

11224
22
29



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
"DR. BERNARDO SEPULVEDA G."
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y MEDICINA CRITICA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**COMPLICACIONES MEDICAS EN PACIENTES
GINECOBSTETRICIA COMO CAUSA DE INGRESO
A UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
MULTIDISCIPLINARIA**

T E S I S

QUE PARA OBTENER LA ESPECIALIZACION EN
MEDICINA DEL ENFERMO EN ESTADO CRITICO

P R E S E N T A :
DR. RAUL MERCADO AVILA

ASESOR: DR. CARLOS BRIONES GARDUÑO



IMSS

MEXICO, D. F.

MARZO 1995



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

A MIS PADRES
CELIA Y SALVADOR
POR HABERME DADO LA VIDA
Y SU TIEMPO.

A MI ESPOSA DELIA
POR SU COMPRENSION
Y AMOR.

A MIS HIJOS
BETSY Y DANIEL
PORQUE SON LA ESPERANZA
DEL MAÑANA.



A LOS MEDICOS QUE ME TRANSMITIERON
SUS CONOCIMIENTOS Y EXPERIENCIAS.

A cursive handwritten signature in black ink.

DR. NIELS HANSEN WACHER RODARTE
JEFE DE LA DIVISION DE ENSEÑANZA
E INVESTIGACION.

A cursive handwritten signature in black ink.

DR. JORGE A. CASTAÑON GONZALES
PROFESOR DEL CURSO DE MEDICINA
DEL ENFERMO EN ESTADO CRITICO.

DR. CARLOS BRIONES GARDUÑO
ASESOR DE LA TESIS.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPULVEDA G."
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y MEDICINA CRITICA

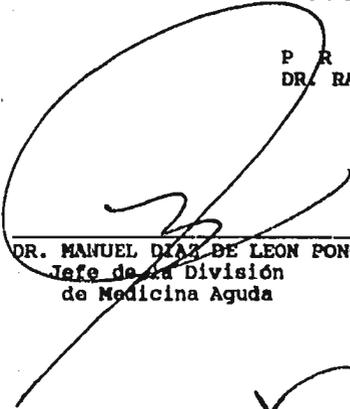
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**COMPLICACIONES MEDICAS EN PACIENTES GINECOSBTETRICIA
COMO CAUSA DE INGRESO A UNA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS MULTIDISCIPLINARIA**

T E S I S

QUE PARA OBTENER LA ESPECIALIZACION EN
MEDICINA DEL ENFERMO EN ESTADO CRITICO

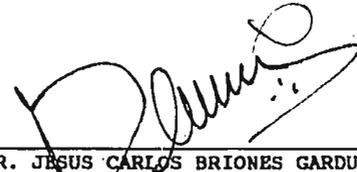
P R E S E N T A
DR. RAUL MERCADO AVILA



DR. MANUEL DIAZ DE LEON PONCE
Jefe de la División
de Medicina Aguda



DR. JORGE CASTANON GONZALEZ
Jefe de la Unidad de Cuidados
Intensivos y Medicina Critica



DR. JESUS CARLOS BRIONES GARDUÑO
Director de Tesis

MEXICO, D.F. MARZO 1995.

INDICE

	Pág.
1.- ANTECEDENTES	1
2.- OBJETIVO	6
3.- HIPOTESIS	7
4.- PACIENTES Y METODO	8
5.- RESULTADOS.....	9
6.- CONCLUSIONES	11
7.- DISCUSION	12
8.- CUADROS SINOPTICOS.	
9.- BIBLIOGRAFIA.	

**COMPLICACIONES MEDICAS EN PACIENTES GINECOSBTETRICAS
COMO CAUSA DE INGRESO A UNA UNIDAD
DE CUIDADOS INTENSIVOS
MULTIDISCIPLINARIA.**

ANTECEDENTES.

