

11227



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
I.S.S.S.T.E.

**EVOLUCIÓN CLÍNICA DE CIFRAS TENSIONALES
Y PROTEINURIA EN PACIENTES QUE CURSARON
CON PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA.**

TESIS

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALIDAD EN MEDICINA INTERNA
P R E S E N T A:
DR. CARLOS ARMANDO ORBE CABRERA



ASESOR DE TESIS: DR. JOAQUIN ZÚÑIGA MADRAZO

MÉXICO, D.F.

FEBRERO 2004



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central

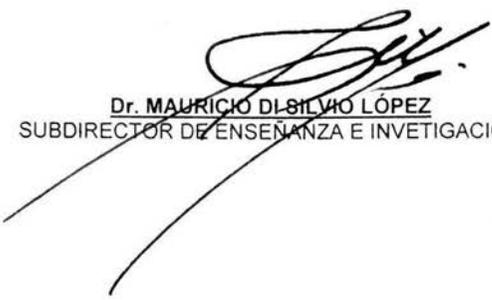


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

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.


Dr. MAURICIO DI SILVIO LÓPEZ
SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN


Dr. RAFAEL SÁNCHEZ CABRERA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE MEDICINA INTERNA


Dr. JOAQUÍN ZÚÑIGA MADRAZO
ASESOR DE TESIS


Dr. CARLOS ARMANDO ORBE CABRERA
MÉDICO RESIDENTE


SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

AGRADECIMIENTO

A mis padres Armando y Lourdes, por su apoyo, quienes depositaron su confianza y creyeron en mí para terminar mi propósito.

A mis hermanos Natalia y Alejandro, esperando sea un ejemplo para ellos y sigan superándose.

A mis maestros por la enseñanza, consejos y sus experiencias personales, que me sirvieron para superarme y lograr una meta más en mi vida profesional.

A mis amigos Dr. Jesús Serrano y Dr. Jorge Ramírez, por su amistad, confianza, consejos y por compartir momentos gratos y desagradables.

A Janet, por su amistad, cariño, confianza, apoyo incondicional en los momentos de felicidad y difíciles, haciéndome sentir en casa a pesar de la distancia.

A todos ellos con respeto y gracias por todo.

PAGINA

INDICE	1
RESUMEN	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
HIPÓTESIS	4
ANTECEDENTES	5
OBJETIVOS	6
JUTIFICACIÓN	7
MATERIAL Y MÉTODOS	8
RESULTADOS	9
DISCUSIÓN	10
CONCLUSIONES	12
TABLAS Y GRAFICAS	13

RESUMEN

ORBE-CABRERA C; ZUÑIGA-MADRAZO J; EVOLUCIÓN CLÍNICA DE CIFRAS TENSIONALES Y PROTEINURIA EN PACIENTES QUE CURSARON CON PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA atendidas en la clínica de hipertensión del C.M.N. 20 de Noviembre ISSSTE D.F.

OBJETIVOS:

Conocer la evolución e intensidad promedio de la presión arterial y proteinuria de pacientes que cursaron con preeclampsia-eclampsia posterior al alumbramiento y su repercusión renal así como la importancia de la vigilancia estrecha durante el puerperio.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó un análisis descriptivo de 24 pacientes mujeres adultas, que presentaron preeclampsia, atendidas en el servicio de Perinatología de Enero a Agosto del 2002, para su atención obstétrica y al egreso se enviaron a la Clínica de Hipertensión con tratamiento médico antihipertensivo.

Se registraron las cifras de presión arterial en cada valoración y se disminuyó dosis del tratamiento hasta suspenderlo al llegar a cifras de diastólicas menores de 90 mm Hg. en de dos o más ocasiones.

La proteinuria en orina de 24 hora se solicitó periódicamente hasta negativizarse y la depuración de creatinina al controlarse la presión arterial sin tratamiento médico.

El método estadístico aplicado fue con mediciones de tendencia central: media, mediana y moda; medidas de dispersión: desviación estándar, error estándar y rango; y la prueba de "P" para la significancia estadística.

RESULTADOS:

Se excluyeron 3 pacientes y estudiaron 21 con diagnóstico de preeclampsia, con una edad promedio de 33 años (r 22-42), el número de gesta promedio fue 1(38%) (r 1-5.) y la semana de gestación del diagnóstico de preeclampsia en promedio fue 29.4 (r 21-38.5).

La presión arterial diastólica inicial fue de 99 mm Hg. (r 70-120) y final de 75.4 mm Hg. (r 70-100) con una promedio de 79.5 días (r 20 - 244).

