

11217



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

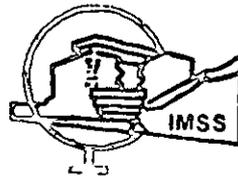
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
"LUIS CASTELAZO AYALA"
JEFATURA DE EDUCACION MEDICA E INVESTIGACION

EVOLUCION DE LA HIPERTENSION ARTERIAL EN LA PREECLAMPSIA SEVERA EN EL PUERPERIO

TESIS DE POSTGRADO
PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN:
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
PRESENTA:
DRA. VILMA CONDE HERNANDEZ

283744

ASESOR DRA. SILVIA E. FIGUEROA GILES



MEXICO, D. F.

1999

DIVISION DE EDUCACION E INVESTIGACION
HGO. "LUIS CASTELAZO AYALA"
IMSS



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
"Luis Castelazo Ayala"

DIRECTOR

DR. FERNANDO ALFONSO RIOS MONTIEL

---

JEFE DE LA DIVISION DE EDUCACION E INVESTIGACION

MEDICA

DR. MARTIN SERGIO PEÑA SANDOVAL

---

JEFE DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

ASESOR

DRA. SILVIA E. FIGUEROA GILES

---

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA**  
**DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
**"Luis Castelazo Ayala"**  
JEFATURA DE EDUCACION MEDICA E INVESTIGACION

**EVOLUCION DE LA HIPERTENSION ARTERIAL EN LA**  
**PREECLAMPSIA SEVERA**  
**EN EL PUERPERIO**

TESIS DE POSTGRADO  
PARA OBTENER EL TITULO DE  
ESPECIALISTA EN

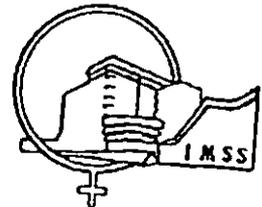
**GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA

DRA. VILMA CONDE HERNANDEZ

ASESOR

DRA. SILVIA E. FIGUEROA GILES



## INDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCION.....	2
MATERIAL Y METODOS.....	6
RESULTADOS.....	8
DISCUSION .....	10
CONCLUSIONES.....	12
BIBLIOGRAFIA.....	13
TABLAS Y GRAFICAS.....	15

## DEDICATORIA

### A MIS PADRES

Que han sido el apoyo mas importante en mi vida y a los que les debo el estar en este país, aprendiendo y conociendo mucho mas, no solo de la profesión sino de la riqueza espiritual e histórica que le caracteriza.

### A MIS HERMANOS

En especial mi hermano Freddy, que con sus palabras y su entusiasmo, me ha ayudado, en los momentos más tristes de mi vida, a superarlos y a pensar que todo pasa.

## AGRADECIMIENTOS

A las pacientes que sin su colaboración y su ayuda, no se hubiera podido realizar este trabajo.

A mis maestros que con sus grandes conocimientos, han contribuido en mi superación, en especial la Doctora Silvia E. Figueroa G. y el Doctor Rafael Tenorio M. que con sus conocimientos y la sencillez dan todo para que el hospital de Ginecología y Obstetricia "Luis Castelazo Ayala" sea considerado uno de los de mas renombre en Latinoamérica.

## RESUMEN

**OBJETIVO:** Valorar la duración de la hipertensión de la preeclampsia severa en el puerperio, los requerimientos antihipertensivos y su relación tanto con la severidad de la enfermedad como con algunas características de la misma.

**MATERIALES Y METODOS:** Se estudiaron 69 pacientes que ingresaron al Hospital de Ginecología y Obstetricia del IMSS, durante el periodo de agosto a noviembre de 1998, con preeclampsia severa pura y con resolución del embarazo en este hospital.

Todas las pacientes tuvieron diagnóstico documentado de preeclampsia severa, les fue realizado seguimiento clínico y de laboratorio entre ellos: BH, plaquetas, creatinina, ácido úrico, TGO, TGP, DHL, Pruebas de función renal, (en especial síndrome de HELLP o disfunción renal por preeclampsia severa), tanto en la hospitalización como en consulta externa.