A principios del presente siglo, una alta proporción de mujeres que se embarazaban moría a consecuencia de complicaciones de la gestación, identificando desde entonces claramente la hemorragia, la infección y a la toxemia; a cien años de distancia, esta mortalidad materna alta ha disminuido considerablemente a base de programas de educación, atención prenatal, manejo hospitalario y acciones de planificación familiar. En nuestro medio aproximadamente 15 a 20% de las gestaciones cursan con patología previa o concomitante o bien tienen un "evento obstétrico desfavorable"; esta es la razón de orden multifactorial por la que este porcentaje de mujeres "vulnerables" requieren de una infraestructura que está en torno a su estado "grávido-puerperal" crítico. (equipo de salud multidisciplinario y unidades médicas con recursos adecuados y suficientes.⁽¹⁾)

"En los últimos treinta años de Ginecología y la Obstetricia Mexicanas han adquirido un carácter objetivo, cuyo desarrollo se ha visto influido por todas las ramas de la ciencia, transformando el viejo concepto de especialidad limitada al aparato reproductor; Esta evolución extraordinaria resulta imposible de exponer con criterio exclusivamente histórico, pero la revisión con carácter panorámico no podría ser extendida, sin tener en cuenta la esencial relación que existe entre el pasado y el futuro".⁽²⁾

Es innegable que hemos avanzado al abatir la mortalidad, pero la morbilidad que aún prevalece requiere de tecnología y capacitación creciente como se demostró con mas de 5,000 mujeres que recibieron la atención en la Unidad de Cuidados Intensivos del entonces Hospital de Ginecosbtetricia 2 del Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social, creando con esto un precedente que es la base para asegurar que los Hospitales de Ginecosbtetricia se deben considerar como unidades de alto nivel y por ende con capacidad para resolver graves complicaciones Médico-Quirúrgicas a través de las unidades de Cuidados Intensivos especializadas donde se manejan pacientes con toxemia (preeclampsia-eclampsia) estado de choque (Hemorrágico-séptico principalmente). Cardiopatías, nefropatías, diabéticas, etc; o bien el manejo post-quirúrgico de alto riesgo, por lo que se requiere de apoyo órgano-funcional que sólo se da en las unidades de Cuidados Intensivos; por esto se debe entender que no es un lujo que éstas unidades cuenten con monitores, ventiladores mecánicos, electrocardiógrafos, bombas de infusión, desfibriladores, etc. que permitirán en la gran mayoría de las veces que una mujer críticamente enferma pueda salvar su vida y con ello reincorporarse a su familia y a la sociedad.⁽⁷⁾

En la literatura Nacional podemos encontrar referencias que describen que la ginecosbtetricia contiene patología que puede conducir rápidamente a la paciente a un estado crítico, y que las

unidades de Cuidados Intensivos han sido una forma de responder al reto implícito de éstas condiciones críticas⁽³⁾

La experiencia acumulada en las Unidades de Cuidados Intensivos de Ginecología ha determinado el tipo de complicaciones y la causa de la muerte, concluyendo que el bajo porcentaje de mortalidad se debe al tipo de paciente y al estudio y tratamiento integral y multidisciplinario⁽²⁾

TOXEMIA (PREECLAMPSIA/ ECLAMPSIA)

Sin lugar a dudas la causa número uno en cualquiera de éstas unidades, patología que encontramos entre un 8 a 12 % de frecuencia en los embarazos y que se caracteriza por hipertensión, albuminuria y edema y que puede dar lugar a complicaciones Médico-Quirúrgicas tales como; Hemorragia cerebral, insuficiencia renal aguda, coagulación intravascular diseminada, Micro-Angiopatía Trombótica y Hemólisis Intravascular (ahora más conocida como síndrome de Hellp); colestasis intrahepática, hígado graso agudo; etc.⁽¹⁾⁽²⁾⁽⁴⁾⁽⁷⁾

INFECCION

Desde el aborto séptico, corioamnioítis, pelviperitonitis de causa múltiple, que frecuentemente evolucionan con choque séptico que requiere manejo intensivo y especializado.⁽³⁾⁽⁴⁾

HEMORRAGIA

Encontramos una amplia variedad de situaciones que requieren de apoyo órgano funcional como las hipovolemias severas, en transoperatorios complicados, aborto en sus diferentes variedades clínicas, placenta previa o desprendimiento prematuro de la misma que con frecuencia requerirán de histerectomía obstétrica, ligadura de vasos hipogástricos o maniobras compresivas (Pringle o Mickulickz)⁽³⁾⁽⁴⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾

