



11236
2ej
7
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR

**HIPERTENSION ARTERIAL EN EL
EMBARAZO Y SUS FACTORES DE RIESGO
DETECCION E INCIDENCIA**

TESIS

Que para obtener el Título de
**ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

P R E S E N T A :

Dr. José Luis Alfaro Hernández
(R. II M. F.)



**TESIS CON
FALLA**

México, D. F.

Enero de 1984



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.

INDICE.	PAGINA
I.- INTRODUCCION	
I.A.- Antecedentes científicos	1
I.B.- Planteamiento del Problema	5
I.C.- Objetivos.	7
I.D.- Hipótesis	8
II.- MATERIAL Y METODOS	9
III.- RESULTADOS Y COMENTARIO	11
IV.- GRAFICAS	15
V.- CONCLUSIONES	26
VI.- BIBLIOGRAFIA.	27



DEFATURA DE ENSEÑANZA
E INVESTIGACION
CLINICA HOSPITAL T-1 No. 8

I.A.- ANTECEDENTES CIENTIFICOS

El problema principal de la Hipertensión Arterial sostenida es sin duda las complicaciones tardías que el padecimiento produce y que se traducen en el acortamiento significativo de la esperanza de vida del paciente hipertenso(1), - así como de la paciente embarazada que puede cursar con una enfermedad hipertensiva del embarazo o en su caso de una toxemia que es una entidad aparte pero que está condicionada por la presencia de un problema hipertensivo.

La enfermedad hipertensiva del embarazo comprende a un grupo de padecimientos que tienen como denominador común la elevación de las cifras tensionales arteriales(2).

En el Hospital de Gineco Obstetricia Num. 1 del IMSS - la incidencia de problemas graves de esta enfermedad fue de 0.45 por ciento. En 1978 en una evaluación de 1000 casos de embarazo de alto riesgo vistas consecutivamente en Consulta Prenatal de Alto Riesgo la incidencia de la enfermedad hipertensiva del embarazo fue de 34 por ciento(2).

La experiencia del Hospital de Gineco Obstetricia Num. 1 del IMSS desde hace varios años, indica que las muertes -- por preeclampsia aparecen con mayor frecuencia de lo que informan estudios extranjeros.

De 1971 a 1975 los datos de autopsia en muertes maternas por enfermedad hipertensiva fue del 19.94 por ciento. Estas cifras, para el conjunto de muertes por enfermedad hipertensiva del embarazo de mayo a diciembre de 1975, lapso en que se modificaron algunos aspectos terapéuticos, fue del 6.6 por ciento.

Por todo lo anterior es menester dar a conocer la clasificación de la toxemia, así como de su fisiopatología.

Según el Comité Americano de Salud Materna la clasificación de la toxemia es:

I.- Toxemia gravídica aguda (inicia despues de la semana 24-
de la gestación)

A) Preeclampsia:

- 1.- Leve.
- 2.- Grave.

B) Eclampsia: Convulsiones ó coma, en general ambas co -
sas cuando se asocian con hipertensión, -
proteinuria o edema.

II.- Enfermedad hipertensiva crónica, con embarazo:

A) Sin toxemia sobreañadida.

- 1.- Hipertensión de fecha conocida anterior al embara
zo.
- 2.- Hipertensión descubierta en el embarazo (antes de-
la semana 24 de la gestación y que persista tras-
el parto).

B) Con toxemia aguda sobreañadida.

III.- Toxemia no clasificado

De acuerdo a lo anterior cabe formular una definición--
de la toxemia; "La toxemia gravídica aguda es una complica -
ción hipertensiva del embarazo en la mujer, que presenta cier -
tos signos y, en ocasiones, síntomas que juntos componen el -
síndrome clínico conocido como preeclampsia-eclampsia."

La preeclampsia se caracteriza por la presencia de los-
dos o los tres componentes de la tríada, como son; la hiper -
tensión, albuminuria y edema que se desarrollan despues de la
semana 24 de la gestación.

La toxemia en sí cae dentro de la clasificación de la -
Hipertensión Arterial, dentro del grupo de etiología descono-
cida o esencial, que corresponde casi el 90 por ciento de to-
dos los casos de Hipertensión(4). Entonces definiremos a la -
Hipertensión Arterial como una presión sistólica sanguínea -
140 mmHg o superior, o un aumento de 30 mmHg por encima del -
nivel medio considerado como normal, y una presión diastóli--

ca de 95 mmHg o superior, o bien un aumento de 15 mmHg sobre el nivel considerado como normal.