Se egresó a la paciente con tensión arterial diastólica menores de 100 mm Hg, en algunos casos con tratamiento antihipertensivo combinado y se le realizó vigilancia y control de la presión arterial en consulta externa, cada semana hasta su normalización y/o a la sexta semana del puerperio.

**Resultados:** El promedio de edad del grupo de estudio fue de  $27,7 \pm 5,72$  años, La edad gestacional promedio en estas pacientes fue de  $35,26 \pm 3,85$  semanas. 16 pacientes cursaron con síndrome de HELLP y 3 pacientes con eclampsia. La forma de interrupción del embarazo fue por vía abdominal en el 90% y por vía vaginal en el 10%.

El promedio del peso encontrado en los productos fue de  $2246 \pm 893$  gr

El promedio del Apgar fue al minuto y a los cinco minutos de  $6,69 \pm 1,42$  y de  $7,89 \pm 1,10$  respectivamente.

Con relación al tiempo de duración de la hipertensión en el puerperio como grupo total fue de  $16,64 \pm 15,20$  días, encontrando un rango de duración de 2 a 42 días, en el 54% la hipertensión desapareció entre la segunda y la sexta semana y en segundo lugar, el 33% fue observado en la primera semana, y un 13 % persistió hipertensa después de la sexta semana.

**Conclusiones:** Hubo remisión del cuadro hipertensivo de la preeclampsia severa en las primeras seis semanas que fue del 87%, quedando un 13% con hipertensión al finalizar el puerperio y muy probablemente por hipertensión arterial crónica subyacente. No hubo correlación de la duración de la hipertensión en el puerperio con las complicaciones de la preeclampsia como síndrome de HELLP, eclampsia o insuficiencia renal.

## INTRODUCCION

Este desorden único del embarazo es caracterizado por hipertensión proteinuria, edema generalizado y a veces anomalías en la función hepática y en la coagulación o ambas(1).

Ocurre en el 5-10% de todos los embarazos principalmente en primigestas (85%), desde la semana 20 de gestación y más frecuentemente cerca del término. Surge en 14-20% de gestaciones múltiples y en 30% de mujeres con anomalías uterinas graves, afecta 25% de mujeres con hipertensión arterial crónica, nefropatía crónica o ambos cuadros (2).

La preeclampsia puede progresar rápidamente a la fase de convulsiones denominada eclampsia, una de las más dramáticas y peligrosas complicaciones.

Las mujeres con enfermedades hipertensivas graves repetitivas durante el embarazo, tienen muy probablemente una tendencia genética que comprende un gen recesivo.

Dentro de los factores de riesgo que incrementen significativamente la posibilidad de presentar preeclampsia-eclampsia son:

- nivel socioeconómico bajo
- madre soltera o no unida
- historia familiar de preeclampsia eclampsia por parte de la paciente
- Edad menor de 20 años
- Edad de 35 años o más
- Primer embarazo
- Embarazo múltiple
- Enfermedad trofoblástica
- Polihidramnios
- Preeclampsia o eclampsia en un embarazo anterior
- Enfermedades autoinmunes
- Enfermedades renales

- Diabetes mellitus

Los hechos patogénicamente importantes en la presentación del cuadro incluyen invasión incompleta de las arterias espirales de la madre por parte del trofoblasto, deficiencia del riego del trofoblasto, elaboración de una supuesta toxina para las células endoteliales y daño de estas últimas células con activación de la cascada de coagulación, trastornos de la función vasodilatadora y alteraciones en la permeabilidad endotelial. Los cambios mencionados ocasionan signos y síntomas clínicos que surgen en fase relativamente tardía de la preeclampsia.

