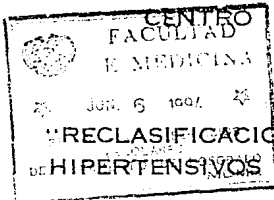


11217
157
2e

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES



HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA NO. 3



"RECLASIFICACION DE LOS TRASTORNOS DE HIPERTENSIVOS DURANTE EL EMBARAZO"

Tesis de Postgrado

PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA



CENTRO MEDICO LA RAZA
Hosp. de Gineco-Obstetricia
Jefe de Enseñanza e Investigación

P R E S E N T A:

DR. MIGUEL ANGEL DE LA ROSA RIOS

ASESOR: DE TESIS DRA. POLITA CRUZ CRUZ



MEXICO, D. F.

FEBRERO 1994

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



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 está 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.

Carmen :

A tí, que has vivido cada momento de este
esfuerzo, que me has dado tu apoyo, com--
prensión, pero sobre todo Amor.

A mis abuelos: Antonino e Irene.

Porque cuando los cimientos son firmes :
se puede llegar muy alto.

A Leandra, Pedro, Mónica y Pedro Jr.

Porque es la familia nuestra más
grande escuela.

A Tere, Ariel, tío David y tío Nino
Porque siempre estarán aquí. Dándome
su apoyo.

I N D I C E

INTRODUCCION.	0
ANTECEDENTES HISTORICOS	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	5
OBJETIVO.	6
HIPOTESIS.	7
MATERIAL Y METODOS	8
RESULTADOS11
CONCLUSIONES.13
BIBLIOGRAFIA.15

I N T R O D U C C I O N

Los trastornos hipertensivos durante el embarazo, representan una complicación médica importante, en países industrializados representa la primera causa de muerte materna, alta incidencia de premadurez, ingresos a servicios de terapia y en general mayor morbilidad. En nuestro país ocupa también un lugar importante.

De estos razonamientos es importante una vez detectadas a estas pacientes realizarles un adecuado manejo del embarazo cuando es posible continuarlo y una vez resuelto el embarazo tener un seguimiento de las pacientes, con la finalidad de detectar patologías de fondo y/o agregadas al episodio hipertensivo durante el embarazo, previendo de esta forma un mal pronóstico para el binomio.

A N T E C E D E N T E S C I E N T I F I C O S

Los trastornos hipertensivos durante el embarazo son complicaciones comunes de la gestación, y constituyen causas primordiales de mortalidad materna y perinatal(1). El pulso que late con fuerza de la mujer eclámptica había sugerido la hipertensión arterial a los médicos antiguos. Los trazados esfigomanográficos realizados en las últimas etapas del siglo XIX fueron interpretados como muestras de una presión sanguínea elevada en la eclampsia, pero Mahomed, por ejemplo, interpretó los trazados como demostrativos en casi todas las mujeres embarazadas. Ballantyne dedujo el colapso vascular a partir de los trazados esfigomanográficos realizados en la mujer eclámptica moribunda. Vinay, en 1894, usó un esfigomanómetro primitivo y encontró presiones sanguíneas que oscilaban de los 180 a 200mmHg en mujeres proteinúricas embarazadas; las presiones superiores a 160mmHg eran normales, tal y como se estimaron por este instrumento. El descubrimiento de la hipertensión preeclámptica suele concederse a Vázquez y Nobécourt en 1897, pero insistieron en que habían confirmado la observación de Vinay. Vinay, pensó que sus pacientes tenían nefritis, pero la ecuación de la preeclampsia - eclampsia con nefritis era común en aquellos días. El término de "toxemia nefritica" persistió hasta 1940 (2). En la década de los 50, cuando se definieron los parámetros clínicos como intento de clasificación de los mismos, Browne y cols. en 1953, iniciaron investigaciones en pacientes con preeclampsia y sanas, posteriormente Pritchard en 1954 describió casos de preeclampsia severa (3,4). Con el paso del tiempo, se han --

considerado otros parámetros para catalogar en forma más precisa a los trastornos hipertensivos durante la gestación, en base al inicio de la hipertensión, existencia o no de proteinuria, enfermedad concomitante previa (renal, hipertensiva). Y en base a esto en el momento actual se tiene la clasificación de la Federación Internacional de Gineco Obstetricia (FIGO) (5) :

Clasificación de síndromes hipertensivos y proteinuria en el embarazo. Incluyendo preeclampsia.

Hipertensión (HTN) y proteinuria (PTN) gestacional.
Hipertensión y proteinuria desarrollado durante el embarazo, parto o puerperio, en mujeres previamente normotensas no proteinúricas.