La depuración de creatinina inicial fue de 96.9 ml por minuto (r 37.96-146.7)) y la final de 93.8 ml por minuto (r 30.73-164.7).

La proteinuria inicial fue de 24 horas de 2.1 gr. (r .5-6.1) y la final de 1.64 gr. (r 0.26-8.75) negativizándose a los 32.6 días (r 10 - 90).

La albúmina sérica inicial 2.09 mg/dl(1.5-2.9) y final de 3.3 gr/dl (r 1.6-4-6) en un promedio de 32.6 días (r 10 - 90).

El incremento de las cifras de presión diastólica ocasionó disminución de la depuración de creatinina al final. (p < 0.05). Así como también el incremento de la presión diastólicas, repercutió en mayor cantidad de la proteinuria en orina de 24 horas, al inicio (p <0.01) y al final (p < 0.01).

La albúmina sérica, disminuyó de acuerdo a la severidad de la presión diastólica, al inicio (p < 0.01) y final (p < 0.01).

La duración de la hipertensión arterial, dependió de la severidad en las cifras de presión diastólica al inicio (p < 0.01) y final (p < 0.01).

El mayor incremento en cifras de presión diastólica al final, (p < 0.01), la mayor cantidad de proteinuria final (p < 0.05) y mayor duración de la hipertensión (p < 0.01) se observó en las primigestas.

A edad mas temprana en el diagnóstico de preeclampsia, se observó mayor duración de la hipertensión (p < 0.01).

CONCLUSIONES:

Se observó que las pacientes con menor número de gestaciones y edad más temprana del diagnóstico de preeclampsia, presentaron mayor incremento de las cifras de presión diastólica, repercusión de la depuración renal, severidad de la proteinuria, hipoalbuminemia y mayor duración de la hipertensión arterial.

SUMMARY

ORBE-CABRERA C; ZUÑIGA-MADRAZO J; **CLINICAL EVOLUTION OF HYPERTENSION AND PROTEINURIA IN PATIENTS THAT PRESENTED PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA** assisted in the clinic of hypertension of the C.M.N November 20 ISSSTE D.F.

OBJECTIVES:

To know the evolution and intensity average of the arterial pressure and patients' proteinuria that studied with later preeclampsia-eclampsia to the childbirth and their renal repercussion as well as the importance of the narrow surveillance during the post childbirth.

MATERIAL AND METHODS:

We was carried out a descriptive analysis of 24 patient mature women that presented preeclampsia, assisted in the service of Perinatología from January to August of the 2002, for their obstetric attention and to the expenditure they were sent to the Clinic of Hypertension with antihypertensive medical treatment.

We registered the figures of arterial pressure in each valuation and diminish dose of the treatment until suspending it when arriving to diastolic figures smaller than 90 mm Hg. in of two or more occasions.

The proteinuria in urine of 24 hour was requested periodically until negativizarse and the creatinina purification when being controlled the arterial pressure without medical treatment.

The applied statistical method was with measures of central tendency: he/she mediates, medium and fashion; dispersion measures: standard deviation, standard error and range; and the test of "P" for the statistical significancia.

RESULTS:

3 patients were excluded and they studied 21 with diagnostic of preeclampsia, with an age 33 year-old average (r 22-42), the number of pregnancies average was 1 (38%) (r 1-5.) and the week of gestation of the preeclampsia diagnosis on the average was 29.4 (r 21-38.5).

The pressure arterial initial diastolic was of 99 mm Hg. (r 70-120) and final of 75.4 mm Hg. (r 70-100) with an average of 79.5 days (r 20 - 244).

The purification of initial creatinina was of 96.9 ml per minute (r 37.96-146.7)) and the final of 93.8 ml per minute (r 30.73-164.7).

The initial proteinuria was of 24 hours of 2.1 gr. (r .5-6.1) and the final of 1.64 gr. (r 0.26-8.75) negativizandose to the 32.6 days (r 10 - 90).

The albumin initial serum 2.09 mg/dl(1.5-2.9) and final of 3.3 gr/dl (r 1.6-4-6) in an average of 32.6 days (r 10 - 90).

The figures of pressure diastolic caused decrease from the creatinina purification to the end. (p <0.05.). as well as the increment of the pressure diastolic, rebounded in bigger quantity of the proteinuria in urine of 24 hours, to the beginning (p <0.01) and at the end (p <0.01).