El comité de tecnología del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos de 1972 (3) y las normas de procedimientos de ginecoobstetricia del hospital "Luis Castelazo Ayala", (4) divide a los estados hipertensivos asociados al embarazo en cinco categorías a saber:

- I. Hipertensión arterial gestacional
- II. Preeclampsia: Leve y severa
- III. Hipertensión crónica
- IV. Eclampsia
- V. Preeclampsia o eclampsia sobreagregada

La preeclampsia severa se caracteriza por

- TA de 160/110 mm Hg o mas, con la paciente en reposo en cama, en dos ocasiones con un mínimo de diferencia de 6 horas entre uno y otro registro.
- Proteinuria de 2 gr. o mas en orina de 24 horas o bien +++ a ++++ con tira reactiva, en una muestra de orina tomada al azar.
- Oliguria: diuresis de 24 horas menor de 400 ml (menos de 17 ml por hora).
- Edema : retención de líquidos en el tercer espacio de grado importante
- Trastornos cerebrales o visuales como alteración de la conciencia, cefalea, fosfenos, visión borrosa, amaurosis, diplopia.
- Dolor epigástrico o en cuadrante superior derecho del abdomen (dolor en barra)
- Edema pulmonar.
- cianosis.

Los parámetros objetivos de la organización mundial de la salud (OMS) y del International Society for the Study of Hipertension in Pregnancy (ISSHP)(5), establecieron que la presión arterial en un nivel específico, (anotado anteriormente) después de la semana 20 de gestación y proteinuria también anteriormente anotada son dos de los factores más importantes y al combinarse, se dice que la paciente tiene preeclampsia, si solamente hay incremento de la presión arterial se hace el diagnóstico de hipertensión gestacional.

Es importante destacar que a veces no se incluye el edema porque es un signo no constante.

La hipocalciuria, alteración del activador del plasminógeno tisular, elevación de la fibronectina plasmática, son útiles para diferenciar preeclampsia de hipertensión crónica(6).

De los datos de laboratorio útiles que pueden reflejar la severidad de la preeclampsia, la hiperuricemia ha sido demostrada no solo como indicador de la severidad de la enfermedad, sino también del bienestar fetal. La proteinuria no solo confirma y es esencial para el diagnóstico de preeclampsia sino también esta relacionado con la severidad de la enfermedad (6). Las concentraciones séricas bajas de inhibidor de esterasa C-1 están presentes en pacientes con preeclampsia cuando aún otros marcadores no reflejan la presencia de enfermedad.

El aumento de hemoglobina y hematócrito son pruebas secundarias que también representa la severidad de la preeclampsia. Así mismo la elevación de enzimas hepáticas asociada a plaquetopenia y hemólisis que integran el llamado síndrome de HELLP también representa un grado de severidad mayor.

Eclampsia definida como el desarrollo de convulsiones y/o coma en pacientes con signos y síntomas de preeclampsia, en ausencia de otras causas de convulsiones.

En el manejo cuando la hipertensión es severa o hay disminución de la función renal, hiperuricemia o proteinuria mayor de 500 mg/ día está indicado el parto en los embarazos que se consideran de más de 32 semanas de gestación (7).

Se debe reducir la TA antes del parto lo que disminuye la probabilidad de un aumento de la presión arterial durante el parto con las posibles complicaciones de insuficiencia cardíaca congestiva o hemorragia cerebral.

En mujeres con gestaciones de más de 24 semanas hay mayor supervivencia prolongando el embarazo con tratamiento antihipertensivos y en una unidad de cuidados intensivos de adultos.

Existen pocos estudios que analizan la evolución de la hipertensión de la preeclampsia severa en el puerperio.

En general, la mayoría de los reportes son del curso de la hipertensión durante la gestación, pero del puerperio son escasos y de hecho en nuestro medio, no contamos con antecedentes.

Los altos niveles de hipertensión en la preeclampsia, disminuyen usualmente en forma rápida después del parto, el tiempo de normalización es variable, muy probablemente en relación con la severidad de la preeclampsia(8).

Este tiempo podría ser una medida que refleje el grado de impacto producido por la preeclampsia.