1. HTN gestacional sin PTN
 - a) Desarrollado antenatal + de 20 semanas
 - b) Desarrollado intraparto
 - c) Desarrollado postparto
2. PTN gestacional sin HTN
 - a) Desarrollado antenatal + de 20 semanas
 - b) Desarrollado intraparto
 - c) Desarrollado postparto
3. HTN con PTN gestacional (Preeclampsia)
 - a) Desarrollado antenatal + de 20 semanas
 - b) Desarrollada intraparto
 - c) Desarrollada postparto

HTN crónica y Enfermedad Renal crónica

HTN y PTN durante el embarazo en mujeres con hipertensión crónica (Dx antes de las 20 semanas) Incluyendo:

HTN y PTN no clasificable

1. HTN sin PTN no clasificable
2. PTN sin HTN no clasificable
3. HTN no clasificable con PTN (No se puede clasificar preeclampsia debido a un registro tardío de consulta prenatal, después de 20 semanas).

(5)

Cuando la paciente ha estado bajo vigilancia prenatal y se detecta presencia de hipertensión o proteinuria después de la semana 20 de embarazo, es alta la posibilidad de encontrarse ante un -- proceso hipertensivo agudo, sin embargo, cuando a edades relativamente avanzadas del embarazo, se detectan cifras de tensión arterial alta y/o proteinuria, sin un control prenatal previo adecuado, es imposible establecer si estas manifestaciones, en consecuencia son crónicas o se desarrollan durante la gestación(6). En la práctica es realmente difícil distinguir entre preeclampsia, hipertensión arterial esencial o secundaria, enfermedad renal preexistente y la combinación de estas entidades, con las manifestaciones clínicas usuales. Esto puede conducir a diagnósticos erróneos, sobrediagnósticos de entidades y pronósticos materno fetales inadecuados.

De estas razones surge la necesidad de realizar un adecuado seguimiento posterior a la resolución del embarazo en pacientes -- que en algún momento desarrollaron hipertensión y/o proteinuria(7).

Un seguimiento clínico de la paciente con hipertensión y/o proteinuria durante el transcurso del embarazo permite realizar un

diagnóstico adecuado en cerca del 100% de los casos al realizar la reclasificación postnacimiento (8) .

Por otra parte se considera que la preeclampsia pura es una complicación casi específica de las mujeres jóvenes, y que la hipertensión crónica y renal se relaciona con mujeres multíparas de más edad(9,10,11) .

Por último es importante destacar la repercusión fetal de estas alteraciones del embarazo ya que esto está condicionado a diferentes factores, como son: el momento de aparición de la hipertensión, la premadurez, y la existencia de retardo en el crecimiento fetal(7,8,9) .

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Generalmente se realiza el diagnóstico de los trastornos hipertensivos durante el embarazo, sin considerar que existen un número de casos en los cuales - el trastorno hipertensivo no es a causa del embarazo sino que es concomitante al mismo, llevándonos a un diagnóstico inadecuado, por consiguiente a un tratamiento erróneo y a un pronóstico falso para embarazos futuros.

De estos planteamientos se consideró la justificación para que se haya realizado este estudio, mediante el seguimiento a las 4 y 8 semanas .

O B J E T I V O

- Reclassificar los procesos hipertensivos asociados al embarazo en el periodo postnacimiento.
- Comparar el diagnóstico realizado durante el embarazo con el diagnóstico posterior al control postnacimiento.

H I P O T E S I S

H1 - Es importante la reclasificación de los procesos hipertensivos durante el embarazo en el periodo postnacimiento, repercutiendo en un diagnóstico y pronóstico más adecuado.

M A T E R I A L Y M E T O D O S

Se trata de un estudio observacional, retrospectivo longitudinal. Se incluyeron a 50 pacientes que tuvieron el diagnóstico de Hipertensión arterial inducida por el embarazo severa, que ingresaron al Hospital de Gineco Obstetricia No. 3 Centro Médico - La Raza entre el 10 de enero de 1993 al 30 de enero de 1994. Fueron excluidos los casos que no cumplieron con los criterios de hipertensión y/o proteinuria establecidos por la sociedad Internacional para el estudio de Hipertensión en el Embarazo (5).

Hipertensión en el embarazo: a) Presión diastólica igual o mayor a 100 mmHg en cualquier ocasión.

b) Presión diastólica igual o mayor a 90 mmHg en dos o más ocasiones consecutivas, con una diferencia igual o mayor de 4 horas.

Proteinuria en el embarazo: a) Excreción total de proteínas igual o mayor a 300mg determinada en colección de orina de 24 horas.

b) Dos muestras de orina (chorro medio o de cateter con una diferencia de 4 horas).

1) 1g de albúmina por litro o 2 + en tira reactiva.

2) 0.3g de albúmina por litro o 1 + en una tira reactiva si la densidad es menor de 1.030 y un pH menor de 8.

Hipertensión severa: a) Una presión diastólica mayor o igual a 120 mmHg en cualquier determinación.

b) Presión diastólica mayor o igual de 110 mmHg en dos o más determinaciones consecutivas con diferencia mayor o igual a 4 horas.

Hipertensión arterial con proteinuria (preeclampsia):

Es la presencia de hipertensión con proteinuria desarrollada durante el embarazo, parto o puerperio, en una mujer previamente normotensa y sin proteinuria (durante el embarazo después de las 20 semanas).