The albumin serum, diminished according to the severity of the pressure diastolic, to the beginning (p <0.01) and final (p <0.01).

The duration of the arterial hypertension, depended on the severity in the figures of pressure diastolic to the beginning (p <0.01) and final (p <0.01),

The biggest increment in figures of pressure diastolic at the end, (p <0.01), the biggest quantity in final proteinuria (p <0.05) and bigger duration of the hypertension (p <0.01) it was observed in the primigestas.

To age but early in the preeclampsia diagnosis, bigger duration of the hypertension was observed (p <0.01).

CONCLUSIONS:

It was observed that the patients with smaller number of gestations and earlier age of the preeclampsia diagnosis, presented bigger increment of the figures of pressure diastolic, repercussion of the renal purification, severity of the proteinuria, hipoalbuminemia and bigger duration of the arterial hypertension.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Cuál es la evolución de las cifras tensionales y proteinuria en pacientes que presentan preeclampsia-eclampsia, posterior a la resolución del embarazo.?

Es transitoria la proteinuria y la hipertensión en pacientes que presentan preeclampsia.-eclampsia, posterior al alumbramiento?

¿Cuánto tiempo permanece la proteinuria después del alumbramiento?

¿Cuánto tiempo y que severidad tiene la hipertensión arterial?

HIPÓTESIS:

¿La hipertensión arterial que se presenta en la preeclampsia-eclampsia, se menciona como transitoria, es factible que en un seguimiento a largo plazo persistan con incremento de estas.?

¿La proteinuria que se presenta durante la preeclampsia-eclampsia, se cataloga como transitoria, normalizándose al resolverse el embarazo, es factible que en un seguimiento a largo plazo no deje secuelas en la función renal.?

ANTECEDENTES:

La Preeclampsia-Eclampsia es una de las principales causas de morbi-mortalidad materna, con tasas altas en los países en desarrollo afectando el 10% de embarazos y cuyos impactos desfavorables afectan la salud materna y perinatal, por que asocia a: edema pulmonar, coagulopatía intravascular diseminada, encefalopatía hipertensiva y insuficiencia renal aguda. (1,2,3). Es de importancia mencionar que aunque son relativamente bajas las cifras de mortalidad por esta causa en los países industrializados, las medidas para su prevención y tratamiento han recibido creciente atención debido, entre otras razones, a consideraciones de costo-beneficio. (3).

En México, en los últimos años se estima de 2 a 35 casos nuevos por cada 100 embarazos (4), actualmente es la principal causa de muerte materna y responsable en más de la tercera parte de defunciones de este tipo en el Sistema Nacional de Salud(5).

La revisión de la literatura médica sobre el tema revela un acentuado interés en la investigación destinada a clarificar la etiopatogénia, dentro de las cuales se ha enfocado a la placenta como causa de las alteraciones sistémicas debido a isquemia placentaria por la mala adaptación inmunológica, predisposición genética y factores vasculares placentarios, que ocasiona cambios morfológicos en el endotelio placentario, liberación del factor Von Willebrand, endotelina y alteración en el balance entre el activador y inhibición del plasminógeno tisular, prostaciclina / tromboxano, que favorece el incremento de la agregación plaquetaria y vasoconstricción(6)

La lesión histológica característica en riñones por preeclampsia, es la endoteliosis glomerular, que es hipertrofia y edema de células capilares, por isquemia glomerular, que ocasiona disminución del flujo sanguíneo y del filtrado glomerular (7,8)

Clínicamente la enfermedad hipertensiva del embarazo se ha clasificado por la Organización Mundial de la Salud, el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia, Sociedad Internacional para el estudio de la Hipertensión y el Instituto Nacional del Grupo de Trabajo de la Salud en Hipertensión Gestacional, siendo esta última la más aceptada y se describe a continuación: (9,10)

Preeclampsia-Eclampsia: Incremento de la tensión arterial mayor de 140/90 acompañada de proteinuria (> 300mg/24hrs) y edema después de la vigésima semana de gestación..

Eclampsia : Preeclampsia más crisis convulsivas.

Hipertensión Arterial Crónica con Preeclampsia sobre agregada:
La combinación de hipertensión arterial crónica y preeclampsia.

Hipertensión Gestacional: Incremento de tensión arterial sin acompañarse de proteinuria, después de la semana 20 de gestación y que si se resuelve dentro de las 12 semanas posparto se da el nombre de hipertensión gestacional transitoria y si continua se da el nombre de hipertensión crónica.