En 1993 Sandoval y Cols.(9). Realizaron un estudio con 158 pacientes que ingresaron con manifestación de hipertensión y proteinuria, con la finalidad de realizar un estudio de reclasificación de los estados hipertensivos del embarazo. Las pacientes fueron divididas en 2 grupos: el grupo de hipertensión gestacional y el grupo con procesos hipertensivos crónicos.

En la reclasificación de hipertensión gestacional, de las 158 pacientes, 118 fueron diagnosticadas inicialmente como preeclámpticas y al llevar a cabo su seguimiento, se

confirmó este diagnóstico en solo 39 paciente (33%); el resto de pacientes resultaron con hipertensión gestacional 42 (35,5%), 19 (16%) con hipertensión crónica, 13 (11,2%) nefropatías, 7 de las cuales requirieron de biopsia para establecer el tipo de lesión y 5 hipertensas crónicas a las cuales se le sobreagregó preeclampsia en el embarazo. La sensibilidad de la clínica en la reclasificación fue del 100% y la especificidad del 33%. Hubo 7 eclámpicas cuyo diagnóstico se confirmó en el postparto; en el seguimiento se encontró que 4 de ellas eran hipertensas crónicas y las restantes eclámpicas puras(10).

En el estudio de Ferrazzani en 1994 (8), fueron estudiadas 269 pacientes, 159 con hipertensión gestacional y 110 con preeclampsia, el tiempo de la normalización de la presión fue más corto en pacientes con hipertensión gestacional que en preeclámpicas, La normalización de la presión mostró una significativa correlación con el ácido úrico, la normalización de la presión en las pacientes preeclámpicas, mostró una significativa correlación con semanas de gestación, ácido úrico y nitrógeno ureico.

El objetivo de este estudio es valorar la duración de la hipertensión de la preeclampsia severa en el puerperio, los requerimientos antihipertensivos y su relación tanto con la severidad de la enfermedad como con algunas características de la misma.

## MATERIAL Y METODOS

Se estudió a toda paciente que ingresó a los servicios de enfermedades hipertensivas del embarazo y unidad de cuidados intensivos para adultos (UCIA), del Hospital de Ginecología y Obstetricia "Luis Castelazo Ayala" del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), con diagnóstico corroborado del preeclampsia severa pura y puerperio, desde Agosto hasta noviembre de 1998. Se evaluaron clínicamente, en especial su relación con sintomatología debida a hipertensión arterial, no se incluyeron pacientes con hipertensión arterial crónica primaria ni secundaria, nefropatía, enfermedades autoinmunes, diabetes mellitus y se eliminaron aquellas que no se completó el estudio en consulta externa.

Se tomó la TA bajo técnica adecuada, con la paciente en semifowler o fowler en el brazo derecho, con el esfigmomanómetro a nivel del corazón, en el miembro torácico derecho, con el brazalete adecuado, ubicado 2 traveses de dedo por arriba del codo, tomando como parámetros el primero y quinto ruido de Korotkoff para la presión sistólica y diastólica respectivamente(11).

Se complementó la evaluación con exámenes de laboratorio tales como plaquetas, creatinina, urea, ácido úrico, TGO, TGP, DHL. Proteinuria en orina de 24 horas o en muestras con bililabstix; Con controles sobre todo en pacientes con complicaciones tales como síndrome de HELLP, IRA, o disfunción renal por preeclampsia(12).

Se ajustó tratamiento antihipertensivo de acuerdo a requerimientos, con medicamentos como alfametildopa hasta 2 gr hidralazina 200 gr y en caso de no tener respuesta adecuada con los medicamentos anteriores, se utilizó prazocin hasta 12 mg y captopril hasta 150 mg, en 24 h.,

Se egresó a la paciente de hospitalización con diastólicas menores de 100 mm Hg y se continuó su vigilancia posteriormente. Se llevó monitoreo de la tensión arterial en el servicio de consulta externa de Medicina Interna, cada semana hasta su normalización, finalizando a la sexta semana de puerperio.

