

11217
115
2EJ.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"
I.S.S.S.T.E.

INCIDENCIA DE PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA
Y SINDROME DE HELLP EN EL HOSPITAL
REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"
ESTUDIO PREELIMINAR



TESIS DE POSTGRADO:
Que para obtener el título en:

LA ESPECIALIDAD DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

Dr. David Monterrosas Luyando



ISSSTE

MEXICO, D.F.

1994

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HOSPITAL REGIONAL " GRAL. IGNACIO ZARAGOZA "

I.S.S.S.T.E.

INCIDENCIA DE PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA Y SINDROME
DE HELLP EN EL HOSPITAL REGIONAL " GRAL. IGNACIO ZARAGOZA "

ESTUDIO PRELIMINAR

TESIS DE POSTGRADO:

Que para obtener el título en:

LA ESPECIALIDAD DE

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Dr. David Monterrosas Luyando

MEXICO, D.F.

1994

*****AUTORIZACIONES*****

DR. RICARDO VAN PRATT MARQUEZ
COORDINADOR DEL SERVICIO
DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO

DR. RAMON CARPIO SOLIS
COORDINADOR DE ENSEÑANZA
DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA
Y OBSTETRICIA
COORDINADOR DE TESIS
PROFESOR ADJUNTO

DR. MIGUEL ANGEL QUISBERTH CORDERO
MEDICO ADSCRITO DEL H.R.G.I.Z.
ASESOR DE TESIS

DR. JORGE NEGRETE CORONA
COORDINADOR DE CAPACITACION Y DESARROLLO
DEL H.R.G.I.Z.

I. S. S. S. T. E.
HOSPITAL GRAL. IGNACIO ZARAGOZA
SUBDIRECCION MEDICA
★ DIC. 7 1993 ★
JEFATURA DE ENSEÑANZA

DR. JUAN MANUEL BARRERA RAMIREZ
JEFE DE INVESTIGACION DEL HOSPITAL
"GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

*****D.E.D.I.C.A.T.O.R.I.A.S.*****

A MIS PADRES: DAVID Y CARMEN
POR SER PILARES INDISCUTIBLES EN
MI VIDA Y ESTAR CONMIGO EN TODO
MOMENTO.

A MI MADRE:
GRACIAS POR TU APOYO EN
ESOS MOMENTOS TAN DIFICILES.

A MI PADRE:
MI MEJOR Y MAS GRANDE AMIGO
MIL GRACIAS.

A MIS HERMANOS: ALE Y JOSE
LUIS: POR SU APOYO Y CARIÑO
SINCEROS.

A MIS AMORES: GELY, DAVID Y ALEG:
COMO UNA MUESTRA DE AMOR Y CARIÑO.
LES DEDICO ESTE TRABAJO.

A ALEG:
POR SIGNIFICAR EL MOMENTO
MAS BELLO EN MI VIDA.

A MIS COMPAÑEROS Y AMIGOS:
POR LOS MOMENTOS COMPARTIDOS
EN ESTA PROFESION.

A LA DRA. ROCIO HERNANDEZ:
POR SU AMISTAD, LEALTAD Y VALIOSA
COLABORACION EN ESTE TRABAJO: GRACIAS

I.S.S.S.T.E.

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

INCIDENCIA DE PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA Y SINDROME DE HELLP

EN EL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

- I N D I C E -

INTRODUCCION.....	1
GENERALIDADES.....	2
CLASIFICACION.....	4
FISIOPATOLOGIA.....	6
DIAGNOSTICO.....	8
TRATAMIENTO.....	9
JUSTIFICACION.....	11
HIPOTESIS.....	11
OBJETIVOS.....	12
MATERIAL Y METODOS.....	13
RESULTADOS.....	15
ANALISIS.....	33
CONCLUSIONES.....	34
BIBLIOGRAFIA.....	36

INTRODUCCION

En México como en todo el mundo el complejo Preeclampsia-Eclampsia continúa siendo la principal causa de muerte materna, contribuyendo a la morbimortalidad perinatal que no ha dejado de ser tanto o cuanto más importante que las repercusiones causadas en la madre. (1)

Comunmente se define a la Hipertensión según la O.M.S. como una presión arterial periférica de 140/90 mmHg o mayor; no obstante ninguna definición puede abarcar las distintas variaciones epidemiológicas en las diversas poblaciones humanas. (2,3).

Este hecho y los diferentes criterios empleados para el Diagnóstico hacen que la incidencia de la Preeclampsia-Eclampsia varíe extensamente. (4).

En los E.U.A. la incidencia varía entre 6-7%. En México López-Llera reporta 8% de todos los embarazos; el Centro Médico la Raza reporta 19% como causa de prematuréz y 25-30% como causa de muerte fetal. (5).

El complejo Preeclampsia-Eclampsia-Síndrome de Hells es un verdadero problema de salud debido a que:

- 1.- es una de las principales causas de mortalidad perinatal.
- 2.- es la segunda causa de muerte materna, sólo precedida por la hemorragia del tercer trimestre.
- 3.- condiciona retraso en el crecimiento intrauterino (RCIU).
- 4.- favorece el desarrollo de secuelas neurológicas en los neonatos sobrevivientes.
- 5.- es la principal causa de ingresos a la U.C.I.N. de los hospitales de Ginecología y Obstetricia; repercutiendo en la esfera social y familiar de nuestro país. (6).

GENERALIDADES

En forma indistinta se ha denominado como Preeclampsia, Enfermedad Hipertensiva del embarazo (EHE), Gestosis Gravídica, Edema, Proteinuria, Hipertensión (EPH), Toxemia, Hipertensión Inducida por el embarazo (HIE), o Enfermedad de las Mil teorías; etc, para describir una entidad patológica que se presenta en un gran número de pacientes embarazadas, las cuales pueden presentar sólo mínimas elevaciones en su presión arterial media o presentar una hipertensión severa con disfunción orgánica múltiple; mismas que en casos más graves --- pueden llegar a presentar incluso crisis convulsivas tónico-clónicas generalizadas o estado de Coma denominándose Eclampsia y que puede causar alteraciones bioquímicas demostradas por estudios paraclínicos como: hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y plaquetopenia- adquiriendo el nombre de Síndrome de Hellp. (7,8,9,10).