Los esfuerzos por reconocer el diagnóstico tempranamente en la mujer, con un riesgo elevado de desarrollar Preeclampsia-Eclampsia, es una preocupación para el Obstetra, por que puede presentarlo toda mujer en estado gravídico, con alta incidencia en aquellas que tienen ciertas características como nuliparidad, embarazos múltiples, edades extremas y enfermedades como Diabetes Mellitus y nefropatía, como lo han mostrado la gran cantidad de estudios observacionales y epidemiológicos, sin haber podido identificar todavía el o los factores desencadenantes de la enfermedad. (11)

A pesar de los avances en esquemas terapéuticos y de la aplicación adecuada de estos, no se ha podido abatir las tasas de morbi-mortalidad (12,13); se desconoce con certeza las repercusiones posteriores a mediano y largo plazo.

La hipertensión arterial que tiene riesgo de aceleración de la aterosclerosis (14) y la proteinuria como dato de daño renal, la duración e intensidad de estos repercute en la función renal, en pacientes que tuvieron preeclampsia-eclampsia después del alumbramiento.

Los estudios reportados en paciente que cursaron con preeclampsia-eclampsia severa, en el primero y segundo trimestre, señalan el riesgo de repetir el evento en los embarazos subsecuentes, así como el incremento en la probabilidad de presentar hipertensión arterial crónica.(1)

OBJETIVOS:

Conocer la evolución e intensidad promedio de la presión arterial y proteinuria de pacientes que cursaron con preeclampsia-eclampsia posterior al alumbramiento y su repercusión renal así como la importancia de la vigilancia estrecha durante el puerperio.

JUSTIFICACIÓN:

La vigilancia de la hipertensión arterial y función renal así como su tratamiento oportuno evitarán la progresión del daño renal en la preeclampsia-eclampsia y como consecuente hipertensión arterial crónica.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó un análisis descriptivo en 24 pacientes mujeres adultos que presentaron preeclampsia con criterio diagnóstico de acuerdo al grupo de Hipertensión Arterial en Gestación por el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (NHBPEP), que fueron atendidas en el servicio de Perinatología para su atención obstétrica y posteriormente enviada a la Clínica de Hipertensión al egresarse de hospitalización, de Enero a Agosto del 2002.

Se les realizó historia clínica completa al ingreso y exámenes de laboratorio: biometría hemática, química sanguínea, electrolitos séricos, pruebas de función hepática, albúmina sérica, depuración de creatinina de 24 horas y proteínas en orina de 24 horas, al hospitalizarse y durante el seguimiento.

El tratamiento antihipertensivo al egreso del servicio de Perinatología, fue con metoprolol, captopril, y nifedipino, que se cambiaron por amlodipino y enalapril, debido a que se encontraban en dosis máximas; La dosis de los fármacos se modificaron de acuerdo a la respuesta y cuando la presión arterial diastólica fue de 90 mmHg. o menor, determinada en dos o más ocasiones se suspendió el tratamiento.

La proteinuria en orina de 24 horas se solicitó periódicamente hasta negativizarse y la depuración de creatinina al controlarse la presión arterial sin tratamiento médico.

Se relacionaron cifras de presión arterial diastólicas, depuración de creatinina en orina de 24 horas, albúmina sérica y proteinuria en orina de 24 horas, posteriores a la resolución del embarazo y al concluir el estudio.

MÉTODO ESTADÍSTICO:

Se realizó estadística descriptiva con mediciones de tendencia central: media, mediana y moda; de dispersión: rango y desviación estándar. Así como estadística especial: "t" de Student aceptando una significancia estadística con una $p < 0.05$.

Se analizó estadísticamente con el programa de computo STATS 1998, edición Mc Graw Hill.

RESULTADOS:

Se excluyeron 3 pacientes una por haber presentado una síndrome antifosfolípidos, la segunda hipotiroidismo y la tercera por hipertensión arterial crónica previo al embarazo. No se capturaron pacientes con eclampsia por no haberse presentados casos con esta categoría.

Las 21 pacientes restantes se les diagnóstico preeclampsia, a todas se le realizó cesárea, con una edad promedio de 33 años (r 22-42). (Gráfico 1), el número de gesta promedio fue 1 (r 1-5) GI:8(38.09%), GII:7(33.3%), GIII:4(19.04%), GIV:1(4.76%), GV:1(4.76%) (Gráfica 2) y la semana de gestación del diagnóstico de preeclampsia promedio fue 29.4 (r 21-38), en el rango de 30-34 semanas con 9 pacientes (42.85%), 6 en el de 25-29 semanas (28.57%), 4 en el de 20-24 semanas (19.04%) y 2 en el de 35-39 semanas (9.52%)(Gráfico 3).

