

11226  
139  
29.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES  
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO  
UNIDAD ACADÉMICA  
CLINICA HOSPITAL "DR. DANIEL GURRIA URGELL"

PRE-ECLAMPCIA EN DERECHOHABIENTES DE LA CLINICA  
HOSPITAL "DR. DANIEL GURRIA URGELL"  
DEL 1° DE ENERO AL 30 DE JUNIO DE 1995

GOBIERNO FEDERAL  
SECRETARÍA DE SALUD  
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES  
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO  
UNIDAD ACADÉMICA  
CLINICA HOSPITAL "DR. DANIEL GURRIA URGELL"

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE  
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A :

DRA. LETICIA PALACIOS CABALLERO



HOSPITAL "DR. DANIEL GURRIA URGELL"  
AV. 27 DE FEBRERO N° 1803, COL. ATASTA  
VILLAHERMOSA, TABASCO

I S S S T E  
CLINICA HOSPITAL  
"DR. DANIEL GURRIA URGELL"

1995

D I R E C C I O N

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

AV. 27 DE FEBRERO #1803 COL. ATASTA  
VILLAHERMOSA, TABASCO



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.




TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PARA OBTENER  
EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR


P R E S E N T A


DRA. LETICIA PALACIOS CABALLERO

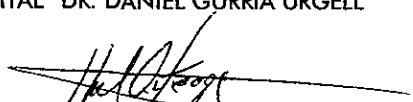
PRE- ECLAMPSIA EN DERECHOHABIENTES DE LA CLINICA  
HOSPITAL "DR. DANIEL GURRIA URGEILL"  
DEL 1° DE ENERO AL 30 DE JUNIO DE 1995

  
DR. ALFREDO ENRIQUE CARBALLO  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA  
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN LA CLINICA  
HOSPITAL "DR. DANIEL GURRIA URGEILL"

  
DR. FERNANDO A. LUNA CARDEÑO  
ASESOR DE TESIS

  
DR. PEDRO DORANTES BARRIOS  
ASESOR DE TESIS.  
U. N. A. M.

  
DR. PABLO VALLE ROJAS  
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA  
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN LA CLINICA  
HOSPITAL "DR. DANIEL GURRIA URGEILL"

  
DR. HECTOR GABRIEL ARTEAGA ACEVES  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL I. S. S. T. E.

2650E



PRE-ECLAMPSIA EN DERECHAHABIENTES DE LA CLINICA  
HOSPITAL "DR. DANIEL GURRIA URGELL"  
DEL 1º DE ENERO AL 30 DE JUNIO DE 1995



ISSSTE

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA  
EN MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:

DRA. LETICIA PALACIOS CABALLERO.

AUTORIZACIONES:

DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA  
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO  
DE MEDICINA FAMILIAR  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

DRA. MARÍA DEL ROCÍO NORIEGA GARIBAY  
COORDINADORA DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

## **AGRADECIMIENTO**

La preparación de este estudio de investigación fue posible gracias a la vallosa ayuda de mis Asesores, Médicos Especialistas, Colegas, Enfermeras, amigos y personal que labora en la clínica hospital “Dr. Daniel Gurría Urgell”. Al Dr. Pablo Valle Rojas le agradezco infinitamente por la paciencia, amistad y comprensión que siempre me brindo, así como sus sabias enseñanzas. Gracias Maestro.

Al Dr. Fernando A: Luna Cardeño por su gran apoyo y dedicación.

Al Dr. Alfredo Enrique Carballo, nuestro Profesor titular.

Agradezco de manera muy especial su valiosa ayuda a los compañeros del departamento del archivo clínico.

A las autoridades de ésta Institución por su apoyo.

A nuestros pacientes, por los cuales tratamos de mejorar.

Deseo expresar mi gratitud a mi esposo, una persona con una grandeza de espíritu inigualable que me ayuda e impulsa a seguir adelante, a mis hijos: Rafael Angel, Alejandra y Luis David, los cuales son un factor determinante en mi superación.

A mis padres, por hacer suyos mis gozos.

Te agradezco señor, por ser siempre la luz que guía mi camino.

## INDICE GENERAL

|                                 |    |
|---------------------------------|----|
| MARCO TEORICO.....              | 1  |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 8  |
| JUSTIFICACION.....              | 9  |
| OBJETIVOS.....                  | 10 |
| METODOLOGIA.....                | 11 |
| RESULTADOS.....                 | 14 |
| DISCUSION.....                  | 16 |
| CONCLUSIONES.....               | 19 |
| BIBLIOGRAFIA.....               | 22 |
| ANEXOS.....                     | 25 |

## MARCO TEORICO

La pre-eclampsia es una enfermedad propia y característica de la mujer embarazada, se presenta después de la vigésima semana de gestación o del puerperio temprano (48 Hrs. postparto) (1.7). Se manifiesta clínicamente por hipertensión arterial (aumento de 30 mm. de Hg de la presión sistólica o 15 mm. de Hg de la presión diastólica), proteinuria y edema, pudiendo evolucionar a un estado similar al de las crisis convulsivas generalizadas que se clasifica como eclampsia (10).

La identificación de la Pre-eclampsia como entidad patológica propia data desde la antigüedad y a través de los siglos se han sucedido innumerables teorías sobre su causa y con ella también los tratamientos (8).

En un principio se le dio el término de toxemia, implicaba el concepto que la enfermedad se debía a una toxina quizás liberada por el útero o la placenta. Entre las terapéuticas propuestas están la ovariectomía, mastectomía, descapsulación renal, orientación de la mujer en relación específica con el campo magnético de la tierra. Lo único cierto es que el reconocimiento de su causa es aun incompleto. (11, 13).

La clasificación de la Pre-eclampsia según el American College of Obstetricians and Gynecologists:

Leve o mínima: presión arterial de 140/90 mm. de Hg a 160/110 mm de Hg y proteinuria de menos de 5 grs. en orina de 24 hrs.

Severa o Profunda: Presión arterial de 160/110 mm. de Hg o más, y proteinuria de 5 grs. o más en orina de 24 hrs.

Además se pueden presentar oliguria, alteraciones de la conciencia, edema pulmonar o cianosis, dolor epigástrico, alteraciones de la función hepática y trombocitopenia. (1)

La pre-eclampsia persiste como un problema de salud mundial. Ocupa una de las primeras causas de muerte materna con repercusiones graves, incluyendo la pérdida fetal. (1.9)

Se conoce la patogenia del cuadro, y a pesar de los adelantos de la medicina moderna, la causa continúa siendo desconocida. (1, 7, 8, 9, 11,). La etiología se ha relacionado con factores genéticos, inmunológicos y ambientales (11).

Existen aspectos epidemiológicos que permiten identificar factores de riesgo: edad, estado socioeconómico, estado civil, escolaridad, nivel cultural, inestabilidad física, emocional y económica de la pareja, paridad, falta de control prenatal, enfermedades añadidas (obesidad, diabetes, mellitus, hipertensión arterial, nefropatías, etc.). (1, 8, 9). Una problemática a un no resuelta es la morbilidad fetal (inmadurez y prematurez), repercutiendo en las bajas calificaciones de APGAR y el retardo de crecimiento intrauterino. (9).

La mayoría de los decesos (en madres e hijos), ocurre en primigestas. Por lo que se considera importante recalcar la falta o regularidad de control prenatal, lo que sin duda contribuye a retraso en el diagnóstico y tratamiento oportuno de este controvertido síndrome (1).

No hay certeza de que la pre-eclampsia pueda prevenirse, pero si puede evitarse la progresión hacia formas mas graves. (8).

La pre-eclampsia surge al momento de la implantación, razón por la cual no es evitable. Los cambios surgen en el primer trimestre y establecen la relación que



manifestará clínicamente a finales del embarazo. Los primeros cambios se deben a la falta de invasión trofoblástica en las arterias espirales o helicinas, y ello mas tarde ocasiona lesión de las células del endotelio con depósitos de productos de fibrina. Al final un cambio en la biosíntesis de prostaciclina en la placenta produce alteraciones en la reactividad cardiovascular y las manifestaciones clínicas finales de vasoespasmo e hipertensión arterial.

La etiología de este síndrome se ha relacionado con factores genéticos, inmunológicos ambientales, (11, 14, 16, 17).

Diversos autores han denominado a la pre-eclampsia como la enfermedad de las teorías, ya que existen una gran variedad de éstas tratando de explicar la etiología de la misma. (8).