Por lo tanto el complejo Preeclampsia-Eclampsia-Síndrome de --- Hellp es una entidad propia de pacientes obstétricas que se presenta generalmente después de las 20 semanas de gestación o hasta las primeras 3 semanas del puerperio. (11,12,13).

La comisión Norteamericana de Ginecología y Obstetricia recomendó tomar como límite superior de tensión arterial los valores de -- 130/80 en cualquier época del embarazo, considerando anormal todo aumento de 30 mmHg en la tensión arterial sistólica ó 15 mmHg en la -- tensión arterial diastólica. (14).

Así también la P.A.M. igual o mayor a 90mmHg debe considerarse para el diagnóstico. (15).

La orina debe contener más de 300 mg de proteínas/lto en una colección de 24 hrs. o 1 gramo por litro en 2 muestras al azar con 6 hrs. de diferencia.

La proteinuria aparece después de la hipertensión o el edema y es de mal pronóstico cuando se sobrepone a los 2 rangos. (16,17,18).

El desarrollo de edema representa la disrupción del trabajo de las fuerzas de Starling. Para mantener secos los tejidos a través de las membranas capilares semipermeables. El edema se desarrolla ya sea por la disminución de las proteínas séricas durante el embarazo o por el aumento de la presión arterial sistémica. (19).

El aumento de la presión en el intersticio, asociado con una disminución oncótica del plasma sugieren pérdidas de proteínas plasmáticas al intersticio y ruptura de membranas capilares. La incidencia de la Eclampsia es más común en pacientes primigestas añosas, -- primigestas y grandes multiparas, influyendo factores raciales, geográficos, socioeconómicos, étnicos, etc. (20,21).

Es necesario entender que la enfermedad tiene un periodo prodrómico en donde se puede influir favorablemente en ella y un periodo patogénico en donde abisa el horizonte clínico de ahí el peligro y la necesidad de prevenir y estar prevenido ante esta patología. (22,23).

CLASIFICACION

En 1971 Chesley con el concepto de hipertensión inducida por el embarazo (HIE) emitió una clasificación que posteriormente modificó Gant en 1980. (24).

- 1.- Hipertensión inducida por el embarazado.
 - a) preeclampsia leve o severa.
 - b) eclampsia.
- 2.- Hipertensión crónica que precede al embarazo.
- 3.- Hipertensión crónica que se asocia al embarazo.
- 4.- Hipertensión tardía o transitoria.

CLASIFICACION POR SEVERIDAD

<u>TIPOS</u>	<u>TENSION ARTERIAL</u>	<u>PROTEINAS</u>	<u>EDEMA</u>
Leve	120-140/90	1.5 g/l	+
Moderada	140-160/90-110	1.5-3 g/l	++
Severa	160/110	+ 3 g/l	+++

INDICADORES DE LA GRAVEDAD DE LA HIPERTENSION GRAVIDICA

<u>ANORMALIDAD</u>	<u>LEVE</u>	<u>INTENSA</u>
presión diastólica	menor de 100 mmHg	110mmHg o más
proteinuria	huellas a 1 +	2 + persistente o más
cefalea	ausente	presente
alt. visuales	ausente	presente
dolor abdomen sup.	ausente	presente
oliguria	ausente	presente
convulsiones	ausente	Eclampsia
creatinina sérica	normal	incremento
trombocitopenia	ausente	presente
aumento de enz. hepáticas	mínima	notable
RCIU	ausente	obvia
edema pulmonar	ausente	presente

Es importante tomar en cuenta lo que respecta a las ---- determinaciones de la tensión arterial materna que ésta puede ser alterada por múltiples factores como:

- Personal que toma la tensión arterial, esfigmomanómetro utilizado, tamaño del manguito, posición del brazo utilizado para medir la tensión arterial diastólica, además de los factores que pueden alterar la presión arterial como estado de ansiedad, dolor, ejercicio, tabaquismo, etc.

Por lo tanto se recomienda para una correcta evaluación:

- Evitar el uso de equipo deteriorado.
- Utilizar el esfigmomanómetro calibrado en 0.
- Usar un manguito de tamaño adecuado.
- Medir la tensión arterial de un periodo de descanso mínimo de 10 minutos y nunca después de fumar.
- Tomar la TA en el brazo a nivel del área cardiaca y con la paciente sentada.

Todo esto conllevará a una mejor determinación de la tensión arterial y aun diagnóstico acertado.

FISIOPATOLOGIA

CAMBIOS HEMODINAMICOS:

La caída normal de la presión está asociada a una disminución de las resistencias periféricas, particularmente debido al volumen-plasmático y la tasa del gasto cardiaco. La expansión del volumen - plasmático se piensa compensará la desviación del volumen de sangre efectivo a través del circuito de baja resistencia útero-placenta - mientras el aumento de los glóbulos rojos es consecuencia del efecto eritropoyético de la somatotrofina coriónica, progesterona y quizás la prolactina.

El resultado final es la formación de un mecanismo de retroalimentación feto-materna a través de la glándula adrenal fetal con la consiguiente adaptación cardiovascular al embarazo que asegura un - retardo en el crecimiento y desarrollo fetal posterior.

El mecanismo de retención de sodio está alterado durante el embarazo, lo que refleja la interacción de muchas fuerzas algunas de las cuáles aumentan la pérdida del sodio:

- Aumento de la filtración glomerular.
- Disminución de la resistencia vascular renal.
- La acción natriurética de la progesterona.
- La secreción fetal del líquido amniótico.
- Una disminución del volumen de sangre efectiva debida a un incremento de la distensibilidad venosa; ésta puede estar - relacionada con un aumento de la PGE y prostaciclina.

SISTEMA RENINA ANGIOTENSINA ALDOSTERONA:

Los niveles plasmáticos de renina, ambos, activa e inactiva y su substrato están aumentadas en el embarazo normal.