La enfermedad hipertensiva crónica del embarazo debe diagnosticarse cuando la presión sanguínea se sitúa a 140/95 o más antes de la semana 24 de la gestación y luego se comprueba que la hipertensión persiste indefinidamente después del parto. Esta entidad patológica corresponde a todos los aspectos clínicos de la hipertensión esencial y no es, por lo tanto, peculiar de la gestación. Se sabe no obstante, que predispone a la preeclampsia cuando existe antes de la semana 24 de la gestación(3).

Se debe tomar en cuenta que un aumento considerable de la presión arterial diastólica en ausencia de arterioesclerosis a nivel de la retina indica una hipertensión arterial de inicio reciente, en tanto que un aumento leve de la tensión arterial diastólica con notorios cambios arteriolaras a nivel de retina indican una enfermedad hipertensiva crónica. Debe señalarse que mientras más grave sea la hipertensión más probable será el desarrollo de complicaciones, la que más comúnmente se asocia al embarazo es la hemorragia cerebral (primera causa de muerte en el síndrome hipertensivo agudo del embarazo), ruptura hepática o el desprendimiento de retina(5).

Fisiopatología; Se acepta en la actualidad que la isquemia utero placentaria es el trastorno central que desencadena la serie de alteraciones hemodinámicas de la enfermedad hipertensiva del embarazo(6).

La isquemia puede ser secundaria a modificaciones cualitativas o cuantitativas, congénitas o adquiridas, del flujo sanguíneo. Una vez establecida, se estimula el sistema renina angiotensina placentario, con participación de la aldosterona. Por otra parte, la isquemia provoca degeneración y -

desprendimiento del trofoblasto, el que inicia un proceso de coagulopatía de consumo la que a nivel del glomérulo renal, produce un depósito de fibrina(7). Esto condiciona la proteinuria y posteriormente la hipoproteïnemia. El vasoespasmo de la arteriola aferente del glomérulo, disminuye la filtración y aumenta la fracción de reabsorción tubular de sodio y aparece el edema. Esto aumenta la sensibilidad a la angiotensina y se provoca vasoespasmo generalizado con reducción refleja del gasto cardíaco. Así mismo hay un vasoespasmo venular con disminución del compartimiento vascular de capacitancia, hay una fuga del líquido intravascular de la presión oncótica del plasma por la disminución de la albúmina,(8) lo que establece una hipovolemia, ajustada a la reducción del compartimiento vascular, y por ende aumento de la presión arterial.

La hipertensión arterial de causa primaria, esencial o desconocida, frecuentemente se asocia a factores de riesgo como son la edad, obesidad, tabaquismo, diabétes, alcoholismo sedentarismo e hiperlipidemias, lo que provoca un acortamiento significativo de la vida en 10 a 20 años si no es tratada o detectada a tiempo. Y durante el embarazo predispone a la aparición de una toxemia que por sí sola es causa de un aumento en la mortalidad materno fetal.(9)

I.B.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es de vital importancia una vigilancia adecuada de la mujer embarazada y sobre todo de una toma adecuada de la tensión arterial, esto con el fin de detectar a tiempo la aparición de tensiones arteriales altas. Por lo que hay que darle una mayor importancia a toda mujer embarazada que presente factores de riesgo que ocasionen la aparición de una enfermedad hipertensiva o en su caso de una toxemia y de las complicaciones de las mismas.

En nuestro medio, continuamos observando el ingreso a hospitales de concentración de pacientes embarazadas en estos avanzados de la enfermedad lo que reduce los buenos resultados, independientemente de los tratamientos utilizados (2).

Por todo lo anterior es importante llevar un control-- en forma adecuada de las embarazadas en general, pero haciendo énfasis en las pacientes que presenten factores predisponentes como son la obesidad, toxicomanias, antecedentes familiares de diabétes, de hipertensión, multiparidad y sedentarismo. Lo que originará una disminución de la morbimortalidad materno-fetal secundaria a Hipertensión Arterial y de sus complicaciones.

En cuanto a descubrir la primera manifestación del proceso hipertensivo requiere la revisión periódica a intervalos variables (mas cortos según se trate de enfermas susceptibles de desarrollar la enfermedad) y vigilancia de las cifras de T.A. peso y exámenes de orina para proteinuria, urea creatinina y ácido úrico(10).

Realizando todo lo anterior estaremos cumpliendo con uno de los objetivos de la medicina de primer contacto en el cual se debe diagnosticar e impedir las complicaciones ya

referidas con anterioridad y esto está en las manos del Médico Familiar que en ocasiones se le olvida que juega un papel importantísimo en este tipo de padecimientos, y descuida la detección y por ende de su manejo adecuado, ocasionando el aumento de la incidencia de los problemas hipertensivos.

