

NIVELES DE CATECOLAMINAS EN MUJERES DURANTE EL EMBARAZO NORMAL, DIABETES Y PREECLAMPSIA.

Dr. Alfredo Martín Rivera Montes. Dr. Marcelino Hernández Valencia. Dr. José Antonio Páez Angulo

OBJETIVO: Evaluar el cambio en la función renal causado por el embarazo normal, así como el daño asociado a la presencia de una enfermedad crónica y una enfermedad aguda.

MATERIAL Y METODOS: Se tomaron en cuenta a pacientes gestantes y se dividieron en 3 grupos las que cursaron con embarazo Normal, con DM tipo 2 y Preeclampsia. A todas se les solicitó exámenes básicos y muestras de orina de 24 horas para determinación de catecolaminas cuando acudieron a su control prenatal al menos en el 2do trimestre. Estos exámenes se realizaron también a los 1 a 2 meses posteriores a la resolución del embarazo.

RESULTADOS: Se tomaron en cuenta a 80 pacientes a las cuales se dividió en 3 grupos de estudio, solo 56 pacientes cumplieron los criterios de inclusión. Al analizar los resultados de la determinación de catecolaminas existe diferencia estadísticamente significativa al comparar los 3 grupos de estudio durante la gestación con una elevada cantidad en el grupo de pacientes que desarrollo preeclampsia 4535.59 ± 356.47 ug/24hrs ($p < 0.005$). Al comparar los 3 grupos de estudio en el puerperio no se encontró diferencia.

CONCLUSIONES: Se encontró una importante elevación de catecolaminas en las pacientes embarazadas que cursaron con Preeclampsia durante el embarazo y no en el puerperio Por lo tanto se plantea la posibilidad de continuar el seguimiento en estudios bajo otro diseño para valorar el estado renal a los 6 y 12 meses posteriores al embarazo.

Palabras clave: daño renal, Embarazo, Diabetes Mellitus, Preeclampsia



FECHA	15-dic-2005	CARTEL N°:	
-------	-------------	------------	--

DATOS PARA LOCALIZAR AL AUTOR

NOMBRE <u>Dr. Alfredo Martín Rivera Montes</u>		
--	--	--

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE(S)

DIRECCIÓN: AV. VALLEJO Y ANTONIO VALERIANO COL. LA RAZA		
---	--	--

CALLE Y NUMERO

COLONIA

C.P.

AZCAPOTZALCO	MEX. DF.	DF.
--------------	----------	-----

DELEGACION O MUNICIPIO

CIUDAD

ESTADO

57245900 EXT.213615	antonia.basalvivazo@imss.gob.mx
---------------------	---------------------------------

TELEFONO(S)

E-MAIL

MÉDICO RESIDENTE

FIRMA