

11217



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

DIVISIÓN DE ESTUDIOS SUPERIORES  
HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA No. 3  
CENTRO MÉDICO LA RAZA

1

**FRECUENCIA DE LA PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA  
RECURRENTE EN EL HGZMF2 ZACAPU, MICH. Y  
HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA No. 3  
CENTRO MEDICO LA RAZA**

**TESIS DE POSTGRADO**

305714

PARA OBTENER EL DIPLOMADO DE ESPECIALIDAD EN  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.

Dr. M. E. M.  
*[Signature]*



**DR. JOSE LUIS ABASCAL TORRES**

Univ. de Gineco-Obstetricia  
Jefe de Enseñanza e Investigaciones



**IMSS**

MEXICO, D.F.

2001.



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.

Asesor y Jefe de Enseñanza:

**DR. MARTIN MEZA.**

Por el gran esfuerzo que realizó para llevar a cabo esta tesis.

Por el amigo y maestro que siempre ha sabido ser, mi más sincero

**Agradecimiento.**

A mi madre:

***Ma. Luisa Torres García***

porque su fe y esperanza que a través del esfuerzo  
y sacrificios por su amor y confianza.

A mi padre:

***José Abascal Guzmán***

por su amor, cariño, sus consejos que me ayudaron  
a madurar y crecer como hombre y ser humano.

GRACIAS.

A mi esposa:

***Juana María***

Por su amor, apoyo moral en la trayectoria que hemos realizado, por su confianza en mí.

A mis Hijos:

***Jose Luis,  
Juan Carlos y  
Edgar Ricardo:***

Por el gran cariño y amor. Y como un ejemplo a seguir.

# INDICE :

INTRODUCCION .....	6
1.1 Objetivo del Estudio .....	8
1.2 Antecedentes .....	9
2.0 Planteamiento del Problema .....	13
3.0 Hipótesis .....	14
3.1 Hipótesis Verdadera .....	14
3.2 Hipótesis Alterna .....	14
3.3 Hipótesis Nula .....	14
4.0 Desarrollo de la Investigación .....	15
4.1 Universo de Trabajo .....	15
4.2 Técnica de Control .....	15
4.3 Criterios .....	15
4.3.1 Criterios de Inclusión .....	15
4.3.2 Criterios de Exclusión .....	16
4.4 Características del Grupo .....	16
4.5 Procedimiento de obtención de la muestra .....	16
4.6 Determinación estadística .....	17
4.7 Sistema de captación de la información .....	17
RESULTADOS .....	17
CONCLUSIONES .....	33
COROLARIO .....	35
BIBLIOGRAFIA .....	36

# INTRODUCCION

El síndrome de Preeclampsia-Eclampsia, sigue siendo la primera causa de mortalidad materna en nuestro medio, esto es a nivel nacional y extranjero.

Cuando a una paciente se le diagnostica este síndrome se toman en cuenta todos los factores y causas que lo desencadenan, y es obvio que ha tenido un mal control o nunca lo tuvo. Es por esto que en el síndrome de preeclampsia recurrente no deberán repetirse los factores o causas que desencadenaron el síndrome en un embarazo previo.

La preeclampsia recurrente, por definición, es aquella que repite el síndrome que se presentó en un embarazo previo acompañado de causas y factores que lo desencadenaron.

En nuestro medio, Hospital de gineco-obstetricia No. 3 C.M.N. La Raza y Hospital General de Zona No. 2 Zacapu, Mich., se desconoce el porcentaje y/o frecuencia de la presencia de casos preeclampsia recurrente.

Sólo se identifican los cuadros clínicos del síndrome, pero no se tiene la frecuencia de cuantos de estos son casos de preeclampsia recurrente.

Se investigará a través de los pacientes captados, cuanto de han presentado el cuadro de preeclampsia recurrente, documentándolo por

clínica y exámenes de laboratorio, dicho síndrome.

Una vez realizado el diagnóstico, se analizarán los factores o causas que han ocasionado la repetición del cuadro. Lo anterior enfatizará el hecho de por si grave; que una paciente que ha presentado o tiene el antecedente de preeclampsia en embarazo previo repita el mismo, aumentando la morbimortalidad tanto materna como fetal.

Es un hecho de que la paciente que he presentado un cuadro de preeclampsia, no tiene o no ha llevado a cabo un control posterior de su evaluación y se desconoce la suerte de los mismos. Muchas de ellas no vuelven a embarazarse ya que son sometidas a control de fertilidad definitiva por indicación médica, pero un gran número ni siquiera recibe algún método anticonceptivo, teniendo un factor de riesgo alto de un nuevo embarazo; y tal vez, presente nuevamente el cuadro de preeclampsia.

El programa de trabajo, se inicia con la elaboración del protocolo el día 1ro. de Agosto de 1998, conjuntamente se recopilará información de las pacientes.

Se proyectará terminar el protocolo el día 31 de Agosto de 1999. Una vez terminado se enviará el 1ro. de Septiembre de 1999 al Comité de investigación de las unidades en la cual se realizará el estudio.

Se vaciarán los datos respectivos del grupo de pacientes, el procedimiento se efectuará hasta el último día de Septiembre, se programa vaciar los datos el 1ro. de Octubre del presente; se iniciará el análisis de datos, esto se efectuará en forma conjunta con el asesor; se analizará la mortalidad de la paciente con eclampsia recurrente y la frecuencia o porcentaje.

La investigación cumplirá los requisitos éticos para efectuarse, se utilizarán todos los procedimientos rutinarios que se utilizan actualmente. Ningún procedimiento es de experimentación y en ningún momento se expondrá a ninguna paciente a riesgos innecesarios, se cumplirán normas contenidas en la declaración de Helsinki modificadas en Tokio en 1975 y la ley general de salud de México.

