

Cirugía y Cirujanos

Volumen
Volume 71

Número
Number 2

Abril-Junio
April-June 2003

Artículo:

Resultado perinatal con tratamiento
conservador en la preeclampsia-eclampsia.
Reporte preliminar

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Academia Mexicana de Cirugía

Otras secciones de
este sitio:

- 👉 Índice de este número
- 👉 Más revistas
- 👉 Búsqueda

*Others sections in
this web site:*

- 👉 *Contents of this number*
- 👉 *More journals*
- 👉 *Search*



Medigraphic.com

Resultado perinatal con tratamiento conservador en la preeclampsia-eclampsia. Reporte preliminar

Acad. Dr. Jesús Carlos Briones-Garduño,* Acad. Dr. Manuel Díaz de León-Ponce,*
Dr. Ángel González-Vargas,* Dr. Carlos Gabriel Briones-Vega*

Resumen

Introducción: el manejo conservador en preeclampsia grave ha sido reportado en la literatura médica por diversos autores, informando que mejora el resultado neonatal sin aumentar las complicaciones maternas.

Objetivo: describir los resultados preliminares del tratamiento conservador en pacientes con preeclampsia y eclampsia en base a un protocolo preestablecido, cuyo objetivo es favorecer las condiciones al neonato.

Material y pacientes: se incluyeron 34 pacientes con preeclampsia severa y eclampsia, que ingresaron a la unidad de cuidados intensivos obstétricos de octubre de 2001 a febrero de 2002, y recibieron tratamiento protocolizado consistente en expansión de volumen, control antihipertensivo, protección a órgano blanco, monitoreo electromédico y vigilancia clínica, considerando como manejo conservador al período mayor a 24 horas que se ofreció a estas mujeres cuyos embarazos fueron menores a 36 semanas de gestación, en las que observamos buena respuesta al tratamiento y no se evidenció un compromiso materno-fetal y descartando otra patología previa o concomitante.

Resultados: correspondió a preeclampsia grave 85 por ciento, 9 por ciento a eclampsia, 3 por ciento a inminencia de eclampsia y 3 por ciento a síndrome de HELLP, la edad promedio fue de 28.2 ± 7.1 , los días de estancia en UCI fue de 5.5 ± 3.2 , la interrupción del embarazo fue en 3.5 ± 2.2 días, las semanas de gestación de 32.8 ± 2.9 , las variables hematológicas destacan anemia, plaquetopenia e incremento en el dímero D, hemodinámicamente cursaron con una PAM de 112.8 ± 17.7 , PCOc 18.6 ± 3.0 , IB 0.15 ± 0.4 , y las características de 36 recién nacidos pretérmino, de los cua-

Summary

Introduction: Conservative treatment in severe preeclampsia has been documented by several authors citing significant improvement in neonatal outcome lacking a significant increase in maternal complications.

Objective: Our objective was to inform of our preliminary results using protocolized conservative management in women with preeclampsia-eclampsia, favoring better neonate conditions.

Material and patients: We included 34 patients with average age of 28.2 years with documented severe preeclampsia-eclampsia complicating a 36-weeks or less pregnancy, admitted in the obstetric intensive care unit (OICU) between October 2001 and February 2002. Patients received protocolized management consisting of intravascular volume expansion, anti-hypertensive control, target organ protection, monitoring, and clinical observation. We considered conservative management as a 24 or more period offered to patients with satisfactory response to medical treatment and no evidence of binomial compromise.

Results: Of our group, 85% corresponded to severe preeclampsia, 9% to eclampsia, 3% to imminence of eclampsia, and 3% to HELLP syndrome. Average stay in OICU was 5.5 days with 3.5 days average management before pregnancy was interrupted. These patients presented mean gestational age of 32.8 weeks during which we observed anemia, low platelets, D dimer increments, MAP average of 112.8, PCOc 18.6, and BI 0.15. We obtained 36 live newborns of whom 12% four died, two were extremely immatures (510 g and 600 g, respectively); one 980-g newborn presented intraven-

* Unidad de Investigación en Preeclampsia-Eclampsia. Hospital de Ginecología y Obstetricia.
Instituto Materno Infantil del Estado de México.