I. C.- OBJETIVOS.

- A).- Detectar Hipertensión Arterial durante el embarazo.

- B).- Determinar la incidencia de la Hipertensión Arterial y de sus complicaciones durante el embarazo.

I.D.- HIPOTESIS

- H_1 . Existe relación entre los factores de riesgo de la tensión arterial en la etapa del embarazo y la presencia del síndrome hipertensivo en este tipo de pacientes.
- H_0 . No existe relación alguna entre los factores de riesgo de la tensión arterial en el embarazo con la aparición del síndrome hipertensivo en este tipo de pacientes.
- H_1 . A las pacientes embarazadas con factores de riesgo se les está detectando oportunamente el inicio de las complicaciones de la enfermedad hipertensiva y por ende de su tratamiento oportuno.
- H_0 . A las pacientes embarazadas no se les está detectando oportunamente el inicio de las complicaciones de la enfermedad hipertensiva del embarazo.

II.- MATERIAL Y METODOS

El presente estudio se realizó con la población de mujeres del consultorio 8 AC de la clínica de UMF # 18 del IMSS.

Seleccionándose dentro de la población de mujeres en edad fértil (figura 1), a un grupo de 34 mujeres embarazadas detectadas en un período de 6 meses, a las cuales se les determinó la tensión arterial con esfigomanómetro mercurial al tipo integral MI-250 marca Adex. Este tipo de aparato se encontraba en perfectas condiciones para su uso, presentaba una anchura del brazalete de 14 cm y una longitud suficiente para envolver por lo menos las 2/3 partes del brazo.

Las determinaciones se realizaron dos veces por mes, con intervalo de 15 días cada una.

Para diagnosticar a una paciente embarazada hipertensa se siguieron los lineamientos de las clasificaciones mencionadas con anterioridad, donde se hace referencia que la enfermedad hipertensiva en el embarazo se diagnostica cuando la presión sanguínea se sitúa en cifras de 140/95 ó más, o en su caso cualquier elevación de la tensión arterial diastólica por arriba de 95 mmHg, acompañada de edema y de proteinuria. Y considerandola como normal cuando se encontrara con cifras tensionales de 140/90 ó menos.

Las tomas de la tensión arterial se realizaron en la posición de decúbito y sentada, evitando hasta lo máximo las ropas ajustadas y el stress de la paciente.

La técnica a seguir fue de la siguiente manera; la paciente se colocaba en decúbito, se le ajustaba el brazalete a 3 cm por arriba del pliegue del codo, la cápsula del estetoscopio se colocaba sobre la arteria humeral y por debajo del manguito. En seguida se insufló el brazalete hasta llegar a 180 mmHg, luego se desinfló paulatinamente a una velocidad uniforme, observando el descenso de la columna de mer-

curio. Se tomó como presión sistólica, aquella en la que el oído distinguió el primer sonido arterial, y al momento de desaparecer el último sonido arterial se tomó como presión diastólica. Para la realización de una segunda toma se dejó pasar un tiempo de 3 a 5 min para realizarla.

Así mismo a cada mujer embarazada se le dió un cuestionario a llenar, el cual contenía los factores de riesgo (pag 14).

Una vez detectadas las pacientes con tensiones arteriales elevadas se canalizaban al Hospital de Gineco Obstetricia Num. 4 para su tratamiento oportuno.

III.- RESULTADOS Y COMENTARIO

Durante el período del mes de junio al mes de diciembre de 1983, se estudiaron un total de 34 mujeres embarazadas pertenecientes al consultorio 8 AC de la UMF. # 18 del I.M.S.S.

Estas 34 pacientes correspondieron al 5.32 por ciento del total de mujeres en edad fértil, como lo demuestra la pirámide de población de dicho consultorio (Fig 1).

La edad mínima fue de 16 años y la máxima de 40, presentando una mayor frecuencia de mujeres estudiadas en la década de 26 a 30 años con 14 (cuadro 1).

Los resultados nos mostraron que dentro de los antecedentes más importantes de las 34 pacientes estudiadas se encontró un predominio de mujeres casadas (76.42 %) con respecto a otros tipos de estado civil (fig. 2). Así mismo, dentro de los antecedentes Gineco Obstetricos el 82.36 por ciento de las mujeres estudiadas habían tenido más de dos partos. Lo que nos demuestra el alto índice de multiparidad y por consiguiente un mayor riesgo a cursar con embarazos complicados.