Igualmente el presente trabajo estará bajo las normas y procedimientos de la unidad, así como de las normas delegacionales e institucionales, se encuentra bajo el terreno del campo de la investigación médica, reuniendo los requisitos que ella misma establece.

### **1.1 OBJETIVOS DEL ESTUDIO:**

El objetivo del estudio es entonces determinar la frecuencia de la preeclampsia-eclampsia recurrente en el HGO 3 CENTRO MEDICO LA RAZA Y HOSPITAL DE ZONA No. 2 ZACAPU, MICH., I.M.S.S.

## 1.2 ANTECEDENTES:

La preeclampsia-eclampsia fue descrita hace más de 100 años, en México representa un problema de salud materna y perinatal que ocupa una de las primeras causas de muerte materna, la tasa de morbimortalidad es del 5 al 10% de todos los embarazos y depende de la gravedad de la enfermedad y de la edad gestacional en que se instala la patología, así como de los recursos con que cuente para una mejor atención del producto. (1)

La preeclampsia es una enfermedad multisistémica que se define como el desarrollo de HIPERTENSION CON PROTEINURIA Y EDEMA, inducida por el embarazo después de la semana 20 de gestación. El diagnóstico de eclampsia se efectúa cuando los signos de la preeclampsia se acompañan de convulsiones o coma.

La preeclampsia puede desarrollarse en presencia ya sea de preeclampsia leve o severa, la eclampsia se puede presentar en el puerperio inmediato. (2)

La preeclampsia se clasifica de la siguiente manera:

**PREECLAMPSIA LEVE:** Cursa con elevación de la tensión arterial sistólica y diastólica de entre 15 y 30 mmdeHg respectivamente por arriba de las cifras basales, medida en dos ocasiones con un intervalo de seis hora edema manifestado por aumento de peso corporal por la retención de líquidos. (3)

## **PREECLAMPSIA SEVERA:**

Implica daño celular endotelial plaquetario y trofobástico y se caracteriza por hipertensión arterial de 160/110 o más en reposo, con daño renal caracterizado por proteinuria mayor de 5g en 24 hrs. (3,4) cefalea que puede ser frontal u occipital, pulsátil o continua que puede llegar a ser intensa sobre todo cuando procede a la aparición de convulsiones (5) dolor epigástrico en cuadrante superior derecho, que se atribuye a indigestión o enfermedad de la vesícula biliar, en pacientes con hipertensión grave procede a la presentación de convulsiones y con frecuencia se acompaña con alteraciones de la transaminasa glutámica pirúvica (TGP), transaminasa glutamica ocalacética (TGD) y deshidrogenasa láctica (DHL), así como de edema pulmonar, cerebral, cianosis, presión venos central y coloidosmótica disminuidas, alteraciones visuales como escotomas o percepción transitoria de luces o manchas negras, dificultad para enfocar, visión borrosa y en casos graves ceguera total.

El examen oftalmológico sólo demuestra vasoespasmo, lo que indica que la alteración se produce en corteza occipital más que en la retina las pacientes que desarrollan ceguera cortical recobran la vista rápidamente después del parto. La exaltación de los reflejos osteo tendinosos profundos también son frecuentes y se deben a irritabilidad de SNC pueden aparecen así mismo mioclonías.

## **ECLAMPSIA:**

Se presentan todos los trastornos de la preeclampsia más crisis convulsivas epiletiformes no atribuibles a otra causa la mortalidad varía con el número de convulsiones, la calidad del tratamiento y su inicio oportuno. Aún en países industrializados la mortalidad materna es de 2 a 3% y la perinatal de 15%.

### **CLASIFICACION DE LOS ESTADO HIPERTENSIVOS ASOCIADOS AL EMBARAZO**

Se adopta la clasificación del comité de terminología del Colegio Americano de obstetras y ginecólogos de 1972, que divide a los estados hipertensivos asociados al embarazo en 5 categorías, a saber:

- 1.- HIPERTENSION ARTERIAL GESTACIONAL (HIPERTENSION ARTERIAL INDUCIDA POR EL EMBARAZO)
- 2.- PREECLAMPSIA
  - a) Leve
  - b) Severa
- 3.- ECLAMPSIA
- 4.- HIPERTENSION ARTERIAL CRONICA
- 5.- PREECLAMPSIA O ECLAMPSIA SOBREGREGADA.

Las causas o causa de la preeclampsia e hipertensión siguen siendo desconocidas en su mayor parte, a pesar de las décadas de

investigación intensiva, y se mantienen entre los más importantes problemas obstétricos todavía sin resolver.

El crecido tributo en vidas maternas e infantiles, que puede ser cobrado por la hipertensión, muy a menudo es evitable, un buen control prenatal, con la detección precoz de los signos y síntomas de la preeclampsia próxima y un tratamiento adecuado conseguirán en muchos casos la mejoría suficiente, para que el desenlace del niño y la madre sean casi siempre satisfactorios.

Existen porcentaje de preeclampsia en lo relativo a algunos apartados de la clasificación antes mencionada, pero en lo que concierne a la preeclampsia recurrente no lo existe, por tal motivo el objetivo de presentar este protocolo es el de determinar la frecuencia de la preeclampsia recurrente.

## 2.0 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Determinar la frecuencia preeclampsia-eclampsia recurrente en el Hospital de Gineco-Obstetricia 3 Centro Médico La Raza y el Hospital General de Zona No. 2 Zacapu, Mich.

## **3.0 HIPOTESIS**

### **3.1 HIPOTESIS VERDADERA**

En las mujeres con antecedente de preeclampsia, el índice de morbimortalidad materna es mayor con la recurrencia de preeclampsia.