La presión arterial diastólica promedio al momento de la cesárea, fue de 99 mm Hg. (r 70-120) y al corte del estudio fue de 75.4 mm Hg. (r 70-100) con una duración promedio de 79.5 días (r 20 - 244).

Continuaban en tratamiento médico antihipertensivo y en reducción de dosis, 7 pacientes (33.3%), todas primigestas, con una duración promedio de 95.14 días (28-160).

La depuración de creatinina promedio al momento de la resolución del embarazo fue de 96.9 ml x hora (r 37.96-146.7)) y al final de del estudio de 93.8 ml x hora (r 30.73-164.7), una de las pacientes se encontraba en protocolo de estudio, para descartar hipertensión de etiología renal, debido a que no recuperó cifras de depuración de creatinina inicial y mostró mayor deterioro posterior a la resolución del embarazo.

La proteinuria inicial fue 2.1 gr. (r .5-6.1) y la final previa a negativizarse de 1.64 gr. (r 0.26-8.75) con una duración promedio de 32.6 días (r 10-90), ninguna paciente presentaba proteínas en orina al corte de estudio. (Gráfico 4).

La albúmina sérica inicial fue de 2.09 mg/dl(1.5-2.9) y final de 3.3 gr/dl (r 1.6-4-6) en un promedio de 32.6 días (r 10 -90), coincidiendo su duración con la proteinuria de 24 horas.

La relación de la presión diastólica y depuración de creatinina iniciales, no mostraron significancia estadística, al realizarlo con cifras finales, el incremento de la presión diastólicas, repercutió en la depuración de creatinina, con disminución de esta ($p < 0.05$).

La intensidad de la proteinuria en orina de 24 horas fue mayor, en las que presentaron mayor incremento de cifras de presión diastólica al inicio ($p < 0.01$) y final ($p < 0.01$).

La albúmina sérica disminuyó en relación a la intensidad de las cifras de presión diastólica, al inicio ($p < 0.01$) y final ($p < 0.01$).

La duración de la hipertensión arterial, dependió de la intensidad en las cifras de presión diastólica al inicio ($p < 0.01$) y final ($p < 0.01$) y tuvieron menor duración las pacientes con menor cifras de diastólicas al inicio y final.

A menor número de gestación, presentaron mayor incremento de la presión diastólica final ($p < 0.01$), mayor intensidad de la proteinuria en 24 horas al final ($p < 0.05$) y mayor duración de la hipertensión ($p < 0.01$).

A edad más temprana en el diagnóstico de preeclampsia, se observó mayor duración de la hipertensión($p < 0.01$).

DISCUSIÓN:

En nuestro medio la preeclampsia se presenta más frecuente en primigestas, con una frecuencia del 52% y tienen dos veces mayor riesgo de presentarla en un nuevo embarazo(8), datos que coinciden en este estudio, sin embargo respecto a la edad promedio de 33 años, es menor a la reportada en estudios donde la incidencia es mayor en menores de 21 y mayores de 35 años.

La semana de gestación promedio de diagnóstico fue de 29.4 semanas, mayor a la observada en estudios donde la mayor frecuencia es en menores de 25 semanas de gestación(1).

Las primigestas con menos años de edad e inicio temprano de preeclampsia, son antecedentes de importancia, que se toman en cuenta, para valorar el pronóstico de morbi-mortalidad tanto materna como infantil, a largo plazo, por que repercuten en la severidad de la enfermedad, según Siba(1) y lo corroboramos en nuestro estudio, sin embargo no se le da importancia a la elevación de las cifras de presión arterial y la cantidad de proteinuria, donde observamos que tiene relación con la nuliparidad e inicio temprano de la preeclampsia, por que presentan mayor severidad de la enfermedad posterior al alumbramiento y una duración mayor de la hipertensión arterial.

En nuestro estudio la duración promedio fue de 79.5 días, mayor a la reportada por Ferrazzani(15) en 16 días, pero sus pacientes tenían menos edad de gestación y menos cantidad de proteinuria, relación que no coincide, debido a que concluimos, que a menor edad de gestación, presentan mayor cantidad de proteinuria y no tomaron en consideración las cifras de presión arterial ya que es de vital importancia estas cifras para poder determinar la evolución que se presentará en el puerperio y evitar daño renal como lo observamos en nuestras pacientes.