HIPOPERFUSION PLACENTARIA:

La hipoperfusión útero -placentaria parece ser un evento importante para el desarrollo de la Enfermedad Hipertensiva del embarazo, probablemente por el vasospasmo arterial renal y a nivel de arteriolas espirales retroplacentarias.

DESEQUILIBRIO DE PROSTAGLANDINAS:

La Preeclampsia se caracteriza por una elevada vasoconstricción frecuentemente asociada con un aumento en la agregación plaquetaria junto con la disminución del flujo útero-placentaria. La prostaciclina es un potente vasodilatador e inhibidor de la agregación plaquetaria, por lo tanto antagoniza la acción del tromboxano A_2 . En consecuencia, se ha inferido que en la Preeclampsia, -- una deficiencia de PGI_2 pudiera ser la causa de la hipertensión arterial.

SINDROME DE HELLP:

En 1982 Wenstein observó una triada caracterizada por Preeclampsia severa, enzimas hepáticas elevadas, hemólisis y plaquetopenia. este síndrome no debe ser considerado como una entidad por separada, sino como una triada con signos de alarma que anuncian la severidad del transtorno.

REPERCUSIONES FETALES:

La hipoperfusión placentaria es un rasgo característico de la Preeclampsia.

Las principales complicaciones perinatales son:

- Asfixia
- Prematurez
- Retardo en el crecimiento intrauterino

DIAGNOSTICO

La ganancia de peso es el primer indicador a tomarse en cuenta. A partir de la semana 20 del embarazo la elevación de las cifras tensionales es otro indicador a seguir. Un aumento en la presión sanguínea sistólica de 30 mmHg ó más y mayor de 15 mmHg en la presión diastólica ha sido utilizada como diagnóstico de Preeclampsia. Otra de las pruebas utilizadas como predictor de Preeclampsia ha sido la prueba de Gant o Roll Over Test, sin que ésta tenga una alta especificidad.

PREECLAMPSIA LEVE:-

Se considera aquella con cifras tensionales de 140/90 o P.A.M. menor de 106 mmHg, éstas cifras cuando menos 2 veces consecutivas con un intervalo de 6 hrs, proteinuria en orina de 300 mg a 1.5 g por litro en 24 horas; edema distal de miembros o muñecas de + a ++ e incremento ponderal de 400-450 g por semana.

PREECLAMPSIA MODERADA:-

Caracterizada por presión arterial diastólica de 90-110 mmHg y sistólica de 140-160 mmHg, P.A.M. mayor de 106 y menor de 126 mmHg proteinuria de 1.5 a 3 g/lto en 24 horas; edema ++ a +++.

Incremento ponderal 500-600 g por semana y en fondo de ojo; flexuosidades arteriales o arteriovenosas en la periferia o vasoespasmo con pérdida de relación arteria-vena 1-3, 1-4.

PREECLAMPSIA SEVERA:-

Representada por tensión arterial sistólica mayor de 160 mmHg y diastólica mayor de 110 mmHg con P.A.M. mayor de 126 mmHg, proteinuria superior a 3 g/lto/día, edema de + a +++++, incremento ponderal mayor a 600 g/semana, fondo de ojo con pérdida de la relación A/V 1-4, flexuosidades arteriales importantes entrecruces arterio-venosas centrales y periféricos, pre

sencia de exudado o hemorragias, edema papilar y fosfenos o ---
visión borrosa.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la Enfermedad Hipertensiva del embarazo dependerá del grado de severidad, tipo de transtorno hipertensivo y la presencia o no de complicaciones.

SEDANTES:

La administración de éstos tiene por objeto no aumentar la irritabilidad del S.N.C. y propiciar un estado convulsivo protegiendo la membrana de la célula nerviosa, estabilizando el potencial de la misma y disminuyendo el consumo de O₂ por el cerebro.

Se han utilizado:

- Fenobarbital: 100 mg IM cada 8 horas a 12 horas con carga inicial de 300 mg I.V.
- Cloropromacina: 12.5 mg IM o IV o VO cada 6 a 8 horas.
- Difenhidantoina: 3 a 4 mg mg/kg= 100 mg 2 veces al día.

ANTIHIPERSENSITIVOS:

Su empleo tiene como finalidad, disminuir la resistencia periférica a niveles moderados para disminuir la posibilidad de un accidente vascular cerebral, sin peligro de disminuir la -- perfusión placentaria.

Se han utilizado:

- Hidralazina: 10-50 mg cada 6 u 8 hrs. IV o VO.
- Diazóxido: bolo de 300 mg o en infusión lenta de 1 a 2 min.
- Alfametildopa: 1 a 2 g en dosis divididas cada 8 hrs.
- Propranolol: 40 mg 2 veces por día.
- Sulfato de Magnesio: se recomienda cuando existen datos de irritabilidad del sistema nervioso con el objeto de prevenir la aparición de convulsiones o disminuir la -- frecuencia de las mismas.

El protocolo de manejo del Parckland Memorial Hospital, --- es: inyección I.V. de 20 cc al 20% durante no menos de 3 minutos seguidos de 20 cc de solución al 50% I.M. en cada glúteo; posteriormente 5 g I.M. cada 4 hrs., evaluando reflejos rotulianos, - diuresis de 40 cc por hora y que la respiración no se encuentre deprimida. El protocolo de manejo del Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza" consiste en agregar 4 ampulas de sulfato de -- magnesio a 500 cc de solución glucosa o al 5% para pasar en 30-- minutos y posteriormente aplicar 10 ampulas de sulfato de magnesio a una solución glucosada al 5% 1000 ml para pasar a 1 g por hora-- ó 100 cc por hora.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

DEFINICION DEL PROBLEMA:

La principal causa de muerte materna continúa siendo el --- complejo Preeclampsia-Eclampsia-Síndrome de Hellp, contribuyendo a la mortalidad perinatal, afectando a la mujer en edad reproductiva.