OTROS

Englobamos una serie grande de patologías previas o concomitantes al evento obstétrico, y que sin el apoyo de las Unidades de Cuidado Intensivo las pacientes tienen un riesgo mayor de morbi-mortalidad, por ejemplo; el grupo de las cardiópatas (reumáticas, congénitas, portadoras de prótesis valvulares, anticoaguladas; con trastornos del ritmo/conducción, etc.).⁽⁸⁾

Las hipertensas; las enfermedades tiroideas, diabéticas de cualquier clase o sus complicaciones agudas (coma hipoglucémico, cetoacidótico o hiperosmolar), las portadoras de colagenopatías como el lupus eritematoso sistémico etc; o bien otro grupo de mujeres que en su momento dado requieren de los cuidados intensivos como el síndrome de hiperestimulación ovárica, tromboembolia pulmonar por líquido amniótico, edema pulmonar agudo; trombosis

venosa insuficiencia hepática fulminante, insuficiencia respiratoria progresiva del adulto, crisis drepanocítica, leucemias, insuficiencia renal aguda, síndrome de hipercoagulación (síndrome anti-fosfolípido), etc;⁽⁸⁾⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾⁽¹²⁾⁽¹³⁾

Estas son algunas de las razones que justifican que los hospitales de Ginecosbtetricia deban contar con su unidad de cuidados intensivos para el manejo especializado de éstas pacientes, sin embargo en muchos hospitales que no cuentan con el recurso, se apoyan en unidades multidisciplinarias, como Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional; y reciben el apoyo que estas pacientes requieren para superar las complicaciones agudas de su patología en cuestión como ejemplo de la presente comunicación.

OBJETIVO.

Revisar las características clínicas de pacientes con patología relacionada al embarazo y puerperio o relacionada a padecimientos ginecológicos que requieren de monitoreo y manejo en la Unidad de Cuidados Intensivos, durante la fase crítica de la enfermedad.

HIPOTESIS.

Las pacientes gineco-obstétricas críticamente enfermas requieren de apoyo órgano-funcional para salvar su vida reincorporarse a su familia y a la sociedad.

PACIENTES Y METODO.

Se revisaron los expedientes de pacientes que ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos en un período de tres años (Nov. 91 a Nov. 94) se seleccionaron aquellas que cumplieron los siguientes requisitos:

- a) Mujer gestante
- b) Enfermedad relacionada al embarazo o puerperio o padecimiento ginecológico como causa de ingreso a U.C.I.
- c) Necesidad de apoyo órgano avanzado en alguna de sus modalidades.

Con fines didácticos se divide en dos grandes grupos:

I.- Ginecológicas con 12 pacientes (48%) y

II.- Obstétricas con 13 pacientes (52%) y además se subdividió de acuerdo a la principal patología que condicionó su ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos en cuatro subgrupos:

subgrupo 1) SEPSIS nueve pacientes (36%)

subgrupo 2) PRECLAMPSIA/ECLAMPSIA seis pacientes (24%)

subgrupo 3) CHOQUE HIPOVOLEMICO tres pacientes (12%)

subgrupo 4) MISCELANEAS con siete pacientes (28%)

RESULTADOS.

Se identificaron 25 pacientes de un total de 2052 expedientes revisados que comprenden al 0.9 % de todos los ingresos, la edad promedio fue de 34.5 (17 a 55), el promedio de estancia fue de 7.2 días (1-21) y la mortalidad dos pacientes (8%); se recuperaron 22 pacientes (88%) y una paciente dada de alta por irrecuperable (4%). (Cuadro 1) Del grupo de sepsis tres pacientes obstétricas y seis pacientes ginecológicas; (Cuadro 2) del grupo preclampsia/eclampsia cinco pacientes en puerperio inmediato y una paciente embarazada; (Cuadro 3) el grupo de choque hipovolémico una paciente obstétrica y dos pacientes ginecológicas; (Cuadro 4) y el grupo misceláneos cuatro pacientes ginecológicas y tres obstétricas (Cuadro 5).