En estudios realizados en el hospital de la mujer S.S. sobre el análisis de 190 casos de eclampsia, por la Dra. Yolanda E. Rivas y Colaboradores, en el lapso comprendido del 1º de marzo de 1988 al 28 de febrero de 1992, menciona que la pre-eclampsia se complica hasta en un 6 a 8% de eclampsia de 0.2 a 0.25% de todos los embarazos, ocasionando una mortalidad materna de 10 a 15% y perinatal de 10 a 28% (1).

Una de las teorías mas aceptadas en la actualidad, es la que describe un desequilibrio entre la prostaciclina, sustancia con efecto vasodilatador y antiagregante plaquetario, y el tromboxano, potente vasoconstrictor capaz de agregar las plaquetas. También hay aumento de endotelina y disminución del factor relajante derivado del endotelio, lo que hace suponer que se trata de una competencia entre sustancias vasodilatadoras y antiagregantes plaquetarias con sustancias vasoconstrictoras y con capacidad de agregar dichas células predominando las últimas trayendo como consecuencia aumento de la presión arterial, lentitud circulatoria con hipoxia secundaria, depósitos de fibrinas, alteraciones de la coagulación, de la permeabilidad capilar, fuga de filtrado al

espacio extravascular ocasionado hipovolemia y edema. Al alza tensional contribuye también la mayor reactividad de los vasos a sustancias constrictoras que tienen esta enfermas.

Las alteraciones descritas inician a nivel de la circulación útero-placentaria, generalizándose posteriormente, esto hace a la toxemia el prototipo de enfermedad sistémica con un cuadro clínico diverso dependiendo en cada caso del o los órganos afectados razón por la cual siempre se debe tener en mente que cada mujer puede expresar diferentes síntomas o signos (1).

Friedman y colaboradores (9) proponen un modelo que expresa sus criterios en la fisiopatología de la pre-eclampsia. En el centro extraía el daño a las células endoteliales, que en opinión de los autores aparece en todos los casos de pre-eclampsia. Se desconoce la causa exacta de dicho daño, pero se piensa que el trofoblasto con deficiencia de riego sanguíneo produce un agente que es tóxico para las células endoteliales. En la pre-eclampsia idiopática, el riego deficiente de la unidad fetoplacentaria probablemente es consecuencia de las alteraciones de la invasión de las arterias helicinas por parte del trofoblasto: no se sabe si tal invasión se produce por causa bioquímicas, inmunitarias o genéticas, pero todos los mecanismos mencionados pudieran intervenir. La pre-eclampsia aparece preferentemente en el primer embarazo, aunque no en los siguientes y es más frecuente en embarazos con un nuevo cónyuge disminuye su frecuencia después de métodos anticonceptivos de barrera y todos los factores mencionados sugieren un componente inmunitario . sea cual sea el mecanismo que intervenga en la pre-eclampsia , el resultado común es la deficiencia del riego del trofoblasto, que a su vez incita la producción de una toxina endotelial. Como resultado del daño endotelial , se deteriora la integridad del árbol vascular, la producción de vasodilatadores endógenos y la conservación de la actividad anticoagulante . Los signos y síntomas clínicos de la pre-eclampsia son consecuencia directas de tales alteraciones.

Otro aspecto del modelo que se desea destacar son las "asas" de retroalimentación positiva, la disminución en la producción fetoplacentaria de prostaciclina, la activación de la coagulación intravascular y el vasospasmo arterial se combinan para disminuir más el riego placentario. Otra "asas" sería la posibilidad de que el endotelio dañado por activación de la coagulación y mayor vasospasmos, produzcan mayor daño en el mismo (14)

Redman y Jefferies, proponen a una definición de la pre-eclampsia la cual se basa en los niveles de presión sanguínea absoluta y un incremento del valor basal en la primera mitad del embarazo, no existiendo requerimientos de proteinuria (2).

Tsukimori-K; Maeda H. y colaboradores, realizaron un estudio en mujeres japonesas (embarazadas pre-eclámpicas, embarazadas sanas y mujeres no embarazadas), investigaron el efecto lesionante de suero de mujeres con pre-eclampsia en células endoteliales cultivadas, células de músculo liso vascular y fibroblasto; los sueros de mujeres con pre-eclampsia demostraron significativamente mayor lesión de la célula endotelial que los sueros de las sujetos normales embarazadas y no embarazadas.

Las mujeres embarazadas y la pre-eclámpicas no difirieron mucho con respecto tanto al daño de la célula del músculo liso vascular como a la lesión del fibroblasto. Estos resultados indican que un suero citotóxico para las células endoteliales está presente en la pre-eclampsia y que ésta actividad tiene una especificidad para las células endotelias. No existe uniformidad de criterios en el manejo de la embarazada pre-eclámpica, se debe hospitalizar a la paciente en el momento del diagnóstico, para evaluación del estado madre y feto (7, 8, 9, 12, 14, 23).

### **Tratamiento de la pre-eclampsia leve:**

La terapéutica consiste en: reposo en cama y parto. Se debe hospitalizar a la paciente al hacerse el diagnóstico de pre-eclampsia para disminuir la probabilidad de convulsiones y aumentar la supervivencia fetal. Ya que prevenir el parto prematuro es menos costoso que la asistencia de un lactante prematuro.

Posteriormente, vigilar a la paciente de manera externa dos veces por semana (medición de T.A; edema y proteinuria). Advertir a la paciente sobre las señales de peligro, como cefalea intensa, dolor epigástrico y alteraciones visuales, para que avisen de inmediato al médico y a la probabilidad de hospitalización.

Una vez por semana se debe determinar la función hepática, ácido úrico, electrolitos, albúmina sérica, y cada dos semanas, se deben realizar valores de la edad gestacional y peso fetal mediante ultrasonido.

Solo se administran medicamento antihipertensivos, si la T.A. diastólica sobrepasa los 100 mm. de Hg y la edad gestacional es de 28 semanas o menos.

### **Tratamiento de la pre-eclampsia severa o profunda.**

Las finalidades de este tratamiento son: 1)prevenir las convulsiones; 2) control de T.A. materna y 3) iniciar el parto. Este último punto es el modo definitivo de tratamiento. Si se desarrolla pre-eclampsia a las 36 semanas o después, o si hay pruebas de maduración pulmonar fetal y peligro para el feto.

Al empeorar la pre-eclampsia se deben emplear corticosteroides para acelerar la maduración pulmonar fetal.

Si se espera el nacimiento de un lactante antes de término (menos de 36 semanas de gestación), es recomendable la transferencia de la madre a un centro de cuidados terciarios, para garantizar la asistencia intensiva neonatal adecuada.

En nuestra clínica hospital "Dr. Daniel Gurria Urgell", no existe protocolo de tratamiento para embarazada pre-eclámpticas, se intenta seguir algunos lineamientos como hospitalización de la paciente al momento del diagnóstico para realizar valoraciones de la madre y el producto se intenta tratamiento conservador en pacientes con embarazo entre 24 y 27 semanas, siempre y cuando el feto este vivo y no haya recibido tratamiento previo.

En las primeras 48 horas se hospitaliza a la paciente, el control de la T.A. se realiza con nifedipina 10 mgs., cada 6 u 8 horas. y nifedipina sublingual P.R.N.. otro antihipertensor que se utiliza es la hidralazina, se intenta llevar la presión diastólica a menos de 110 mm. de Hg en mujeres mayores de 20 años, y a menos de 100 mm. de Hg en menores de 20 años. Si es necesario, se deben prevenir las convulsiones.

Se deben utilizar corticosteroides si el embarazo llega a 28-32 semanas. Optimizar con expansores. Plasma o solución glucosada al 100% dependiendo de la P.V.C. (presión venosa central) valoración de la f.c. (frecuencia cardiaca), f.r. (frecuencia respiratoria), t.a. (tensión arterial), f.c.f. (frecuencia cardiaca fetal), por turno. Estudios de laboratorio (mediciones de proteínas en orina, valor hematocrito, números de plaquetas, y estudios de función hepática), y ultrasonido fetal.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La pre-eclampsia es una enfermedad de aparición natural, propia y característica de la mujer embarazada. Surge desde el momento de la implantación, razón por la cual no es evitable, pero se manifiesta clínicamente hasta después de la vigésima semana de gestación (9.25)

Es frecuente en primigestas jóvenes o añosas, de nivel socioeconómico bajo, desnutrición, sin control prenatal, con stress, embarazos múltiples, hipertensión arterial crónica, nefropatías, diabetes mellitus, con antecedentes de pre-eclampsia, eclampsia.