Hipertensión gestacional sin proteinuria: Es la existencia de hipertensión sin proteinuria durante el embarazo, parto o puerperio, en una mujer previamente normotensa.

Hipertensión crónica: Cuando hay hipertensión . . .

1) Antes de la semana 20 del embarazo en ausencia de enfermedad trofoblástica.

2) En cualquier etapa del embarazo en una mujer con hipertensión conocida o que persiste 6 semanas después del parto.

Enfermedad renal: Con la presencia de datos clínicos o por biopsia renal; proteinuria significativa con o sin hipertensión.

1) Antes de la semana 20 en ausencia de enfermedad trofoblástica

2) En cualquier momento del embarazo en una mujer con enfermedad crónica conocida.

3) En cualquier etapa del embarazo y que persiste 6 semanas después del parto.

Hipertensión crónica más preeclampsia: La proteinuria desarrollada por primera vez en el embarazo en mujeres con hipertensión crónica conocida.

Las variables clínicas analizadas son: Edad de las pacientes, paridad, antecedente de hipertensión previa al embarazo o enfermedad renal, semanas de gestación en que por primera vez se detectó hipertensión y/o proteinuria y severidad de las mismas, alteración en las pruebas de función renal, hepática y hemática (pla

quetas). Se citaron a las pacientes que reunieron los criterios de inclusión al estudio a las 4 y 8 semanas de la resolución del embarazo y se les realizó toma de tensión arterial, determinación de proteínas en orina de 24 horas a las que presentaron alteración en la toma de tira reactiva (bililabstix), para de esta forma llegar al diagnóstico final posterior al control posterior a la resolución del embarazo.

Otros datos que se investigaron fueron: la relación del neonato de acuerdo a la edad gestacional, apgar al minuto y cinco minutos, semanas de gestación al interrumpir el embarazo, la vía de interrupción del embarazo y la mortalidad perinatal. La reclasificación se llevó al cabo de acuerdo con los criterios establecidos por la Sociedad Internacional para el Estudio de la Hipertensión en el Embarazo.

El análisis se realizó presentando las proporciones con porcentajes.

R E S U L T A D O S

Se estudiaron en forma completa durante el control postnacimiento a 50 pacientes cuyas edades se encontraron entre los 17 a 42 años, con un promedio de edad del grupo en estudio de 25.1 años, como se muestra en la tabla 1.

El promedio de gestaciones entre las pacientes estudiadas fué de 2, con rango de gesta I a gesta XI, (tabla 2).

Se encontró el antecedente de hipertensión previa al embarazo en solamente una paciente (2%), representado esto en la tabla 3.

Respecto a las semanas de embarazo al inicio de la hipertensión se presentó en un rango de 25 a 42 semanas, con una incidencia mayor en 8 pacientes en la semana 37, obteniéndose un promedio de 33.72 semanas, (tabla 4).

En los exámenes basales de las 50 pacientes se encontró que las pruebas de función hepática fueron las más frecuentemente alteradas con 47.7%, en segundo lugar las pruebas de función renal en 30.8% de las pacientes y por último plaquetopenia en 21.5% de pacientes. (Tabla 5).

El diagnóstico previo a las consultas de control fueron: Preeclampsia severa en 45 pacientes, eclampsia en 4 e Hipertensión crónica en una paciente, (Tabla 6).

La vía de resolución del embarazo en el grupo de pacientes fué en 47 pacientes Cesarea (94%), y parto eutócico en 3 (6%), cabe mencionar que en los casos de parto al momento de su ingreso a labor, las pacientes presentaban dilatación avanzada (9 cm de dilatación en promedio). Tabla 7.

El peso promedio en los productos de las pacientes estudiadas -- fué de 2450g, con un rango de 850 a 4250g (Tabla 8).

El apgar encontrado en los productos fué en promedio de 7.01 al minuto y 8.3 a los 5 minutos, con rango de 3/4 a 9/9, cabe mencionar que en total se obtuvieron 51 productos debido a un embarazo gemelar. (Tabla 9).

Se encontró que las semanas de gestación a la valoración clínica de los productos varió con respecto a las semanas de gestación - en el promedio total en una semana (Tabla 10).

La mortalidad en el estudio fué de 4 productos (7.84%), cabe mencionar que estos se relacionaron principalmente con el estado de premadurez de los productos ya que en promedio tenían 27 semanas de gestación (Tabla 11).

En las citas de control se encontró que de las 50 pacientes a -- los 30 días, 4 pacientes persistieron con alteración de pruebas de función renal, 4 de función hepática y una en plaquetas, a -- los 60 días solo 2 persistieron con alteración de pruebas de función renal, las cuales fueron remitidas a nefrología para su estudio una de las cuales hasta el momento de la publicación del estudio se diagnosticó como síndrome nefrótico (Tablas 12 y 13). En cuanto a la hipertensión esta continuó a los 30 días en 7 pacientes persistiendo y diagnosticándose de acuerdo a los criterios del estudio como hipertensas crónicas a 2 pacientes una de las cuales ya contaba con el mismo diagnóstico previo al estudio (Tablas 14).

