

11217



GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL
México La Ciudad de la Esperanza



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN
EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**“CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS Y CLÍNICAS DEL
BINOMIO MADRE-HIJO DE LAS PACIENTES ECLAMPTICAS
ATENDIDAS EN 3 HOSPITALES DEL DISTRITO FEDERAL”**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

PRESENTADO POR
DRA. MAÍ DE JESÚS CRUZ GUTIÉRREZ

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

DIRECTOR DE TESIS
DR. JOSÉ ANTONIO MEMIJE NERI

- 2005

m. 348360



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.

**“CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS Y CLÍNICAS DEL
BINOMIO MADRE-HIJO DE LAS PACIENTES ECLAMPTICAS
ATENDIDAS EN 3 HOSPITALES DEL DISTRITO FEDERAL”**

DRA. MA. DE JESÚS CRUZ GUTIÉRREZ

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: MA. DE JESÚS CRUZ
GUTIERREZ

FECHA: 21-SEPTIEMBRE-2005.

FIRMA: [Firma manuscrita]

Vo. Bo.

Dr. José Antonio Memije Neri

[Firma manuscrita]

Profesor Titular del Curso de

Especialización en Ginecología y Obstetricia



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

Vo. Bo.

Dr. Roberto Sánchez Ramírez

[Firma manuscrita]

Director de Educación e Investigación



DIRECCION DE EDUCACION
E INVESTIGACION
SECRETARIA DE
SALUD DEL DISTRITO FEDERAL

AGRADECIMIENTOS

AL ETERNO.

A MIS PADRES Y HERMANOS

Por enseñarme a no rendirme ante ningún reto y por inculcarme los principios y valores que ahora rigen mi vida y que me han ayudado a conseguir las metas que me he propuesto.

A MI AMADO ESPOSO ADALID

Que con su amor, apoyo y confianza me ha dado las fuerzas necesarias para seguir adelante.

Gracias por existir Adalid.

A MIS MAESTROS

Por la disposición para compartir sus conocimientos y experiencia, guiándome para lograr la excelencia en mi preparación.

A LAS PACIENTES

Que son un raudal de enseñanza para mí.

ÍNDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN 1

MATERIAL Y MÉTODOS 5

RESULTADOS 6

DISCUSIÓN 9

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 12

ANEXOS

RESUMEN

Objetivo: Describir las características socioeconómicas y clínicas del binomio madre-hijo de las pacientes eclámpticas atendidas en 3 hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal durante el período del 1° de julio 2004 al 30 de junio del 2005.

Material y Método: Se realizó la revisión de los expedientes clínicos de las pacientes eclámpticas atendidas en los hospitales Generales Villa e Iztapalapa y el Materno Infantil Inguarán. Operacionalizando a la variable: características socioeconómicas como: edad, escolaridad, estado civil, ocupación y a las características clínicas como: control prenatal, edad gestacional al momento del diagnóstico de eclampsia, estudios de laboratorio realizados, vía de resolución del embarazo, complicaciones maternas y características del recién nacido: peso, Apgar.

Resultados: Se obtuvieron 40 expedientes clínicos, con edad promedio de 21.3 ± 6 años; el 45% tuvo una escolaridad de primaria completa, el 45% vivían en unión libre y el 85% de ellas se dedicaba al hogar. Con respecto a los antecedentes del embarazo se menciona que el inicio de la vida sexual fue en promedio a los 16.8 ± 3.2 años, en el 27.5% tuvo un control prenatal irregular y el 60% eran primigesta nulípara. La edad gestacional media al momento de la eclampsia fue de 36.4 ± 3.6 semanas. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron convulsiones, edema y cefalea, la tensión arterial media al ingreso en promedio fue de 123.5 ± 15.7 mmHg. Con respecto a los estudios de laboratorio realizados, la concentración de plaquetas promedio fue de $145,215 \pm 78,469$. El peso promedio de los RN fue de 2660 ± 680 grms y el Apgar al minuto y 5 minutos fue en promedio de 5.5 y 6.9; el 7.5% fueron óbitos fetales. El 57.5% se complicaron, siendo la más frecuente el Síndrome de HELLP con un 47.5% y el 7.5% de las pacientes falleció.

Conclusión: El porcentaje de complicaciones en el estudio es mayor al reportado en la literatura nacional e internacional, destacando como una probable causa el control prenatal irregular.