Es una causa importante de morbimortalidad materno-infantil. Se presenta aproximadamente en un 2 a 8% de la población general. Razón por la cual nos avocamos a investigar ¿cual es el porcentaje de pacientes que presentan pre-eclampsia en la clínica hospital "Dr. Daniel Gurría Urgell"?

## JUSTIFICACIÓN

La frecuencia de la pre-eclampsia a nivel universal es de 2ª 8%.

Es una de las tres primeras causas de muerte materno-infantil y causa importante de complicaciones graves durante el embarazo; por lo que es necesario para el medico familiar, educar a la paciente mediante un control prenatal adecuado, con vigilancia estrecha del entorno de la paciente , lo que repercutirá en la obtención del binomio sano madre-hijo, lo cual originará menor ingreso hospitalario de la enferma y del infante ,con un menor costo a los servicios de salud.

## OBJETIVO GENERAL

*Determinar la frecuencia de pre-eclampsia en la población derecho-habiente de mujeres embarazadas en la clínica hospital "Dr .Daniel Gurria Urgell"*

## OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.- Conocer los factores de riesgo mas frecuentes en la población derechohabiente de mujeres pre-eclampticas en ésta clínica hospital .
- 2.- Determinar la edad mas frecuente en que presenta la pre-eclampsia en esta población.
- 3.- Conocer los síntomas mas persistentes en estas pacientes .
- 4.- Buscar soluciones para disminuir la presencia de este síndrome y por lo tanto evitar la morbilidad en madres e hijos y evitar sobreinversiones para la institución.



## METODOLOGÍA

### Tipo de estudio

- 1) Observacional.
- 2) Descriptivo.
- 3) Transversal.
- 4) Retrospectivo.

### Grupos de estudio.

Grupo problema.

Mujeres embarazadas con factores de riesgo para pre-eclampsia de derechohabientes de la clínica hospital "Dr. Daniel Gurria Urgell".

Grupo testigo.

No hay.

### Tamaño de la muestra.

Todas las mujeres embarazadas con factores de riesgo para pre-clampsia, derechohabientes de la clínica hospital "Dr. Daniel Gurria Urgell", que acudieron al servicio de gineco-obstetricia del tro. de enero al 30 de junio de 1995.

### Criterios de inclusión.

Se basará en todas las pacientes embarazadas que tengan factores de riesgo para pre-eclampsia, que se atendieron en la clínica hospital "Dr. Daniel Gurria Urgell", en el lapso comprendido del tro. de enero al 30 de junio de 1995.

### **Criterios de exclusión.**

Todas las pacientes embarazadas derechohabientes de la clínica hospital "Dr. Daniel Gurria Urgell", que no tengan factores de riesgo para pre-eclampsia o que presenten patología no relacionada con la pre-eclampsia.

### **Criterios de eliminación.**

No existe, ya que es un estudio retrospectivo.

## **CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS (SE ADJUNTA AL FINAL).**

### **Descripción general del estudio.**

Se efectuaron revisiones bibliográficas, posteriormente se realiza un resumen de los factores y antecedentes considerados de riesgo o predisponentes en la pre-eclampsia, a continuación se realiza una revisión de todos los expedientes clínicos de las pacientes derechohabientes que acudieron a la clínica hospital "Dr. Daniel Gurria Urgell", en estado de gravidez con factores de riesgo para pre-eclampsia en el período comprendido del 1ro. de enero al 30 de junio de 1995 Para conocer las características generales de las pacientes se tomaron las siguientes variables: Edad, domicilio, estado socio-económico, estado civil, ocupación, escolaridad, antecedentes gineco-obstetricos, atención prenatal, complicaciones durante el embarazo, hipertensión arterial, infecciones de vías urinarias, aumento de peso mayor que el normal durante la gestación, resultados perinatales, complicaciones durante el trabajo de parto, vías de resolución del embarazo, antecedentes de diabetes mellitus, etc; y al final, se efectuó la cuantificación en el número de casos con estos factores y por conteo de éstos

expedientes se reportan los resultados en forma porcentual, por medio de tablas y gráficas porcentuales.

## **RECURSOS.**

### **Humanos.**

Asesor Médico, archivista y estadígrafo.

### **Físicos.**

Artículos y libros de Gineco-obstetricia, calculadora, máquina de escribir, corrector, hojas blancas, lápiz, lapiceros, borrador, escritorio y expedientes clínicos.

## **FINANCIAMIENTO.**

Recursos propios del investigador.

## **ASPECTOS ETICOS.**

Como es un estudio retrospectivo, observacional, transversal y descriptivo, no se perjudica a éstas pacientes, solo se observan resultados porcentuales y factores asociados.

Declaración de Helsinki y la Ley General de Salud en materia de Investigación S. S. A.

## RESULTADOS

De los 100 expedientes clínicos revisados, durante el período estudiado (1ro. de enero al 30 de junio de 1995), se encontró una incidencia de pre-eclampsia de 11% y eclampsia de 1% lo que corresponde a 11 casos de pre-eclampsia y un caso de eclampsia por cada 100 embarazadas derechohabientes de la clínica hospital "Dr. Daniel Gurria Urgell".

El grupo de edad en que se presentó con mayor frecuencia fue el de 26 a 30 años en 7 pacientes, lo que corresponde a un 63.63%, seguido de el de 36 a 40 años en 2 pacientes, que equivale al 18.18% en los grupos de 15 a 20 y 31 a 35 años, encontramos un paciente en cada grupo que corresponde al 9.9% (gráfica No. 1). La escolaridad y ocupaciones se observan en las (gráficas 2 y 3) destacando un alto porcentaje con estudio medio y superior: 7 pacientes con licenciaturas (63.63%), 2 pacientes con carrera tecnológica (18.18%), una paciente con bachillerato completo (9.09%) respecto a la ocupación el mayor número fue de maestras con 5 pacientes (45.45%) seguida de 3 pacientes que se dedican a las labores del hogar (27.27%); dos pacientes ocupan puestos administrativos (Secretarias y Prefecta)(18.18%); y finalmente una enfermera (9.09%) En el tipo de derechohabiente, el grupo más numeroso correspondió a 8 pacientes trabajadoras (72.72%); y las tres pacientes restantes, eran esposas de trabajador (27.27%). (gráfica No. 4). Al revisar el estado civil se encontró que 8 estaban casadas (72.72%) y 3 solteras (27.27%). (Gráfica No. 5). La gráfica No. 6, muestra que 5 pacientes (45.45%), llevó control prenatal regular; 4 pacientes llevaron control prenatal irregular (36.36%) y 2 pacientes 18.18% no llevaron control prenatal, analizando el número de gestaciones destacaron las primigestas con 7 pacientes, que equivalen a un 63.63% 3 pacientes son secundigestas con un 27.27% y solamente una paciente tercigestas correspondiente a un 9.09% representada en la gráfica No. 7. En las gráficas 8, 9 y 10 observamos que solo hubo antecedentes de una paciente con un aborto anterior (9.09%), una paciente con un segundo parto anterior (9.09%) y dos pacientes con una cesárea anterior (8.18%).

Se aprecia la Tríada hipertensión arterial (100%);proteinuria en 8 pacientes (72.72%) y edema en 9 pacientes (81.81%); representada en las gráficas No. 11, 12 y 13 respectivamente. Las alteraciones neurológicas como cefalea, acúfenos, fosfenos, visión borrosa, irritabilidad, mareos, etc. Se presentaron en 5 pacientes, lo que equivale hasta un 45.55% (gráfica No. 14). En la gráfica 15 se presentan enfermedades maternas asociadas. Encontrando 2 pacientes con diabetes mellitus gestacional (18.18%). Las infecciones de vías urinarias estuvieron presentes en 8 pacientes (72.72%). 6 pacientes eran obesas (54.54%). No se observaron antecedentes de pre-eclampsia-eclamsia. La vía de resolución de embarazo se observa en la gráfica No. 16 obteniendo un 72.72% con 8 pacientes atendidas por cesárea y un 27.27% con 3 pacientes que evolucionaron con parto fisiológico.

En las últimas 4 gráficas (17, 18, 19 y 20) se representa el peso, APGAR prematuz y sexo del producto. Encontramos 3 niños (27.27%) con peso de 3.500 kgs.; 3 grupos de 2 niños (18.18%) con peso de 2.300; 3.200 y 4.200 kgs. Respectivamente y dos grupos de 1 niño (9.09%) con peso de 2.750 y 3.800 kgs. El APGAR en 9 niños (81.81%) fue de 8 al minuto y 9 a los cinco minutos y dos niños (18.18%), nueve al minuto y nueve a los 5 minutos.

