UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

POSGRADO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS



**“MANEJO CONSERVADOR EN PREECLAMPSIA SEVERA EN HOSPITAL MATERNO INFANTIL 1° DE MAYO DE ENERO A JULIO 2013”**

Presentado por:

Dra. Sonia Ivette Pineda de Henríquez

Dra. Judith Xiomara Escobar Hernández

Para Optar el Título de:

ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Asesor:

Dr. Francisco Eduardo Turcios Mendoza

SAN SALVADOR, FEBRERO DE 2014

**INDICE**

RESUMEN

INTRODUCCION 1

OBJETIVOS 3

MATERIALES Y METODOS 4

RESULTADOS 5

DISCUSION Y ANALISIS 7

CONCLUSIONES 10

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS 11

ANEXOS 13

**RESUMEN**

Se realizó un estudio retrospectivo, transversal y descriptivo en pacientes que se encontraron con manejo conservador en preeclamsia severa en hospital materno infantil 1° de mayo de enero a julio 2013 entre las 28-34 semanas.

Se tomó información del censo de emergencia, se revisaron 45 expedientes clínicos de los cuales 36 cumplían con los criterios de inclusión.

Los objetivos fueron: Identificar el perfil epidemiológico de las pacientes con preeclamsia severa, Determinar el tiempo que se logró prolongar el embarazo, Correlacionar la edad gestacional con el peso fetal al momento de la evacuación.

 Los datos analizados nos permitieron conocer la edad gestacional a la que se inició el manejo conservador y el total de pacientes en estudio fue de 36, encontrándose 18 (50%) de estas entre las 31 a 34 semanas de edad gestacional, 10 (27.7%) entre las 28 a 30 semanas y 8 (22.2%) con menos de 28 semanas.

En los datos obtenidos de las pacientes se encontró que a 15 (41.6 %) de ellas se les prolongo el embarazo entre los 2 a 3 días, a 12 (33.3%) entre los 4 a 7 días y a 9 (25%) por 8 días o más. La causa de la interrupción del embarazo fue de forma predominante, la insuficiencia placentaria como restricción del crecimiento intrauterino, oligohidramnios y flujometría alterada.

En cuanto a la vía de parto un 100% resulto parto por cesárea, de las cuales 26 (72.2%) eran cesáreas de primera vez y 10 (27.7%) cesáreas iteradas.

A pesar de que se aboga por la terminación vaginal del parto en las gestantes preeclampticas aunque las condiciones obstétricas no siempre son favorables.

Se reportaron complicaciones maternas en un 25% como Síndrome de HELLP, sin embargo en nuestro estudio no se evidencio mortalidad materna.

La posibilidad de extender el período de gestación con el manejo conservador de la preeclampsia grave pretérmino disminuye considerablemente el número de recién nacidos con peso crítico sin comprometer el pronóstico materno por lo que constituye una importante alternativa de tratamiento.

**INTRODUCCION**

La preeclampsia es la hipertensión inducida por el embarazo luego de las 20 semanas de gestación, acompañada de proteinuria con o sin edema. EI grado de severidad de esta patología está dado por los niveles de tensión arterial, los datos de laboratorio, la sintomatología y la afectación fetal.

Se define como preeclampsia severa a un aumento de la presión sistólica mayor o igual a 160mmhg, proteinuria mayor a 300mg en 24 horas acompañándose en ocasiones de edema generalizado o de miembros inferiores, oliguria, epigastralgia, cefalea, visión borrosa y trombocitopenia.

Cuando una paciente presenta preeclampsia severa y el embarazo es de término el tratamiento consistirá en prevenir la crisis convulsiva, control de la hipertensión y extracción del feto. Si se trata de un embarazo prematuro, hay que sopesar los riesgos matemos asociados a la continuación del embarazo y los riesgos fetales asociados a un embarazo prematuro.

El manejo conservador consiste en prolongar la gestación lo suficiente como para alcanzar la madurez fetal; tomando en cuenta factores clínicos, de laboratorio y pruebas de bienestar fetal que nos indiquen el manejo adecuado del binomio madre-feto.

La terminación del embarazo es el único tratamiento curativo de la preeclampsia.

La iniciativa de una u otra conducta estable es de controversia entre las diferentes literaturas existentes hasta el momento.