En las pacientes obstétricas, tres pacientes con síndrome de Helly (hemolisis, elevación de enzimas hepáticas y plaquetopenia) con una defunción; un aborto séptico y dos sépsis puerperales (con otra defunción), dos hígados graso agudo del embarazo, un intento suicida con ingesta de salicilatos (obito de treinta y seis semanas) y una encefalopatía anoxo-isquémica secundaria a raquia masiva; y dos pacientes con toxemia severa (una con Trombo Embolia Pulmonar y otra con choque hipovolémico post-cesárea), (Cuadro 6) en el grupo de pacientes ginecológicas, una paciente con síndrome de sheehan y coma mixedematosos, dos pacientes con Trombo Embolia Pulmonar una post operada de ooforectomía otra operada bridas intestinales sec. Cáncer Cervico Uterino; dos con encefalopatía

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

anoxo-isquémica (post operadas Histerectomía Abdominal) una post operada de quiste de ovario con choque hipovolémico y seis pacientes con sépsis (una pelviperitonitis, un piosálpnix, una perforación uterina, dos post Histerectomía Abdominal y una por quiste de ovario). (Cuadro 7) Y además se subdividió de acuerdo con la principal patología que condicionó su ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos en cuatro rubros; SEPSIS, PREECLAMPSIA/ECLAMPSIA, CHOQUE VOLEMICO Y MISCELANEAS.

(Cuadro 8 y 9).

CONCLUSIONES

Nuestros resultados en esta pequeña serie concuerdan con los reportes nacionales de morbilidad materna en donde la preeclampsia/eclampsia, ocupa el primer lugar, así como en las pacientes ginecológicas destaca la sepsis como la principal complicación que requieren de apoyo de Unidad de Cuidados Intensivos para el manejo crítico de estas mujeres.

Consideramos que los hospitales de G.O. deben de contar con Unidad de Cuidados Intensivos para el manejo multidisciplinario de estas pacientes. (Como se destaca en el Cuadro 10, que la procedencia en su mayoría es del Hospital de Ginecosbtetricia)

Creemos que de acuerdo al tipo de paciente y el grado de sus complicaciones la paciente ginecosbtétrica es altamente recuperable cuando se atiende en forma oportuna y adecuada.

Por último destacamos que en nuestro estudio encontramos complicaciones médicas que requirieron el apoyo de la medicina crítica tanto en pacientes obstétricas como ginecológicas prácticamente en la misma proporción. (Cuadro 11)

DISCUSION

Nuestros resultados confirman que, tanto las pacientes obstétricas como las ginecológicas requieren en un momento dado del apoyo multidisciplinario al que hemos hecho referencia.

En las pacientes obstétricas encontramos que las principales complicaciones que motivaron el ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos son derivados de la preeclampsia/eclampsia y sus complicaciones, que en nuestra serie en su mayoría fue durante el puerperio y como sabemos en nuestro país constituye un problema de salud pública y esto debe servir para retroalimentar este conocimiento. El hecho de que el embarazo de alto riesgo debe ser vigilado en forma temprana y de manera multidisciplinaria para prevenir o para resolver la patología que deriva de esto, ya que en la actualidad un mayor número de mujeres logran un embarazo que hace algunas décadas no era posible, y por lo mismo en los centros de atención especializados existe un número creciente de pacientes con embarazo de alto riesgo o complicado.

Desde el punto de vista ginecológico con la adquisición de nuevos productos farmacológicos se ha hecho posible resolver algunos aspectos de la esterilidad y por consecuencia conocemos ahora síndromes de hiperestimulación que requiere de manejo intensivo específico o bien secuelas de manejo oncológico que requiere de apoyo multidisciplinario.

Concretamente en nuestra serie encontramos complicaciones médicas tanto en la esfera obstétrica como ginecológica, destacando en la primera, la toxemia (preeclamsis/eclamsia) y para la segunda problemas sépticos, respectivamente; observamos así mismo que los sangrados que propician el estado de choque hipovolémico se presentaron en ambos grupos de pacientes. El único caso de muerte perinatal correspondió a un aborto de 36 semanas secundario a un caso de intoxicación por salicilatos por intento suicida.

Documentamos pacientes con encefalopatía anoxo-isquémica en ambos grupos así como casos de tromboembolia pulmonar al parecer multifactoriales relacionados a problemas anestésico-quirúrgicos. Debemos destacar que aunque es una serie pequeña hallamos dos casos de hígado graso agudo del embarazo, patología particularmente grave propiciada por la gestación y magnificada por la patología concomitante (preeclamsia/eclampsia), y como se demuestra en la misma serie, con un manejo adecuado se logra la recuperación "Ad Integrum". Una paciente con coma mixedematosos secundario a un síndrome de Sheehan post parto y desde luego la variedad de complicaciones sépticos desde la perforación uterina, hasta los problemas post quirúrgicos.

