

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE POST GRADO
H.M.I.G.U.



HIPERTENSION INDUCIDA
POR EL EMBARAZO
MANEJO Y TRATAMIENTO
1998

AUTOR: Dra. JACKELINE SEVERICH G. R "III"

TUTOR: Dr. ANTONIO GARCIA

Cochabamba - Bolivia

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON
FACULTAD DE MEDICINA
INVENTARIO: Biblioteca "Julio Rodríguez Rivas"
Código de inventario: 107 01 01 01
Valor: Bs. 20 01 00

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE POST GRADO
H.M.I.G.U.

RESUMEN
INTRODUCCION.....

OBJETIVO GENERAL

OBJETIVO ESPECIFICO.....

MATERIALES Y METODOS.....
MARCO TEORICO.....

**HIPERTENSION INDUCIDA
POR EL EMBARAZO**

RESULTADOS..... 10-11

MANEJO Y TRATAMIENTO

DISCUSION.....

CONCLUSIONES..... 14-15

1998

RECOMENDACIONES..... 16

BIBLIOGRAFIA..... 17

ANEXOS..... 1-22

AUTOR: Dra. JACKELINE SEVERICH G. R"III"

TUTOR: Dr. ANTONIO GARCIA

Cochabamba - Bolivia

INDICE GENERAL

RESUMEN

RESUMEN

INTRODUCCION.....	1
OBJETIVO GENERAL.....	3
OBJETIVO ESPECIFICO.....	3-4
MATERIALES Y METODOS.....	5
MARCO TEORICO.....	6
RESULTADOS.....	10-11
DISCUSION.....	12-13
CONCLUSIONES.....	14-15
RECOMENDACIONES.....	16
BIBLIOGRAFIA.....	17
ANEXOS.....	1-22

El 12% de los pacientes tenían antecedentes familiares de pre-eclampsia.

No hubo diferencia en cuanto a los antecedentes GOS para la presentación de esta patología. El 75% de los pacientes tuvieron embarazo a término. El signo más significativo fue el edema en 70%. El 70% de las pacientes fueron sometidas a cesárea.

Los hallazgos de DPPNI fue en 31%. El tratamiento antes de la terminación del embarazo fue sulfato de magnesio en 74%, nada 21%, alfa metil dopa 2%, nifedipina 3%.

RESUMEN

Es un estudio retrospectivo longitudinal, institucional y analítico, realizado en el H.M.I.G.U. en un periodo comprendido del 1° de enero de 1998 al 31 de diciembre de 1998.

Se revisaron 4832 historias clínicas de todos los pacientes de las cuales 100 tenían el diagnóstico de enfermedad hipertensiva del embarazo.

La incidencia en el estudio fue de 0,4%, en nuestro medio y a nivel general es de 5-10%.

Los resultados encontrados, referente a la edad fueron de 15 - 20 años en 43% seguido de 36 - 40 años en 19%. La procedencia de los pacientes fue 44% urbano, 39% suburbano y 18 % área rural. El motivo de consulta en 49% fue cefalea y visión borrosa , de 32% con dolores de trabajo de parto y HTA en 10% de los pacientes . El 63% de los pacientes tuvieron 1 sola pareja sexual.

El 12% de los pacientes tenían antecedentes familiares de pre-eclampsia.

No hubo diferencia en cuanto a los antecedentes GOB para la presentación de esta patología. El 75% de los pacientes tuvieron embarazo a termino . El signo mas significativo fué el edema en 70%. El 70% de las pacientes fueron sometidos a cesárea.

Los hallazgos de DPPNI fue en 31%. El tratamiento antes de la terminación del embarazo fue sulfato de magnesio en 74% , nada 21%, alfa metil dopa 2%, nifedipina 3%.

HIPERTENSION INDUCIDA POR EL EMBARAZO

En el puerperio inmediato, alfa metildopa en 70%, nifedipina 61%, sulfato de magnesio 9%, manitol 4%, enalapril 3%, diacepan 10% furosemida 2%. El tratamiento al alta fué alfa metil dopa en 86%,. Los laboratorios que se encontraron fueron Hemoglobina 11 - 14 mmHg en 60%, 9 - 10 mmHg en 30%; el hematocrito 36 - 40 mmHg. en 55% de los pacientes, TPT. En 46% de los pacientes 13 segundos. Proteína 48% elevada y 35% normal. Plaquetas de 201000 - 250000 mg/dl 46%, 50000 - 100000 mg/dl 1%, proteinuria en 24hrs, 75% fue mayor de 300 mg

Mortalidad 1% por síndrome de Help.