Se tomó como tiempo de normalización desde la resolución del embarazo hasta obtener tensión arterial diastólica igual o menor a 80 mm Hg, sin tratamiento antihipertensivo.

Se obtuvo información del peso y las condiciones del recién nacido, con las mediciones habituales (peso, APGAR, etc.).

Todos los resultados se analizaron como promedios y desviación estándar y se sometieron a un análisis con la prueba de t de Student

## RESULTADOS

Se realizó un estudio prospectivo, experimental, longitudinal y autocontrolado, en 69 pacientes de las cuales fueron excluidas 9 por no poder realizar el seguimiento en la consulta externa. 60 pacientes que reunieron los requisitos de ingreso fueron incluidas.

El promedio de edad del grupo de estudio en estas pacientes fue de  $27,77 \pm 5.72$  años, La edad gestacional promedio en estas paciente fue de  $35,26 \pm 3,85$  semanas.

Con relación a los diagnósticos de ingreso y egreso en todos los caso se trató de pacientes con preeclampsia severa, encontrándose en 16 de ellas el diagnóstico de síndrome HELLP como se puede observar en la gráfica 6; además se encontró 3 pacientes con eclampsia.

La forma de interrupción del embarazo, se llevo a cabo en operación cesárea en 54 pacientes lo que correspondió al 90%, y por vía vaginal, (partos eutócicos) lo que correspondió a un 10%, como se observa en la gráfica 1.

El promedio del peso encontrado en los productos fue de  $2246 \pm 893$  gr .

El promedio de Apgar encontrado al nacimiento y a los 5 minutos fue de  $6,69 \pm 1.42$  y de  $7.89 \pm 1.10$  respectivamente, lo que estableció una diferencia de 1.20 que al analizarse estadísticamente con t de Student se encontró con una significancia con valor de  $P < 0.05$ , como se puede observar en la gráfica 2.

Para fines del análisis se intentó correlacionar los promedios de edad de acuerdo a la duración del cuadro hipertensivo con lo cual no se encontró ninguna asociación estableciéndose como característica importante el promedio de edad del grupo total y dado que este mismo hecho se observó en los promedios de variables peso del producto, promedio de Apgar al nacimiento y a los cinco minutos y promedio de edad gestacional, solamente se consignarán en estos casos los promedios para todos los grupos.

Con relación a los días de estancia hospitalaria, fue el mayor número 57,8% entre los 4 a siete días, seguido de 8 a 15 días en un 23,4%.

En relación con el tiempo de duración de la hipertensión encontramos que como grupo total fue de  $16.64 \pm 15.20$  días y con el fin de poder analizar las características de este tiempo de evolución se determinó la frecuencia de pacientes de acuerdo al número de días de la duración de la hipertensión, encontrándose un rango de duración de 2 a 42 días y como se puede observar en la gráfica número 3, en el 20% de las pacientes, la hipertensión arterial desapareció al tercer día de puerperio y quedando después de 42 días de puerperio, el 13%. Esta distribución no tuvo al parecer relación con ninguna de las variables que nosotros analizamos como la edad, paridad, diagnóstico, complicaciones etc. Y a fin de hacer un análisis más completo de estas distribuciones se dividió por semanas (de 1 a 6 Semanas de puerperio) observándose como se muestra en la gráfica 4. Un 33,3% de las pacientes se resolvió en la primer semana de puerperio como se puede observar en la gráfica 4, y un 54% entre la segunda y sexta semana y 13% persistieron hipertensas más allá de la sexta semana.

En todas las pacientes se utilizó alfametildopa e hidralazina, y en el 13% se tuvo que agregar o cambiar el tratamiento antihipertensivo a captopril y/o prazosin.