Solicitud de sobretiros:

Acad. Dr. Jesús Carlos Briones-Garduño.

Unidad de Investigación en Preeclampsia-Eclampsia. Hospital de Ginecología y Obstetricia.

Instituto Materno Infantil del Estado de México. Paseo

Tollocan y Puerto de Palos, Toluca.

Tel y Fax: 01 722 217 91 25.

E-mail: pehe730117@ aol.com.

Recibido para publicación: 26-07-2002.

Aceptado para publicación: 11-02-2003.



les cuatro fallecieron (12%), dos por inmadurez extrema de 510 y 600 gramos respectivamente, uno por hemorragia intraventricular de 980 gramos y uno más por falla orgánica múltiple de 1,450 gramos, el resto, 32 productos que corresponde al 88 por ciento evolucionaron sin complicaciones y no requirieron apoyo ventilatorio mecánico.

El tratamiento conservador en pacientes con preeclampsia grave y eclampsia, es una alternativa factible en hospitales que cuentan con unidades de cuidados intensivos, con objeto de mejorar el pronóstico y la supervivencia de los recién nacidos pretérmino.

Palabras clave: manejo conservador, preeclampsia, eclampsia.

tricular hemorrhage, and a 1,450-g newborn had multiple organ failure.

Conservative treatment in patients with severe preeclampsia-eclampsia is a feasible alternative in hospitals with an ICU. Conservative management can improve neonatal survival and prognosis in preterm newborns.

Key words: Conservative management, Severe preeclampsia, Eclampsia, Neonatal outcome.

Introducción

El manejo conservador en preeclampsia grave ha sido reportado en la literatura internacional por Odentaal, en 1987 y posteriormente por Sibai, en 1990^(1,2), y en México por Romero en el año 2000⁽³⁾, informando que este manejo mejora el resultado neonatal e incrementa el peso al nacer sin aumentar las complicaciones maternas. La preeclampsia-eclampsia es la complicación más común del embarazo y está relacionada con alta morbilidad y mortalidad materno-fetal; a pesar de los esfuerzos terapéuticos reportados por diversos autores, prevalece alta incidencia y letalidad. No existe por el momento un tratamiento conservador validado adecuadamente. Históricamente la terapéutica está basada en la interrupción de la gestación, acompañándose de elevada morbilidad y mortalidad perinatal, debida a prematuridad⁽⁴⁻⁶⁾, en nuestro país de acuerdo con los reportes de los indicadores básicos de la Secretaría de Salud del año de 1999, la tasa de mortalidad neonatal es de 14.5 por 1,000 nacidos vivos, que comparativamente con los países desarrollados, tenemos un impacto por lo menos 10 veces mayor^(7,9).

La fisiopatología de la preeclampsia-eclampsia se puede resumir en tres aspectos fundamentales como son: el aumento en la permeabilidad capilar, incremento en el tono vascular y un evidente compromiso microcirculatorio-hemorreológico, lo que implica que el manejo médico contemple la reexpansión de volumen circulante efectivo mediante cristaloides, y coloides que corrigen la fuga capilar, así como el uso de antiagregantes plaquetarios o agentes hemorreológicos que mejoran la microcirculación y con ello la perfusión multiorgánica⁽¹⁰⁻¹³⁾.

El propósito de este trabajo es describir los resultados preliminares del tratamiento conservador en pacientes con preeclampsia y eclampsia en base a un protocolo preestablecido que contempla los aspectos fisiopatológicos antes señalados⁽¹⁰⁾, y cuyo objetivo es favorecer las condiciones al nacimiento de estos recién nacidos pretérmino.