La función renal al inicio del seguimiento fue en promedio de 96.9 ml por minuto y disminuyó a 93.8 ml por minuto al final, observando mayor deterioro en relación, a la severidad de las cifras de presión arterial diastólicas y la cantidad de proteinuria, en pacientes primigestas con inicio temprano de la preeclampsia y se detectó una paciente que no recupero depuración de creatinina a cantidades normales.

La importancia del seguimiento a este tipo pacientes, tomando en cuenta a las mujeres con menor número de gesta, edad temprana del diagnóstico de preeclampsia, la severidad de las cifras de presión diastólica iniciales y la cantidad de proteinuria, después del alumbramiento, es vital para el pronóstico, ya que lo anterior repercutirá en la duración del tratamiento antihipertensivo y esto último en la preservación de la función renal. Así como en la planeación de nuevos embarazos, ya que se ha visto reincidencia en los siguientes embarazos, con el riesgo de continuar con hipertensión arterial sin revertirse esta, sugiriendo la literatura la hipótesis de que hay correlación positiva entre depuración de creatinina y endotelina, poniendo en evidencia daño de células endoteliales por preeclampsia observado por Ferrazzini (15) y reportado por Sibai (1) donde las pacientes que cursaron con preeclampsia severa tienen un alta incidencia de hipertensión crónica en un rango de 1 a 11 años después del alumbramiento, siendo indispensable continuar en vigilancia a estas pacientes por mayor tiempo.

CONCLUSIONES:

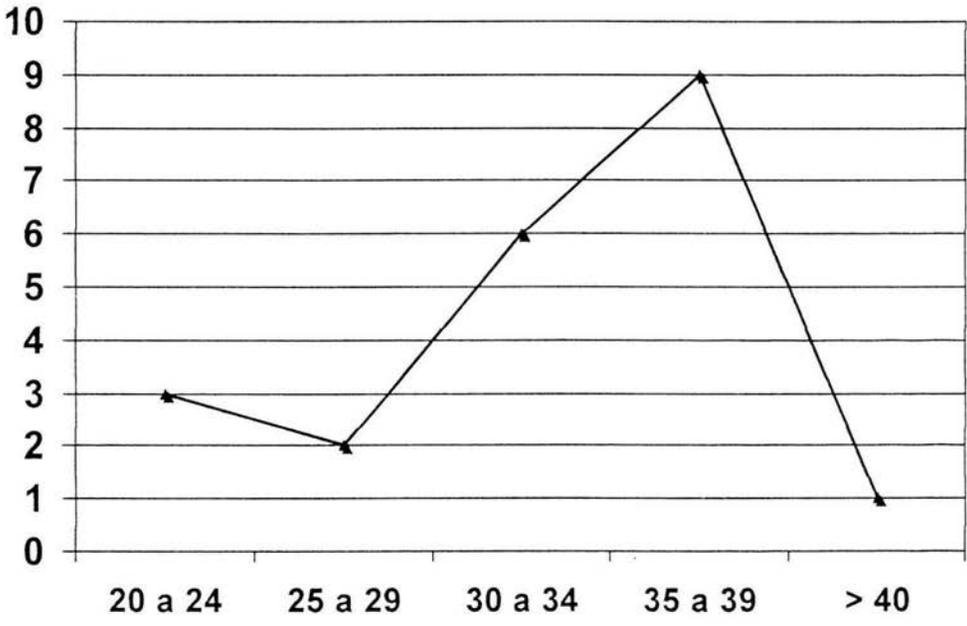
En base a los resultados podemos concluir lo siguiente:

- 1.- La preeclampsia fue más frecuente en primigestas.
- 2.- La severidad del incremento en cifras de presión diastólica, se relacionó con disminución de depuración de creatinina al final.
- 3.- La disminución de albúmina sérica, severidad de la proteinuria en orina de 24 horas, la mayor duración de la hipertensión se observó en aquellas que presentaron mayor incremento de cifras de presión diastólica al inicio como al final.
- 4.- Las pacientes que presentaron menos números de embarazos, se observó mayor duración de la hipertensión y mayor intensidad de la proteinuria.
- 5.- A edad más temprana del diagnóstico de preeclampsia, presentar mayor severidad de la hipertensión.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