Aunque la Unidad de Cuidados Intensivos de este Hospital no maneja un porcentaje alto de pacientes ginecosbtétricas nuestros resultados parecen estar acorde con lo reportado tanto en la literatura Nacional como en la literatura Extranjera.

MOTIVO DE LA ALTA A LA UNIDAD

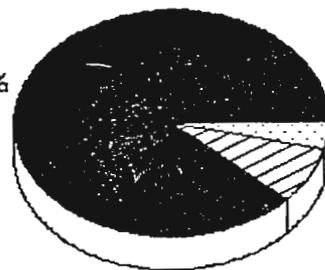
Motivo del Alta	Número de Pacientes	%
Recuperables	22	88
Defunción	2	8
Irrecuperables	1	4
Total	25	100

Cuadro 1

MOTIVO DE ALTA A LA UNIDAD

Total de pacientes 26

Recuperables 88%



Irrecuperables 4%
Defuncion 8%

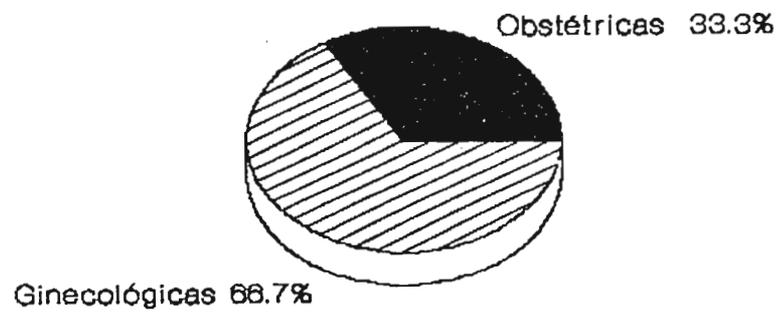
Cuadro 1

SEPSIS

	Número de Pacientes	%
Obstétricas	3	33.3
Ginecológicas	6	66.7
Total	9	100.0

Cuadro 2

SEPSIS
Total de Pacientes 9



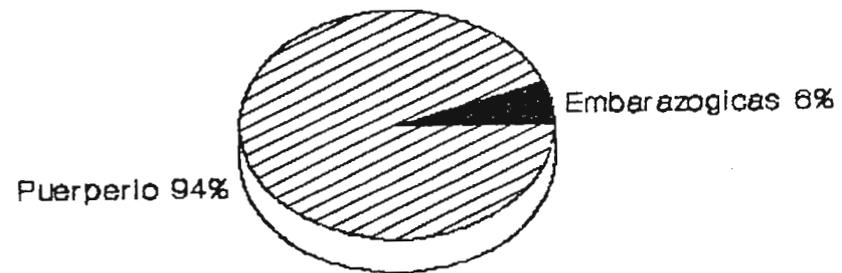
Quadro 2

TOXEMICAS
(PREECLAMPSIA/ECLAMPSIA)