En el Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza" ocupó -- la primera causa de morbimortalidad en el año de 1990 por lo -- cuál con éste estudio trataremos de observar la frecuencia y repercusión que ésta entidad tiene en el desarrollo de las pacientes adscritas al Hospital Zaragoza por medio de la exploración - clínica así como en los productos, valorando somatometría, peso, Apgar, semanas de gestación y vía de resolución del embarazo.

JUSTIFICACION:

Dada la magnitud y transcendencia de la enfermedad hipertensiva del embarazo en un país en desarrollo como el nuestro, cuya población habitante proviene de un medio socio-económico, educativo y cultural bajo; así como de carencia de servicios básicos-- alimentación inadecuada al igual que inasistencia médica.

Es lógico pensar, que estos agravantes contribuirán a una - mayor predisposición para la población que habita en dichos lugares.

HIPOTESIS:

HO: La incidencia de enfermedad hipertensiva del embarazo -- en mujeres de edad reproductiva es baja y no tiene relación con - la desnutrición de la mujer embarazada por lo que el control, manejo médico y vía de resolución no son de utilidad.

HI: La incidencia de la enfermedad hipertensiva del embarazo en mujeres en edad reproductiva es alta y tiene estrecha relación con la desnutrición de la mujer embarazada por lo que el control manejo y vía de resolución son de gran utilidad.

CRITERIOS DE INCLUSION:

- Mujer en edad reproductiva con embarazo mayor de 20 semanas con P.A.M. mayor a 106 mmHg, proteinuria mayor de -- 300 mg con o sin edema adscrito a la unidad Tocoquirúrgica del H.R.G.I.Z., con datos clínicos y paraclínicos de Preeclampsia-Eclampsia o Síndrome de Hellp.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Pacientes que se encuentre fuera de edad reproductiva.
- Pacientes no adscritas a la unidad de Tocoquirúrgica del H.R.G.I.Z.
 - Pacientes con TAM menor de 106 mmHg, proteinuria menor de 300 mg con o sin edema y sin datos clínicos o paraclínicos de Eclampsia Preeclampsia o Síndrome de Hellp.

CRITERIOS DE ELIMINACION:

- Pacientes que abandonan el estudio o tratamiento médico.
- Pacientes con enfermedad hipertensiva sistemática crónica-más embarazo.

OBJETIVOS

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1.1.: - Determinar cuál es la frecuencia aproximada de la enfermedad hipertensiva del embarazo en mujeres en edad reproductiva adscritas al servicio de Toco en el H.R.G.I.Z.

OBJETIVO GENERAL:

Determinar cuáles son los grupos de edad reproductiva en las que se presenta más frecuentemente la enfermedad hipertensiva del embarazo, estableciendo; paridad, vía de resolución del embarazo, frecuencia de morbimortalidad materna-fetal.

- 1.2 Efectuar un estudio comparativo de la repercusión de los diferentes tipos de Preeclampsia tomando como base el Apgar y el peso de los productos al nacimiento.
- 1.3 Reafirmar la importancia de la enfermedad hipertensiva del embarazo como causantes de morbimortalidad materno-fetal.

MATERIAL Y METODOS:

Se tomaron para este estudio a pacientes derecho-habientes durante el periodo Enero-Julio 1992, siendo un total de 3200 que se presentaron en la unidad Tocoquirúrgica y se clasificaron de acuerdo a los criterios de inclusión como Preeclampticas Eclampticas o síndrome de Hellp.

Encontrando 99 casos de pacientes Preeclampticas 3 casos de Eclampticas y 1 caso de Eclampsia Síndrome de Hellp.

Se llenaron en un formato especial para cada una de las pacientes anotando sus datos particulares, exploración física, estudios de laboratorio efectuados y fecha de realización de exámen.

- Edad materna.
- Edad gestacional de la paciente (de la semana 20 en adelante).
- Número de gestaciones.
- Tensión arterial media.
- Cuantificación de proteinuria.
- Peso, sexo, semanas de gestación y Apgar del producto.
- Vía de interrupción del embarazo.

" HISTORIA CLINICA OBSTETRICA "

HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" ISSSTE

FICHA DE IDENTIFICACION:

No. de caso _____

Nombre:.-
Edo. Civil:-

Cédula:.-
Escolaridad:-

Edad:- Sexo:-
Nivel socioeconómico:

DATOS GENERALES:-

1.- casa habitación:

a)propia b)alquilada c)de ladrillo
d)adobe e)otros

2.- Alimentación Gineco-Obstetricos:

a)carne b)leche c)huevo
d)cereales e)otros

3.- Antecedentes Gineco-Obstetricos:

Menarca _____ Ciclo menstrual _____ IVSA _____ Gesta _____
Para _____ Cesárea _____ Abortos _____ Productos _____
Apgar _____ FUM _____ DOC _____ PF _____
CP _____ PIE _____ FPP _____

Patologías obstetricas previas _____

Antecedente de otras enfermedades _____

Antecedente de cuadros de toxemia _____

Embarazo único o múltiple _____

CUADRO CLINICO Y EXPLORACION FISICA:-

TA _____ PAM _____ Peso _____ Talla _____ Temp _____

Cefalea _____ Palidez de tegumentos y mucosas _____

Incremento ponderal _____ Hepatomegalias _____

Dolor en epigastrio _____ Miembros interiores _____

Edema _____ ROTS _____

Problemas dermatológicos _____

DATOS DE LABORATORIO:-

BH _____ TP _____ TPT _____ Gpo sang _____ Rh _____

PFH _____ Plaquetas _____ Glicemia _____ Urea _____

Creatinina _____ Fibrinógeno _____

HALLAZGOS:-

Resolución del embarazo: Parto _____ Cesárea _____ Apgar _____

Sexo del o los productos _____ Peso _____

COMENTARIOS: _____

RESULTADOS

Del estudio realizado en la Unidad Tocoquirúrgica del -- H.R.G.I.Z., México, D.F. en el periodo comprendido del 1o. de Enero a 30 de Julio de 1992, encontramos que de un total de 3200 pacientes derecho-habientes que se presentaron en dicha unidad -- 102 pacientes fueron etiquetadas con el diagnóstico de Preeclampsia-Eclampsia ó Síndrome de Hellp 3.18%; de éstos encontramos -- que se presentaron 41 casos de Preeclampsia leve que constituye el 1.27% 19 casos de Preeclampsia Moderada que representaron el 0.59% 39 casos de P. Severa significando 1.21% 3 casos de Eclampsia siendo el 0.09% un caso de Síndrome de Hellp equivalente al 0.03% (cuadro 1).