### **3.2 HIPOTESIS ALTERNA**

En las mujeres con antecedentes de preeclampsia, el índice de morbimortalidad es igual que con preeclampsia recurrente.

### **3.3 HIPOTESIS NULA**

En las mujeres con antecedentes de preeclampsia el índice de morbiomortalidad es nula que con la recurrencia de preeclampsia.

## **4.0 DESARROLLO DE LA INVESTIGACION**

### **4.1 UNIVERSO DE TRABAJO**

El universo de trabajo del presente estudio, será con 100 mujeres embarazadas captadas en el Hospital de Gineco Obstetricia 3 Centro Médico La Raza y Hospital General de Zona No. 2 Zacapu, Mich., durante el período mencionado.

### **4.2 TECNICA DE CONTROL**

Técnica para diferencias en los sujetos del estudio. La técnica de control para las diferencias de los sujetos en estudio, fue por selección homogénea.

### **4.3 CRITERIOS**

#### **4.3.1 CRITERIOS DE INCLUSION**

Los criterios de inclusión tomados en el presente estudio son los siguientes:

- Embarazo con antecedente de preeclampsia.
- Mujeres embarazadas de 17 a 38 años.
- Embarazos de 20 semanas o más.
- Embarazos sin infección renal.
- Embarazos sin patología endocrina.
- Embarazos sin hipertensión crónica previa.
- Embarazos sin enfermedad de la colágena.
- Embarazos con y sin control prenatal previo.

- Embarazos con cifras tensionales mayores de 140/90 o aumento de 30 mmHg. sistólica de 15mmHg. Diastólica.
- Embarazo con proteinuria, edema y sintomatología vasoespasmódica.

#### **4.3.2. CRITERIOS DE EXCLUSION**

- Embarazadas sin antecedentes de preeclampsia-
- Embarazos de menos de 20 semanas.
- Embarazadas de menos de 17 años y mayores de 38 años.
- Embarazadas con infección renal.
- Embarazadas con endocrinopatias.
- Embarazadas con H.A.S.C.
- Embarazadas fumadoras crónicas.
- Embarazadas con enfermedad de la colágena.
- Altas prematuras.
- Traslados.

#### **4.4 CARACTERISTICAS DEL GRUPO**

Las características del grupo, son 100 mujeres embarazadas con preeclampsia, más los criterios de inclusión es decir, embarazo mayor de 20 semanas sin daño renal previo sin infección renal, etc.

#### **4.5 PROCEDIMIENTO DE OBTENCION DE LA MUESTRA**

La manera de la cual se obtendrá la muestra, será mediante la búsqueda de pacientes en el área de hospitalización como en cuidados intensivos, verificando que las pacientes elegidas cumplan los criterios de inclusión.

## **4.6 DETERMINACION ESTADISTICA**

Obtener el porcentaje de recurrencia.

## **4.7 SISTEMA DE CAPTACION DE LA INFORMACION**

La forma de obtención de la información es a través del expediente clínico y las pacientes hospitalizadas dentro de las unidades.

## **RESULTADOS.**

Se recopilaron 100 pacientes preeclampticas para determinar la incidencia de preeclampsia recurrente en las unidades.

Todos los pacientes cumplieron con los requisitos establecidos en el protocolo de estudio en los criterios de inclusión. Los servicios en los que se captaron las pacientes fueron: Unidad de cuidados intensivos, sala de labor, pernatología.

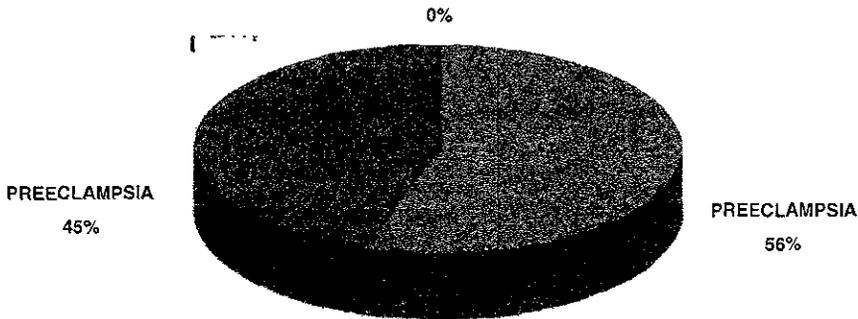
De las 100 pacientes se dividió en dos grupos.

**A).** Pacientes que por antecedente de embarazo previo presentaron preeclampsia para clasificarlas como recurrentes de acuerdo a los criterios de inclusión.

**B).** Pacientes que por primera vez presentaron preeclampsia.

Por lo anterior y de acuerdo al estudio se vio que el 40% de pacientes presentaron preeclampsia recurrente, dando el 45% de porcentaje y 55 pacientes presentaron preeclampsia por primera vez.

## PORCENTAJE DE PREECLAMPSIA EN 100 PACIENTES



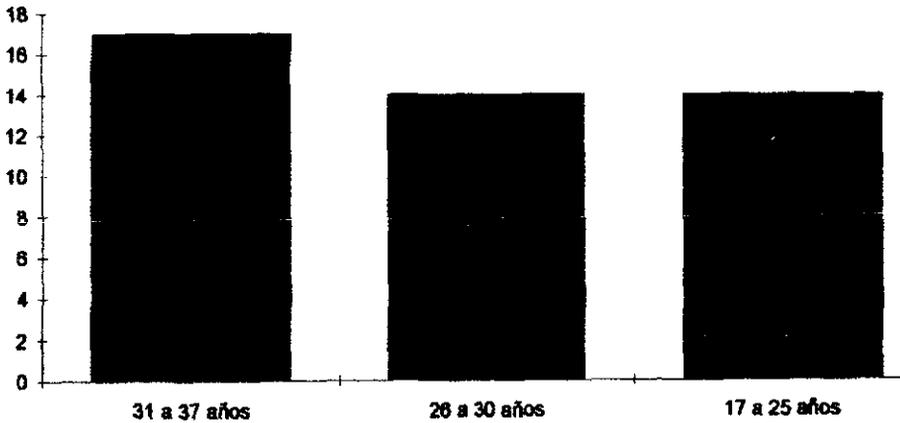
GRAFICA 1

Esta primera observación nos refleja que el porcentaje de preeclampsia es alto en nuestros hospitales. No podemos concluir lo mismo en relación a preeclampsia de primera vez pues no lo controlamos con grupo testigo.