Por último los diagnósticos finales posteriores al estudio fueron: 42 preeclampsia severa, 4 Eclampsia, 2 hipertensas crónicas y 2 con enfermedad renal. (Tabla 15).

Tabla 1. DISTRIBUCION DE EDAD DE 50 PACIENTES CON
 TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DURANTE EL EMBA
 RAZO

Paciente	Edad	Paciente	Edad
1	19	26	21
2	20	27	25
3	20	28	17
4	29	29	42
5	28	30	34
6	24	31	25
7	20	32	26
8	22	33	25
9	27	34	24
10	22	35	18
11	23	36	22
12	22	37	34
13	28	38	32
14	25	39	28
15	19	40	29
16	34	41	30
17	37	42	23
18	28	43	39
19	29	44	27
20	22	45	26
21	36	46	32
22	22	47	28
23	19	48	33
24	33	49	18
25	23	50	27

Promedio	26.32
----------	-------

1. Distribución de edad de 50 pacientes con trastornos hipert. durante el emb.

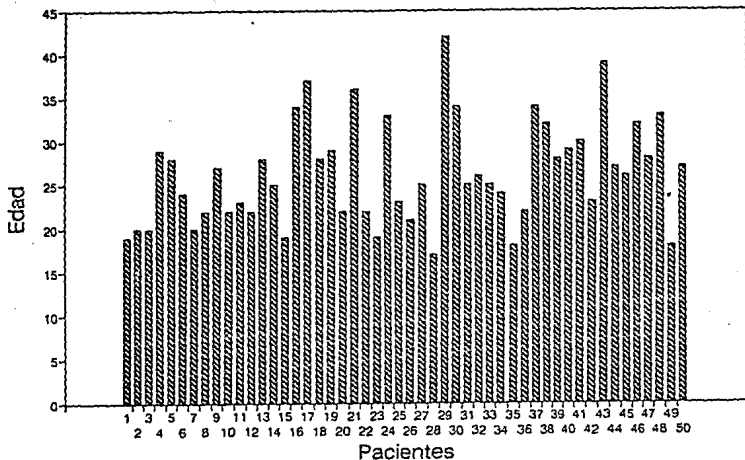


TABLA 2. PARIDAD DE 50 PACIENTES CON TRASTORNOS
HIPERTENSIVOS DURANTE EL EMBARAZO.

Paridad	Paridad
II	V
I	II
II	I
I	I
II	I
I	I
I	I
I	I
III	III
II	I
I	I
I	II
I	III
II	I
II	XI
III	I
III	I
II	I
II	I
I	IV
VI	I
II	I
I	I
III	I
I	I
Promedio	II (2)

2. Paridad de 50 pacientes con T.H. durante el embarazo

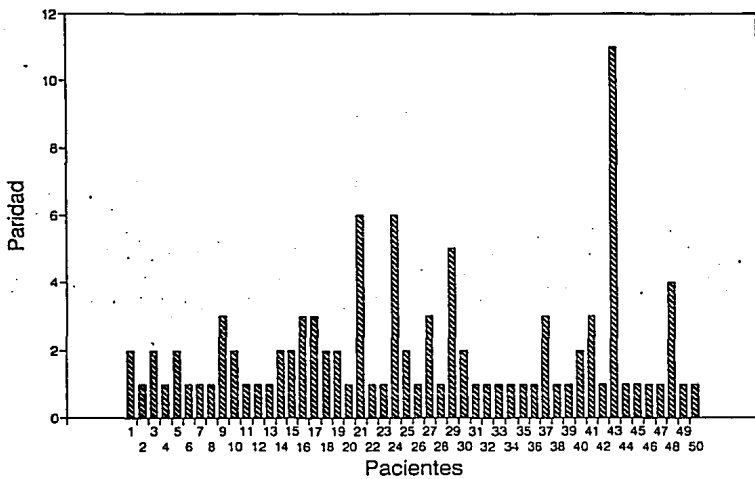


TABLA 3. DISTRIBUCION DE 50 PACIENTES CON ANTECEDENTE DE HIPERTENSION PREVIA AL EMBARAZO.

Hipertensión previa	Hipertensión previa
Sí	No
1	49
2%	98%

3. Distribución de 50 pacientes con antecedentes de hiper. previa al emb.

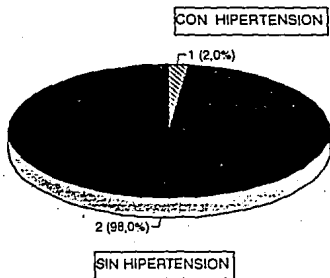


TABLA 4. SEMANA DE INICIO DE HIPERTENSION EN 50 PACIENTES
 CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DURANTE EL EMBARAZO.