## DISCUSION

En nuestro estudio de las 60 pacientes la edad promedio fue de 20 a 30 años, siendo el porcentaje de 60%, en menores de 20 años el 10% y mayores de 30 años el 30%, estos porcentajes no están relacionados con los que describe la literatura que se produce la mayoría de preeclampsia, y que se toma como unos de los factores de riesgo, las edades extremas, menores de 18 años y mayores de 35 años, datos epidemiológicos que en la actualidad están cambiando debido a la modificación de la tasa de natalidad, ya que gracias a los programas de planificación en nuestro medio la frecuencia de embarazos en mujeres mayores de 30 años tiende a disminuir así como la educación sexual modifica la incidencia de embarazos en edades tempranas(13).

En relación al número de gestas la mayor frecuencia fue en primigestas lo que represento el 46,6 % y de secundigestas el 18,3 % y mas de tres gestas 31,6 %,como se ha reportado en la literatura mundial(5).

Dentro de las complicaciones de la preeclampsia observamos que se presentó el síndrome de HELLP en un 26,6% de las pacientes estudiadas. en este grupo de paciente el porcentaje es mas alto de lo reportado en la literatura por Rojas y cols.(14), seguramente porque el mayor numero de pacientes se captó en la unidad de cuidados intensivos del adulto, como un hecho interesante esta complicación no pareció haber participado en la duración y resolución del proceso hipertensivo en nuestras pacientes, en discordancia por lo descrito por Rushitzka y cols,(15) los cuales encontraron que el 75% de las pacientes continuaban hipertensas después del puerperio.

El rango promedio del peso del producto al nacer fue de 41,6%, 31,6%, 6,6% y 20%en peso de 2000 a 3000 gr, de 1000 a 2000 gr, menor de 1000 gr, y mayor de 3000 gr respectivamente.

La forma de interrupción del embarazo en nuestras pacientes fue del 90% para cesáreas (98,8 %cesárea Kerr vs 1,2% cesárea corporal), descrito en la literatura(16).

Los padecimientos antihipertensivos durante el embarazo aumenta la morbilidad en los productos como se puede observar en nuestro trabajo, donde la calificación de Apgar al minuto es baja debido al compromiso en la perfusión el cual se corrige en forma significativa una vez extraído el producto.

Evaluando el principal objetivo del trabajo que es el tiempo de duración de la hipertensión encontramos que el rango fue de 2 a 42 días. La distribución por semanas fue en la primera semana de 33%, en la segunda y quinta semana del 54 %, el 13% duró mas de seis semanas, esto podría estar relacionado con hipertensión crónica más preeclampsia sobreañadida(17). Esto no tuvo ninguna relación con las variables analizadas.

Con relación al tratamiento antihipertensivo, un grupo elevado de pacientes el 87% cuya presión mejoró dentro del puerperio utilizaron dosis máximas de los antihipertensivos de primera línea, disminuyendo las dosis progresivamente de acuerdo a los valores de la presión arterial, y solamente las pacientes que permanecieron hipertensas utilizaron medicamentos de segunda línea como ya está establecido(18).

## CONCLUSIONES

1. En la duración de la preeclampsia severa en el puerperio hubo una remisión del cuadro entre la primera y sexta semana del 87%, de las pacientes.

2. No hubo correlación de la duración de la hipertensión en el puerperio con las complicaciones de la preeclampsia (síndrome de HELLP, eclampsia o insuficiencia renal) ni tampoco con las complicaciones perinatales.

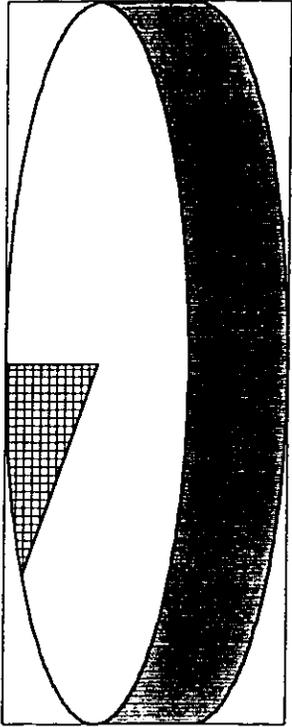
3. El porcentaje de las pacientes que continuaron hipertensas al finalizar el puerperio (13%), puede corresponder a hipertensión crónica con preeclampsia sobreagregada.