Material y pacientes

Se incluyeron 34 mujeres con preeclampsia grave y eclampsia, que ingresaron en forma consecutiva a la unidad de cuidados intensivos del Hospital de Ginecología y Obstetricia, del Instituto Materno Infantil del Estado de México, durante un período comprendido de octubre del 2001 a febrero de 2002, que recibieron tratamiento protocolizado (expansión de volumen mediante cristaloides a razón de 125 a 150 ml por hora, coloides, albúmina humana 50 ml cada 8 ó 12 horas, control antihipertensivo mediante infusión de isoxuprina a dosis respuesta, y antihipertensivos orales a dosis convencionales, protección a órgano blanco, con el uso individualizado de esteroides, dipiridamol, heparina a dosis profiláctica, y en algunos casos dopamina a dosis-dopa (1 a 4 microgramos/K/minuto), difenil hidantoína de sodio, sulfato de magnesio, fenobarbital, también a dosis individualizadas, monitoreo electromecánico y vigilancia clínica continua)⁽¹⁰⁾, consideramos como tratamiento conservador al período mayor a 24 horas que se ofreció a estas pacientes con embarazos menores a 36 semanas de gestación, y en las que comprobamos buena respuesta al tratamiento y sin la evidencia de un compromiso materno fetal, descartando, además cualquier otra patología previa o concomitante al embarazo actual.

Resultados

Del grupo estudiado de 34 enfermos, 29 de ellas presentaron preeclampsia grave, que corresponde a 85%, 3 con eclampsia, correspondiente a 3%, 1 presentó inminencia de eclampsia con 3% y 1 con síndrome de HELLP, que corresponde al 3%, como podemos observar en el cuadro I.

Se identificó a 50% como primigestas y en 6% correspondió a un embarazo gemelar (Cuadro II).

Las características de la población, así como las variables hematológicas, bioquímicas y hemodinámicas evaluadas se reseñan en los cuadros III y IV respectivamente.

Cuadro I. Características generales de la población estudiada. N = 34

Preeclampsia	29	85%
Eclampsia	3	9%
Inminencia de eclampsia	1	3%
Síndrome de HELLP	1	3%
Total	34	100%

Cuadro II. Características generales de la población estudiada

Primigesta	17	50%
Gemelar	2	6%
DPPNI	1	3%
IMC		31.4 ± 4.9
Edad		28.2 ± 7.1
Días estancia en UCI		5.5 ± 3.2
Interrupción del embarazo (días)		3.5 ± 2.2
Semanas de gestación		32.8 ± 2.9

PPNI = Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera
 IC = Índice de masa corporal (Índice de Quetelet).

Cuadro III. Variables hematológicas

Frotis positivo	20	59%
Hemoglobina		10.1 ± 1.5
Plaquetas		133.1 ± 54
Dímero D		2,063 ± 1,238.7
DHL		344.2 ± 188.9
ALT (TGO)		47.0 ± 19.3
AST (TGP)		36.7 ± 20.1

Frotis positivo = Esquistocitos o equinocitos y agregación plaquetaria observada a 100 X

DHL = Deshidrogenasa láctica

ALT (TGO) = Aspartato aminotransferasa

AST (TGP) = Alanino aminotransferasa.

Finalmente, se presentan los resultados obtenidos en 36 recién nacidos vivos pretérmino, observándose en el cuadro V.

Los resultados se expresan en media, desviación estándar y porcentajes.

Discusión

- El tratamiento conservador reportado en la literatura médica se refiere exclusivamente a pacientes con preeclampsia grave, en la presente comunicación estamos incluyendo tres casos de eclampsia de tipo convulsivo y un caso

Cuadro IV. Variables hemodinámicas

PAM	112.8 ± 17.7
PCOc	18.6 ± 3.0
IB	0.15 ± 0.4
Dep cr	90.8 ± 69.6

PAM = Presión arterial media

PCO c = Presión coloidosmótica calculada

IB = Índice de Briones

Dep cr = Depuración de creatinina.