Paciente	Semana de inicio de hipertensión	Paciente	Semana de inicio de hipertensión
1	30	26	37
2	38	27	37
3	40	28	38
4	36	29	32
5	41	30	35
6	35	31	38
7	38	32	33
8	31	33	37
9	37	34	36
10	31	35	34
11	28	36	40
12	35	37	38
13	29	38	41
14	36	39	40
15	41	40	30
16	32	41	26
17	31	42	30
18	31	43	33
19	38	44	30
20	33	45	37
21	37	46	30
22	41	47	40
23	37	48	38
24	42	49	31
25	34	50	37

Promedio	35.20
----------	-------

4. Sem.de inicio de hiper. en 50 pacientes con tras. hipert.durante el embarazo

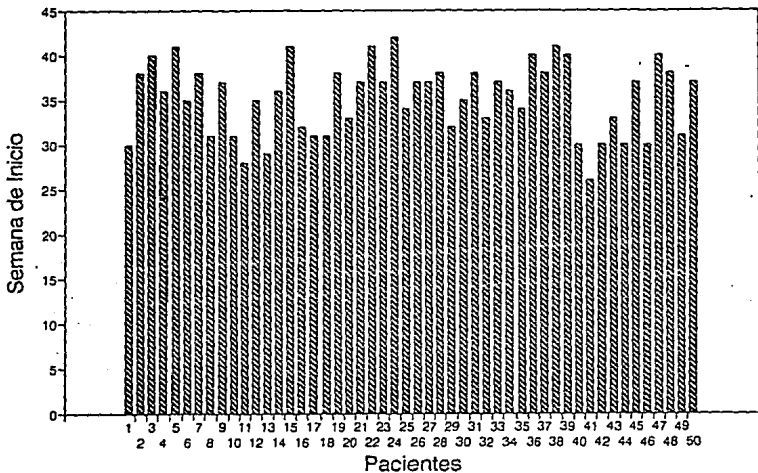


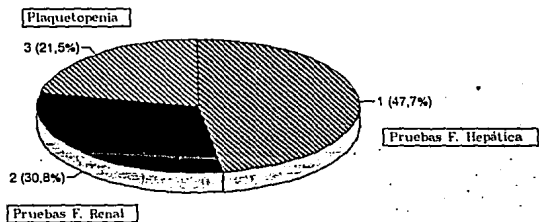
TABLA 5 y 6. ALTERACION DE EXAMENES DE LABORATORIO Y DIAGNOSTICO INICIAL EN 50 PACIENTES CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DURANTE EL EMBARAZO.

Severidad		
Pruebas F.Hepáticas	Pruebas F. Renal	Plaquetopenia
31	20	14
47.69%	30.77%	21.54%

Diagnóstico		
Tóxemia Severa	Eclampsia	Hipertensión crónica
45	4	1
90.00%	8.00%	2.00%

Inminencia eclampsia	36.36%
Recurrentes	63.64%

5. Alteración de exámenes de lab. en 50
pacientes con tras.hiper.durante emb.



6. Diagnóstico inicial en 50 pacientes con tras.hiper.durante el embarazo

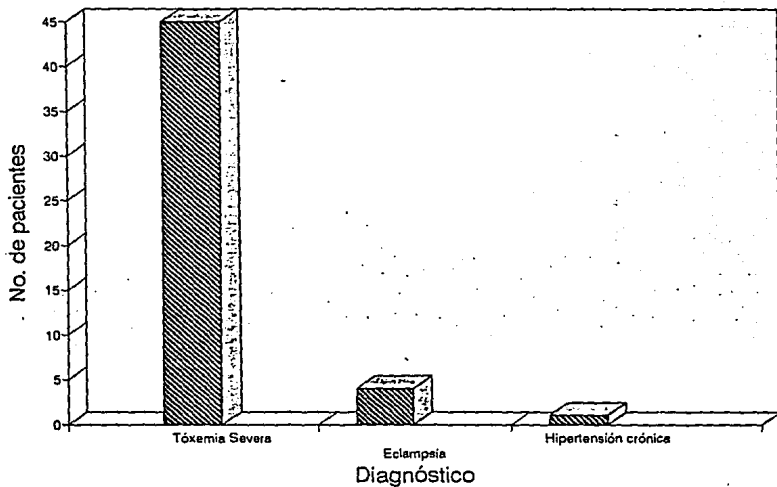
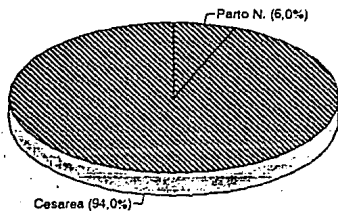


TABLA 7. RESOLUCION DEL EMBARAZO EN 50 PACIENTES
CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DURANTE EL
EMBARAZO.