Es importante analizar las variables encontradas en los grupos ya que las conclusiones finales están afectadas por estas mismas.

En relación a la edad, 14 pacientes (31.11 %) correspondían al grupo de 17 a 25 años, 14 pacientes (31.11%) al grupo de 26 a 30 años y por último 17 pacientes (37.7%) al grupo de 31 a 37 años. (Gráfica 2).

## EDAD DE LAS PACIENTES



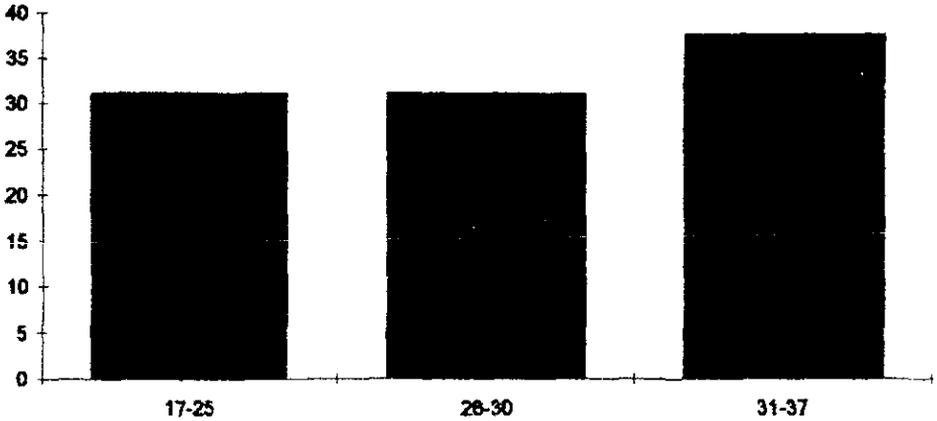
GRAFICA 2

Como se ve los extremos de la edad siguen siendo los grupos mas afectados en las que se presenta el cuadro.

En relación a la ocupación: 32 pacientes (71.1 %) se dedican al Hogar y 11 (24.4%) eran profesionistas.

El grado de escolaridad es semejante: 28 pacientes (62.2%) cursaron enseñanza básica, primaria y secundaria algunos y 9 pacientes (20%) cursaron estudios superiores. Lo anterior nos lleva a concluir que: la ocupación y el grado cultural influyen en forma importante en la presentación de los casos de Toxemia. (Gráfica 3 y 4).

### EDAD EN LA QUE SE PRESENTA LA PREECLAMPSIA



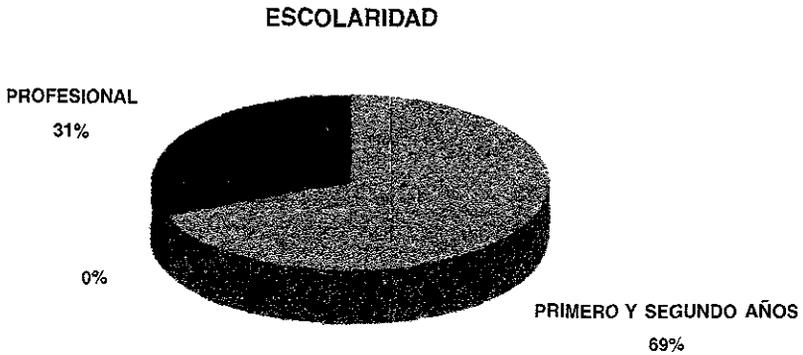
GRAFICA 3

### OCUPACION DE LAS PACIENTES



GRAFICA 4

En lo referente al número de embarazos no hubo concordancia o relación significativa; 22 pacientes (48.8%) correspondieron a pacientes secundigestas, mientras que 23(51.1 %) tenían 3 o más embarazos previos; no obstante se incrementa la posibilidad de presentar la repetición de preeclampsia mientras más embarazos presenten.



GRAFICA 5

La vía de resolución del embarazo fue de 36 pacientes (80%) por vía abdominal, mientras que 7 (15.5%) se solucionaron por vía vaginal. Obvio que el alto porcentaje se debe a la indicación médica del procedimiento. La cesárea sigue siendo la vía de interrupción de la paciente con preeclampsia grave, acarreado con ello aumento en la morbimortalidad materno-fetal.