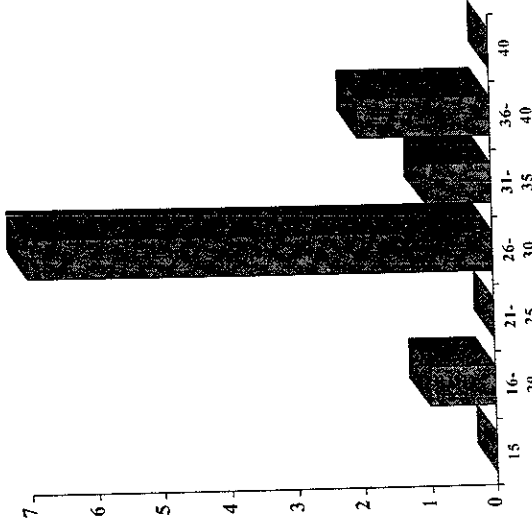
Encontramos 4 niños (76.76%) prematuzos.

7 niños (63.63%) fueron del sexo masculino y 4 del sexo femenino (36.36%).

# EDAD

GRAFICA Nº1

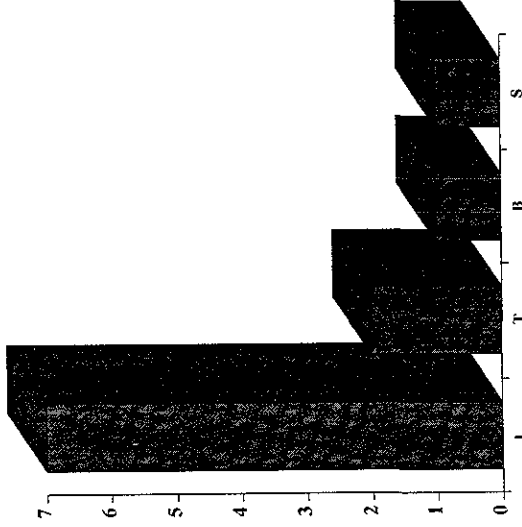
| EDAD  | CANTIDAD | PORCENTAJE |
|-------|----------|------------|
| <15   | 0        | 0 %        |
| 15-20 | 1        | 9.09 %     |
| 21-25 | 0        | 0 %        |
| 26-30 | 7        | 63.63 %    |
| 31-35 | 1        | 9.09 %     |
| 36-40 | 2        | 18.18 %    |
| > 40  | 0        | 0 %        |
| TOTAL | 11       | 100 %      |



EL GRUPO DE EDAD EN QUE SE PRESENTO CON MAYOR FRECUENCIA FUE EL DE 26 A 30 AÑOS EN 7 PACIENTES QUE EQUIVALE AL 63.63 %, SEGUIDO DEL GRUPO DE 36 A 40 AÑOS EN PACIENTES QUE CORRESPONDE AL 18.18 %, EN LOS GRUPOS DE 15 A 20 Y DE 31 A 35 AÑOS ENCONTRAMOS 1 PACIENTE QUE CORRESPONDE AL 9.09 %.

# ESCOLARIDAD

GRAFICA N°2



(L)-LICENCIATURA (T)-TECNOLOGICAS (B)-BACHILLERATO (S)-SECUNDARIA

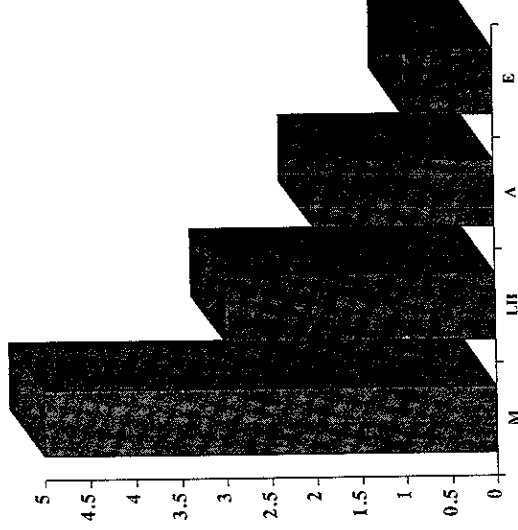
| GRADO        | CANTIDAD | PORCENTAJE |
|--------------|----------|------------|
| LICENCIATURA | 7        | 63.63 %    |
| TECNOLOGICAS | 2        | 18.18 %    |
| BACHILLERATO | 1        | 9.09 %     |
| SECUNDARIA   | 1        | 9.09 %     |
| TOTAL        | 11       | 100 %      |

EL PORCENTAJE CON ESTUDIOS MEDIO Y SUPERIOR FUE ALTO CON 7 PACIENTES CON LICENCIATURA (63.63 %); 2 PACIENTES CON CARRERAS TECNOLOGICAS (18.18 %); UNA PACIENTE CON BACHILLERATO COMPLETO (9.09 %) Y UNA PACIENTE CON SECUNDARIA COMPLETA (9.09 %).

# OCUPACION

GRAFICA Nº3

| OCUPACION         | CANTIDAD | PORCENTAJE |
|-------------------|----------|------------|
| MAESTRA           | 5        | 45.45 %    |
| LABORES DEL HOGAR | 3        | 27.27 %    |
| ADMINISTRATIVA    | 2        | 18.18 %    |
| ENFERMERA         | 1        | 9.09 %     |
| TOTAL             | 11       | 100 %      |



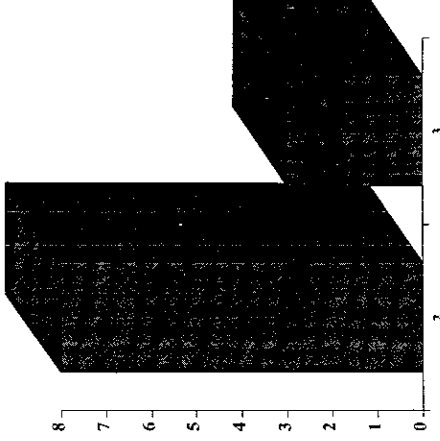
(M) -MAESTRA (LH)-LABORES DEL HOGAR (A)-ADMINISTRATIVA  
(E)-ENFERMERA

DE ACUERDO A LA OCUPACION EL MAYOR NUMERO FUE EL DE MAESTRAS CON 5 PACIENTES QUE CORRESPONDE AL 45.45 %, SEGUIDA DE 3 PACIENTES QUE SE DEDICAN A LAS LABORES DEL HOGAR, EQUIVALENTE AL 27.27 %, 2 PACIENTES QUE OCUPAN PUESTOS ADMINISTRATIVOS (SECRETARIA, PREFECTA, ETC.) REPRESENTANDO EL 18.18 %, Y FINALMENTE 1 ENFERMERA CORRESPONDIENDO AL 9.09 %.



# TIPO DE DERECHOHABIENTE

GRAFICA Nº4



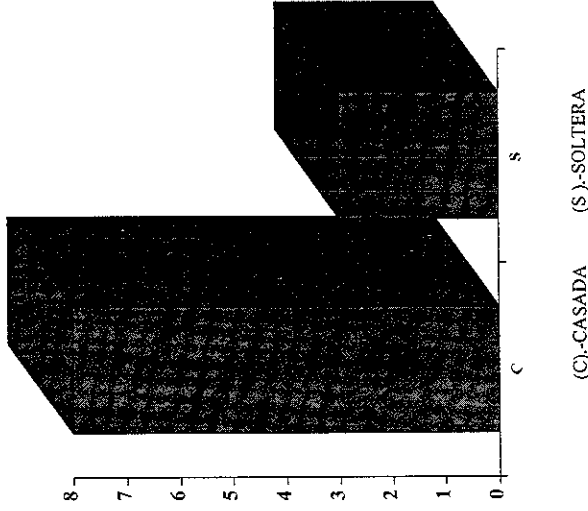
| TIPO DE DERECHOHABIENTE | CANTIDAD | PORCENTAJE |
|-------------------------|----------|------------|
| TRABAJADORA             | 8        | 72.72 %    |
| ESPOSA DE TRABAJADOR    | 3        | 27.27 %    |
| TOTAL                   | 11       | 100 %      |

(2)-TRABAJADORA (3)-ESPOSA DE TRABAJADOR

8 PACIENTES SON TRABAJADORAS (72.72 %) Y 3 PACIENTES SON ESPOSA DE TRABAJADOR (27.27 %).

# ESTADO CIVIL

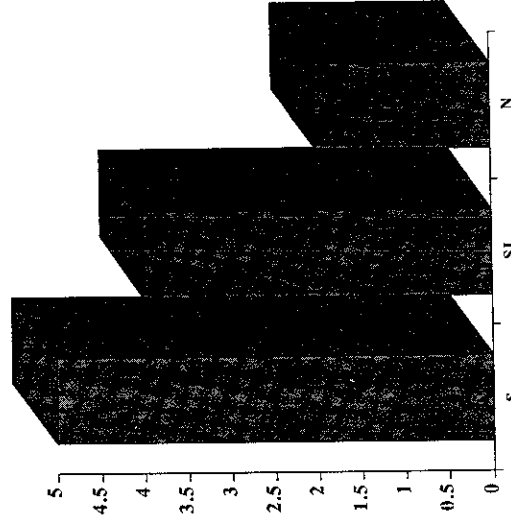
GRAFICA N°5



ENCONTRAMOS 8 PACIENTES CASADAS (72.72 %) Y 3 PACIENTES SOLTERAS (27.27 %).