Resolución	Resolución
Parto Normal	Cesarea
3	47
6%	94%

7. Resolución de emb. en 50 pacientes con tras. hiper. durante el embarazo

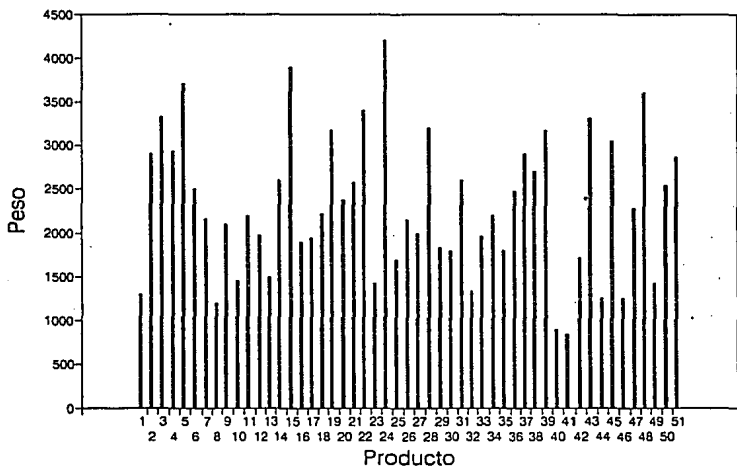


•TABLA 8. DISTRIBUCION DE PESO DE 51 PRODUCTOS DE 50 PACIENTES
 CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DURANTE EL EMBARAZO.

Paciente	Peso	Paciente	Peso
1	1300	26	2150
2	2900	27	2000
3	3325	28	3200
4	2940	29	1835
5	3710	30	1800
6	2500	31	2600
7	2160	32	1340
8	1200	33	1960
9	2100	34	2200
10	1450	35	1800
11	2200	36	2475
12	1975	37	2900
13	1500	38	2700
14	2600	39	3175
15	3900	40	900
16	1900	41	850
17	1940	42	1715
18	2210	43	3310
19	3175	44	1250
20	2375	45	3050
21	2575	46	1250
22	3400	47	2275
23	1425	48	3600
24	4200	49	1425
25	1700	50	2540

Promedio	2299.20
----------	---------

8. Distribución de peso de 51 productos de 50 pac. con tras.hiper. durante emb.

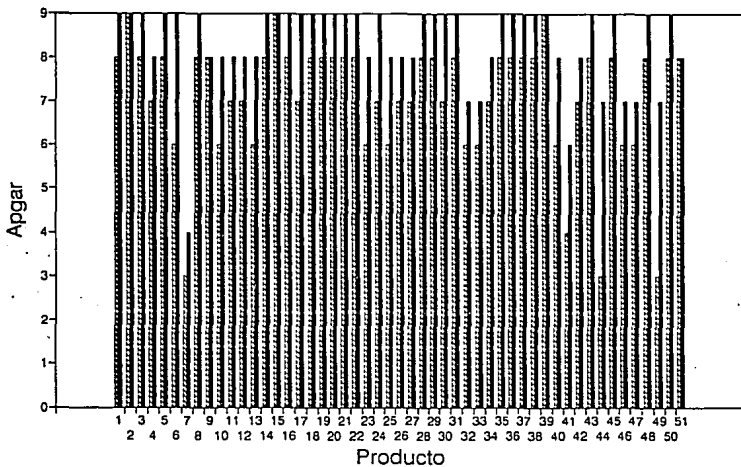


**TABLA 9. DISTRIBUCION DE APGAR DE 51 PRODUCTOS DE 50
 PACIENTES CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DURAN
 TE EL EMBARAZO.**

Paciente	Apgar 1	Apgar 5	Paciente	Apgar 1	Apgar 5
1	8	9	26	7	8
2	9	9	27	7	8
3	8	9	28	8	9
4	7	8	29	8	9
5	8	9	30	7	9
6	6	9	31	8	9
7	3	4	32	6	7
8	8	9	33	6	7
9	8	8	34	7	8
10	6	8	35	8	9
11	7	8	36	8	9
12	7	8	37	8	9
13	6	8	38	8	9
14	8	9	39	9	9
15	9	9	40	6	8
16	8	9	41	4	6
17	7	9	42	7	8
18	8	9	43	8	9
19	8	9	44	3	7
20	8	9	45	8	9
21	8	9	46	6	7
22	8	9	47	6	7
23	6	8	48	8	9
24	7	9	49	3	7
25	6	8	50	8	9

	Apgar 1	Apgar 5
Promedio	7.08	8.34

9. Distribución de apgar de 51 productos de 50 pac. con tras.hiper. durante emb.



**TABLA 10. SEMANAS DE GESTACION AL NACIMIENTO DE 51 PRODUCTOS
 DE 50 PACIENTES CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DURAN
 TE EL EMBARAZO.**

Paciente	Semanas de gestación	Paciente	Semanas de gestación
1	30	26	35
2	38	27	36
3	40	28	30
4	38	29	33
5	41	30	35
6	31	31	38
7	36	32	33
8	31	33	33
9	40	34	36
10	32	35	34
11	38	36	40
12	36	37	50
13	33	38	50
14	36	39	51
15	40	40	36
16	33	41	28
17	31	42	34
18	34	43	36
19	38	44	30
20	35	45	28
21	37	46	31
22	40	47	40
23	32	48	38
24	42	49	31
25	33	50	37
Promedio		35.34	