	Número de Pacientes	%
Puerperio	5	94.0
Embarazogicas	1	6.0
Total	6	100.0

Cuadro 3

TOXEMICAS
Pre-eclampsia/Eclampsia



Quadro 3

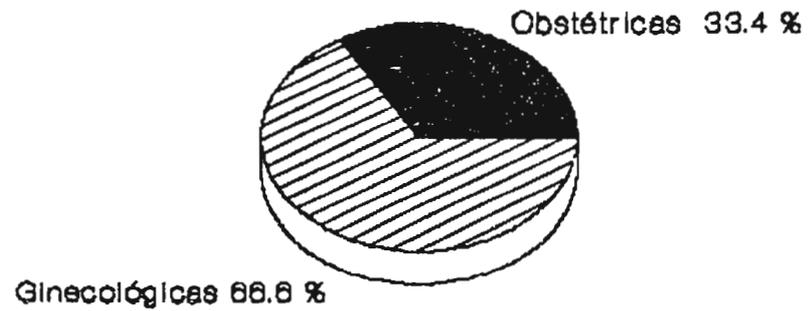
CHOQUE HIPOVOLEMICO

	Número de Pacientes	%
Obstétricas	1	33.4
Ginecológicas	2	66.6
Total	3	100.0

Cuadro 4

CHOQUE HIPOVOLEMICO

Total de Pacientes 3



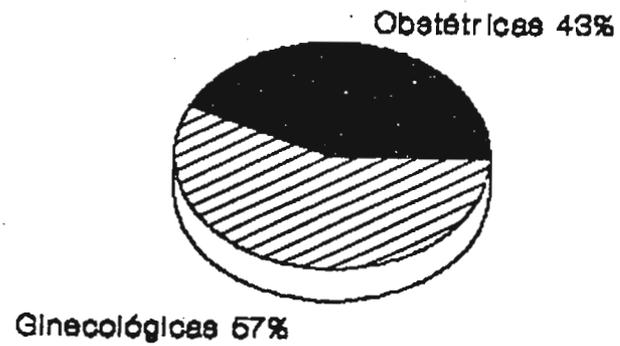
Quadro 4

MISCELANEOS

	Número de Pacientes	%
Obstétricas	3	43.0
Ginecológicas	4	57.0
Total	7	100.0

Cuadro 5

MISCELANEOS
Total de Pacientes 7



Quadro 6

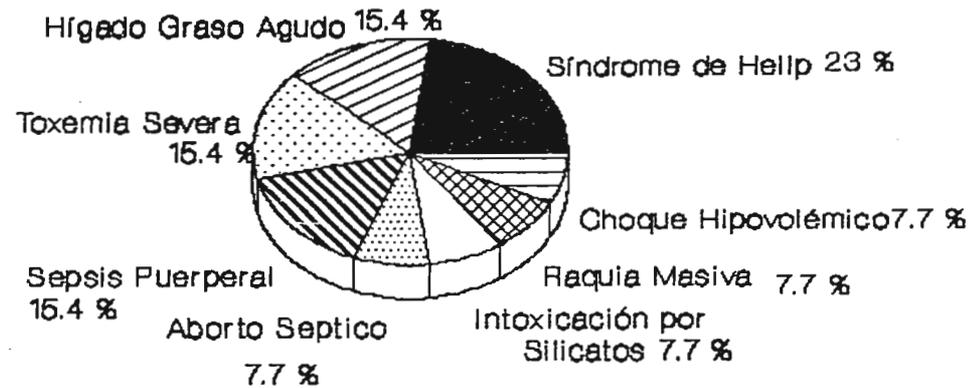
DIAGNOSTICO OBSTETRICO

Diagnóstico	Número de Pacientes	%
Síndrome de Hellp	3	23.0
Hígado Graso Agudo	2	15.4
Toxemia Severa	2	15.4
Sepsis Puerperal	2	15.4
Aborto Séptico	1	7.7
Intoxicación por Silicatos	1	7.7
Raquia Masiva	1	7.7
Choque Hipovolémico	1	7.7
Total	13	100

Cuadro 6

DIAGNOSTICO OBSTETRICO

Total de Pacientes 13



Cuadro 6

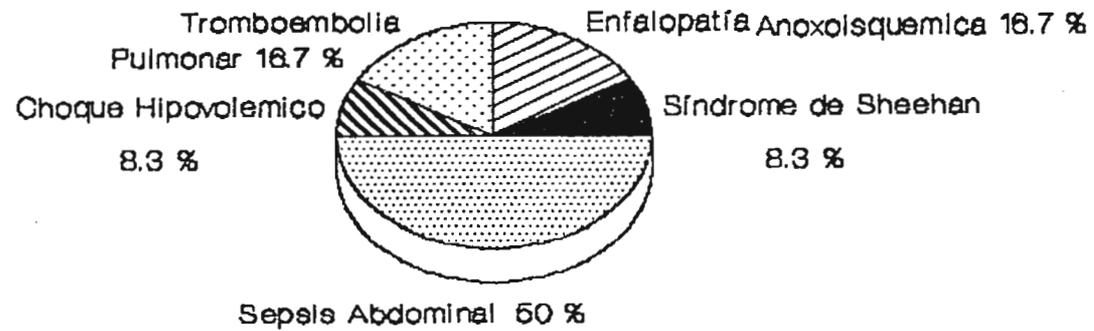
DIAGNOSTICOS GINECOLOGICOS

Diagnóstico	Número de Pacientes	%
Sepsis Abdominal	6	50.0
Encefalopatía Anoxo-isquémica	2	16.7
Tromboembolia Pulmonar	2	16.7
Choque Hipovolémico	1	8.3
Síndrome de Sheehan	1	8.3
Total	12	100