Sibai y cols, realizaron en 1985 un estudio en el que se le dio manejo conservador a 60 pacientes con preeclampsia severa en embarazos menores de 27 semanas concluyéndose, que el 87% d los fetos terminaron en mortalidad.

En el 2003 se realizó en Colombia un estudio de manejo conservador de 34 pacientes, menores de 36 semanas; arrojando este que en 88% de los recién nacidos evolucionaron satisfactoriamente.

En vista de que no existe un acuerdo en cuanto al manejo conservador en esta patología y no hay estudios concluyentes sobre la terminación o continuación del embarazo en gestación entre 28 y 34 semanas con preeclampsia severa y conociendo lo beneficioso que sería para el feto la ganancia de peso y mayor edad gestacional vale la pena continuar estudios que aclaren los beneficios que se ofrecen al binomio madre-hijo a la finalización del embarazo.

**OBJETIVOS**

**OBJETIVO GENERAL:**

Describir el manejo conservador de preeclampsia severa y sus resultados perinatales en pacientes ingresadas en hospital 1° de mayo durante enero a julio 2013.

**OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

* Identificar el perfil epidemiológico de las pacientes con preeclamsia severa.
* Determinar el tiempo que se logró prolongar el embarazo relacionándolo con la edad gestacional.
* Correlacionar la edad gestacional con el peso fetal al momento de la evacuación.

**MATERIALES Y METODOS**

Se realizó un estudio retrospectivo, transversal y descriptivo en pacientes a las que se dio tratamiento conservador de preeclamsia severa en hospital materno infantil 1° de mayo, de enero a julio 2013.

EI universo estuvo constituido por 36 mujeres embarazadas, a quienes se tuvieron en manejo conservador de preeclampsia severa.

Nuestra muestra estuvo constituida por la totalidad de las pacientes ingresadas en el hospital materno infantil 1° de mayo con diagnóstico de preeclampsia severa en manejo conservador.

La información se obtuvo de la revisión de expedientes clínicos, revisión de registro de hojas de ingreso a UCI y al servicio de puerperio 1 y trasladada a una hoja de recolección de datos.

Los datos fueron procesados manualmente y a computadora con tablas resumen, presentados en cuadros y gráficas de acuerdo a los objetivos propuestos y al tipo de variable.

**RESULTADOS**

Los datos obtenidos muestran que el total de pacientes en manejo conservador de preeclampsia severa fue de 36, encontrándose 18 (50%) de estas entre las 31 a 34 semanas de edad gestacional, 10 (27.7%) entre las 28 a 30 semanas y 8 (22.2%) con menos de 28 semanas.

 Que de las 36 pacientes en manejo conservador de preeclampsia 14 (38.8%) entre 35 o más años, 14 (38.8%) entre las edades 30 a 34 años, seguidas por 4 (11.1%) entre los 25 a 29 años con y 4 (11.1%) de 20 a 24 años.

Se encontró que 15 (41.6%) eran multíparas, 14 (38.8%) primíparas y las 7 (19.4 %) restantes nulíparas. Predominio en multíparas.

 En 15 (41.6 %) de ellas se les prolongo el embarazo entre los 2 a 3 días, a 12 (33.3%) entre los 4 a 7 días y a 9 (25%) por 8 días o más.

En las 36 pacientes con manejo conservador se encontró que todos los partos fueron por cesáreas, de las cuales 26 (72.2%) eran cesáreas de primera vez y 10 (27.7%) cesáreas iteradas.

Al investigar la causa de la interrupción del embarazo en las pacientes en estudio se encontró la insuficiencia placentaria con 12 casos (33.3%), seguida por el deterioro materno con 11 (30.5%), por edad gestacional con 7(19.4%) y deterioro de la frecuencia cardiaca fetal con 6 pacientes (16.6%).

En los recién nacidos de las pacientes en estudio, se encontró que 14 (38.8%) de ellos su peso era entre los 1500 a 1999 gramos, 12 (33.3%) entre los 1000- 1499 gramos, 8 (22.2%) con menos de los 1000 gramos y 2 (5.5%) entre los 2000 y 2499 gramos.

Al buscar complicaciones post parto en las pacientes en estudios, los datos reflejan que 27 (75%) de las 36 pacientes no presentaron ninguna complicación, y solo 9 (25%) de ellas si, siendo el Síndrome de Hellp la única complicación encontrada.