10. Sem. de gestación al nacer de 51 prod.
de 50 pac. con tras.hiper. durante emb.

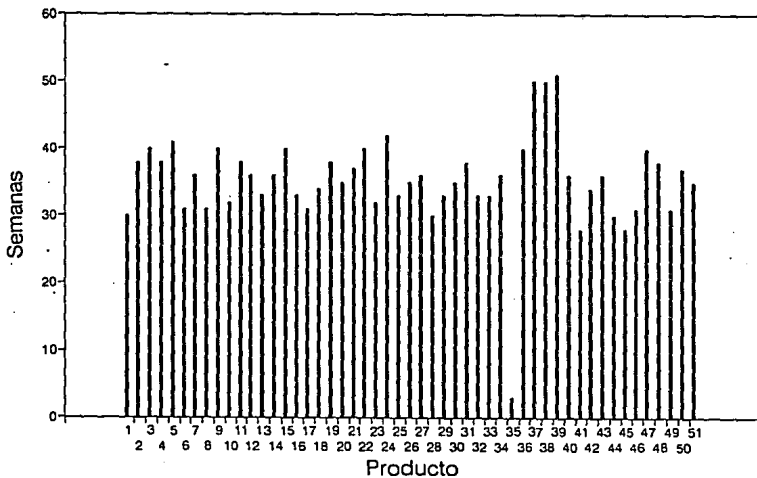
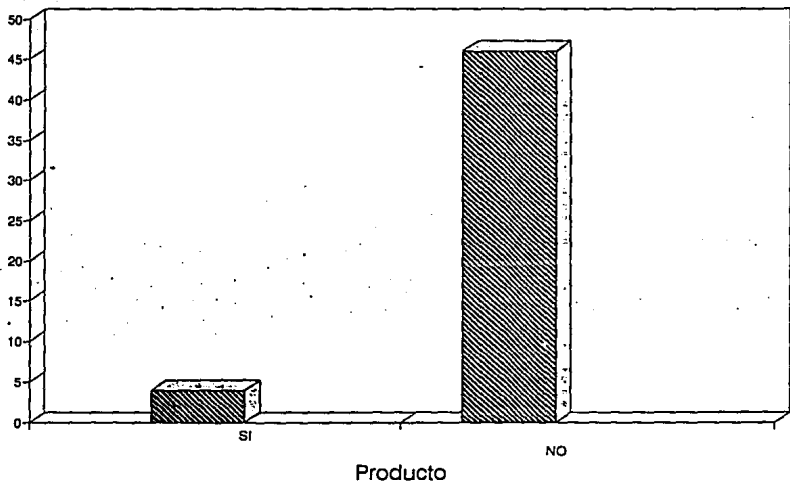


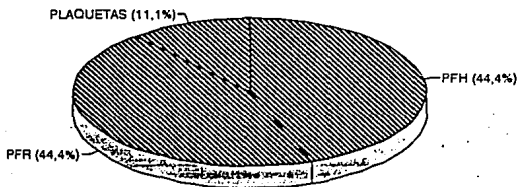
TABLA 11. MORTALIDAD PERINATAL DE 51 PRODUCTOS DE 50
PACIENTES CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DURANT
TE EL EMBARAZO.

Mortalidad Prenatal	Mortalidad Prenatal
Si	No
4	46
8%	92%

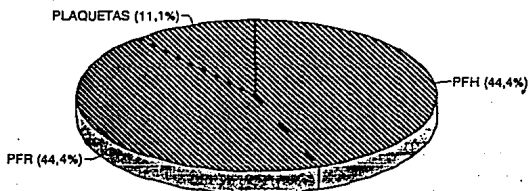
11. Mortalidad perinatal de 51 productos de 50 pac. con tras.hiper. durante emb.



12 Alteración de pruebas de laboratorio en 50 pacientes con tras. hiper. durante el embarazo a los 30 días posteriores a la resolución del embarazo.



13. Alteración de pruebas de laboratorio en 50 pacientes con tras. hiper. durante el embarazo a los 30 días posteriores a la resolución del embarazo.



GRAFICA 14. PERSISTENCIA DE HIPERTENSION A LOS 30 Y 60 DIAS POSTERIORES
A LA RESOLUCION DEL EMBARAZO EN 50 PACIENTES CON
TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DURANTE EL EMBARAZO