## BIBLIOGRAFIA

1. Barron: Medical Disorders during pregnancy, primera edición. Editorial Mosby, St Louis, 1990 :pagina 5.
2. Walker J. Care of the patient with severe pregnancy induced hypertension *Obstet Gynecol* 1996; 65:127-35
3. Gleicher N. Complicaciones médicas del embarazo: hipertensión, 1992 p.
4. Normas y procedimientos para el manejo de la paciente preecláptica, IMSS 1992.
5. Arias Guía Práctica para el embarazo y el parto de alto riesgo. Segunda edición. Editorial Mosby, St Louis, 1994 página 234.
6. Everett F Martin M. The laboratory evaluation of hipertensive gravidad. *Obstet Gynecol Surv* 1995;50(2):138-44
7. Ferris Th, Hipertensión y preeclampsia, en: *Complicaciones Médicas durante el Embarazo*. Editorial, Wb Saunders company, Philadelphia, 1996:páginas 1-28.
8. Ferrazzani et Al. The duration of hypertension in the puerperium of preeclamptic women:relationship with renal impairment and week of delivery *Am J Obstet Gynecol* 1994;171:506-12.
9. Estados hipertensivos en el embarazo 1993 tesis realizada por el Dr. José Valdés García.
10. Lubarsky S et Al. Late postpartum eclampsia revisited *Obstet Gynecol* 1994; 83:502-5.
11. López M et Al. The measurement of diastolic blood pressure during pregnancy: Which Korotkoff phase should be used? *Am J Obstet Gynecol* 1994; 170:574-8
12. Magann E. And Martin D. The laboratory evaluation of hipertensive gravidas *J Obstet Gyneco Surv* 1995; 50(2):138-45
13. Helguera y cols. Síndrome de HELLP. Análisis de 102 casos. *Ginec Obstet Mex* 1996;64:528-533.
14. Rojas y cols. Síndrome de HELLP como manifestación de descompensación de la preeclampsia durante el puerperio. Presentación de 2 casos. *Ginec Obstet Mex*. 1995 Nov;63:448-51
15. Ruschitza F, et al. Longitudinal Study of 24-hour blood pressure behavior in pregnancy and puerperium in Patients with normal pregnancy, pre-eclampsia and HELLP syndrome. *Z Geburtshilfe neonatol*.1996; 200(3):100-3
16. Nassar AH et al Severe preeclampsia remote from ter: Labor induction or elective cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol*.1998;179(5):1210-3.

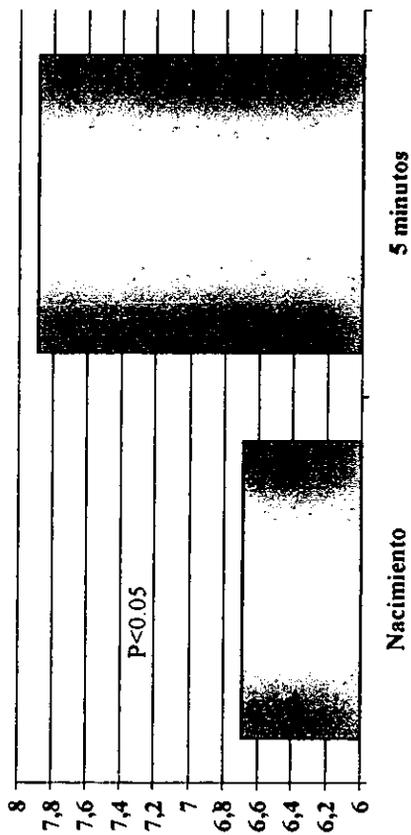
17. Davey D, Macgillivray i The classification and the definition of the hipertensive disorders of pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1988;158(4)892-898
18. Henriksen T Hypertension in pregnancy and preeclampsia-diagnosis y treatment Scand J Rheumatol Suppl 1998;107:86-91.