**DISCUSION Y ANÁLISIS**

 En La literatura médica destaca que las mujeres en los extremos de la vida son las que tienen mayor frecuencia de hipertensión durante la gestación, se aprecia que más de la mitad de la muestra son gestantes mayores de 30 años. Se plantea que esta enfermedad puede afectar a las mujeres mayores de 35 años producto a los daños ya crónicos del sistema vascular, con la consecuente esclerosis de los vasos lo cual compromete el aporte sanguíneo adecuado al embarazo y se establece una insuficiencia útero – placentaria. A esta edad el músculo uterino ofrece mayor resistencia y existe una deficiente adaptación del árbol vascular a las necesidades, teniendo en cuenta que se excluyo pacientes con enfermedades crónicas de base como hipertensión arterial. Pueden estas estar sub clínicas.

Otros estudios realizados en nuestro país en gestantes portadoras de preeclampsia grave coinciden en señalar el mayor número de casos entre los 30 y 35 años que coincide con nuestros resultados.

 Las causas de la interrupción del embarazo fueron de forma predominante, la insuficiencia placentaria como restricción del crecimiento intrauterino y oligohidramnios. Los marcadores de fallo de sistemas como hepático y renal, son signos de alerta que indica que no debe prolongarse más allá el tiempo de gestación, siendo esta la segunda causa de interrupción del embarazo

La mortalidad materna por preeclampsia ocupa los primeros lugares dentro de las causas de muerte asociadas al embarazo y puerperio a nivel mundial y estudios de américa latina MEXPRE contrasta con nuestro estudio no encontrando ninguna muerte materna.

En cuanto a la vía de parto un 100% resulto parto por cesárea.

A pesar de que se aboga por la terminación vaginal del parto en las gestantes preeclampticas las condiciones obstétricas no siempre son favorables, debido al tiempo de gestación que implica inmadurez cervical e inadecuada respuesta del miometrio a la oxitocina. Lo anterior unido a la no prolongación de los períodos de inducción del parto, más allá de 08 horas, ha incrementado significativamente las tasas de cesáreas de primera vez en el mundo y corresponde con este estudio donde las condiciones cervicales desfavorables nos resultan en el fracaso en la inducción.

La operación cesárea incrementa significativamente la morbilidad en la paciente obstétrica. El riesgo quirúrgico y anestésico se multiplica en gestantes con preeclampsia grave y el riesgo de sepsis puerperal se hace mucho más relevante dada las alteraciones que fisiopatológicamente se establecen en la microcirculación.

Se reportaron complicaciones maternas en un 25% como Síndrome de HELLP a considerar pues no coincide con los resultados internacionales que se obtienen con el empleo del manejo conservador.

Se logró prolongar el embarazo por 2-3 días en un 41% de las gestaciones y una mejor calidad de vida del recién nacido pues permitió la madurez pulmonar fueran efectivos el mayor número de casos se encuentra después de las 30 semanas, encontrando pesos de recién nacidos arriba de 1500gr. En un 38 %. La posibilidad de extender el período de gestación con el manejo conservador de la preeclampsia grave pretérmino disminuye considerablemente el número de recién nacidos con peso crítico sin comprometer el pronóstico materno por lo que constituye una importante alternativa de tratamiento. No coincide con estudio MEXPRE ya que no demuestra beneficios neonatales con el manejo expectante de la preeclampsia severa 28-34 semanas. Además, el enfoque conservador puede aumentar el riesgo de desprendimiento y pequeños para la edad gestacional.

**CONCLUSIONES**

* Las causas de la interrupción del embarazo fueron de forma predominante, la insuficiencia placentaria como restricción del crecimiento intrauterino, flujometria alterada y oligohidramnios.
* Los marcadores de fallo de sistemas como hepático y renal, son signos de alerta que indica que no debe prolongarse más allá el tiempo de gestación, siendo esta la segunda causa de interrupción del embarazo.
* La mortalidad materna por preeclampsia ocupa los primeros lugares dentro de las causas de muerte asociadas al embarazo y puerperio a nivel mundial y estudios de américa latina MEXPRE contrasta con nuestro estudio no encontrando ninguna muerte materna.
* Se logró prolongar el embarazo por 2-3 días en un 41% de las gestaciones y una mejor calidad de vida del recién nacido pues permitió que la madurez pulmonar fueran efectivos
* El mayor número de casos se encuentra después de las 30 semanas, encontrando pesos de recién nacidos arriba de 1500gr.
* No coincide con estudio MEXPRE ya que este no demuestra beneficios neonatales con el manejo conservador de la preeclampsia severa entre 28-34 semanas de gestación.