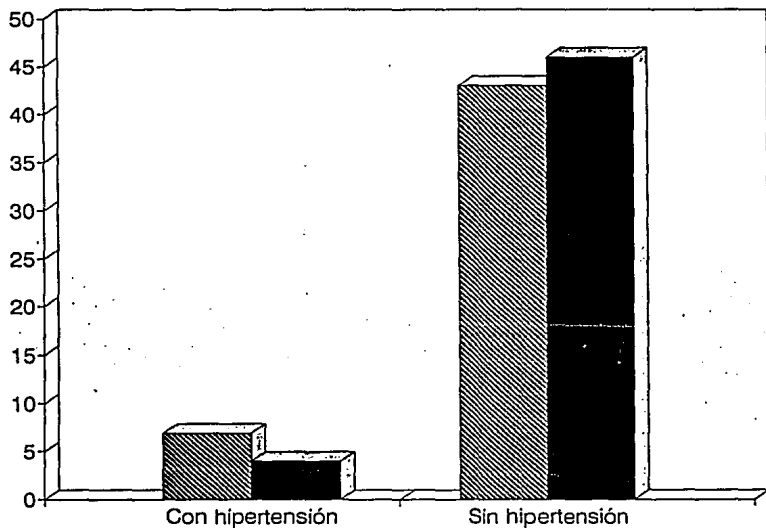
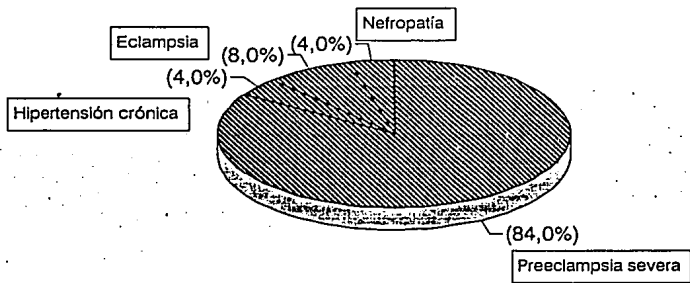


TABLA 15. DIAGNOSTICO FINAL EN 50 PACIENTES CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DURANTE EL EMBARAZO, 60 DIAS POSTERIOR A RESOLUCION DEL MISMO.

Preclampsia severa	42	84%
Eclampsia	4	8%
Hipertensión arterial crónica	2	4%
Nefropatía	2	4%

Diagnóstico final en 50 pacientes con trastorno hipertensión después de embarazo a los 60 días posteriores a resolución del embarazo



C O N C L U S I O N E S

En el presente estudio, se encontraron datos compatibles, con lo descrito por investigaciones previas, respecto a una mayor incidencia de preeclampsia como complicación hipertensiva en embarazos, principalmente correlacionado con primigrávidas como menciono Lehmann (12). Mencionado tambien la edad de predominante por otros autores (Antes de 25 años), en nuestro estudio el promedio es de 25.1 años. (13).

Por otra parte el diagnóstico inicial de las pacientes sufrió modificaciones al término del estudio en un porcentaje bajo, apoyado por datos de laboratorio basales compatibles con revisiones de estos parámetros por Pritchard en estudios previos(14).

Sin embargo la importancia en si del estudio es hacer notar que aunque en un porcentaje bajo (6%) de las pacientes en estudio -- presentaron un cambio al diagnóstico, pero el cual va a repercutir en forma directa e importante en el pronóstico de la paciente, así como para futuros embarazos, tomando en consideración - que teniendo una patología vascular (Hipertensiva) y renal por - otra parte, la posibilidad de presentar preeclampsia sobreagregada en próximos embarazos, es elevada (30% de embarazos) (13). Y conllevando a complicaciones como son, muerte neonatal, debido - principalmente a problemas de premadurez, exacerbación del problema renal o hipertensivo.

Se debe considerar el tamaño de la muestra para no formarse fal-

BIBLIOGRAFIA

- 1) Martin TR, The management of severe toxemia in a patient less than 36 weeks gestation. *Obstet Gynecol* 1979; 54: 602-5.
- 2) Browne JCM, Veall N. The maternal placental blood flow in normotensive and hypertensive women. *J Obstet Gynaecol Br Emp.* 60 : 141, 1953.
- 3) Pritchard JA y cols. Intravascular hemolysis, thrombocytopenia and other hematics alterations associated with severe toxemia of pregnancy. *N Engl J Med.* 1954; 250: 89-98.
- 4) Davey DA, MacGilligray I. The classification and definition of hypertensive disorders of pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1988 ; 158: 892-899.
- 5) López Llera MM. La toxemia del embarazo. 2a ed México Limusa Interamericana 1985: 17.
- 6) Bear RA. Enfermedad renal y hipertensión del embarazo. Manual del paciente renal. México Interamericana 1985: 111-21.
- 7) Sibai BM , Elnazer A, González Ruiz: Severe preeclampsia eclampsia on young primigravid women; subsequent pregnancy - outcome and remote prognosis; *Am J Obstet Gynecol* 1986; 155 - :1011-16.

- 8) Lin CC, Lindheimer MD et al. Fetal outcome in hypertensive disorders of pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1982; 142: 255-60.
- 9) Chin-Chu L et al. Fetal outcome in hypertensive disorders of pregnancy. Am J Obstet Gynecol; 1982; 142: 255-260.
- 10) Ferrazini S et al. Proteinuria and outcome of 444 pregnancies complicated by hypertension Am J Obstet Gynecol 1990; 162: 366-71.
- 11) Fisher KA, Luger A. Spargo. Hypertension in pregnancy: clinico-pathological correlations and late prognosis. Medicine 1981.
- 12) Lehmann K, Eckampsen I Danmark Iaarene 1918-1917, Copenhagen Busck 1933.
- 13) Clin Obstet y Ginecol Volumen 4, 1984. Interamericana pp-10-23-1215.