Otro dato importante, es que solamente una paciente, el 2.94 por ciento del grupo estudiado realiza normalmente cualquier tipo de ejercicio durante su embarazo. Lo que nos demuestra la inactividad física de la mujer embarazada mexicana, que aunado a una alimentación inadecuada, ocasiona un aumento de peso mayor al esperado, (fig 2)

Dentro de los antecedentes familiares más importantes se encontraron que el 29.42 por ciento de las mujeres estudiadas, presentaron antecedentes familiares de Diabétes, un 26.47 con antecedentes familiares de Hipertensión Arterial y un 82.35 por ciento con antecedentes de Obesidad (fig 3).

Los datos encontrados sobre toxicomanías mostraron

que un 38.24 por ciento de la población estudiada fumaba con regularidad, y que solamente el 8,82 por ciento ingería bebidas alcohólicas en forma social (fig.4).

Dentro de las cifras tensionales arteriales encontradas en el grupo de 34 pacientes, se vio que un 82.24 por ciento presentaron T/A normales, considerándose como tales, cifras de 140/90 ó menos y solamente el 11.76 por ciento con T/A elevada, considerándose como tales, cifras de 160/95 ó + (fig.5, que incluye además, a las cifras tensionales de las cuatro pacientes detectadas).

Las cifras tensionales, se presentaron con mayor frecuencia en el grupo de edad de 16 a 20 años, con dos casos (cuadro 2).

Las edades de las pacientes afectadas, fueron de los 16, 17, 27 y 40 años, que dentro de sus antecedentes de importancia, predominaron los de tabaquismo y los antecedentes familiares de obesidad (cuadro 3).

COMENTARIO:

En el presente estudio, aunque se realizó en una muestra pequeña de mujeres embarazadas, se comprobó la frecuencia de problemas hipertensivos en la mujer embarazada, presentando una incidencia del 11.76 por ciento, siendo una muestra representativa de lo que está ocurriendo a nivel de Hospitales de concentración de Gineco Obstetricia.

Podemos apreciar además la importancia que tiene la edad, ya sea en personas muy jóvenes o en su caso en embarazadas afeadas, que con respecto tiene la aparición de alteraciones en la presión arterial, lo mismo sucede con los factores predisponentes.

Todo lo anterior nos dá pauta a realizar campañas dirigidas a la detección oportuna de problemas hipertensivos en toda mujer embarazada, que presente además datos que nos oriente a sospechar la aparición de alteraciones durante su embarazo. Lo que nos permitirá una canalización adecuada a

segundo nivel y por ende impedir la aparición de las complicaciones.

TRATAMIENTO ESTADISTICO: fué descriptivo, por medio de gráficas y cuadros de tipo inferencial.

Para la comprobación de la hipótesis se utilizó la "t" de STUDENT, MEDIANTE LA SIGUIENTE FORMULA:

$$t = \frac{(\bar{X}_1 - \bar{X}_2)}{\frac{N_1 S_1^2 + N_2 S_2^2}{N_1 + N_2 - 2}} \left(\frac{1}{N_1} + \frac{1}{N_2} \right)$$

Se tomó como población a las mujeres en edad fértil, - siendo un total de 606 (N₁) cuadro 5, correspondientes al - consultorio 2 AC de la UMF # 12, presentando una media (\bar{X}) de 66.54; con una desviación estandar (S) de 57.21. Como mues - tra (N₂) se estudiaron 34 pacientes (cuadro 4), siendo la me - dia (\bar{X}) de 6.8 y como desviación estandar (S) de 19.86; con - lo que, aplicando la fórmula ya referida, se obtuvo una "t" - de STUDENT de 0.25, con Grados de Libertad de 0.94, con lo - cual se demuestra que la H₁ es verdadera y se rechaza la H₀, ya que la "t" de STUDENT queda dentro del rango de los Gra - dos de Libertad (pag 25).

CUESTIONARIO DIRIGIDO A MUJERES EMBARAZADAS
PARA SU DETECCION DE HIPERTENSION ARTERIAL.

NOYBRE: _____

EDAD _____

ESTADO CIVIL

CASADA: _____ SOLTERA _____
DIVOR : _____ UNION.L. _____

ANTECEDENTES OBSTETRICOS

GESTA _____ PARA _____
ABCR. _____ CESA. _____

TOXICOMANIAS

FUMA: SI _____ NO _____
TOMA : SI _____ NO _____

REALIZA EJERCICIO REGU-
LARMENTE:

SI _____ NO _____

ES USTED DIABETICA

SI _____ NO _____

USTED TIENE LA
PRESION ALTA.