# CONTROL PRENATAL

GRAFICA N°6



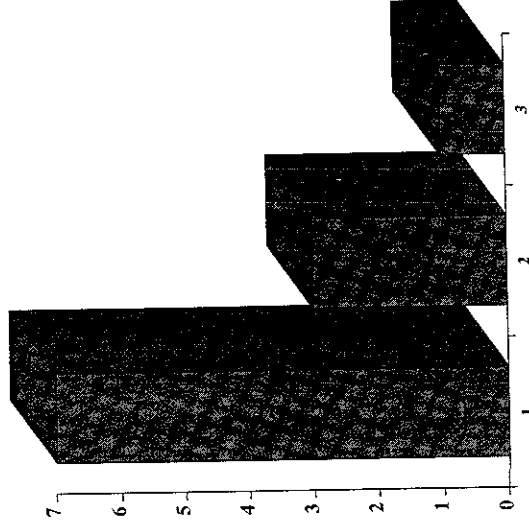
| CONTROL PRENATAL                  | CANTIDAD | PORCENTAJE |
|-----------------------------------|----------|------------|
| SI LLEVO CONTROL PRENATAL REGULAR | 5        | 45.45 %    |
| LLEVO CONTROL PRENATAL IRREGULAR  | 4        | 36.36 %    |
| NO LLEVO CONTROL PRENATAL         | 2        | 18.18 %    |
| TOTAL                             | 11       | 100 %      |

(S) -SI LLEVO CONTROL PRENATAL REGULAR  
 (SI) -LLEVO CONTROL PRENATAL IRREGULAR  
 (N) -NO LLEVO CONTROL PRENATAL

# GESTACIONES

GRAFICA Nº7

| GESTACIONES       | CANTIDAD | PORCENTAJE |
|-------------------|----------|------------|
| PRIMERA GESTACION | 7        | 63.63 %    |
| SEGUNDA GESTACION | 3        | 27.27 %    |
| TERCERA GESTACION | 1        | 9.09 %     |
| TOTAL             | 11       | 100 %      |



(1)-PRIMERA GESTACION

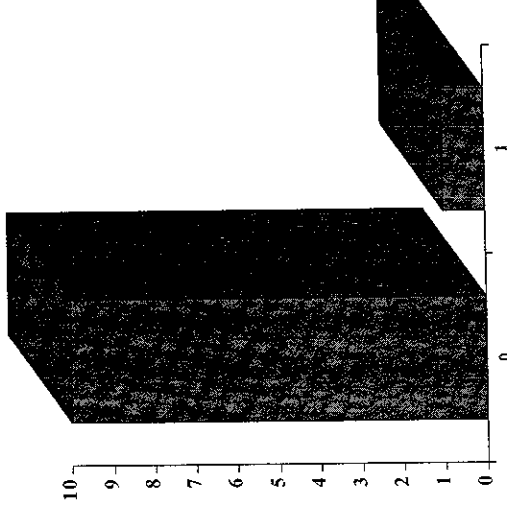
(2)-SEGUNDA GESTACION

(3)-TERCERA GESTACION

# ABORTOS

GRAFICA Nº8

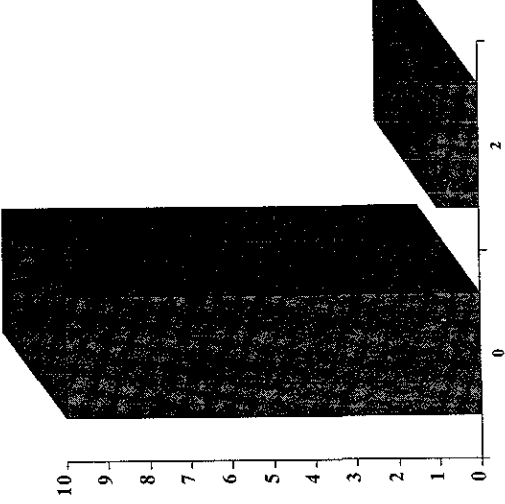
| ABORTOS            | CANTIDAD | PORCENTAJE |
|--------------------|----------|------------|
| CERO ABORTOS       | 10       | 90.90 %    |
| UN ABORTO ANTERIOR | 1        | 9.09 %     |
| TOTAL              | 11       | 100 %      |



(0).-CERO ABORTOS (1) -UN ABORTO ANTERIOR

# PARIDAD

GRAFICA N°9



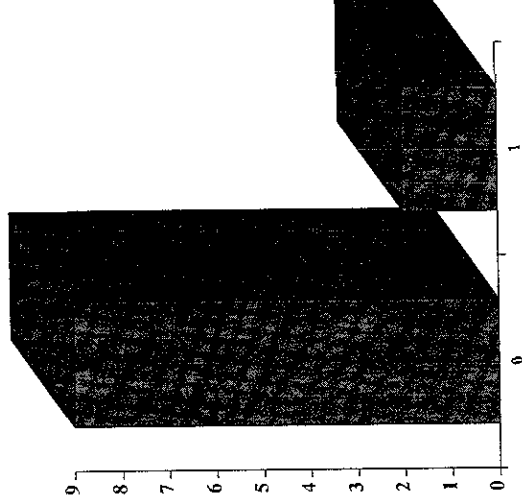
(0).-CERO PARTOS      (2).-SEGUNDO PARTO

| PARIDAD       | CANTIDAD | PORCENTAJE |
|---------------|----------|------------|
| CERO PARTOS   | 10       | 90,90 %    |
| SEGUNDO PARTO | 1        | 9,09 %     |
| TOTAL         | 11       | 100 %      |

# CESAREAS

GRAFICA Nº10

| CESAREAS              | CANTIDAD | PORCENTAJE |
|-----------------------|----------|------------|
| CERO CESAREA ANTERIOR | 9        | 81.81%     |
| UNA CESAREA ANTERIOR  | 2        | 18.18 %    |
| TOTAL                 | 11       | 100 %      |

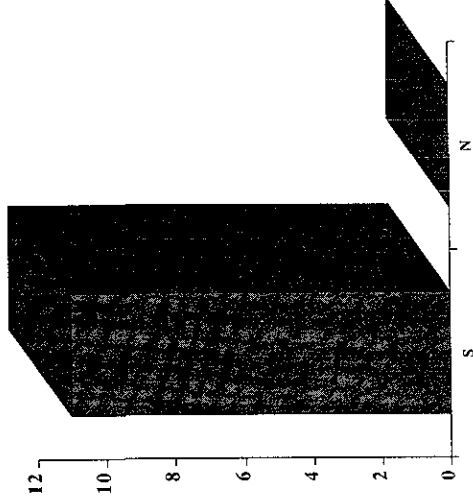


(0).-CERO CESAREA ANTERIOR (1).-UNA CESAREA ANTERIOR

# HIPERTENSION ARTERIAL

GRAFICA Nº11

| HIPERTENSION ARTERIAL                | CANTIDAD | PORCENTAJE |
|--------------------------------------|----------|------------|
| SI PRESENTARON HIPERTENSION ARTERIAL | 11       | 100 %      |
| NO PRESENTARON HIPERTENSION ARTERIAL | 0        | 0 %        |
| TOTAL                                | 11       | 100 %      |