De acuerdo a la distribución de pacientes estudiadas según la edad de la madre encontramos que de la edad de los 15 a 19 -- años se ubicaron 6 casos (5.88%), de 20 a 24 años (15.68), 25 a -- 29 años 30 casos (29.41%), 30-34 años 31 casos (30.39%), 35-39 -- años 13 casos (12.74%), 40-44 años 6 casos (5.88%). (cuadro 2).

Se observó en una gráfica comparativa que la incidencia de Preeclampsia-Eclampsia y Síndrome de Hellp entre los años 90 y -- 92 que éstas patologías tienen sus picos máximos entre los 24 y -- 32 años de edad (figura 2, grafica 2).

Los siguientes párrafos se refieren a los 102 casos patoló -- gicos encontrados en el estudio de las 3200 pacientes totales -- observadas.

De acuerdo con el antecedente gestacional de las pacientes se observó que en las primigestas se presentaron 48 casos equivalentes al 1.49%; las secundigestas presentaron 20 casos significando el --- 0.62%; las trigestas 16 casos (0.49%); en cuadrigestas o grandes -- multiparas 18 casos 0.56%; en el estudio comparativo entre los años 90-92 se confirma que las pacientes primigestas presentan con mayor frecuencia ésta entidad patológica (cuadro 3, fig. 3, gráfica 3).

Con relación al número de gestas y la presencia de cuadro de - Preeclampsia-Eclampsia se encontró que las primigestas presentaron - 22 casos de Preeclampsia leve (PL), 10 de Preeclampsia moderada (PM) y 13 de Preeclampsia severa (PS), con sólo 3 casos de Eclampsia; las secundigestas presentaron 8 casos de P. (PL) leve, 3 de moderada y 9 de P. severa; las trigestas con 5 casos de P. leve, 1 de moderada y 10 de p. severa, observandose en las cuadrigestas y grandes multigestas 6 casos de P. leve, 5 de P. moderada y 7 de P. severa; todo esto reportando un total de 41 casos de Preeclampsia leve, 19 de P. moderada y 39 de P. severa y 3 de Eclampsia, mostrando una alta incidencia en pacientes primigestas (cuadro 4).

De acuerdo con la vía de terminación del embarazo se observó - de un total de 102 casos 19 fueron resueltos por vía vaginal representando el 18.62% efectuándose en 3 casos aplicación de forceps. Se realizaron 83 cesáreas significando el 81.37%. (cuadro 5).

En referencia a la presentación de los cuadros hipertensivos - del embarazo de acuerdo a la edad gestacional se encontraron los siguientes resultados: 26 semanas o menor 2 casos (1.96%), 27 a 28 - sem. 1 caso (0.98%), 29-30 sem. 2 casos (1.96%), 31-32 sem. 4 casos (3.92%), 33-34 sem. 7 casos (6.86%), 35-36 sem 19 casos (18.62%), - 37-38 sem 24 casos (23.52%), 39-49 sem 30 casos (29.41), 41-42 sem - 13 casos (12.74%); el 34.31% de los embarazos fueron pretérmino. (cuadro 6).

En relación a la patología hipertensiva del embarazo y el peso de los productos en el momento del nacimiento se obtuvieron los siguientes resultados:

3 casos de productos con 900 g (2.94%), 3 casos de 1000-- a 1499 g (2.94%), 18 casos de 1500 a 1999 g (17.64%), 14 casos-- de 2000 a 2499 g (13.72%), 8 casos de 2500 a 2999 g (7.84%), 24 casos de 3000 a 3499 g (28.43%), 20 casos de 3500 a 3999 g ---- (19.60%), 6 casos entre 4000 y 4499 g (5.88%), 1 caso entre --- 4500 y 4999 g (0.98%). (cuadro 7).

En lo referente a la calificación de Apgar al minuto y a los 5 minutos se observaron los siguientes resultados: calificación de 0 a 3 - 13 casos al minuto (12.74%), 6 casos a los 5 minutos (5.88%), con calificación de 4 a 6; 9 casos al minuto --- (8.82%), 11 casos a los 5 minutos (10.78%), calificación de 7 a 10; 80 casos (78.43%), y 85 casos a los 5 minutos (83.33%). (cuadro 8).

En cuanto a la obtención de los productos se observó que - 50 casos correspondieron al sexo masculino representando el sexo masculino representando el 49.01%, y 52 productos femeninos -- significando el 50.98%. (cuadro 9).

En cuanto a la incidencia de muertes maternas y fetales se observó 1 caso de muerte materna en un total de 102 pacientes - significando el 0.98%, 7 muertes fetales en 102 casos representando el 6.86%. En cuanto al sexo de los productos se observaron 3 muertes fetales productos masculinos siendo éstos el 2.94% y 4 muertes fetales en productos femeninos representando un total de 3.92%. (cuadro 10).

En relación a las pacientes enviadas a la UCI de un total de 102 pacientes sólo se enviaron 14, porcentualizando el 13.72% ocurriendo una muerte materna siendo el 0.98%. (cuadro 11).

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO

CUADRO 1.- CLASIFICACION DE LA E.H.E.:

TIPOS	No. DE CASOS	%
LEVE	41	1.27
MODERADA	19	0.59
SEVERA	39	1.21
ECLAMPسيا	* 3	0.09
Sx HELLP	1	0.03

DE ENERO DEL 92 A JULIO DEL 92

PORCENTAJE DE LA PREECLAMPسيا DE ACUERDO A SU CLASIFICACION SIENDO MAS FRECUENTE LA LEVE CON Poca DIFERENCIA CON LA SEVERA. (GRUPO PATOLOGICO EN ESTUDIO 102 PACIENTES).