SI _____ NO _____

EN SUS ANTERIORES EMBA-
RAZOS HA TENIDO PROBLE-
MAS DE PRESION ALTA:

SI _____ NO _____

EXISTEN DIABETICOS EN
SU FAMILIA:

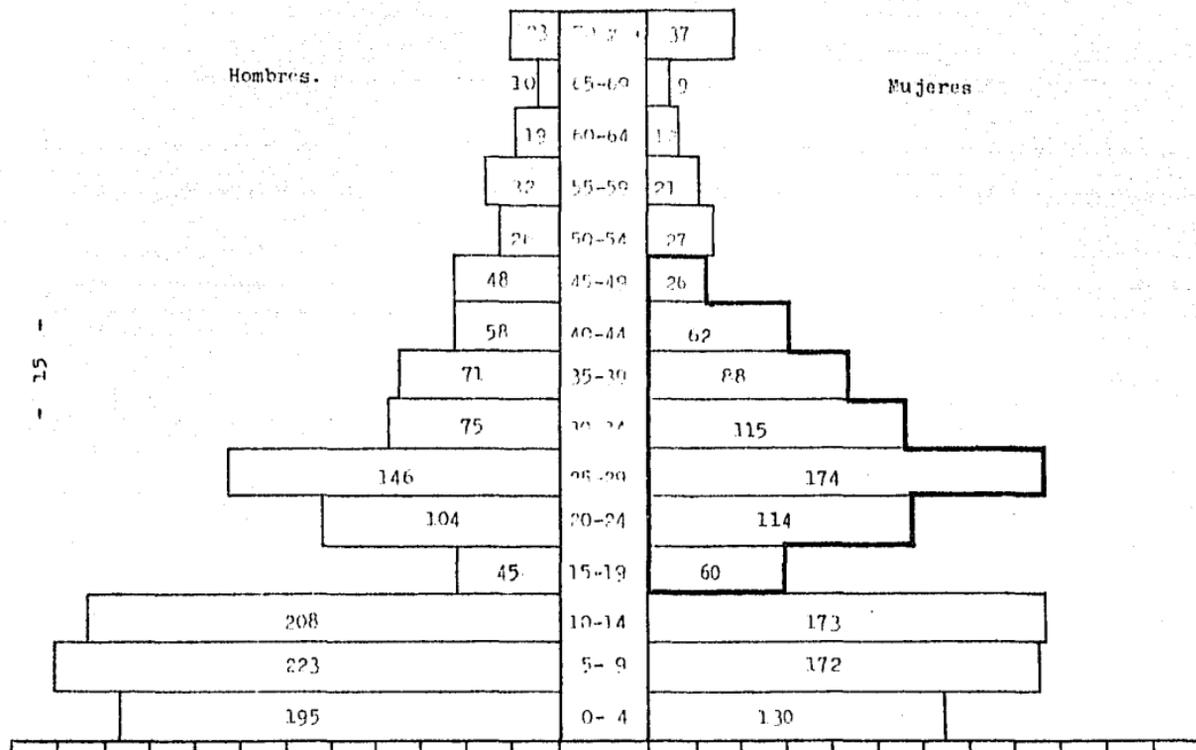
SI _____ NO _____

EXISTEN OBESOS EN
SU FAMILIA:

SI _____ NO _____

TIENE FAMILIARES CON LA PRESION ALTA: SI _____ NO _____

Fig. 1.- Pirámide de Población, Serchokhabiente del consultorio
 8 AC de la UPP # 18 del I.V.C.S.



Fuente; Formas RPI del consultorio 8 AC.

Cuadro 1.- Población de Derechohabientes - embarazadas estudiadas y el porcentaje.

Grupos de edad	Frecuencia	%
16 - 20	7	20.58
21 - 25	7	20.58
26 - 30	14	41.17
31 - 35	5	14.70
36 - 40	1	2.94
TOTALES	34	100.00

Fuente: Expedientes clínicos del consultorio 8 AC de la UMF # 18 del ICS.

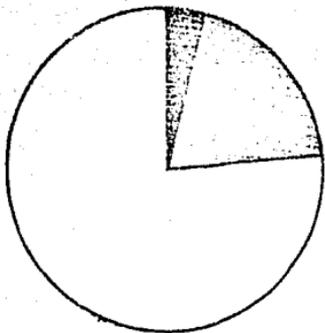
Cuadro 2.- Total de pacientes que presentaron elevación de la TA en el curso de su embarazo.

Edad en años.	TA normal 140/90 ó (-)	%	TA anormal 160/95 ó (+)	%
16 - 20	4	11.76	2	5.88
21 - 25	8	23.53	0	0.00
26 - 30	14	41.18	1	2.94
31 - 35	4	11.76	0	0.00
36 - 40	0	00.00	1	2.94
TOTALES	30	88.23	4	11.76

Cuadro 3.- Antecedentes más importantes dentro de las cuatro pacien
detectadas con TA altas.