Palabras claves: Eclampsias, características socioeconómicas y características clínicas, binomio madre-hijo.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos hipertensivos del embarazo afectan al 8% de los embarazos y encabezan las principales causas de mortalidad materna y neonatal, en el mundo entero. La mayoría de los eventos adversos son atribuidos a la enfermedad hipertensiva del embarazo en especial al síndrome de la preeclampsia, caracterizada por la instalación de hipertensión con proteinuria durante el embarazo. ¹

La hipertensión durante el embarazo se clasifica de la siguiente manera: preeclampsia leve, preeclampsia severa, eclampsia, hipertensión gestacional, preeclampsia sobre agregada a hipertensión crónica. Esta clasificación identifica las alteraciones con diferentes características epidemiológicas, fisiopatológicas y los riesgos para la madre y su hijo. ²

La preeclampsia es la primera causa de morbilidad y mortalidad materna y perinatal en todo el mundo, particularmente en los países en desarrollo. La mayoría de los casos ocurren en mujeres nulíparas, con una incidencia del 6% al 7%. ^{3,4,5}

Los principales factores de riesgos identificados en el desarrollo de la preeclampsia de la mujer nulípara sana son: la edad materna extrema, raza, estado socioeconómico, abortos y/o amenazas de aborto previos, tabaquismo, alcoholismo durante la gestación, índice de masa corporal aumentado, ganancia de peso excesiva durante el embarazo y la presencia de diabetes gestacional. ^{6,7} Sin embargo, cuando se analizan por separado dichos factores no se ha demostrado su influencia para desarrollar preeclampsia. ⁶

La comparación de los factores de riesgo para preeclampsia e hipertensión gestacional permite hacer una asociación de los mecanismos etiológicos relacionados a estas condiciones.⁸

La patogénesis de esta entidad no está clara aún; sin embargo, el deterioro que se observa en algunos órganos y sistemas se debe a la reducción en la perfusión secundaria a vasoespasmo, desafortunadamente el único remedio curativo conocido hasta ahora, es la interrupción del embarazo, con repercusión importante en la morbilidad perinatal cuando se extrae un neonato prematuro⁹

La activación celular o la disfunción del endotelio parece ser el tema central en la patogénesis de la preeclampsia.¹⁰ Los vasos de la mujer preecláptica, responden exageradamente a la angiotensina II, y esto ocurre meses antes de que se manifieste la enfermedad.²

La preeclampsia/ eclampsia es una alteración multisistémica que involucra el hígado, riñones, y cerebro, así como disfunción pulmonar, cardiovascular y hemática. La placenta también se ve involucrada incrementando el riesgo de un pobre desarrollo fetal y partos pretérminos.^{11,12}

La epidemiología de la preeclampsia /eclampsia es complicada por las diferencias en la definición e inexactitud en el diagnóstico, así como las disparidades entre las poblaciones de estudio.¹³

La eclampsia ocurre cuando la preeclampsia progresa a una fase convulsiva que pone en riesgo la vida.² Se define como la presencia de convulsiones generalizadas durante el embarazo o en el posparto, sin tener relación con otras entidades cerebrales patológicas, en una mujer con preeclampsia.
11,14,15,16,17

Además la eclampsia se asocia significativamente con complicaciones que ponen en riesgo la vida, tales como edema pulmonar, edema cerebral, falla renal, falla hepática, coagulopatía intravascular diseminada(CID), el síndrome de HELLP, síndrome de insuficiencia respiratoria progresiva del adulto (SIRPA) y el desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI).^{17,18,19,20,21,22}

Estudios reportan que cuando la eclampsia se presenta anteparto la principal complicación es el Sx de HELLP en un 14% seguido del DPPNI en un 12% de los casos, y cuando la eclampsia ocurre a las 32 SDG o antes el Sx de HELLP ocurre en un 20%¹⁵ Otros autores reportan al DPPNI en un 10% de los casos, y refieren que los índices de CID se incrementan en mujeres que presentaron DPPNI hasta un 42%, y en las que presentaron IRA la CID se presenta hasta en un 7%²⁰