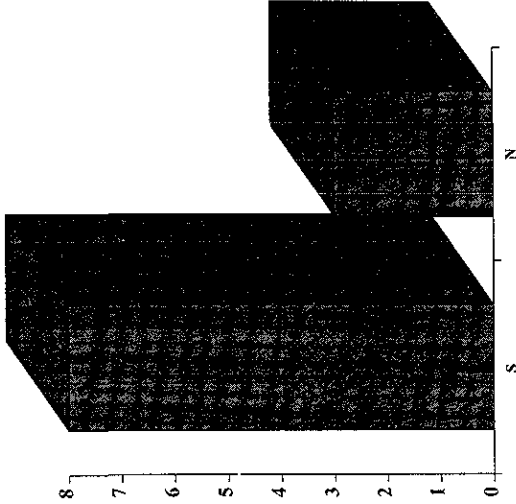


(S)-SI PRESENTARON HIPERTENSION ARTERIAL  
 (N) -NO PRESENTARON HIPERTENSION ARTERIAL



# PROTEINURIA

GRAFICA Nº12



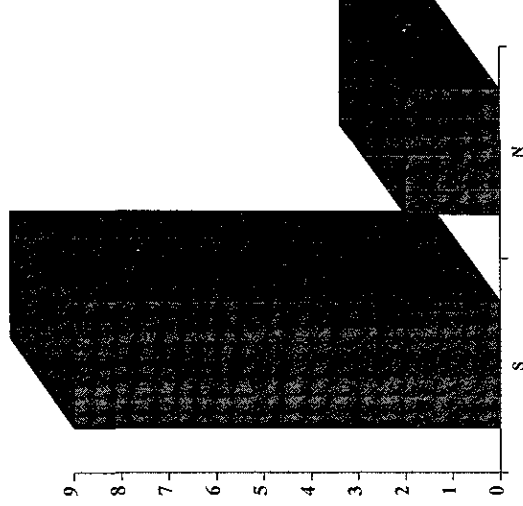
| PROTEINURIA                | CANTIDAD | PORCENTAJE |
|----------------------------|----------|------------|
| SI PRESENTARON PROTEINURIA | 8        | 72.72%     |
| NO PRESENTARON PROTEINURIA | 3        | 27.27%     |
| TOTAL                      | 11       | 100%       |

(S) -SI PRESENTARON PROTEINURIA (N) -NO PRESENTARON PROTEINURIA

# PRESENCIA DE EDEMA

GRAFICA Nº13

| EDEMA                | CANTIDAD | PORCENTAJE |
|----------------------|----------|------------|
| SI PRESENTARON EDEMA | 9        | 81.81 %    |
| NO PRESENTARON EDEMA | 2        | 18.18 %    |
| TOTAL                | 11       | 100 %      |

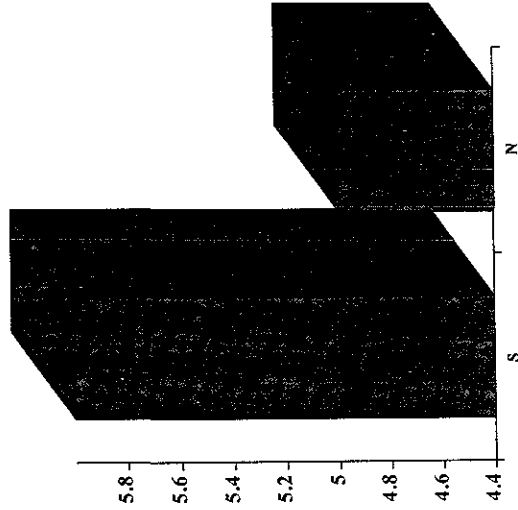


(S)-SI PRESENTARON EDEMA (N)-NO PRESENTARON EDEMA

# ALTERACIONES NEUROLOGICAS

GRAFICA N°14

| ALTERACIONES NEUROLOGICAS               | CANTIDAD | PORCENTAJE |
|---|----------|------------|
| SI EXISTIERON ALTERACIONES NEUROLOGICAS | 6        | 54.54 %    |
| NO EXISTIERON ALTERACIONES NEUROLOGICAS | 5        | 45.45 %    |
| TOTAL                                   | 11       | 100 %      |

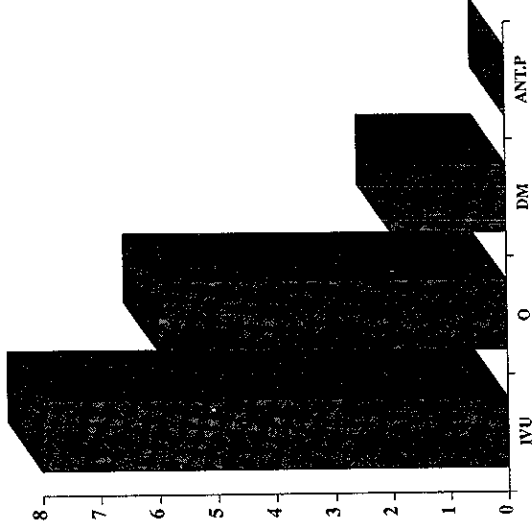


(S).-SI EXISTIERON ALTERACIONES NEUROLOGICAS  
 (N).-NO EXISTIERON ALTERACIONES NEUROLOGICAS

# ENFERMEDADES MATERNAS

GRAFICA Nº15

| ENFERMEDADES MATERNAS        | CANTIDAD | PORCENTAJE |
|------------------------------|----------|------------|
| INFECCION DE VIAS URINARIAS  | 8        | 72.72 %    |
| OBESIDAD                     | 6        | 54.54 %    |
| DIABETES MELLITUS            | 2        | 18.18 %    |
| ANTECEDENTE DE PRE-ECLAMPSIA | 0        | 0 %        |

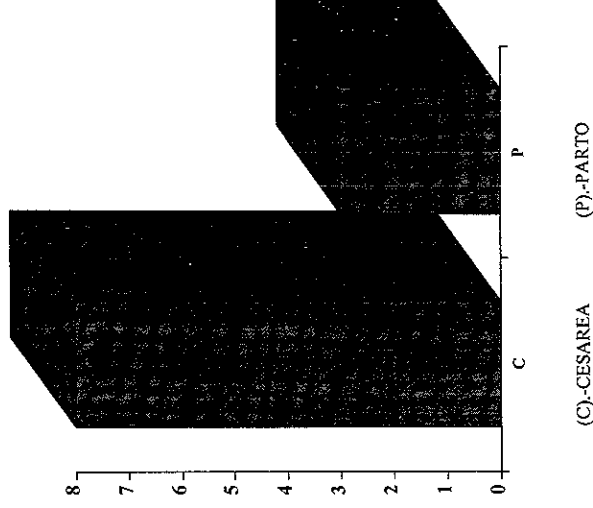


(IVU).-INFECCION DE VIAS URINARIAS  
(O).-OBESIDAD  
(DM).-DIABETES MELLITUS  
(ANT P).-ANTECEDENTE DE PRE-ECLAMPSIA

# VIA DE RESOLUCION DEL EMBARAZO

GRAFICA Nº16

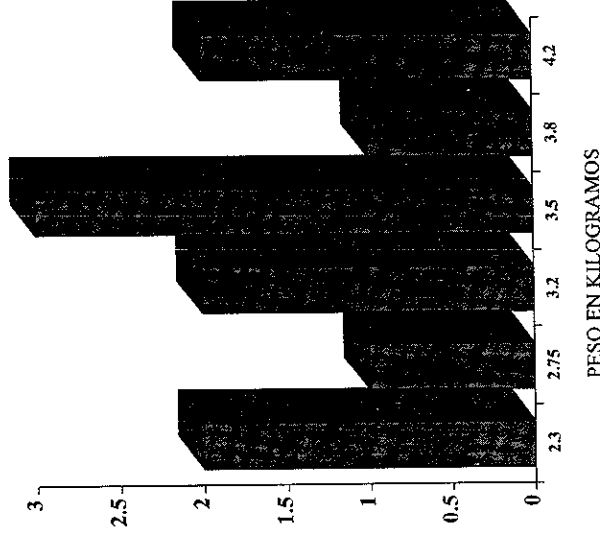
| VIA DE RESOLUCION DEL EMBARAZO | CANTIDAD | PORCENTAJE |
|--------------------------------|----------|------------|
| CESAREA                        | 8        | 72.72 %    |
| PARTO                          | 3        | 27.27 %    |
| TOTAL                          | 11       | 100 %      |