Grupos de edad.	AGO.	Tabaquismo	Alcoholismo	Antecedentes familiares de Hipert.	Antecedentes familiares de Obesidad.	Antecedentes familiares de Diabetes
16	Gesta I	-	-	-	+	-
17	Gesta I	+	-	+	+	+
27	Gesta III	+	-	-	+	-
40	Gesta IV	+	+	-	+	-

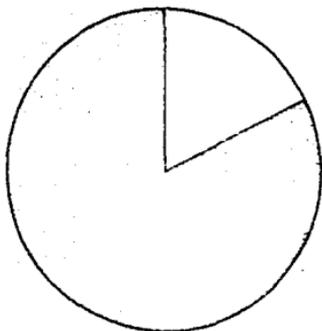
Fig.2 Estado civil de las mujeres embarazadas estudiadas.



ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

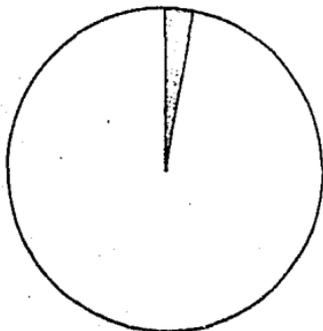
Casadas	76.42 %
Solteras	2.90 %
Unión libre	20.58 %

Antecedentes Gineco Obstetricos De las pacientes estudiadas.



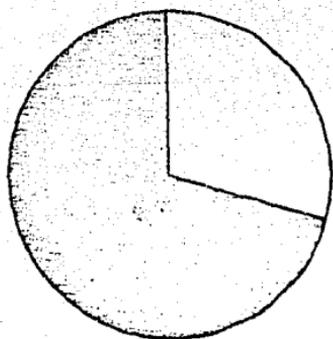
Primigestas	17.64 %
De más de dos partos	82.36 %

Cuántas realizaron ejercicios durante su embarazo.



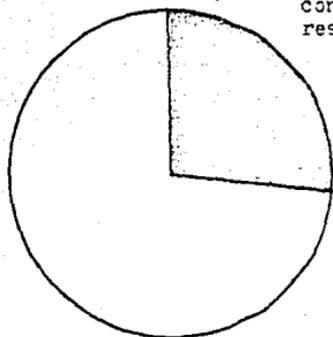
Realizar ejercicio	2.94 %
No lo realizan	97.06 %

Fig. 3.- Porcentaje de embarazadas con antecedentes familiares de diabétes.



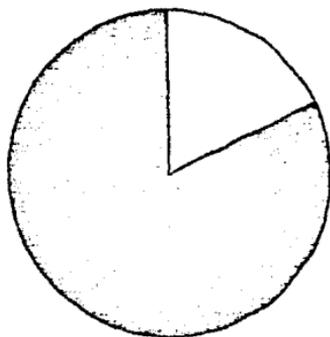
	Positivos	29.42 %
	Negativos	70.59

Porcentaje de embarazadas con antecedentes familiares de hipertensión.



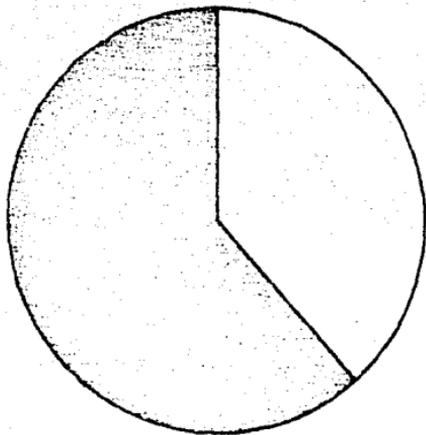
	Positivos	26.47 %
	Negativos	73.53 %

Porcentaje de embarazadas con antecedentes familiares de obesidad.



	Positivos	82.35 %
	Negativos	17.64 %

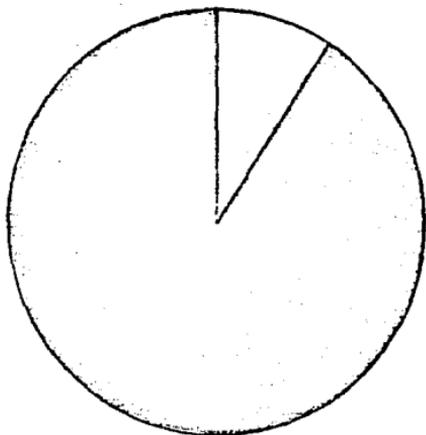
Fig. 4 Mujeres embarazadas-
estudiadas con ante-
cedentes de tabaquis-
mo.