**REFERENCIAS BibliografICaS**

1. Bajo Arenas JM, Melchor Marcos JC, Mercé LT.Fundamentos de Obstetricia (SEGO). Gráficas Marte, S.L, 2007, p. 521-531
2. Informe sobre la salud en el mundo 2005 - ¡Cada madre y cada niño contarán! Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005, p. 62.
3. Steven G. Gabbe, MD, Jennifer R. Niebyl, MD, Joe Leigh Simpson, MD. Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies, 5ed, Elsevier Inc., Philadelphia, 2007, p.344-347
4. Report of the National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 2000;183:S1-S21
5. González Rodríguez G, García Sardiñas A. Algunos factores epidemiológicos y obstétricos de la enfermedad hipertensiva gravídica. Rev. Cubana Obstet Ginecol v.29 n.1 Ciudad de la Habana Ene.-Abr. 2003
6. Guidelines for the management of arterial hypertension. European Society of Hypertension and European Society of cardiology (ESH-ESC) Journal of Hypertension 2007, 25: 1159–1161
7. Evans, Arthur T. Manual of Obstetrics, 7th Edition, Lippincott Williams & Wilkins, Texas, 2007, p 178 - 188
8. Johns Hopkins, Ginecología y Obstetricia, 1ra Ed. MARBÁN, Baltimore, Maryland, 2005, p. 183-193
9. F. Cunningham, Kenneth Leveno, Steven Bloom, John Hauth, Dwight Rouse, Catherine Spong. Williams Obstetrics: 23rd Edition, Mc Graw Hill, Estados Unidos, 2010, p.706- 756
10. Sibai BM. Diagnosis and management of gestational hypertension and preeclampsia. Obstet Gynecol. 2003;102:181- 92.
11. Pedro Saona-Ugarte, CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA EN LA GESTACIÓN, Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2006; 52(4):219-225
12. Vigil-De Gracia. Expectant management of severe preeclampsia remote from term. A randomized, multicenter clinical trial. The MEXPRE Latin Study. AJOG 2013.

ANEXOS

**CUADRO No 1**

DISTRIBUCION TOTAL DE PACIENTES CON MANEJO CONSERVADOR DE PREECLAMPSIA SEVERA SEGÚN LA EDAD GESTACIONAL AL INICIO DE ESTE.

|  |  |
| --- | --- |
| **EDAD GESTACIONAL**  | **TOTAL** |
| Frecuencia | Porcentaje |
| MENOS DE 28 SEMANAS | 8 | 22.22  |
| 28 A 30 SEMANAS | 10 | 27.78 |
| 31 A 34 SEMANAS | 18 | 50.00  |
| **TOTAL** | 36 | 100.00 % |

**CUADRO No 2**

DISTRIBUCION TOTAL DE PACIENTES CON MANEJO CONSERVADOR DE PREECLAMPSIA SEVERA SEGÚN EDAD MATERNA.

|  |  |
| --- | --- |
| **EDAD DE LA MADRE**  | **TOTAL** |
| Frecuencia | Porcentaje |
| 20 - 24 AÑOS | 4 | 11.11 |
| 25 - 29 AÑOS | 4 | 11.11 |
| 30 - 34 AÑOS | 14 | 38.89 |
| ≥ 35 AÑOS  | 14 | 38.89 |
| **TOTAL** | 36 | 100.00 % |

**CUADRO No 3**

DISTRIBUCION TOTAL DE PACIENTES CON MANEJO CONSERVADOR DE PREECLAMPSIA SEVERA SEGÚN PARIDAD.

|  |  |
| --- | --- |
| **PARIDAD** | **TOTAL** |
| Frecuencia | Porcentaje |
| NULÍPARA | 7 | 19.44 |
| PRIMÍPARA | 14 | 38.89 |
| MULTÍPARA | 15 | 41.67 |
| **TOTAL** | 36 | 100.00 % |

.