## NUMERO DE EMBARAZOS



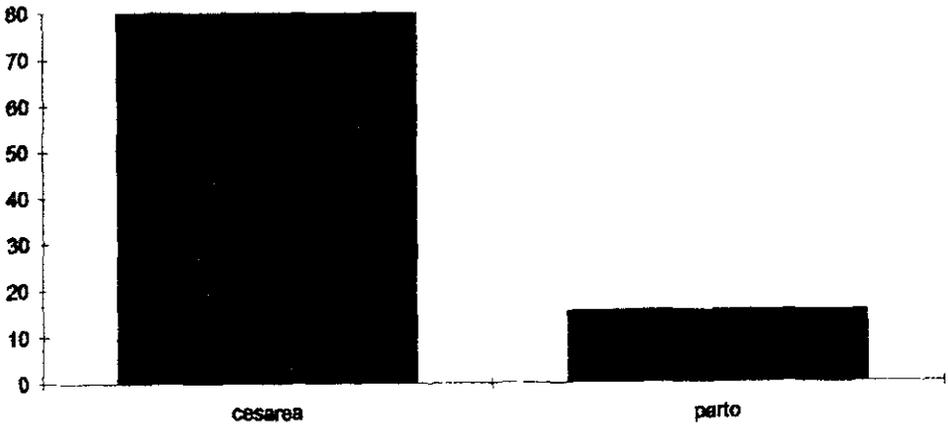
GRAFICA 6

Veintisiete pacientes (600/0) se manejaron en la U.C.I., mientras que 11 pacientes (24.4%) se estabilizaron en UCI y fueron enviadas a piso para posteriormente resolver el problema y solo 7 pacientes (15.5%) se manejaron en Labor.

La mayoría de las pacientes ingresaron en estado agudo y grave lo que amerita un manejo oportuno e inmediato para abatir los riesgos tanto de la madre como los del producto. Como se mencionó la mayoría ingresa a las unidades de cuidados intensivos, donde la estabilización es primordial antes de someter a la paciente a un procedimiento quirúrgico sin estudios previos. Se siguen las normas del servicio de

cuidado intensivo, sin embargo como se mencionó, la cesárea es el procedimiento mas frecuentemente para la interrupción del embarazo. Esto conlleva a obtener productos prematuros que elevan el índice de morbilidad fetal. Se requiere la atención integral especializada en la cuidados intensivos y recuperación de niños. (Gráfica 7).

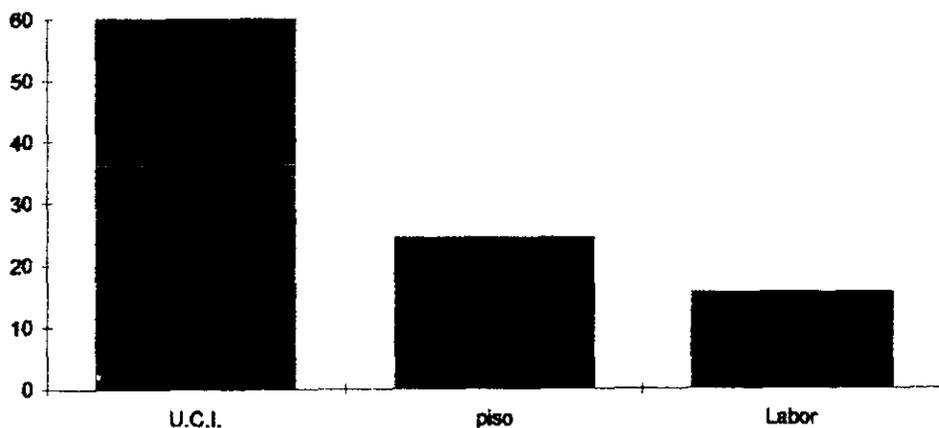
### RESOLUCION DE EMBARAZOS



GRAFICA 7

La valoración de Appgar se valoró en este tipo de productos obteniendo lo siguiente: de 15 productos (33.3%) con Appgar menor de 6/8 y 28 productos (62.2%) mayor de 6/8. (Gráfica 8).

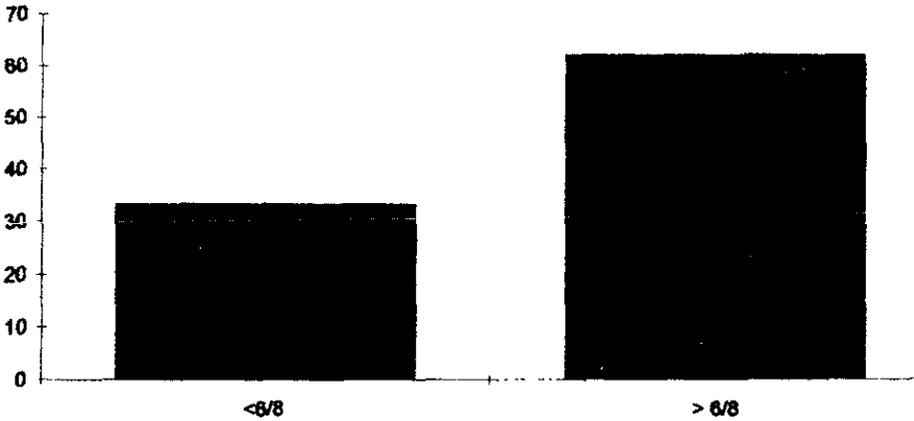
## SERVICIO DE MANEJO INICIAL



GRAFICA 8

Tratándose de control prenatal, factor clave para evitar la aparición del cuadro se llevó a cabo en 42 pacientes (93.3%) mientras que en 3 (6.6%) no tuvieron control prenatal previo. El control prenatal lo realizó el médico familiar en 92.8% y 7.2% por el Gineco-obstetra. Por lo anterior deducimos que el control prenatal fue de mala calidad ya que no se detectó, el problema o es desconocido por el médico familiar de la entidad aun teniendo el antecedente de preeclampsia en el embarazo previo, esto indica que no se le da la importancia a la primera causa de mortalidad materna. (Gráfica 9).