En Estados Unidos la eclampsia se asocia con una mortalidad materna de 0.5% mientras que en México llega hasta el 14%, durante 1998 en el Sistema Nacional de Salud se registraron 44,399 casos de preeclampsia/eclampsia.^{14, 15} En el 2001 se reportó una prevalencia del 2.1% de eclampsia en el Centro Médico Nacional de Torreón, con complicaciones en el 29% de los casos, la principal complicación en pacientes eclámpticas fue bronconeumonía, seguida de SIRPA y DPPNI.¹⁶

La CONAPO (Consejo Nacional de Población) reporto en el periodo de 1992 a 1994 que el 22.95% de la mortalidad materna del país se debió a la eclampsia. En el periodo de 1995 a 1997, reporto a la toxemia del embarazo como la principal causa de muerte en México con un porcentaje del 31.9%²³

En el Distrito Federal, la toxemia del embarazo fue la principal causa de mortalidad materna, en un 46.4 por ciento en el periodo 1995-1997.²⁴

La importancia epidemiológica de dicho padecimiento de origen multifactorial, radica en que en el 100% de los casos la muerte materna ocurre por factores de riesgo previsibles y prevenibles a través de acciones de actualización permanente del personal de salud, así como la promoción de la atención prenatal a la población, mediante estrategias de comunicación que lleguen sobre todo a las mujeres en riesgo.¹⁴

El objetivo del estudio fue describir las características socioeconómicas, y clínicas del binomio madre-hijo de las pacientes eclámpicas atendidas en tres hospitales de la Secretaria de Salud del Distrito Federal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un diseño de estudio observacional-descriptivo-retrospectivo-transversal, en el periodo comprendido del 01 de julio del 2004 al 30 de junio del 2005. Se realizó un censo de los expedientes clínicos de las pacientes eclámpicas según el criterio del ACOG (American Collage of Obstetrician and Gynecologist) atendidas en los hospitales Generales Villa e iztapalapa y el Materno Infantil Inguarán.

Operacionalizando a la variable: características socioeconómicas como: edad, escolaridad, estado civil, ocupación y a las características clínicas como: control prenatal, edad gestacional al momento del diagnóstico de eclampsia, estudios de laboratorio realizados, vía de resolución del embarazo, complicaciones maternas y características del recién nacido: peso, Apgar.

Se recolectaron los datos en un formato *ex profeso*, concentrándolos en una base de datos realizada con el programa Excel 2003. Realizando un análisis estadístico descriptivo, calculando: para las variables cualitativas las frecuencias y porcentajes y para las variables cuantitativas la media y las medidas de dispersión como es el rango y la desviación estándar.

Siendo un estudio sin riesgo desde el punto de vista de Bioética.

RESULTADOS

Se estudiaron 40 pacientes eclámpicas, correspondiendo el 25% al Hospital Materno Infantil Inguarán, el 20% al Hospital General Iztapalapa y el 55% del Hospital General Villa.

Con relación a la edad la mínima fue de 14 y la máxima de 37 años, con una media fue de 21.3 años y una σ de 6 y el grupo de edad que más casos tuvo fue el de 14-17 años, con un 37.5%, fig. 1.

Con respecto a la escolaridad el 45% (18) contaba con primaria completa, seguida por la secundaria completa con un 27.5% (11), fig. 2.

El estado civil predominante fue la unión libre con un 45%, en segundo lugar las casadas con un 27.5%, fig. 3.

El 85% de las pacientes se dedicaban a las labores del hogar, el 10% laboraban en empresas dedicadas a los servicios, el 2.5% trabajaban en empresas agropecuarias y el 2.5% no contaban con ninguna actividad.

Con relación al inicio de vida sexual activa se tuvo una media de 16.8 años \pm 3.2 y un rango de 14 a 27 años. El 60% de las pacientes fueron primigestas nulíparas, el 15% fue secundigesta, el 10% era su tercera gesta y el 15% tenían 4 o más gestaciones.

El 55% (22) de las pacientes contaban con control prenatal, el 10% no tuvo y en el 35% no se refería en el expediente clínico. En el 12.5% lo iniciaron en el primer trimestre, el 22.5% en el segundo trimestre, 12.5% en el tercer trimestre y en el 52.5% no se refería. Con respecto al número de consultas el 27.5% contaba con mas de 5, el 17.5% con menos de 5, fig. 4.