**CUADRO No 4**

DISTRIBUCION TOTAL DE PACIENTES CON MANEJO CONSERVADOR DE PREECLAMPSIA SEVERA SEGÚN TIEMPO DE PROLONGACIÓN DEL EMBARAZO.

|  |  |
| --- | --- |
| **TIEMPO DE PROLONGACIÓN** | **TOTAL** |
| Frecuencia | Porcentaje |
| 2 - 3 DIAS | 15 | 41.67 |
| 4 – 7 DIAS  | 12 | 33.33 |
| ≥ 8 DIAS | 9 | 25.00 |
| **TOTAL** | 36 | 100.00 % |

**CUADRO No 5**

DISTRIBUCION TOTAL DE PACIENTES CON MANEJO CONSERVADOR DE PREECLAMPSIA SEVERA SEGÚN TIEMPO PARTO.

|  |  |
| --- | --- |
| **TIEMPO DE PROLONGACIÓN** | **TOTAL** |
| Frecuencia | Porcentaje |
| CESÁREA PRIMERA VEZ | 26 | 72.22 |
| CESÁREA ITERADA | 10 | 27.78 |
| **TOTAL** | 36 | 100.00 % |

**CUADRO No 6**

DISTRIBUCION TOTAL DE PACIENTES CON MANEJO CONSERVADOR DE PREECLAMPSIA SEVERA SEGÚN LA CAUSA DE LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO.

|  |  |
| --- | --- |
| **EDAD DE LA MADRE**  | **TOTAL** |
| Frecuencia | Porcentaje |
| INSUFICIENCIA PLACENTARIA | 12 | 33.33 |
| DETERIORO MATERNO | 11 | 30.56 |
| DETERIORO DE LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL | 6 | 16.67 |
| EDAD GESTACIONAL | 7 | 19.44 |
| **TOTAL** | 36 | 100.00 % |

**CUADRO No 7**

DISTRIBUCION TOTAL DE LOS RECIEN NACIDOS DE PACIENTES CON MANEJO CONSERVADOR DE PREECLAMPSIA SEVERA SEGÚN SU PESO AL NACER.

|  |  |
| --- | --- |
| **PESO DEL RECIEN NACIDO** | **TOTAL** |
| Frecuencia | Porcentaje |
| MENOS DE 1000 GRAMOS | 8 | 22.22 |
| 1000 -1499 GRAMOS | 12 | 33.33 |
| 1500 -1999 GRAMOS | 14 | 38.89 |
| 2000 -2499 GRAMOS | 2 | 5.56 |
| **TOTAL** | 36 | 100.00 % |

**CUADRO No 8**

DISTRIBUCION TOTAL DE PACIENTES CON MANEJO CONSERVADOR DE PREECLAMPSIA SEVERA SEGÚN COMPLICACIONES POST PARTO

|  |  |
| --- | --- |
| **COMPLICACION**  | **TOTAL** |
| Frecuencia | Porcentaje |
| NINGUNA  | 27 | 75.00 |
| SINDROME DE HELLP | 9 | 25.00 |
| **TOTAL** | 36 | 100.00 % |

**CUADRO No 9**

DISTRIBUCION TOTAL DE PACIENTES CON MANEJO CONSERVADOR DE PREECLAMPSIA SEVERA SEGÚN el tiempo que se logró prolongar el embarazo relacionándolo con la edad gestacional.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **EDAD GESTACIONAL** | **DIAS DE PROLONGACION** | **FRECUENCIA** | **PORCENTAJE** |
| **< 28 SEMANAS** | 0-3 DIAS | 2 | 5.55 |
|  | 4-7 DIAS | 5 | 13.88 |
|  | >8 DIAS | 3 | 8.33 |
| **28-30 SEMANAS** | 0-3 DIAS | 4 | 11.11 |
|  | 4-7 DIAS | 3 | 8.33 |
|  | >8 DIAS | 2 | 5.55 |
| **31-34 SEMANAS** | 0-3 DIAS | 8 | 22.22 |
|  | 4-7 DIAS | 5 | 13.88 |
|  | >8 DIAS | 4 | 11.11 |
| **TOTAL** |  | 36 | 100.00% |

**FUENTE:** HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE PREECLAMPSIA GRAVE EN MANEJO CONSERVADOR INGRESADAS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y SERVICIO PUERPERIO 1 DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL 1° DE MAYO DE ENERO A JULIO DE 2013.