Cuadro 7

DIAGNOSTICO GINECOLOGICO

Total de Pacientes 12



Quadro 7

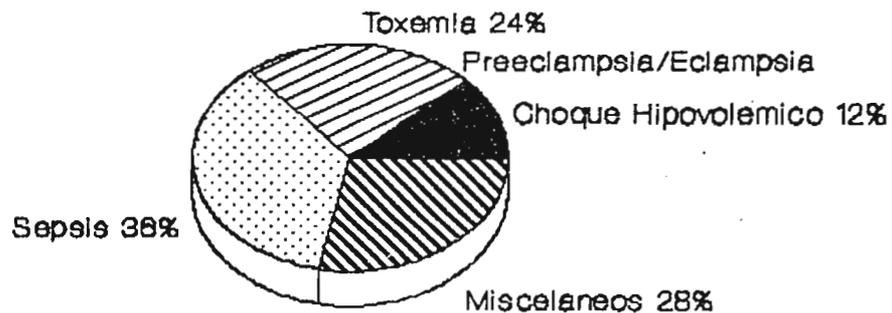
COMPLICACIONES GINECO-OBSTETRICAS

Diagnóstico	Número de Pacientes	%
Sepsis	9	36
Toxemia (Preeclamsia/Eclampsia)	6	24
Choque Hipovolémico	3	12
Miscelaneos	7	28
Total	25	100

Cuadro 8

COMPLICACIONES GINECO-OBSTETRICAS

Total de Pacientes 26



Cuadro 8

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

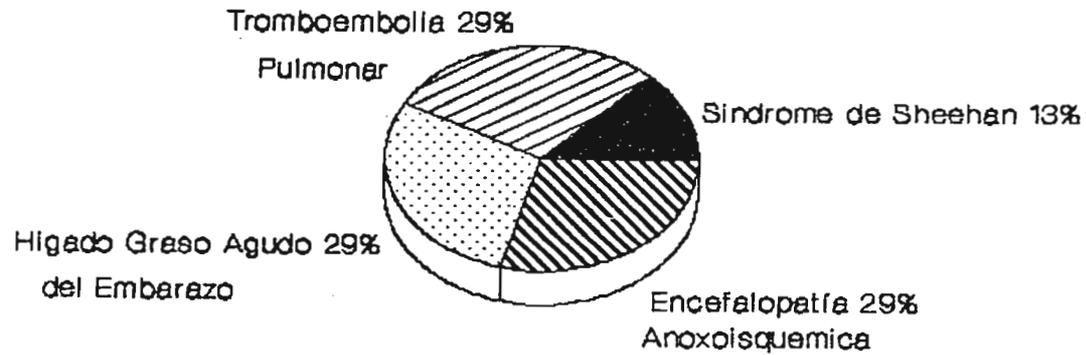
DIAGNOSTICOS MISCELANEOS

Diagnóstico	Número de Pacientes	%
Encefalopatía Anoxisquemica	2	29
Tromboembolia Pulmonar	2	29
Higado Graso Agudo del Embarazo	2	29
Síndrome de Sheehan	1	13
Total	7	100

Cuadro 9

DIAGNOSTICOS MISCELANEOS

Total de Pacientes 7



Cuadro 9

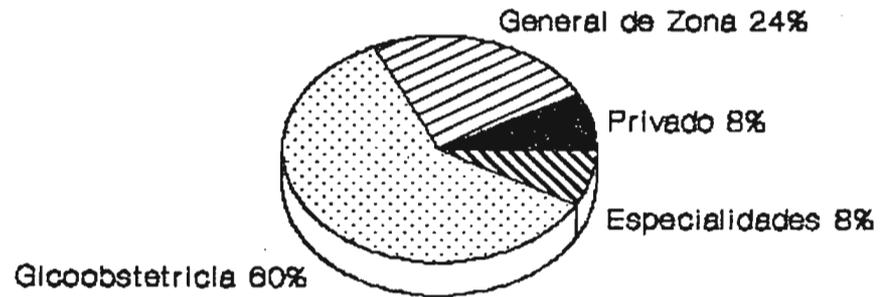
LUGAR DE PROCEDENCIA

Hospital	Número de Pacientes	%
Privado	2	8
General de Zona	6	24
Ginecoobstetricia	15	60
Especialidades	2	8
Total	25	100

