7. En las pacientes estudiadas, el porcentaje mayor de preeclampsia recayó sobre las pacientes que tenían menos gestas.
8. De las pacientes atendidas el 55o/o no asistieron a control prenatal.
9. El 35o/o de los embarazos gemelares presentaron Preeclampsia.
10. El 1.7o/o de los embarazos simples presentaron Preeclampsia.
11. El edema fue el que se presentó en mayor porcentaje.

12. El 65o/o de los embarazos, presentaron parto eutocico simple.
13. De los partos el 85o/o correspondieron a partos simples.
14. En el estudio fetal que se hizo, con respecto al sexo, el porcentaje mayor fue del sexo masculino o sea un 60.87o/o.
15. Las condiciones de egreso en las pacientes en un ciento por ciento fue satisfactoria.
16. Si bien es cierto que el pronóstico de la paciente preeclámpsica está en estrecha relación con el Diagnóstico y tratamiento precoz, en nuestro estudio el diagnóstico fue tardío, el tratamiento inmediato y los resultados satisfactorios en un 100o/o.
17. Mortalidad Materna igual a 0o/o.
18. Mortalidad fetal igual a 0o/o.

VII. RECOMENDACIONES

El éxito del pronóstico de las pacientes preeclámpsicas, depende del diagnóstico temprano y del esmerado y adecuado tratamiento hospitalario, por lo tanto se hace necesario insistir en:

1. Para prevenir los problemas de las estructuras orgánicas de las madres, es preciso tratar activamente los casos descubiertos desde un principio.
2. Donde mayor interés se pone por el control de peso es en la consulta prenatal y admisión; no se debe menospreciar el control de peso en las pacientes hospitalizadas.
3. En el control prenatal, se hace control rutinario de orina, en las salas también se deben hacer controles periódicos.
4. Razón de peso para que la asistencia a prenatal sea efectiva, es el aspecto divulgativo, se debe insistir en él.
5. Al momento de egreso, conveniente sería una pequeña orientación respecto al problema a la paciente, para hacer conciencia en ella.

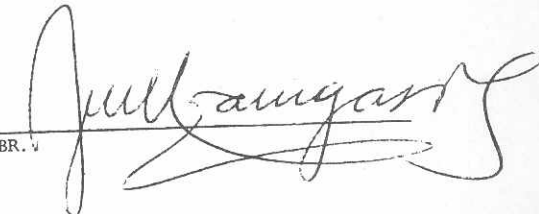
VIII. BIBLIOGRAFIA

1. Domínguez Robles H. et al. (Perinatal Mortality in pregnancy toxemia) GINECOL. OBST. MEX. 30:627-33 Dec. 71 (Engl. Abst).
2. Howie P W et al. Coagulation, fibrinolysis and platelet function in preeclampsia, essential hypertension and placental insufficiency. J. OBSTET. GYNECOL. Br. Commonw 78:999-1003. Nov-71.
3. Joyce DN et al. The use of Diazepam and hydralazine in the treatment of severe preeclampsia. J. OBSTET. GYNAECOL. Br. Commonw 79:250-4 Mar 72.
4. Kenny GS et al. Color fluorescein Angiography in Toxemia of Pregnancy. ARCH. OPHTHALMOL. 87:383-8 Apr-72.
5. Kauppila A, et al. Ureteric dilatation and renal cortical index after normal and Preeclamptic pregnancies. ACTA OBST. GYNECOL. SCAND. 51:147-53 1972.
6. López García R B et al. Toxemia in primigravida and grand multipara. GINECOL. OBST. MEX 30:339-Oct-71.
7. Mac Lean PR et al. Proteinuria in toxemia and abruptio placentae. J. OBSTET. GYNAECOL. Br. Commonw 79:321-6 Apr. 72.
8. Morrison JC. et al. Laboratory characteristics in toxemia. OBSTET. GYNAECOL 39:866-72 Jun 72.
9. Preston F E et al. Intravascular coagulation and preeclamptic toxemia. Fetal maternal incompatibility. Lancet 1:34-5 1 Jan 72.

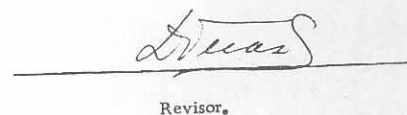
10. Pritchard J A et al. Treatment of toxemia of pregnancy. N. ENGL. J. MED 287:48 f Jul. 72.
11. Schulte F S, et al. Maternal toxemia-fetal malnutrition, and motor behavior of the newborn. PEDIATRICS 48:871-82 Dec-71.
12. Shannon R W. et al. Diazepam in Preeclamptic Toxemia With Special Reference to its Effect on the Newborn Infant. Br. J. CLIN. PRACT 26:271-72 Jun-72.
13. TervilL, et al. The effects and side effects of diuretics in the Prophylaxis of toxemia of Pregnancy. ACTA OBSTET. GYNECOL. SCAND 50:351-6 1,971.
14. Toivanen P. Et al. Fetal maternal incompatibility. LANCET 1:384 12 Feb-72.
15. Wardle EN. Intravascular coagulation and preeclamptic toxemia. LANCET 1:662-3 29 Jan 72.
16. Zetina García Torres F. et al (Maternal Mortality in Toxemia) GINECOL. OBST. MEX. 30:101-7 Jul. 71 (Engl. Abst. (SPA).

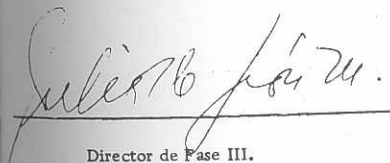
Vo.Bo.

Bibliotecaria.


BR. v


Asesor.


Revisor.


Director de Fase III.


Secretario.

Vo. Bo.


Decano.