Cuadro V. Características de los R/N pretérmino

Peso del RN	36	1,765.5 ± 713.6
UCIN	3	9%
		12%
Fallecimiento	4	980 g HIV
		1,450 g FOM
Inmaduro	2	510 y 600 g
Apgar		7/9

UCIN = Unidad de cuidados intensivos neonatales

Apgar = Calificación pronóstica evaluada al minuto 1 y 5 del nacimiento.

documentado como síndrome de HELLP, sin observar mortalidad materna.

- Los resultados neonatales incluyeron 88% recién nacidos pretérmino, que sobrevivieron y evolucionaron sin complicaciones, cuatro fallecimientos (12%); dos por inmadurez extrema, otro sucumbió por hemorragia intraventricular y uno más por falla orgánica múltiple propiciadas y magnificadas por la misma prematuridad.
- El promedio de tiempo comprendido entre el ingreso al hospital y la interrupción del embarazo (manejo conservador) fue de 3.5 días y la decisión de interrumpir la gestación fue tomada en base al comportamiento de las variables medidas, así como de la respuesta al mismo tratamiento.

El tratamiento conservador en enfermos con preeclampsia y eclampsia es una alternativa factible en hospitales que cuentan con unidades de cuidados intensivos, con objeto de mejorar el pronóstico y la supervivencia de los recién nacidos pretérmino.

Referencias

- Odendall HJ, Pattinson C, et al. Aggressive or expectant management for patients with severe preeclampsia between 28-34 weeks of gestation: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 1990;76:1070-1074.
- Sibai BM, Brian NM, et al. Aggressive versus expectant management of severe preeclampsia at 28 to 32 weeks of gestation. A randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol* 1994;171:818-822.

3. Romero AJF, Lara GAL, Izquierdo PC. Manejo conservador en preeclampsia severa. *Ginec Obst Mex* 2000;68:51-54.
4. Schiff E, Sibai BM. Conservative management of severe preeclampsia remote from term. *Obstet Gynecol* 1994;84:626-630.
5. Sibai BM, Sherif A, et al. A protocol for managing severe preeclampsia in the second trimester. *Am J Obstet Gynecol* 1990;163:733-738.
6. Sibai BM, Abdella TN, Spinato JA, Anderson GD. Eclampsia. The incidence of nonpreventable eclampsia. *Am J Obstet Gynecol* 1986;145(3):581-586.
7. López Llera MM, Díaz de León PM, Rodríguez AJ, Ayala RA. Preeclampsia- eclampsia un problema médico diferido. *Gac Med Mex* 1999;135(4):397-405.
8. Velazco MN, Navarrete HE, Cardona PJA, Madrazo NM. Mortalidad materna por preeclampsia-eclampsia en el Instituto Mexicano del Seguro Social 1987-1996. *Rev Med IMSS* 1997;35(6):451-456.
9. Briones GJC, Espinosa LF. ¿La terapia intensiva especializada abatará la mortalidad materna? *Rev Med IMSS* 1999;37(4):253-255.
10. Briones GJC, Díaz de León PM, Gómez Bravo TE, Ávila EF, Briones VCG, Urrutia TF. Protocolo de manejo en la preeclampsia eclampsia. Estudio comparativo. *Cir Ciruj* 1999;67:4-10.
11. Gómez Bravo TE, Briones GJC, Díaz de León PM, Ávila EF, Briones VCG. Frotis de sangre periférica y alteración orgánica en la preeclampsia eclampsia. *Cir Ciruj* 2000;68:159-163.
12. Briones GJC, Díaz de León PM, Gómez Bravo TE, Ávila EF, Ochoa REC, Briones VCG, Urrutia TF. Medición de la fuga capilar en la preeclampsia eclampsia. *Cir Ciruj* 2000;68:194-197.
13. Gómez Bravo TE, Briones GJC, Castañón GJA, Díaz de León PM, Morales EJG, Briones VCG. Medicina crítica en obstetricia. Impacto de un programa educativo. *Rev Asoc Mex Med Crit Ter Int* 2001;15(4):126-129.