La edad gestacional promedio al momento de presentarse la eclampsia fue de 36.4 semanas, con una σ de 3.6 y un rango 25 a 42 semanas; en el 32.5% ocurrió entre las semanas 34-36, tabla I. En el 82.5% se presentó anteparto y en el 17.5% en el posparto,

Las manifestaciones clínicas que presentaron las pacientes fueron. En el 57.5% edema, 42.5% convulsiones que habían iniciado en su domicilio motivo por lo cual solicitaron consulta, el 37.5% cefalea, el 35% dolor obstétrico y el 12.5% epigastralgia. La tensión arterial media promedio fue de 123.5 mmHg, con una σ de 15.7 mmHg, con un rango de 100-180 mmHg.

Los resultados de laboratorio mostraron:

Ácido úrico promedio de 6.9 mg/dL, con una σ de 1.9 y un rango de 2.3 a 10.6 mg/dL.

Una concentración media de plaquetas de 145,215 con σ de 78,469 y un rango de 34,000 a 314,000.

El nivel de proteinuria se midió por cruces (+), el 40% (16) de las pacientes presentaron de + a ++ y el 37.5% (15) de +++ o más. En 9 de los expedientes no se registró este parámetro.

La resolución del embarazo fue por cesárea en el 90% de los casos y en el 10% por vía vaginal (parto eutócico).

El 57.5% de las pacientes presentó una o más complicaciones, mientras que el 42.5% no se complicó. La principal complicación fue el Síndrome de HELLP en 19 pacientes, lo que representa el 47.5%, el 22.5% presentó Insuficiencia Renal Aguda, tabla II.

El 92.5% de las pacientes sobrevivió, 3 de ellas murieron (7.5%), en la tabla III se presentan las principales características de estas pacientes.

Los resultados perinatales se muestran en la tabla IV.

DISCUSIÓN

La eclampsia sigue siendo un problema de Salud Pública en México que incrementa las complicaciones maternas y perinatales.^{14,15,23}

En el estudio, el grupo de edad con mayor número de casos de eclampsia fue el de 14 a 21 años con un 65%, en el 60% fueron primigesta de las cuales el 56% tuvo una o más complicaciones. De las pacientes que se complicaron el 30% llevaba un control prenatal irregular (<5 consultas), y únicamente el 13% de estas tuvo un control regular. Cabe resaltar que en un 55% de los casos se omite este dato en la historia clínica y tampoco se registra quien brindó este servicio (institución o particular) para así poder incidir en ese grupo para detectar a tiempo estas pacientes y evitar que presenten complicaciones.

El 47.5% de los embarazos fueron pretérminos; el 21.7% de las pacientes complicadas tuvieron embarazos menores o igual a 32 semanas de gestación, mientras que en las pacientes eclámpicas no complicadas todos los embarazos fueron de 33 semanas de gestación o mayores, este resultado coincide con lo publicado por Mattar y Sibai (2000) quienes encontraron una incidencia significativamente mayor de complicaciones en las pacientes con embarazos menores de 32 semanas comparados con los embarazos mayores de 32 semanas.¹⁵

En la sintomatología al momento del ingreso, es de preocuparse en gran medida, ya que el 57.5% de las pacientes ya había convulsionado en su hogar o presentó la convulsión al llegar al hospital. Esto habla de que la paciente no está bien informada sobre los datos de alarma obstétrica que tiene que observar durante su embarazo, lo cual se explica por el mal control prenatal que llevan; el edema fue el principal signo, seguido por la cefalea.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

La eclampsia predominantemente se presentó en el parto, en el 91.3% de las pacientes complicadas, contra un 70.5% de las pacientes no complicadas.

Las plaquetas muestran una gran diferencia entre los dos grupos, ya que el 56.6% de las pacientes complicadas presentaron menos de 100,000 plaquetas, comparado con el 11.7% de las pacientes no complicadas, este dato nos habla de severidad y de pronóstico en nuestras pacientes eclámpicas y coincide con lo reportado por otros autores. El ácido úrico y la proteinuria se comportaron casi de manera similar en ambos grupos, tomando en cuenta que en un 45% no se registraron dichos datos.