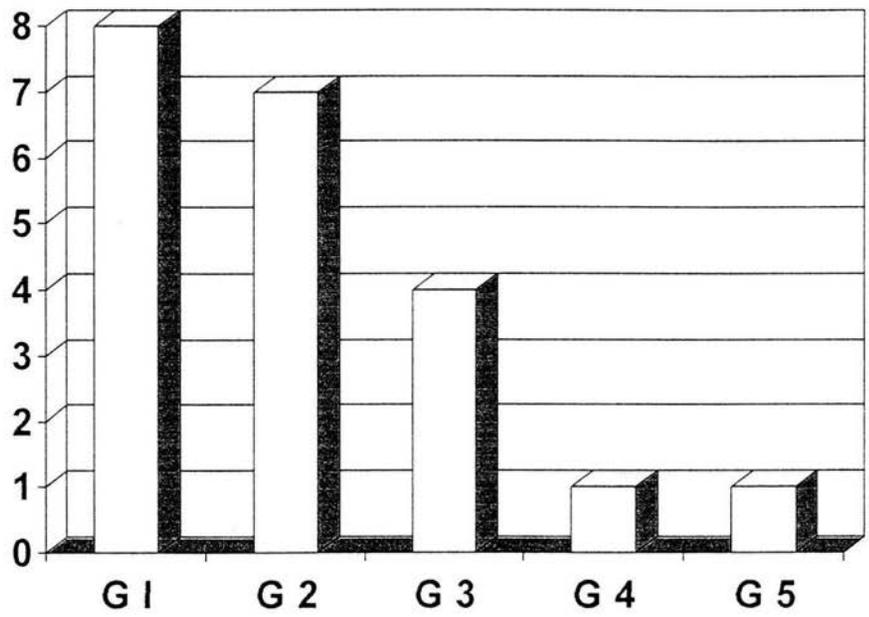
GRÁFICAS

DISTRIBUCION POR EDAD



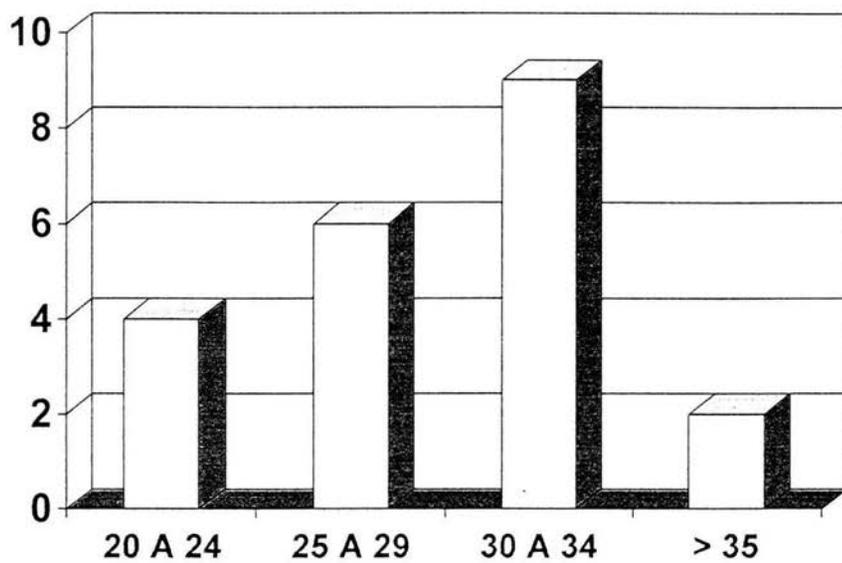
GRAFICA 1

NUMERO DE GESTAS



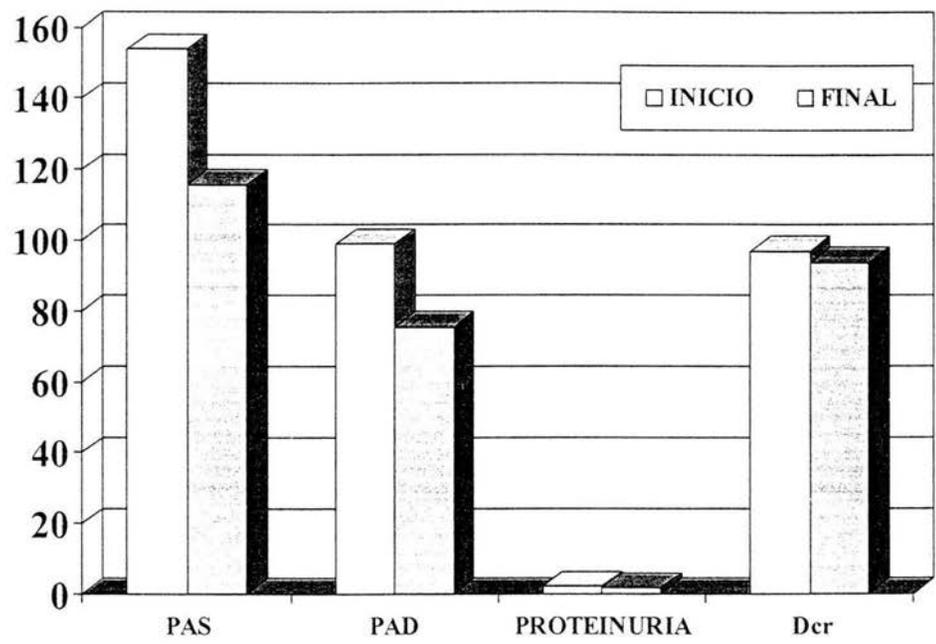
GRAFICA 2

SEMANAS DE GESTACION



GRAFICA 3

CIFRAS TENSIONALES Y PROTEINURIA EN PACIENTES CON PRE-ECLAMPSIA



GRAFICA 4

BIBLIOGRAFÍA

1. Baha M. Sibia; Brián M, Cem S. **SEVERE PREECLAMPSIA IN THE SECOND TRIMESTRE: RECURRENCE RISK AND LONG-TERM PROGNOSIS.** Am J Obstet Gynecol 1991;165:1408-12.
2. Baron JR; O'Brien JM; Bergauer NK; et al col; **MILD GESTATIONAL HYPERTENSION REMOTE FROM TERM : PROGRESSION AND OUTCOME.** Am J Obstet Gynecol 2001;184:979-83.
- 3.-Sibai BM; Sarinoglu C; Mercer BM; **PREGNANCY OUTCOME AFTER ECLAMPSIA AND LONG-TERM PROGNOSIS.** Am J Obstet Gynecol 1992; 166:1757-63.
4. Mar-Ibañez A. **EPIDEMIOLOGÍA DE LA PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA EN MÉXICO.** Epidemiología. 2001; 18(16):1-2.
5. Velasco-Murillo V; Pozos CJL; Cardona PJA. **PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA PREECLAMPSIA-PREECLAMPSIA. DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA.** Rev Med IMSS 2000, 38(2): 139-47.
6. Van Beek; E; Peeters L. **PATHOGENESIS OF PREECLAMPSIA : A COMPREHENSIVE MODEL.** Am J Obstet Gynecol 1998; 53(4):233-39.