* UNA DE LAS 3 PACIENTES CON ECLAMPسيا PRESENTO SINDROME DE HELLP.

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO

CUADRO 2.- DISTRIBUCION DE PACIENTES ESTUDIADOS SEGUN LA EDAD DE LA MADRE: E.H.E.

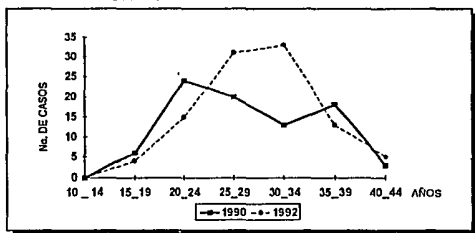
EDAD	No. DE CASOS	%
15-19 AÑOS	6	5.88
20-24 AÑOS	16	15.68
25-29 AÑOS	30	29.41
30-34 AÑOS	31	30.39
35-39 AÑOS	13	12.74
40-44 AÑOS	6	5.88

SE OBSERVA QUE ESTE ESTUDIO LA EDAD MAS FRECUENTE DE APARICION ES ENTRE LOS 25 Y 34 AÑOS.
(GRUPO PATOLOGICO 102 PACIENTES)

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO

FIGURA 2.- INCIDENCIA DE PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA POR EDADES



COMPARATIVO CON EL 90. AMBOS MUESTRAN EN DESCENSO A MAYOR EDAD, Y EL PICO MAXIMO ES DE LOS 24 AÑOS Y 32 PARA 90 Y 92 RESPECTIVAMENTE.

TOTAL DE PACIENTES EN ESTUDIO

1990 5113
1992 3200

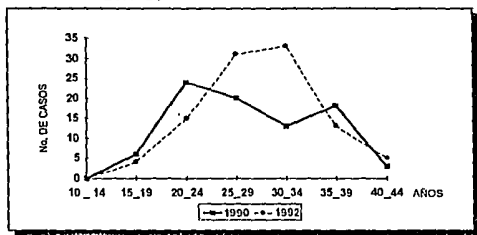
GRUPO PATOLOGICO ENCONTRADO

1990 (168) PACIENTES
1992 (102) PACIENTES

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO

GRAFICA 2.- INCIDENCIA DE PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA POR EDADES



COMPARATIVO CON EL 90; AMBOS MUESTRAN EN DESCENSO A MAYOR EDAD, Y EL PICO MAXIMO ES DE LOS 24 AÑOS Y 32 PARA 90 Y 92 RESPECTIVAMENTE.

TOTAL DE PACIENTES EN ESTUDIO

1990 5113

1992 3200

GRUPO PATOLOGICO ENCONTRADO

1990 (168) PACIENTES

1990 (102) PACIENTES

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO

CUADRO 3.- ANTECEDENTES DE GESTAS:

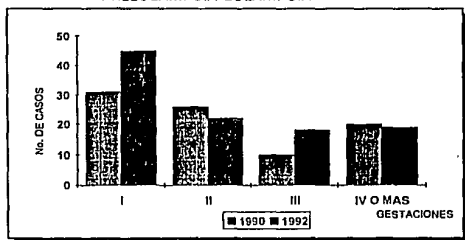
No. GESTAS	No. DE CASOS	%
I	48	1.49
II	20	0.62
III	16	0.49
IV O MAS	18	0.56
TOTAL	102	3.18

SE CONFIRMA QUE ESTE PADECIMIENTO ES MAS FRECUENTE EN PRIMIGESTAS
(GRUPO PATOLOGICO EN ESTUDIO 102 PACIENTES).

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO

FIGURA 3.- COMPARACION DE No. DE GESTAS Y PREECLAMPسيا-ECLAMPسيا



COMPARATIVAMENTE EN LOS DOS GRUPOS ESTUDIADOS, LAS PRIMIGESTAS SON LAS MAS AFECTADAS

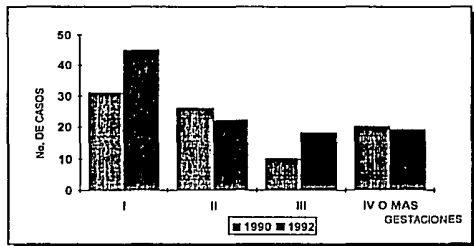
TOTAL DE PACIENTES ESTUDIADAS

1990	5113 PRIMIGESTAS TOTALES	2045
1992	3200 PRIMIGESTAS TOTALES	1280

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO

GRAFICA 3.- COMPARACION DEL No. DE GESTAS Y PREE-CLAMPSIA-ECLAMPSIA



COMPARATIVAMENTE EN LOS DOS GRUPOS ESTUDIADOS, LAS PRIMIGESTAS SON LAS MAS AFECTADAS.

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO

CUADRO 4.- RELACION ENTRE EL No. DE GESTAS Y PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA

No. DE GESTAS	LEVE %	MOD.%	SEV.%	ECLAMPSIA %
I	22 0.68%	10 0.31%	13* 0.40%	3* 0.09%
II	8 0.24%	3 0.09%	9 0.28%	
III	5 0.15%	1 0.03%	10 0.31%	
IV O MAS	5 0.18%	5 0.15%	7 0.21%	
TOTAL	41	19	39	3

* MUESTRA LA ALTA INCIDENCIA EN PRIMIGESTAS.
GRUPO PATOLOGICO EN ESTUDIO 102 PACIENTES.

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO

CUADRO 5.- VIA DE TERMINACION DEL EMBARAZO

VIA	No. DE CASOS	%
* PARTOS	19	18.62
CESAREAS	83	81.37
TOTAL	102	100 %

* 3 FORCEPS
GRUPO PATOLOGICO EN ESTUDIO 102 PACIENTES.