La vía de resolución predominante fue la operación cesárea en un 90% y en todos los casos de las pacientes complicadas. El Apgar fue menor en las complicadas comparadas con las no complicadas y el número de óbitos fue a razón de 2:1. La frecuencia total de óbitos fue de 7.5%

Las complicaciones que se presentaron superan a las cifras descritas en la literatura, ya que la principal complicación fue el Síndrome de HELLP con un 47.5% que rebasa en mucho lo publicado por algunos autores donde reportan desde un 11 a un 30% en las pacientes eclámpicas.^{15,22}

El edema cerebral estuvo presente en un 25% de los casos superando las cifras reportadas en algunos artículos.^{15,18,20} La insuficiencia renal aguda y el desprendimiento prematuro de placenta normoinsera coinciden con lo reportado en la literatura mundial^{15,20,22}

En los 3 casos de muerte materna las características compartidas fueron que la eclampsia se presentó antes del parto y presentaron Síndrome de HELLP, otras características compartidas aunque solo en 2 de ellas fueron: gesta II, epigastralgia al ingresar al hospital, embarazo de término, plaquetopenia menor

de 100,000, muerte fetal, y como causas de muerte falla orgánica múltiple, hemorragia cerebral e insuficiencia renal aguda.

Los hospitales participantes son de segundo nivel de atención médica, por lo que el tratar pacientes que requieren en muchos de los casos de atención de tercer nivel puede contribuir a que la frecuencia de complicaciones aumente en nuestra población.

En conclusión las pacientes eclámpicas que se complican son pacientes con deficiente control prenatal, con embarazos pretérminos, con diagnóstico de eclampsia anteparto y su principal complicación es el Síndrome de HELLP.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

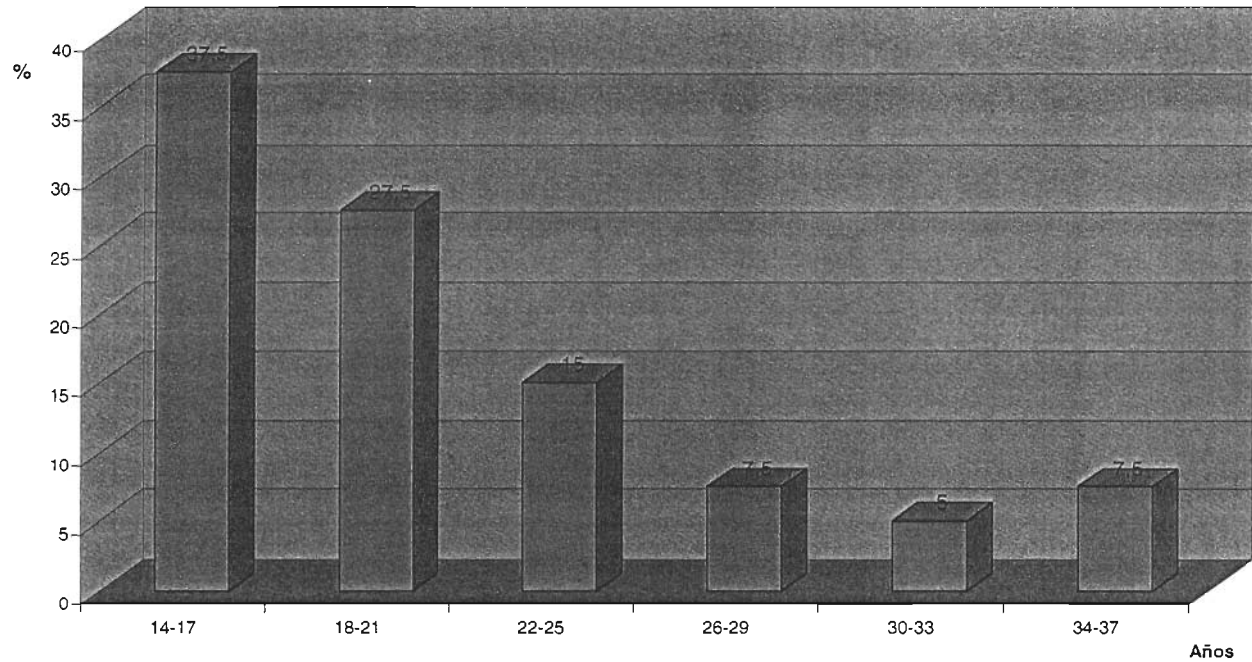
- 1) Roberts James M., Pearson Gail, Cutler Jeff, Lindheimer Marshall. Summary of the NHLBI Working Group on Research on Hypertension During Pregnancy; *Hypertension*; 2003; 41 (3), 437-445.
- 2) Gifford RW, August PA, Cunningham G, Green LA, Lindheimer MD, McNellis D, Roberts JM, Sibai BM, Taler SJ. Report of the National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 2000; 183: S1–S22.
- 3) Sibai, Caritis, Thom, Klebanoff, Mc Nellis, Rocco y cols. Prevention of Preeclampsia With low doses aspirin in healthy, nulliparous, pregnant women. The National Institute of Child Health and Human Development Network of MFM Units. *N Engl J Med* 1993; 329:1213-8.
- 4) Levine, Haunt, Curet, Sibai, Catalano, Morris y cols. Trial of Calcium to prevent Preeclampsia. *N Engl J Med* 1997; 337: 69-76.
- 5) Saflas AF, Olson DR, Franks AL, Agash HK, Pogras R, Epidemiology of preeclampsia and eclampsia in the United States. 1979-1986. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 163:460-5.
- 6) Sibai, Ewell, Levine; Risk Factors Associated With Preeclampsia In Healthy Nulliparous Women, *Am J Obstet Gynecol* 1997; 177:1003-10.
- 7) Hypertension In Pregnancy, *Acog Technical Bulletin*, num 219, enero 1996; 1-8.