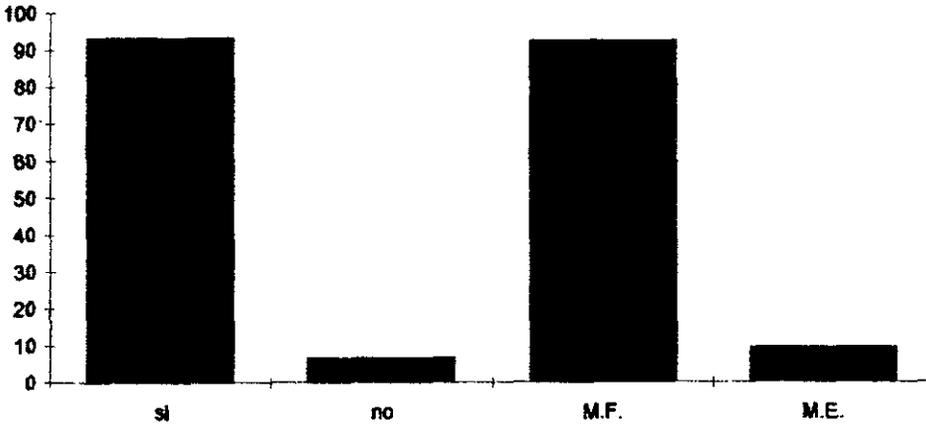
### VALORACION DE LOS PRODUCTOS



GRAFICA 9

Sólo se reportó un sólo caso de antecedente de Preeclampsia (2.2%) mientras que 44 pacientes (97.7%) tenían antecedente de Preeclampsia. (Gráfica 10).

### CONTROL PRENATAL



GRAFICA 10

De estas últimas, 25 (56.8%) presentaron Preeclampsia en su primer embarazo, mientras que 18 (40.9%) lo fue en el segundo embarazo y solo 2 (4.44%) fue en embarazos alternas. (Gráfica 11 ).

### FRECUENCIA PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA EN EMBARAZOS PREVIOS

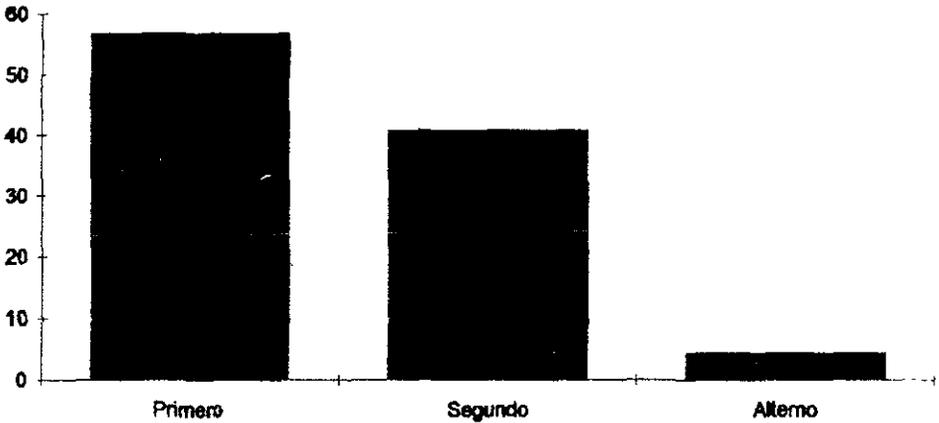


GRAFICA 11

En lo que respecta a la edad gestacional 24 (53.3%) eran embarazos pretérmino, 18 (40%) de término, 1 pastérmino y 2 inmaduros.

Nuevamente sale a colación la incidencia de prematurez elevados que saturan los servicios de cuidado intensivos, neonatales. (Gráfica 12).

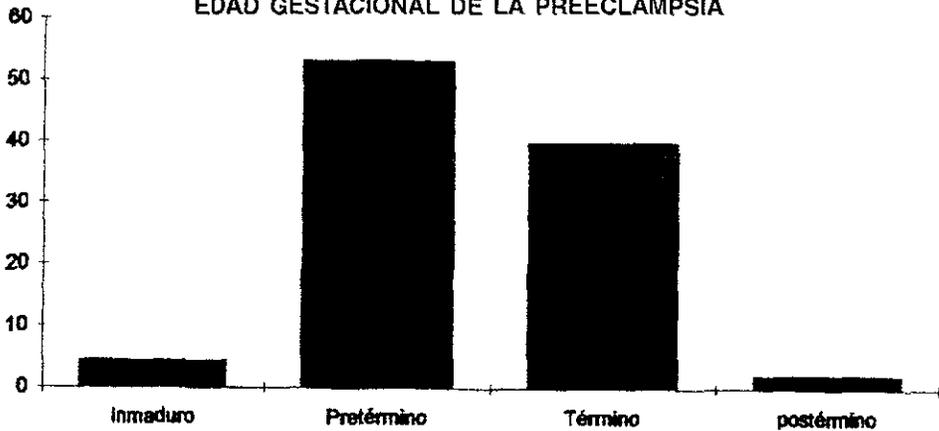
### EMB. EN QUE OCURRIO PREECLAMPSIA



GRAFICA 12

La sintomatología de las pacientes se reportó: 41 pacientes (91.1%) manifestaron la triada clásica de la preeclampsia (Edema, Proteinuria, Hipertensión), 38 de estas (92.8%) con sintomatología vasoespasmódica (Gráfica 13).