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO

CUADRO 6.- PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA (EDAD GESTACIONAL)

EDAD GESTACIONAL	No. DE CASOS	%
26 SEM O MENOR	2	1.96
27-28 SEM.	1	0.98
29-30 SEM.	2	1.96
31-32 SEM.	4	3.92
33-34 SEM.	7	6.06
35-36 SEM.	19	18.62
37-38 SEM.	24	23.52
39-40 SEM.	30	29.41
41-42 SEM.	13	12.74
		100 %

NOTA: EL 34.31% DE LOS EMBARAZOS FUERON PRETERMINOS.
GRUPO PATOLOGICO EN ESTUDIO 102 PACIENTES.

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO

CUADRO 7.- PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA'

PESO AL NACER	No. DE CASOS	%
900 gr.	3	2.94
1,000 - 1,499 gr.	3	2.94
1,500 - 1,999 gr.	18	17.64
2,000 - 2,499 gr.	14	13.72
2,500 - 2,999 gr.	8	7.84
3,000 - 3,499 gr.	24	28.43
3,500 - 3,999 gr.	20	19.60
4,000 - 4,499 gr.	6	5.88
4,500 - 4,999 gr. o más	1	0.98
TOTAL	102	100%

GRUPO PATOLOGICO EN ESTUDIO 102 PACIENTES.

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO

CUADRO 8.- PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA Y VALORACION DE APGAR

CALIFICACION DE APGAR	1'	%	5'	%
0-3	13	12.74	6	5.88
4-6	9	8.82	11	10.78
7-10	80	78.43	85	83.33
total	102	100.00	102	100.00

DEL GRUPO PATOLOGICO EN ESTUDIO 102 PACIENTES.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO

CUADRO 9- PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA Y SEXO DE LOS PRODUCTOS

SEXO	No. DE CASOS	%
MASCULINOS	50	49.01
FEMENINOS	52	50.98
TOTAL	102	100%

DEL GRUPO PATOLOGICO EN ESTUDIO 102 PACIENTES.

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO

CUADRO 10.- PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA MUERTES MATE-
NAS Y PERINATALES:

	No.	No. PAC.	%
MUERTES MATE- NAS	1	102	0.98
MUERTES FETALES	7	102	6.86
SEXO DE LOS PRODUCTOS:			
MASCULINOS	3	50	2.94
FEMENINOS	4	52	3.02

DEL GRUPO PATOLOGICO EN ESTUDIO 102 PACIENTES.

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO

CUADRO 11.- PACIENTES ENVIADOS A U.C.I.

No. DE PACIENTES	TOTAL	%
14	102	13.72
MUJERES MATERNAS		
1	102	0.98

DEL GRUPO PATOLOGICO EN ESTUDIO 102 PACIENTES.

ANALISIS

El presente estudio se efectuó en la Unidad Toco Quirúrgica - del H.R.G.I.Z., estudiando a 3200 pacientes derecho-habientes que se presentaron en dicha unidad, detectándose que el 3.18% de las pacientes presentaban Preeclampsia-Eclampsia ó Síndrome de Hellp. Tomando en cuenta al grupo patológico en estudio que fué un total de 102 pacientes se observó que predomina la Preeclampsia leve con un total de 41 casos representando el 1.27%, siguiendo la Preeclampsia severa con 39 casos siendo éstos el 1.21%.

Se presentaron 3 casos de Eclampsia reportando el 0.09% y 1 caso de Síndrome de Hellp representando el 0.03.

Por lo tanto la Enfermedad Hipertensiva del embarazo sigue siendo una de las principales causas de morbilidad materna y perinatal de los embarazos complicados.

Las primigestas independientes de su edad desarrollan la enfermedad en el 1.49% observándose una mayor frecuencia entre los 25 y 34 años de edad, lo que nos hace suponer una relación directa entre edad y severidad del cuadro. Se observó alteración en el crecimiento uterino en el 49% de los casos, con un incremento ponderal inadecuado en el 28% de los casos.

El edema moderado se presentó en el 27% de las pacientes lo que nos hace suponer que la ganancia de peso exagerado se encuentra ligada íntimamente a la Enfermedad Hipertensiva del embarazo.

El síntoma de mayor gravedad fué el dolor epigástrico observado en el 18% de los casos, lo cual nos alerta a enfocar el diagnóstico en forma correcta.

El 3.7% de las pacientes presentó proteinuria mayor de 2000 mg/dl lo que nos debe alertar ante cualquier paciente que presente proteinuria por mínima que sea.

El aumento de las bilirrubinas sólo se presentó en el 1% de las pacientes probablemente debido a una deficiencia alimentaria.

El tratamiento de esta patología sigue siendo controvertida debido a que no se conocen con exactitud el factor etiológico --- y fisiopatológico.

La Enfermedad Hipertensiva del embarazo fue causa de un 32% de Recién Nacidos prematuros en comparación con el 19% reportado por el Centro Médico la Raza, colocando a la tercera parte de --- la población estudiada en un mayor riesgo que a su vez incrementa la morbimortalidad.

CONCLUSIONES

De acuerdo a nuestros resultados obtenidos, se confirma tanto a nivel nacional como a nivel mundial que la Enfermedad Hipertensiva del embarazo con sus distintas manifestaciones sigue ocupando un lugar preponderante dentro de la patología obstétrica -- situada en el segundo lugar dentro de las causas de morbimortalidad perinatal y materna, esto debido al desconocimiento en cuanto a la etiología y fisiopatología de la misma así como una inadecuada e ineficiente infraestructura en nuestro país, sobre todo en poblaciones marginadas donde el hacinamiento, la promiscuidad, mala alimentación, e inadecuada asistencia médica agravan la situación que a la vez propicia el crecimiento de la Enfermedad Hipertensiva del embarazo.

Comparando la relación entre desnutrición y EHE, encontramos que se tiene una fuerte relación entre estas entidades ya que el 55% de las pacientes mostraron al inicio desnutrición importante y posteriormente aumento de peso exagerado.

Podemos afirmar que la presencia de EHE en las pacientes estudiadas tiene importantes repercusiones somatométricas en los productos obtenidos.