- 8) Salonen Ros Helena, Cnattingius Sven, Lipworth; Comparison Of Risk Factor For Preeclampsia And Gestacional Hypertension In A Population-Based Cohort Study; *American journal of epidemiology* 1998; 147; 1662-1998.
- 9) Roíz Hernández José, Jiménez López Josefina; Preeclampsia-Eclampsia. Experiencia en e l Centro Médico Nacional de Torreón; *Ginecol Obstret Méx.* 2001; Vol. 69(9):341-345.
- 10) Dekker, Sibai; Etiology and Pathogenesis Of Preeclampsia: Current Concepts. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 129: 5 1360-1371
- 11) Duley, L; Gulmezoglu, AM; Henderson-Smart, DJ; Magnesium sulphate and other anticonvulsants for women with pre-eclampsia *The Cochrane Database of Systematic Reviews* Volume (2) 2005.
- 12) Bhagwanjee, Satish MBChB, FCA; Paruk, Fathima MBChB, FCOG; Moodley, Jack MD, et al; Intensive care unit morbidity and mortality from eclampsia: An evaluation of the Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II score and the Glasgow Coma Scale score, *Crit Care Med*, 2000, 28 (1); 120-4.
- 13) Walter JJ. Pre-eclampsia. *Lancet* 2000; 356:1260.
- 14) *Servidor Médico*; Secretaría de Salud del Distrito Federal, número 2, Abril 2002.
- 15) Mattar, Farid MD; Sibai, Baha M. MD, Eclampsia: VIII. Risk factors for maternal morbidity, *Am J Obstet Gynecol* 2000; 182 (2), 307-12.
- 16) Churchill, D; Rhodes, C; Beevers, G, Diuretics for preventing pre-eclampsia, *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Volume (2) 2005.

- 17) Duley, L; Henderson-Smart, DJ; Knight, M; King, JF; Antiplatelet agents for preventing pre-eclampsia and its complications *The Cochrane Database of Systematic Reviews* Volume (2) 2005.
- 18) Cunningham, F. Gary MD; Twickler, Diane MD, Cerebral edema complicating eclampsia, *Am J Obstet Gynecol* 2000.
- 19) Matchaba, P; Moodley, J; Corticosteroids for HELLP syndrome in pregnancy *The Cochrane Database of Systematic Reviews*; Volume (2) 2005.
- 20) Haddad, Barton, Livingston, Chahine, Sibai; General Obstetrics and Gynecology: Risk Factor for Adverse Maternal Outcomes among Women with HELLP (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count) syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183: 2.
- 21) Neilson, JP; Interventions for treating placental abruption; *The Cochrane Database of Systematic Reviews* Volume (2) 2005.
- 22) Romero, Lara, Ramos, Izquierdo; Morbimortalidad materno en Síndrome de HELLP. *Ginecología y Obstetricia de México* 2001; 69:189-193.
- 23) *Cuadernos de salud reproductiva República Mexicana*. Septiembre 2000.
- 24) *Cuadernos de salud reproductiva Distrito Federal*. Septiembre 2000.