La recomendación importante es iniciar precozmente la educación y orientación de la futura madre.

Existen numerosas clasificaciones entre las mas usadas tenemos 1986.: (7)

- Pre-eclampsia, leve, severa
- Inminencia de eclampsia
- Eclampsia
- Hipertensión crónica y embarazo
- Hipertensión no clasificable

HIPERTENSION INDUCIDA POR EL EMBARAZO

MANEJO Y TRATAMIENTO EN EL H.M.I.G.U.

1998

INTRODUCCION

Es la condición específica del embarazo clásicamente definido por un aumento brusco de la presión arterial acompañada de proteinuria y edema, generalmente instalada en primíparas luego de las 20 semanas de gestación y puede progresar rápidamente a la fase convulsiva. (2)(1)(3)(4)(5)

La proteinuria se define como la excreción de proteínas por la orina mayor de 300 mg/día (9)

(3) Existen numerosas clasificaciones entre las más usadas tenemos 1986.: (7)

- Pre-eclampsia, leve, severa
- Inminencia de eclampsia
- Eclampsia
- Hipertensión crónica y embarazo
- Hipertensión no clasificable

Es la complicación médica más frecuente y exclusiva del embarazo con una incidencia del 5 - 10% de los embarazos, generalmente con una evolución impredecible el cual la única probabilidad de resolución del cuadro es interrupción del embarazo.(10)

Es un factor de riesgo vital tanto para la madre como para el feto, y es una de las causas principales de mortalidad materno y perinatal en todo el mundo (1)(2)(3)(4)

GENE En cuanto a la fisiopatología nadie sabe con certeza el porque de la causa, solo se tiene teorías y se ha establecido que existe: circulación útero placentaria anormal, pérdida de refractariedad, lesión del endotelio vascular, cambios hemodinámicos y renales, alteración de la coagulación por alteración y consumo plaquetario y fibrinolítica el cual conlleva a una coagulación intravascular diseminada. (10)

El edema se presenta en diferentes magnitudes , en el 80% de las pacientes con esta patología, en cambio la hipertensión y la proteinuria son signos de valor pronóstico.

(3) • Conocer cual fue el motivo de consulta.

• Evaluar los antecedentes GOb.

Se llega al diagnóstico por la historia clínica identificando los factores de riesgo: nuliparidad, gestación , hipertensión crónica o enfermedad renal previa, antecedentes de preeclampsia , embarazo molar, ácido úrico elevado mayor a 5 mg/dl, aumento de calcio urinario. (7)

• Evaluar las vías de interrupción del embarazo.

• Conocer el tratamiento empleado según sea pre-eclampsia leve, severa, inminencia de eclampsia; eclampsia; antes, durante y después del embarazo.

• La hipertensión es uno de los componentes de la pre-eclampsia, la PA es menor de 140/90 previo al comienzo de las convulsiones y hasta el 40% no tienen proteinuria ni son nefróticas. (9)

- Conocer los laboratorios en estas pacientes y evaluar los resultados de laboratorio.

OBJETIVOS

GENERAL

Conocer el manejo y la evolución de todas las pacientes con EHE

ESPECIFICOS:

- Conocer la incidencia
- Determinar el grupo etareo más afectado.
- Conocer cual fue el motivo de consulta.
- Evaluar los antecedentes GOB.
- Definir la edad gestacional en la que se presenta esta patología
- Establecer la morbimortalidad materno, fetal y perinatal, reconocer factores de riesgo.
- Evaluar las vías de interrupción del embarazo.
- Conocer el tratamiento empleado según sea pre-eclampsia leve, severa, inminencia de eclampsia; eclampsia; antes, durante y después del embarazo.

- Determinar si el tratamiento efectuado tuvo los resultados esperados.
- Conocer si hubo o no complicaciones en la evolución
- Calificar el tipo de anestesia.
- Conocer los laboratorios en estas pacientes y evaluar los resultado de laboratorio.

Para la realización de este trabajo se revisaron historias clínicas de todas las pacientes complicadas con esta patología de un total de 4832 ingresos en la maternidad, en el periodo de estudio de los cuales 100 tenían el diagnóstico de pre-eclampsia.

Se elaboró una ficha de recolección de datos. No se excluyeron ninguna de las historias clínicas.