COMENTARIO

Del estudio realizado en la Unidad Toco-Quirúrgica del H.R.G. I.Z. se comprueba sin lugar a dudas que a pesar de ser una zona urbana y contando con los medios de información sobre; salud, alimentación y atención prenatal la EHE es muy frecuente.

Por lo tanto considero que es necesario que existan campañas permanentes en cuanto a salud pública, riesgo reproductivo, atención prenatal haciendo énfasis en la paciente embarazada en lo importante de una alimentación adecuada situación paradójica en nuestro país.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- PIZANO M. E. BASES FISIOPATOLOGIAS PARA EL TRATAMIENTO DE LA ECLAMPSIA, INPER. 1ra. ED., 1990
- 2.- ALTIMBE, J. ESTADOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO PERINAL GIA CLINICA ED. SALVAT 1990
- 3.- CHESLEY, L. HISTORIA Y EPIDEMIOLOGIA DE LA PREECLAMPSIA CLINICA OBSTETRICA-GINECOLOGIA 1984;4-1025
- 4.- HENRYC ALAN F REMOTE PROGNOSIS OF PREECLAMPSIA IN WOMAN 25 YEARS OLD AN YOUNGER AM. J. OBSTET GYNECOL 1990, 159; - 156-60
- 5.- KHONG T. Y. - PEARCE B.J. ACUTE ATHEROSIS IN PREECLAMP SIA: MATERNAL DETERMINANTS AND FETAL OUTCOME IN THE PRE SENCE OF THE LESION. AM. J. OBSTET GYNECOL 1990: 160 -- 1447.
- 6.- KAVANAGH S. D. TOXEMIA: FACTORES DE RIESGO Y TRATAMIENTO TESIS DE POST-GRADO 1991
- 7.- BURROWS-FERRIS COMPLICACIONES MEDICAS DURANTE EL EMBARAZO 2da. ED. EDITORIAL PANAMERICANA, 1984
- 8.- CHESLEY, L.HISTORIA Y EPIDEMIOLOGIA DE LA PREECLAMPSIA-CLINICA OBSTETRICA GINECOLOGIA 1984; 4-1025
- 9.- BAHAMONDE M. SIBAI, MD THE HELLP SYNDROME (HEMOLYSIS, ELEVATED LIVER ENZYMES, AND LOW PLATELETS): MUCH ADO ABOUT NOTHING? AM. J. OBSTET GYNECOL 1990; 162:311-6
- 10.- JAMES N. M. PAMELA G. BLAKE, RN, PREGNANCY COMPLICATED BY PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA WITH THE SYNDROME OF HEMOLYSIS, ELEVATED LIVER ENZYMES, AND LOW PLATELET COUNT. - HOW RAPID IS POSTPARTUM RECOVERY? OBSTET GYNECOL 1990 76:737

- 11.- CAVANAGH D. ECLAMPTIC TOXEMIA: THE DEVELOPEMENT OF AN EXPERIMENTAL MODEL IN THE SUBHUMAN PRIMATE. AM. J. - OBSTET GYNECOL 1980; 173: 1025-31
- 12.- ABINADER D. M.: ISOMETRIC EXERCISE TEST FOR PREDICTING GESTACIONAL HIPERTENSION. OBSTET GYNECOL 1985 65:652
- 13.- SAFILAS A. F. OLSON D. R., ADELE L PH D. EPIDEMIOLOGY- OF PREECLAMPSIA AND ECLAMPSIA IN THE UNITED STATES - 1979-1986 AM J. OBSTET GYNECOL 1990; 163:460-5
- 14.- KAPLAN N. M. CLINICAL HIPERTENSION 4a. ED. EDITORIAL WILLIAMS AND WILKINS 1990
- 15.- LOPEZ LL. M. M. LA TOXEMIA DEL EMBARAZO 2da. ED. LIMU- SA, 1985
- 16.- EASTERLING T. R.: PREECLAMPSIA; A HIPERDERDINAMIC DI- SEASE MODEL AM. J. OBSTET GYNECOL 1989; 160:1447
- 17.- FERRIS T. F. ¿COMO DEBE TRATARSE LA HIPERTENSION DU-- RANTE EL EMBARAZO? PUNTO DE VISTA DEL INTERNISTA CLI-- NICA DE NORTEAMERICA GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA 1991 488-499 TEMAS ACTUALES.
- 18.- MARTIN J. N. PLASMA EXCHANGE FOR PREECLAMPSIA AM J. - OBSTET GYNECOL 1990; 162: 126-37
- 19.- SABAI B. M. EL; NAZER A.: SEVERE PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA IN YOUNG PRIMIGRAVID WOMEN: SUBSEQUENT PREGNANCY END RE- MOTE PROGNOSIS. AM. J. OBSTET GYNECOL 1986; 155 1011-6
- 20.- CUNNINGHAM FG, MACDONALD PC. GANT. NF. HIPERTENSIVE DIS- ORDERS IN PREGNANCY. WILLIAMS OBSTETRICS, 18th ED. NOR- WALK: APPLETON AND LANGE, 1989: 653-94

- 21.- SABAI B. M. SARINOGLU C.E.M. MARCER B.M. PREGNANCY OUTCOME AFTER ECLAMPSIA AND LONG-TERM PROGNOSIS AM. J. OBSTET GYNECOL 1992; 166: 1757-63
- 22.- MARTIN J.N., BLAKE P. G., PERRY K. G.: THE NATURAL HISTORY OF HELLP SYNDROME: PATTERNS OF DISEASE PROGRESSION AND REGRESSION; AM. J. OBSTET GYNECOL 1991; 164-1500-13
- 23.- SABAI B. M. PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA GYNECOLOGY AND-OBSTETRICS 1989 VOL. 2. CHAP. 51
- 24.- CHESLEY, L., HYPERTENSION IN PREGNANCY: DEFINITIONS FAMILIAR FACOT AND REMOTE PROGNOSIS KINDNEY, INT. 1980. 18:234