Positivo 38.24 %

Negativo 61.76 %

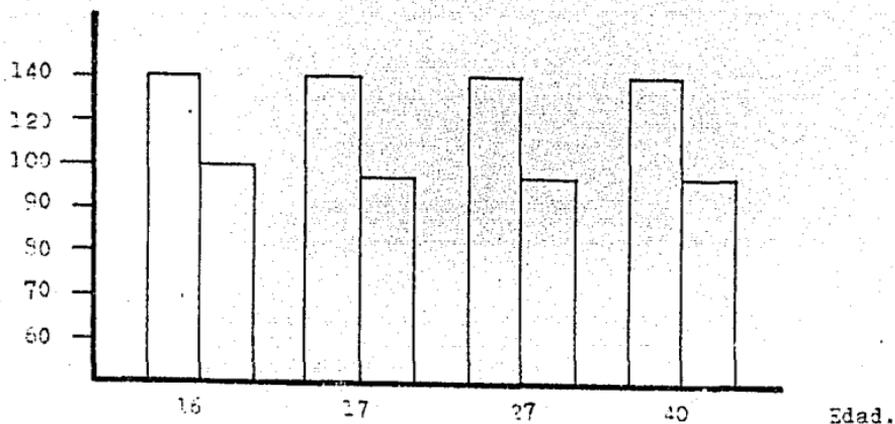
Mujeres embarazadas-
estudiadas con ante-
cedentes de alcoholis-
mo.



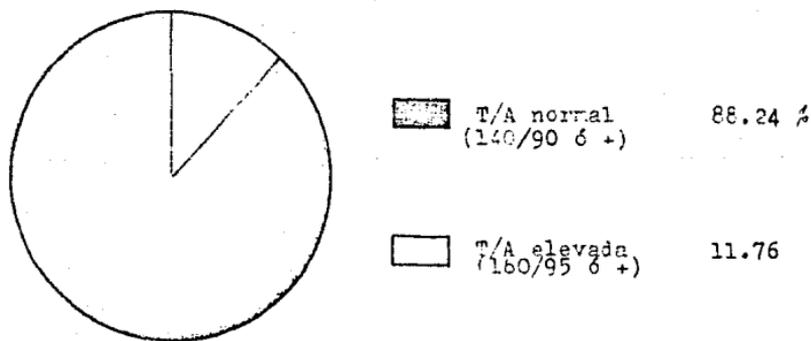
Positivo 91.82 %

Negativos 8.18 %

Fig. 5 Edad de pacientes detectadas con Tensión arterial altas, - sistólicas y diastólicas.



Porcentaje de la Tensión Arterial encontrada en el total de pacientes estudiadas.



Cuadro. 4.- Tratamiento estadístico con la muestra estudiada.

Intervalo de Clase.	Marca de Clase	Frecuencia (f)	Media \bar{x}	$X_1 - \bar{x}$	$(X_1 - \bar{x})^2$	$f(X_1 - X)^2$
15 - 20	18	7	1.40	11.2	125.44	878.08
21 - 25	23	7	1.40	16.2	262.44	1837.08
26 - 30	28	14	2.80	21.2	449.44	3292.16
31 - 35	33	5	1.00	26.2	686.44	3432.20
36 - 40	38	1	0.0	31.2	973.44	973.44
TOTALES		34	5.0			13412.96

Fuente: Muestra de la población de mujeres en edad fértil, del consultorio # 40 de la UMF # 18 .