# PESO DEL PRODUCTO

GRAFICA N°17

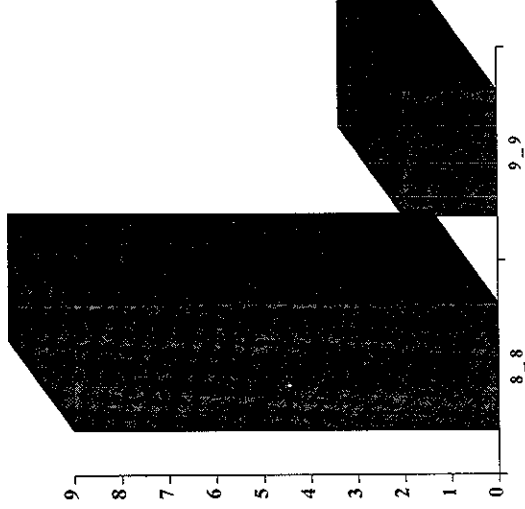
| PESO DEL PRODUCTO | CANTIDAD | PORCENTAJE |
|-------------------|----------|------------|
| 2.30 KG           | 2        | 18.18 %    |
| 2.75 KG           | 1        | 9.09 %     |
| 3.20 KG           | 2        | 18.18 %    |
| 3.50 KG           | 3        | 27.27 %    |
| 3.80 KG           | 1        | 9.09 %     |
| 4.20 KG           | 2        | 18.18 %    |
| TOTAL             | 11       | 100 %      |



# APGAR

GRAFICA N°18

| APGAR                              | CANTIDAD | PORCENTAJE |
|------------------------------------|----------|------------|
| CALIFICACION APGAR AL MINUTO       | 9        | 81.81 %    |
| CALIFICACION APGAR A LOS 5 MINUTOS | 2        | 18.18 %    |
| TOTAL                              | 11       | 100 %      |

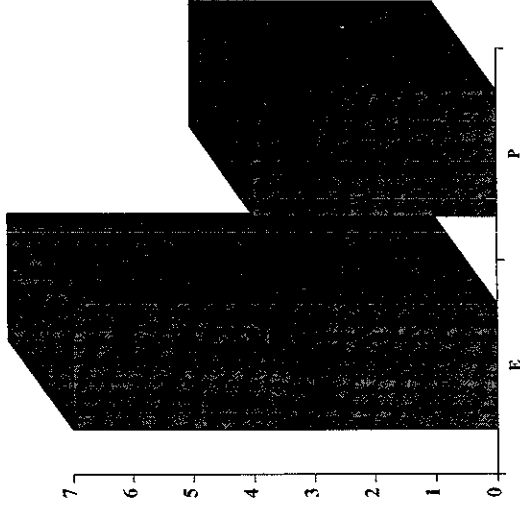


CALIFICACION APGAR AL MINUTO Y A LOS 5 MINUTOS

# PREMATUREZ DEL PRODUCTO

GRAFICA Nº19

| PREMATUREZ DEL PRODUCTO | CANTIDAD | PORCENTAJE |
|-------------------------|----------|------------|
| EUTOCICO                | 7        | 63.63 %    |
| PREMATURO               | 4        | 36.36 %    |
| TOTAL                   | 11       | 100 %      |



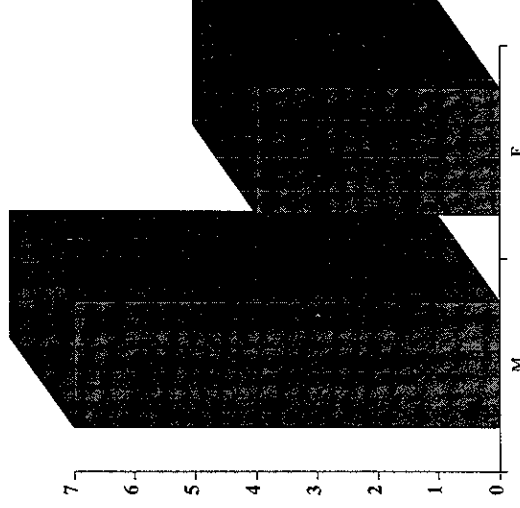
(E)-EUTOCICO (P)-PREMATURO



# SEXO DEL PRODUCTO

GRAFICA N°20

| SEXO DEL PRODUCTO | CANTIDAD | PORCENTAJE |
|-------------------|----------|------------|
| MASCULINO         | 7        | 63.63 %    |
| FEMENINO          | 4        | 36.36 %    |
| TOTAL             | 11       | 100 %      |



(M)-MASCULINO (F)-FEMENINO

## DISCUSION

La pre-eclampsia es aun un grave problema de salud pública. Ocupa un importante lugar en la morbimortalidad materno-infantil, con severas repercusiones que incluyen hasta la pérdida fetal.

La etiología continúa siendo desconocida, aunque epidemiológicamente existen algunos aspectos que permiten identificar factores de riesgo.

En éste estudio se analizan estos factores de riesgo, así como la frecuencia en nuestra población derechohabiente, para intentar acciones que sí bién no previenen la enfermedad, al menos eviten la progresión a forma mas graves.

El estudio demuestra una incidencia de 11% de pre-eclampsia de los 100 expedientes revisados con factores de riesgo para este síndrome.

Existen reportes (1, 7, 9 y 10) con variación de incidencia que oscila entre 6 a 8%. En este estudio, es preciso mencionar, que esta cifra es mas alta debido a que los expedientes revisados fueron de pacientes embarazadas con factores de riesgos predisponentes y no de embarazadas en general.

Respecto a la edad, está osciló entre 15 y 40 años, observando que un porcentaje significativo 81.7% se encontraban en edad productiva y la cifra mas alta la encontramos entre el grupo de edad de 26 a 30 años, lo que contrasta con los estudios realizados por la Dra. Yolanda E: Rivas R: y Cols. (1) los cuales reportan que el grupo de edad de 15 a 20 años fue el que presentó con mas frecuencia esta patología. Respecto a la escolaridad, ocupación y estado civil existe gran divergencia entre este estudio y el estudio mencionado, lo cual se debe al tipo de población estudiada, ya que encontramos que la mayoría son trabajadoras, con Licenciatura (Maestras) y casadas (derechohabiente del I.S.S.T.E.), mientras que los estudios divergentes (población abierta) reportan mujeres que se dedican a las labores del hogar o empleadas domésticas, con bajo grado de escolaridad y por lo general madres solteras.

En nuestras pacientes un 45% si llevó control pre-natal y un 36% lo llevó en forma irregular. Se puede decir que existió estabilidad económica y efectiva, variando con los estudios comparados donde se observó que el control prenatal fue casi nulo, existiendo gran inestabilidad económica y afectiva.

Un 63% de nuestras pacientes eran primigrávidas concordando con los estudios de Friedman y Cols. (9). Lo cual nos puede sugerir un componente inmunitario.

La hipertensión arterial se presentó en un 100% en nuestras pacientes, la proteinuria en un 72% y el edema en un 81%. Divergiendo de Redman y Jefferies (2) los cuales proponen una definición de la pre-eclampsia la cual se basa en los niveles de presión sanguínea absoluta y un incremento del valor basal en la primera mitad del embarazo, no existiendo requerimientos de proteinuria.

Encontramos hasta un 54% de alteraciones neurológicas en nuestras pacientes, y como enfermedades agregadas, un alto grado de infecciones de vías urinarias (72%), lo cual no fue significativo en los estudios de la Dra. Rivas y Cols. No encontrando antecedentes de pre-eclampsia concordando en la última variable con el estudio mencionado.

Un 72% de estos embarazos se resolvieron con cesárea coincidiendo con algunos de los estudios comparados (1, 9, 11 y 26). Si tomamos en cuenta que la pre-eclampsia es un estado crítico en el que la interrupción de la gestación constituye el único tratamiento, la incidencia de operación cesárea siempre será alta.

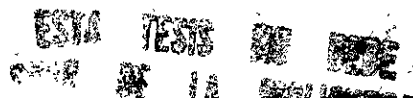
Un problema de salud persistente en la morbilidad fetal, confirmado por prematuridad (36%) y bajo peso al nacer (27%), coincidiendo con la Dra. Rivas y Cols. Por lo cual hacemos énfasis en la grave repercusión de la pre-eclampsia en el feto y neonato.