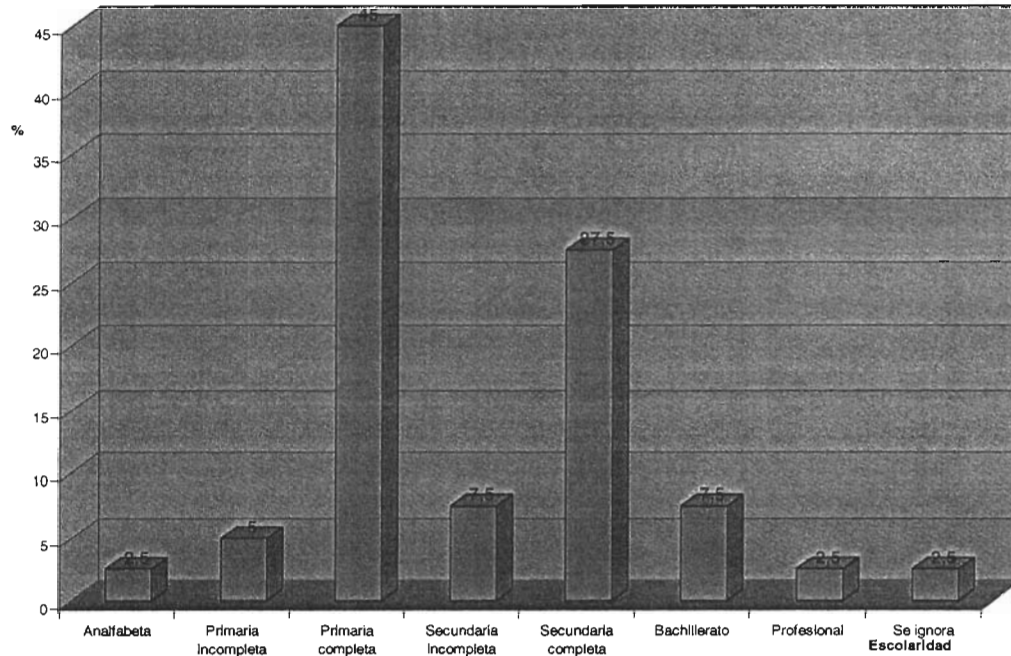
ANEXOS

Fig. 1 Edad de las pacientes eclámpticas



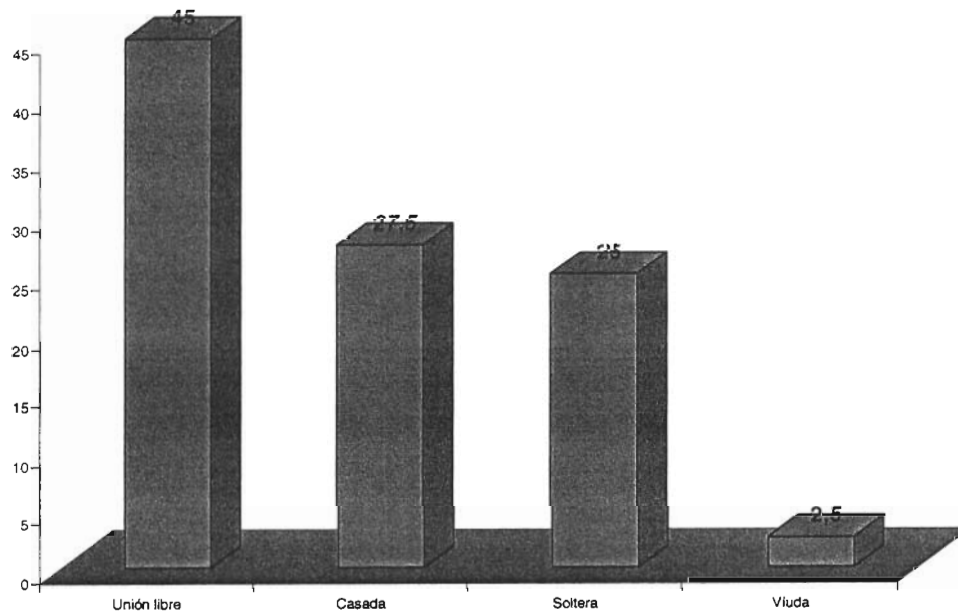
Fuente.- Archivo clínico de los Hospitales Generales Villa e Iztapalapa y Materno Infantil Inguarán -2004-2005.