### EDAD GESTACIONAL DE LA PREECLAMPSIA

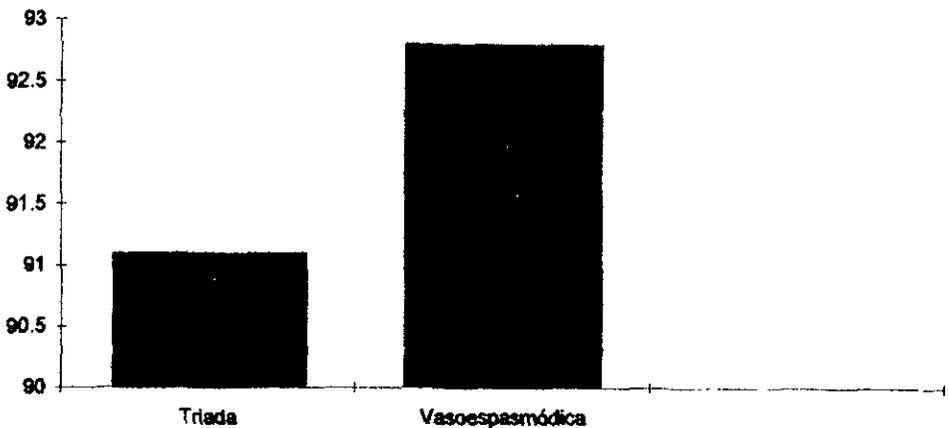


GRAFICA 13

La medición de cifras tensionales se catalogó de la siguiente manera: 17 (37.7%) tenían diastólicas de 100 mmHg mientras que 27 (62%) presentaban mas de 100 mmHg lo que ameritó manejo en cuidados intensivos integral, rápido y oportuno; para mejorar las condiciones pronósticas tanto maternas como fetales.

La mayoría de las pacientes se estabilizaron en un período no mayor de 6 hrs. Este lapso de tiempo dio oportunidad de determinar de acuerdo a condiciones obstétricas la solución y vía de interrupción del embarazo si así lo ameritaba (Gráfica 14) .

#### SINTOMATOLOGIA MANIFESTADA

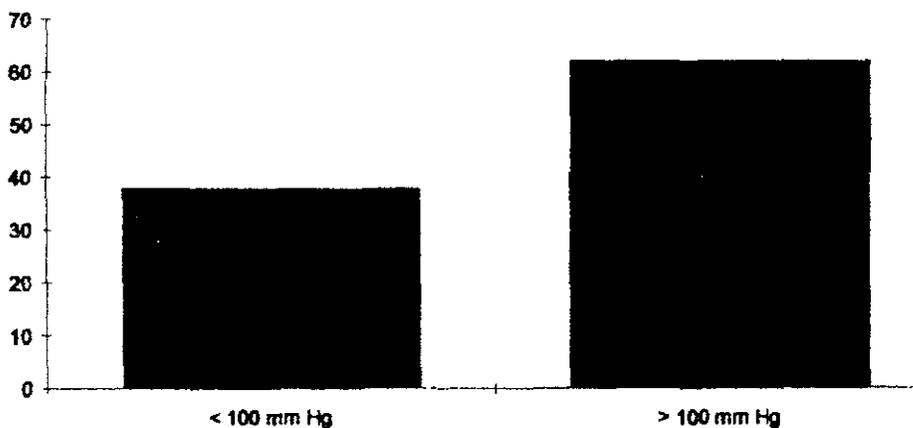


GRAFICA 14

El método de planificación familiar, aplicado como riesgo reproductivo fue: 23 (51.1%) se les aplico D.I.U., en 16 (35.5%) se les practico O.T.B., y sólo en 4 pacientes no fue posible su aplicación por no ser aceptados por la paciente.

En relación a lo anterior se explicó el alto riesgo de un nuevo embarazo, así como la posibilidad muy alta de repetición de la patología, por lo que el 92% de la paciente, acepto algún procedimiento de planificación familiar antes de su egreso de la unidad. Gráfica 15.

#### CIFRAS TENSIONALES

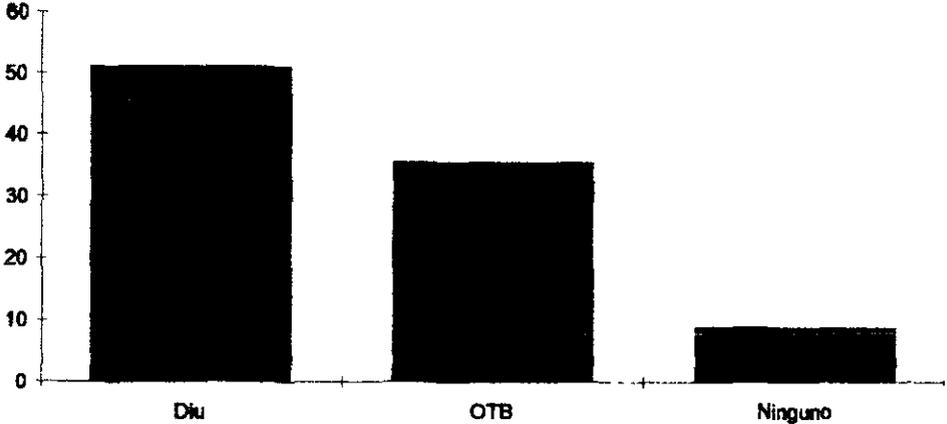


ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

GRAFICA 15

Los exámenes de laboratorio fueron analizados, dando importancia el examen general de orina como parámetro de clasificación de preeclampsia, se reportó lo siguiente: 26 pacientes (57.7%) se reportó cualitativamente, es decir por cruces, dato impreciso para poder clasificar la preeclampsia, 11 pacientes (24.4%) se reportó en gramos haciendo posible clasificarla y 8 (17.7%) sin muestra de orina por lo que no fue posible clasificarla. (Gráfica 16)

**METODO DE PLANIFICACION**



GRAFICA 16

Este tipo de exámenes normativamente debe de reportarse en gramos/1 para así poder, clasificar la preeclampsia y grado de severidad renal en estas pacientes.