Grafica N° 1 Vía de Interrupción del embarazo

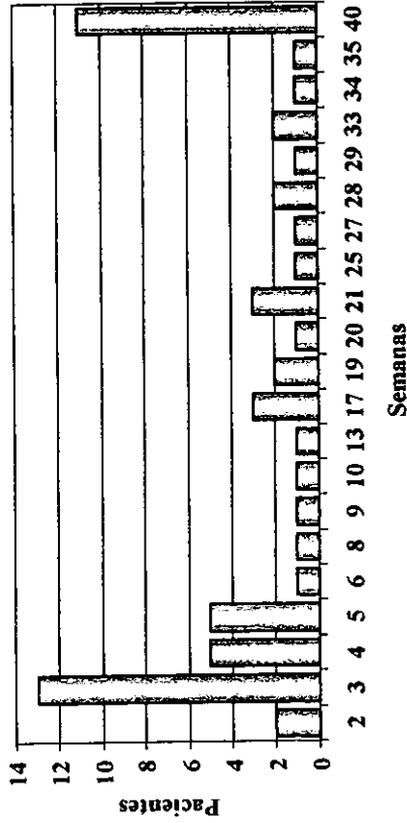


Cesarea  Partos

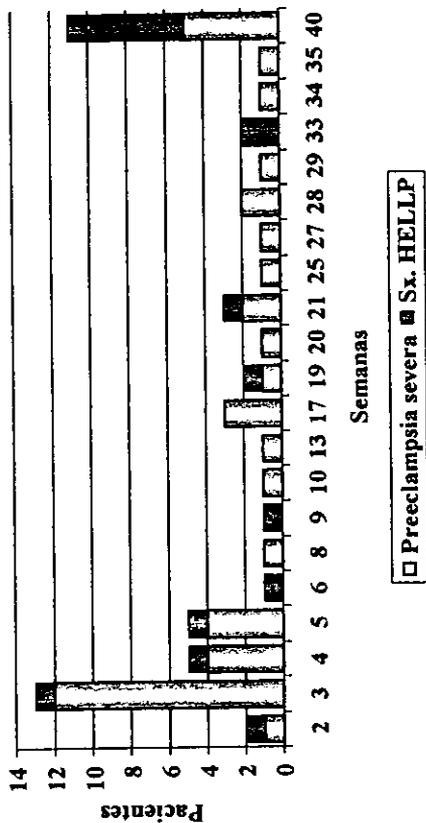
Grafica N° 2 Promedio de calificaciones de Apgar



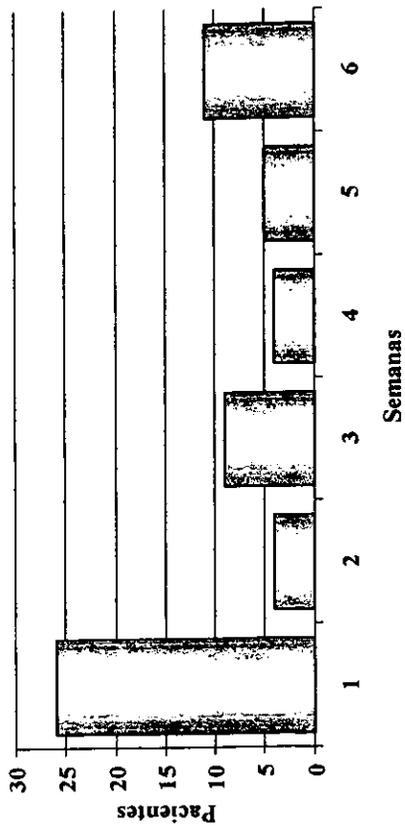
Grafica N° 3 Tiempo de duración de la Hipertensión arterial por días de puerperio



Grafica N° 4 Frecuencia de Sx. De HELLP por días de puerperio



Grafica N° 5 Tiempo de duración de la Hipertensión arterial por semanas de puerperio



Grafica N° 6 Frecuencia de Sx. De HELLP de acuerdo a evolución por semanas de puerperio