7. Mark S Paller. **DISEASE OF THE MONTH. HYPERTENSION IN PREGNANCY.** J Am Soc Nef 1998; 9(2):
8. Gaber L; Spargo BH, Lindheimer MD; **RENAL PATHOLOGY IN PREECLAMPSIA.** Clin Obstet Gynecol 1994; 8:443-468.
9. **REPORT OF THE NATIONAL HIGH BLOOD PRESSURE EDUCATION PROGRAM GROUP ON HIGH BLOOD PRESSURE IN PREGNANCY.** Am J Obstet Gynecol 2000; 183:S1-S22.
10. Vesna Garovic; **HIPERTENSIÓN IN PREGNANCY : DIAGNOSIS AND TREATMENT.** Mayo Clinic Proc 2000; 75(10):1071-1071.
11. Lara-Gonzalez AL; Romero-Arauz JF; et al col. **FACTORES DE RIESGO PARA PREECLAMPSIA. ANÁLISIS MULTIVARIADO.** Ginecol Obstet Mex 2000; 68(8):357-362.
12. Romero-Arauz JF; Lara-Gonzalez AL; Izquierdo-Puente C; **MANEJO CONSERVADOR EN PREECLAMPSIA SEVERA.** Ginecol Obstet Mex 2000; 68 (2):357-362.
13. Magge LA; Ornstein MP, et al col; **MANAGEMENT OF HYPERTENSION IN PREGNANCY.** BMJ 1999; 318:1332-133.
14. Periff D; **HYPERTENSION AND PREGNANCY-RELATED HYPERTENSION.** February 1998; 16(1).
15. Ferrazzani S; De Carolis S; Pomini Francesco et al Col. **THE DURATION OF HYPERTENSION IN THE PUERPERIO OF PREECLAMPTIC WOMEN : RELATION WITH RENAL IMPAIRMENT AND WEEK OF DELIVER.** Am J Obstet Gynecol 1994; 171:506-12.