Cuadro 10

LUGAR DE PROCEDENCIA

Total de Pacientes 26



Cuadro 10

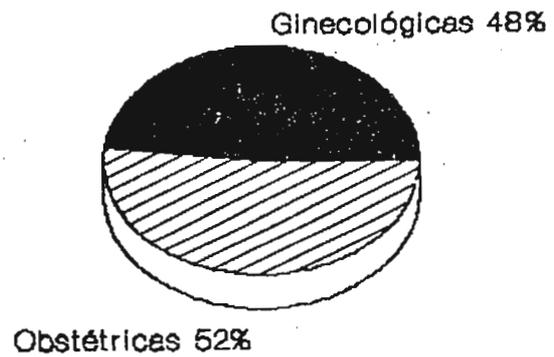
PORCENTAJE POR GRUPO

	Número de Pacientes	%
Ginecológicas	12	48.0
Obstétricas	13	52.0
Total	25	100.0

Cuadro 11

PORCENTAJE POR GRUPO

Total de Pacientes 25



Cuadro 11

BIBLIOGRAFIA

- 1.- BRIONES GJC; ZAMORA GM; GONZALEZ TA; El Médico Frente a la Gestación y el Nacimiento, Acta Médica 1993 Vol XXIX 115-116 pp 103-110.
- 2.- KARCHMER KS; En Temas Selectos en Reproducción Humana Bosquejo Histórico de la Ginecología y Obstetricia en México. Instituto Nacional de Perinatología 1989, pp 12-13.
- 3.- DIAZ DE LEON PM; ESPINOZA MML; YAÑEZ MI; NIZ RJ; KABLY AA; La Unidad de Cuidados Intensivos en Ginecología Y Obstetricia. Medicina 1978. 1228; 20-31.
- 4.- ESPINOZA MML; DIAZ DE LEON PM; YAÑEZ MI Y COLS; Microangiopatía Trombotica y Hemolisis Intravascular en la Toxemia Rev. Med. I.M.S.S. (México) 1982; 20: pp 35-41.
- 5.- LOPEZ LLERA MM; DIAZ DE LEON PM; RUBIO LG; La Unidad de Cuidados Intensivos en Ginecología y Obstetricia, Medicina 1975, 1200- 1201, pp 318-335.
- 6.- COTTON DB; MD; Cuidados Críticos en Obstetricia, Clínicas de Perinatologías 1986 Vol. 4, Clínicas de Ginecología y Obstetricia 1991 Vol 2; Editorial Interamericana.

7.- AYALA RA; Toxemia Gravídica un Problema Multidisciplinario.

Gaceta Médica de Mexico, 1991 Vol. 127 n;3 pp 215-219.

8.- CASTAÑON GJA; GALLEGOS PH; Una Propuesta Para el Estudio y Tratamiento de la Paciente con Enfermedad Tromboembólica y Embarazo, Medicina Interna de México 1994 Vol 10 n;1 pp 22-25.

9.- MABIE WC; BARTON JR; SIBAI MB; MD; Adult Respiratory Distress Syndrome in Pregnancy, Gynecol 1992; 167; pp 950-7

10.- MABIE WC; SIBAI BM; MD; Treatment in an Obstetric Intensive Care Unit, Am J Obstet Gynecol 1990; 162; pp 1-4.

11.- SIBAI BM; Eclampsia Am J Obstet Gynecol 1990; 163; 1049-55.

12.- WEINSTEIN LMD; Síndrome of Hemolysis, Elevated Liver Enzymes, and low Platelet Count: a Severe Consequence of Hypertension in Pregnancy. Am. J. Obstet Gynecol 1982; 159;142.

13.- KILPATRICK SJ; MATTHAY MA; MD; Obstetric Patients Requiring Critical Care. Chest 1992; 101. 1407-12.