**Este estudio confirma, que a pesar de no existir un factor etiologico conocido de esta enfermedad, se puede valorar aspectos epidemiologicos que permite identificar factores de riesgo persistentes, que nos llevan a la aceptación de la multifactorialidad de este síndrome. Lo que a su vez nos permitirá mejorar la calidad en el control prenatal con especial vigilancia de los factores de riesgo.**

## CONCLUSIONES.

- 1.- La incidencia de pre-eclampsia en la clínica hospital "Dr. Daniel Gurria Urgell" fue del 11% y de eclampsia del 1%
- 2.- El síndrome fue mas frecuente en el grupo de edad de 26 a 30 años.
- 3.- El antecedente de pre-eclampsia-eclampsia, no fue significativo.
- 4.- Un 63% de los casos correspondió a primigestas.
- 5.- Los factores epidemiologicos asociados mas persistentes fueron: Alto Nivel académico, nivel socio-económico medio o alto, mujeres casadas que desempeñan rol de madre, esposa, amas de casa y empleadas, con grandes presiones y sometidas a stress constante.
- 6.- En las enfermedades asociadas, fue significativa la cifra de I.V.U. (72%), obesidad (54%) y diabetes mellitus gestacional (18%).
- 7.- Un 18% no llevó control prenatal y un 36% de este fue irregular.
- 8.- Se realizó cesárea en un 72% de las pacientes.
- 9.- Las repercusiones en el producto fueron prematuridad (36%) y bajo peso al nacer (27%).
- 10.- Los síntomas persistentes fueron: hipertensión arterial 100%; edema (81.8%); proteinuria (72.7%) y alteraciones neurológicas (45%).
- 11.- No se presentaron decesos maternos ni fetales.

La dificultad mas persistente para realización de este trabajo, fue la falta de datos y claridad en los expedientes clínicos.



La eclampsia sigue siendo un problema de salud mundial, siendo una causa importante de muerte materna.

Podemos concluir que en este trabajo se alcanzan los objetivos en un 90%, ya que se logró determinar la frecuencia de preclampsia en la población derecho habiente de mujeres embarazadas con factores de riesgo de la clínica hospital "DR. DANIEL GURRIA URGELL", conociéndose así mismo los factores de riesgo mas frecuentes en esta población, así como la edad más frecuente en que se presentó.

Los beneficios para nuestras pacientes, así como para la institución, serán médibles desde el momento en que nosotros, los médicos familiares, que somos el pilar de nuestra institución, tomemos conciencia de nuestra labor como educadores de la salud.

Sugerencia para que nosotros, los médicos de familia, logremos disminuir la frecuencia de este síndrome.

- 1) Mejorar la calidad de nuestro servicios.
- 2) Impulsar programas de planificación familiar, educación sexual, consejo premarital, preconcepcional y prenatal.
- 3) explicar detalladamente a nuestras pacientes, cuales son los síntomas de peligro y así acudan inmediatamente al médico.
- 4) si existen factores de riesgo en nuestras pacientes embarazadas, canalizarlas antes del séptimo mes al gineco-obstetra para que continúe su manejo.
- 5) Realizar una buena historia clínica, así como anotaciones claras y detalladas (tensión arterial, peso, síntomas, estudios de laboratorio, etc.) en el expediente.

Probablemente no se logre evitar la aparición de la enfermedad, pero si se logre evitar la progresión a problemas más graves para la madre y el producto.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Protocolo de toxemia del hospital de la mujer S.S. "Análisis de 190 casos de eclampsia". Organó oficial de la Asociación de Médicos del Hospital de la Mujer. Volumen 5, No. 1, pags. 2-19, abril de 1995.
- 2.- The Defenition Of Pre-eclapmsia, departament of public Health, Royal Free Hospital Shool Of Medicine, London, Ok. BR-J-OBSTET GYNAECOL, 1994 Jul:101 (7): AU-PERRY-IJ: BEEVERS DG:
- 3.- Pre-eclampsia Versus Essential Hypertension-The Course Of Preg-Nancy, Labor And Fetal outcome, Zentralbl-Gynacol, 1994, 116 (2) 76-9. AU:SEUFERT-R; CAPSER-F Y COLS.
- 4.- Possible Mechanism Of Vascular Damege In Pre-eclampsia, J-HUM-HYPERTENS. 1994, Mar; 8 (3); 177-80, AU-TSUKIMORI-K; MAEDA-H AND COLS:
- 5.- Clasp: A Randomiced Trial Of Low-Dose Aspirin For The Prevention And Treatment Of Pre-Eclampsia Among 9364 Pregnant Women. Lancet 1994 Mar 12; 343 (8898): 619-29
- 6.- Hidralazine Boluses For The Treatment Of Severe Hypertension In Pre-Eclampsia, BR-J-OBSTET. GYNAECOL: 1994 MAY; 101 (5): 409-13: AU;-PATERSON-BROWN-S; ROBSON: SC AND COLS.
- 7.- Manual de Obstetricia, Diagnóstico y Tratamiento. K. R. Niswander, 3ra. Edición. Reimp 1994. Pags. 277-89. Edit. Salvat.
- 8.- Obstetricia J: González Merlo. J. R. del Sol. 4ta. Edición. Reimp. 1994. Masson-Salvat Medicina. Pags. 351-71
- 9.- Clínicas de perinatología, vol 4 1991. Hipertensión y embarazo. Edit. Interamericana, MC: Graw-Hill, Baha M: Sibai MD. Pags.637- 883

- 10.- Diagnóstico y tratamientos Ginecoobstetricos, Martín L: Pernoll.Edit. Manual Moderno. Cap. 18 Pags. 441-57 6ta. Edición 1993.
- 11.- Ginecología y obstetricia, Asociación de Médicos del Hospital de Ginecología y Obstetricia No. del IMSS A:C: 3ra. Edición 1993, Méndez Editores. Pag. 313-27.
- 12.- Diagnóstico clínico y tratamiento. Lawrence M: Tierney, JR. STE-PHEN J: McPHEE y COLS: 1994. Pags. 636-39 Cap. 15.
- 13.- La Toxemia del Embarazo. Hipertensión aguda en la gestación, Mari López Liera Méndez, 2da. Edición, Edit. LIMUSA, pag. 11-335, 1985.
- 14.- Friedman S/A, Taylor; R:N: Roberts, J. M., Fisiopatología de la Pre-Eclampsia, Clin Perinatol 4:645-65, 1995.
- 15.- Sibai B.M. Saronoglu,C.Mercer, M., Pregnancy Outcome After Eclampsia And Long-Term Prognosis. AM. J. Ginecol. 166 1757-63. 1992.
- 16.- Zeeman, g.g., Dekker, G.A. Patogenia de la Pre-eclampsia, una hipótesis, Cin. Obstet. Ginecol. 2:311-28, 1992.
- 17.- Mastrogiannis, D. S., O Brien, W.F., Kramer, J., Po-tential Roles of Endothelin-1 in normal and Hypertensive Pregnancies. A.M. J. Obtet-Ginecol. 165:1711-16, 1991.
- 18.- Feenakel, K., Feenakel, G., Appelman, Z., Nifedipine in The Treatment of Severe Pre-eclampsia. Obtet. Gynecol. 77:331-37. 1991.
- 19.- Dildy, G. A. Cotton, D.B., Management of Severe Pre-eclampsia y Eclampsia. Crit. Care Clin. 7 (4):829-50.1991.
- 20.-Visser, W., Wallenbrg, H.C., Central hemodynamic Observation in Untrated Pre-eclampsia Patients Hipertension 17;1072-77. 1991.



- 21.- Belfort, M.A. Moise, K.J. Effect of Megnesium Sulfate of Maternal Brain Blood Flow in Pre-eclampsia: a Ramdomiced, Placebo, Controllet Studye. AM. J. Gynecol. 167:661-66. 1992.
- 22.-Mastrogiannis, D.S., C. S., Brient, W.F., Effect of Magnesium Sulfate on Plasma endothelin-1 levelsin normal and Pre-eclamptic Pregnancies. A.M.J. Obstet. Gynecol. 167:1554-59. 1992.
- 23.-Barton-J.R. Sibai B. M. Atención del embarazo complicado por el síndrome Hellp. Clin. Ginecol. Obstet. Temas actuales. 2 :169-83. 1991.
- 24.-Straus S., Walden, R., Mashiach S., sonographic Liver Changes Prior To Clinical Signs of Pre-eclampsia. Gynecol Obstet. Invest. 31:114-15. 1991.
- 25.-Johnston W.J., Tratamiento con antihipertensivos durante el embarazo, la Pre-eclampsia y la Eclampsia. Clin. Perinatal 4:825-52.1991.
- 26.-Sibai., B.M. Mabie, W.C. Hemodinámica de la Pre-eclampsia. Clin. Perinatol. 4:709-28. 1991.

# ANEXOS