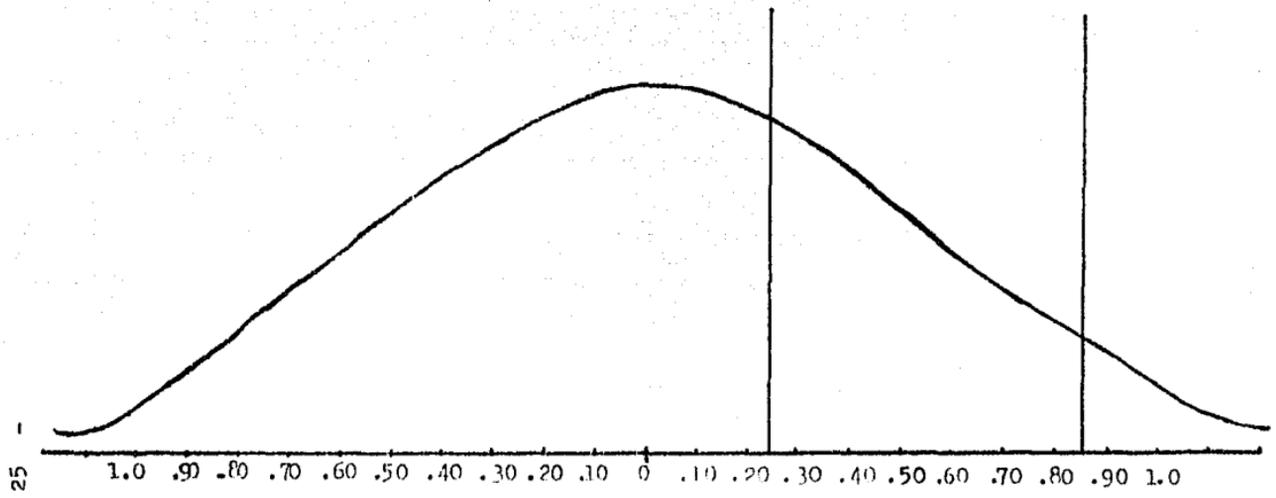
Cuadro 5.- Tratamiento estadístico con el grupo de mujeres en edad fértil.

Intervalo de edad	Marca de Clase (X_i)	Frecuencia	Media \bar{X}	$X_i - \bar{X}$	$(X_i - \bar{X})^2$	$f (X_i - \bar{X})^2$
15 - 19	17	57	8.14	-69.54	4835.81	275641.17
20 - 24	22	106	13.14	-64.54	4165.41	441533.46
25 - 29	27	161	23.00	-59.54	3545.01	570746.61
30 - 34	32	197	15.29	-54.54	2974.41	318283.27
35 - 39	37	98	12.56	-49.54	2454.21	215870.48
40 - 44	42	61	9.71	-44.54	1983.81	121019.41
45 - 49	47	26	3.71	-39.54	1563.41	40648.66
TOTALES		606	96.54			1923936.10

Fuente: Población en edad fértil del consultorio B AC de la UMF # 18

$t: 0.25$

$\sigma_{\beta \kappa}$
Korrekture = 0.24.



- 25

V.- CONCLUSIONES.

- I.- En el grupo estudiado, se detectaron mujeres embarazadas con problemas de Hipertensión desde los 16 años.
- II.- Hacer énfasis en la toma rutinaria de tensión arterial en mujeres embarazadas que presenten factores predisponentes.
- III.- Darle una mayor importancia al control de mujeres embarazadas que oscilen en edades límites; de 16 años y de 40 años ó más.
- IV.- Implantar un programa de detección oportuna en mujeres embarazadas específicamente y de preferencia en el tercer trimestre del embarazo.

VI.- BIBLIOGRAFIA

- 1.- Herrera, J; Arriaga, J; Fernandez, M; Gabbai, F: Tratamiento de la Hipertensión Arterial. Rev. de la Fac. de Med. Vol. XXV, año 25 Num. 4 1982. Pag. 145-147.
- 2.- Schally, A; MacGragor, C; Progresos Recientes en Ginecología y Obstetricia. Rev. Ciclos Sobre el Avance Continuo de la Medicina. del Instituto Mexicano del Seguro Social. Subdirección General Médica; Jefatura de los Servicios de Enseñanza e Investigación. Mexico 1978. Pag. 77-87
- 3.- Douglas M. Haynes: Complicaciones Médicas durante el embarazo. Salvat Edit. S.A. Mallorca-Barcelona España. 1973. Pag. 4-54.
- 4.- Harrison: Medicina Interna. La prensa Médica Mexicana. México D.F. 4a Edición 1974 pag. 255-258.
- 5.- Alger, C; Saenz de Viteri, M; Síndrome Hipertensivo agudo del embarazo. Diagnóstico Oftalmológico. Rev de la Facultad de Medicina. Vol. XXV año 25 No1 1982. Pag. 140-153.
- 6.- Speroff, J; Toxemia of pregnancy in "Hypertension mechanisms" Ed York Med. Books 1976 New York.
- 7.- Studo, W; Shew, S; Bailey, D; Maternal and fetal serum-protein concentration in normal pregnancy complicated - by proteinurie preeclampsia. Amer. J. Obstet. Gynecol. pag 114-582 1972.
- 8.- Studo, W; The originad effects of proteinurie in pregnancy. J. Obst. Ginecol. Brit. Pag. 80-872 1973.
- 9.- Villalobos, R; Estevez, F; Ricaud, R; Gonzalez, Z; Causas de muerte en la preeclampsia-eclampsia. Ginec. Obst. Mex. 1978 Pag. 24-587.