Fig. 2 Escolaridad de las pacientes eclámpticas



Fuente.- Archivo clínico de los Hospitales Generales Villa e Iztapalapa y Materno Infantil Inguarán 2004-2005.

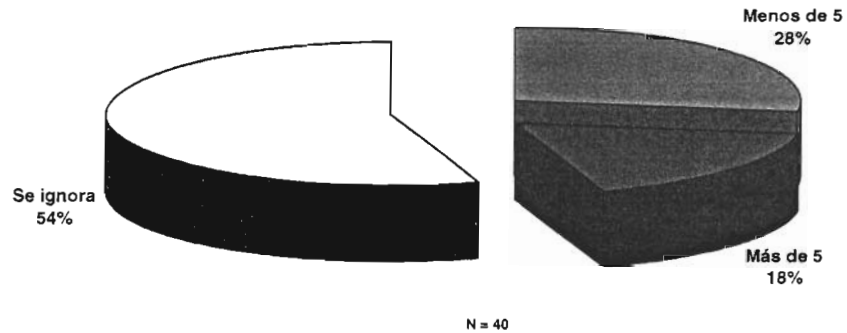
Fig. 3 Estado civil de las pacientes eclámpicas



Fuente.- Archivo clínico de los Hospitales Generales Villa e Iztapalapa y Materno Infantil Inguarán 2004-2005.

N= 40

Fig. 4 Consultas de control prenatal que tuvieron las pacientes eclámpticas



Fuente .- Archivo clínico de los Hospitales Generales Villa e Iztapalapa y Materno Infantil Inguarán 2004-2005.

Tabla I
Edad gestacional en que se presento la Eclampsia

Años	No.	%
25-27	1	2.5
28-30	2	5
31-33	3	7.5
34-36	13	32.5
37-39	11	27.5
40-42	7	17.5
No Referido	3	7.5
Total	40	100

Fuente.- Archivo clínico de los Hospitales Generales Villa e Iztapalapa y Materno Infantil Inguarán – 2004-2005.

Tabla II
Complicaciones que presentaron las pacientes eclámpticas

COMPLICACIÓN	No.	%
Síndrome de HELLP	19	47,5
Edema cerebral	10	25
Insuficiencia renal aguda	9	22,5
Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera	4	10
Coagulación intravascular diseminada	3	7,5
Síndrome de dificultad respiratoria progresiva del adulto	3	7,5
Hemorragia cerebral	3	7,5
Edema agudo pulmonar	2	5
Neumonía / Bronconeumonía	2	5
Insuficiencia hepática	2	5
TOTAL	40	100

Fuente.- Archivo clínico de los Hospitales Generales Villa e Iztapalapa y Materno Infantil Inguarán 2004-2005.

Tabla III
Hallazgos clínicos de pacientes eclámpticas

Caso	Edad (años)	Paridad	Semanas de gestación	Signos y síntomas al ingreso hospitalario	Causa de muerte
1	18	G I	41	Dolor obstétrico Epigastralgia	Síndrome de HELLP Hemorragia cerebral Muerte cerebral Insuficiencia renal aguda
2	22	G II	39.5	Convulsiones	Síndrome de HELLP Falla orgánica múltiple Hemorragia cerebral Muerte encefálica Síndrome de dificultad respiratoria progresiva del adulto
3	29	G II	30	Epigastralgia	Síndrome de HELLP Coagulación intravascular diseminada Falla orgánica múltiple Acidosis metabólica

Fuente.- Archivo clínico de los Hospitales Generales Villa e Iztapalapa y Materno Infantil Inguarán – 2004-2005.

Tabla IV
Resultados perinatales de los hijos de las pacientes eclámpticas

Parámetro	No.	%	Promedio	σ	Rango
Peso (en gramos)	-	-	2669	680	1180 a 4200
Apgar 1 Min	-	-	5,5	3	0 a 8
Apgar 5 Min	-	-	6,9	3,1	0 a 9
Obitos	3	7,5	-	-	-

Fuente.- Archivo clínico de los Hospitales Generales Villa e Iztapalapa y Materno Infantil Inguarán 2004-2005.