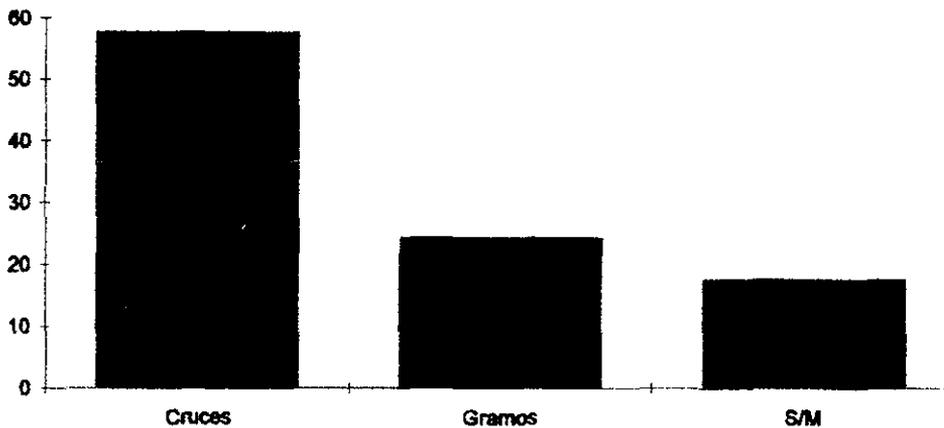
El que se reporte en cruces, es sólo una situación cualitativa que no nos ayuda para fines de diagnóstico y pronóstico.

### CONTROL DE PREECLAMPSIA PREVIA



GRAFICA 17

## REPORTE DE PROTEINURIA



GRAFICA 18

## CONCLUSIONES

El porcentaje de preeclampsia Recurrente en este estudio fue de 45% de recurrencia.

La mayor parte de las pacientes, el 60% se atienden en las Unidades de Cuidados Intensivos.

Los extremos de la vida reproductiva, continúan siendo los que generan mayor problemática.

Prevalecen los factores predisponibles que en la preeclampsia de primera vez (edad, paridad, nivel socioeconómico, cultural y estado nutricional); son de gran importancia para la aparición de esta enfermedad.

Toda paciente con antecedente de preeclampsia, tiene mayor probabilidad de que repita el cuadro de preeclampsia en los siguientes embarazos incrementando la morbimortalidad del binomio.

La cesárea es la vía de elección para la interrupción del embarazo en pacientes con preeclampsia grave, en este estudio.

La prematurez continua siendo un factor dominante en los productos.

La mayoría de las pacientes 93.31% recibieron consultas previas, es decir, llevaron un control prenatal.

No obstante no se detectó el problema en forma oportuna, concluyendo en una consulta de mala calidad.

Los métodos de riesgo reproductivo son determinantes para que el cuadro no se repita.

La clínica continua siendo el mejor criterio de diagnóstico para detectar tempranamente el problema.

Los exámenes de laboratorio son básicos para clasificar el cuadro preeclampsia. Tratándose del EGO el reporte cuantitativo es de mucha ayuda para poder clasificar y pronosticar el cuadro de preeclampsia.

## COROLARIO

La paciente con preeclampsia, son de alto riesgo; más aún cuando se repite el cuadro.

No existe un control postnatal para seguimiento de las pacientes que presentaron el síndrome, por lo que se desconoce la evaluación de los mismos y cuando vuelven a embarazarse y se presenta de nuevo el cuadro; no se le da la importancia al antecedente de preeclampsia.

Cada vez que la paciente presenta el cuadro de preeclampsia, se presentará un daño renal que en algunos casos es irreversible.

La prematurez de los productos continua impactando la atención en los servicios de pediatría, los procedimientos de control natal no cubren al 100% a todas las pacientes de alto riesgo.

El impacto del costo sigue siendo alto en este problema, prevalece la primera causa de muerte obstétrica a pesar de tener aparentemente conocimiento y control de la entidad.

## BIBLIOGRAFIA

Histeroscopia e Hipertensión en el Embarazo.

Clínica Obstétricas y Ginecológicas, Vol. 2, 1992. Pág. 309-401

Ginecología y Obstetricia. Memorias

Hospital de Ginecología y Obstetricia # 3 C.M. "La Raza" Pág.303-327

Clínicas de Perinatología

Hipertensión y Embarazo, Vol. 4, 1991, Pág. 759-771

Schwarcz Obstetricia

Enfermedades Maternas Inducidas por Embarazo o que lo complican. Pág. 219-230

Normas de Manejo en Toxemia Severa

Boletín Informativo México Subdirección Médica General del I.M.S.S., 1990.

Medicina en Ginecología y Obstetricia y Perinatología. H.G.O. #3 C.M. «La Raza»

Rodolfo J. Weiss Rodríguez, Dra. Luz Marina Flores Padilla  
Centro Médico N.L. IMSS, Torreón Coahuila, Mex. Manejo de la  
Preeclampsia Severa-Eclampsia, Comparación entre Nifedipina e  
Hidralazina como Medicamentos Antihipertensivos.  
Ginecología y Obstetricia en México, Vol. 61 Marzo, 1993.

Eyal Schiff, MD. Steven A. Friedman, MD. and Baha M. Sibai, MD Título:  
Conservative Management of Severe Preeclampsia remote. Department  
of Obstetrics and Gynecology University of Tennessee, Memphis; and  
Sheba Medical Center, Tel-Aviv University, Obstetrics & Gynecology. Vol.  
84 No. 4 Part. 1 Oct. 1994, Pag. 626, 630.

Fernando Arias

Guía Práctica para Embarazo y el Parto de Alto Riesgo.  
2a. Edición-Masby/Doyma Libros, Capítulo X, Pag. 185-209.

Rafael G. Buitrón García F.; Guillermo Oropeza Rechy, Rebeca Bravo  
Gutiérrez; Joaquín Villa fuertes Canales, Francisco Buitrón López.  
Aspectos Inmunológicos sobre la Etiología de la Toxemia Gravídica.

Hospital General México S.S.; Hospital General de Zona Troncoso, IMSS,  
Ginecología y Obstetricia en México.  
Vol. 64, Marzo 1996. Pág. 131-134.