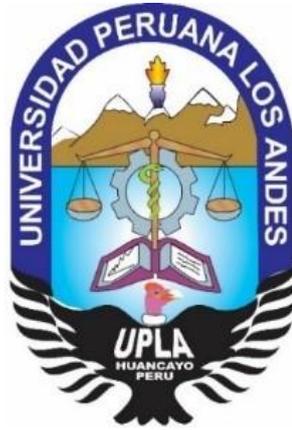


UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
ESCUELA DE POSGRADO
SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN EN OBSTETRICIA



TRABAJO ACADÉMICO

**TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN EL EMBARAZO,
MANEJO, ATENCIÓN Y CUIDADOS - JUNÍN - PERÚ - 2018**

PRESENTADO POR:

Obst. Marlene Natalia Flores Escajadillo

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

PROFESIONAL EN OBSTETRICIA

ESPECIALIDAD ALTO RIESGO OBSTÉTRICO.

Huancayo – Perú

2019

JURADOS EVALUADORES

Dr. Juan Manuel Sánchez Soto
Presidente

Dra. María Leonor Romero Santillana
Jurado

Mg. Luz Verónica Maldonado Rafele
Jurado

Mg. Rocío Isabel Ramírez Miguel
Jurado

Dr. Jesús Armando Caveró Carrasco
Secretario Académico

ASESOR:

Mg. PAMO CAYTANO, Luisa Olinda

DEDICATORIA

A Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mi madre Carmela y a mi padre Raúl, por darme la vida, quererme mucho, creer en mí.

A mi esposo Juan y a todos quienes fueron los soportes en esta nueva especialización profesional que contribuirá a elevar mi formación y actuar profesional.

Marlene

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Dios por bendecirnos para llegar hasta donde hemos llegado. A la UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES, por brindarnos la enseñanza por la especialización en ALTO RIESGO OBSTÉTRICO

A la Mg. Luisa Olinda Pamo Caytano como asesora, por su dedicación, sus conocimientos otorgados, su profesionalismo, y su motivación que contribuyeron para culminar el presente trabajo.

ÍNDICE

	Pág.
CARÁTULA	i
JURADOS	ii
ASESOR	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
ÍNDICE	vi
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCCIÓN	x

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

1.1. Antecedentes Internacionales:	13
1.2. Antecedentes Nacionales:	16
1.3. Bases Teóricas:	18
1.3.1. Historia de la Preeclampsia – Eclampsia:	18
1.3.2. Definición de los trastornos Hipertensivos del Embarazo	19
1.3.3. Epidemiología	21
1.3.4. Clasificación de los trastornos hipertensivos del embarazo	21
1.3.5. Fisiopatología	23
1.3.6. Cuadro Clínico y Diagnóstico	23
1.3.7. Diagnóstico	25

1.3.8. Manejo y Tratamiento	26
1.3.9. Cuidados a la Paciente con Trastornos Hipertensivos del Embarazo	32
1.4. Bases Conceptuales:	34

CAPÍTULO II

DISCUSIÓN

2.1 Discusión	36
CONCLUSIONES	42
RECOMENDACIONES	44
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	45

RESUMEN

La meta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible es reducir la razón de mortalidad materna (RMM) mundial a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos entre 2016 y 2030, la OMS, menciona que, En África y Asia, los trastornos hipertensivos en el embarazo, son la causa de la décima parte de muertes maternas y la cuarta en américa latina. En Perú, según la Oficina de epidemiología del MINSA, el 2017, los trastornos hipertensivos representan el 23,1% del total de muertes, evidenciándose un incremento en comparación a 2015 y 2016. En vista de ello, se plantea como objetivo, identificar las características de los estados hipertensivos, su manejo, atención y cuidados; Para ello se utilizó como metodología la revisión Bibliográfica, la cual consta de tres fases: El Planteamiento del problema, la búsqueda y organización de la información, y el análisis de la información.

Palabras claves. Trastornos Hipertensivos del embarazo, Preeclampsia, Eclampsia.

ABSTRACT

The goal of the Sustainable Development Goals is to reduce the maternal mortality ratio (MMR) worldwide to less than 70 per 100,000 live births between 2016 and 2030, the WHO mentions that, in Africa and Asia, hypertensive disorders of the pregnancy, are the cause of the tenth part of maternal deaths and the fourth in Latin America. In Peru, according to the Office of Epidemiology of the MINSA, in 2017, hypertensive disorders represent 23.1% of the total deaths, evidencing an increase compared to 2015 and 2016. In view of this, the objective is to identify the characteristics of hypertensive states, their management, care and care; To do this, the Bibliographic review was used as a methodology, which consists of three phases: The problem approach, the search and organization of the information, and the analysis of the information.

Keywords. Hypertensive disorders of pregnancy, pre-eclampsia, eclampsia.

INTRODUCCIÓN

El embarazo constituye para muchas mujeres un período de alegría y realización en su proyecto de vida, sin embargo, trae consigo, muchos y diferentes riesgos, los cuales en la mayoría de casos puede ser controlado oportunamente, a través de su detección precoz en las diferentes y seriadas sesiones de atención prenatal.

Los estados Hipertensivos del Embarazo (EHE), se presentan cada vez de manera más frecuente en el mundo, en Latinoamérica, en el Perú y consecuentemente en la región Junín, convirtiéndose en una de las primeras causas de morbimortalidad materno-fetal.

La meta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible es reducir la razón de mortalidad materna (RMM) mundial a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos entre 2016 y 2030¹. La organización mundial de la salud refiere que los trastornos hipertensivos siguen siendo una de las principales causas de morbimortalidad materna perinatal.

Los trastornos Hipertensivos del embarazo,² entre ellos, la preeclampsia y la eclampsia son las entidades nosológicas dentro de los trastornos hipertensivos que están relacionadas en mayor proporción con la morbilidad y mortalidad materna, perinatal.

La preeclampsia³ presenta signos y síntomas que pueden conducir a convulsiones y la muerte. Igualmente, el producto de la gestación incrementa su

morbimortalidad debido a la hipoperfusión placentaria y/o la necesidad de terminar con el embarazo precozmente.

Un libro denominado Recomendaciones de la OMS⁴, menciona que En África y Asia, los trastornos hipertensivos son la causa de aproximadamente la décima parte de muertes maternas y la cuarta en América Latina.

La incidencia de eclampsia varía entre 2 y 13 por mil partos, se han reportado incidencias dentro de esos rangos en China y Australia, en Carolina del Norte se encontró, una incidencia de 3,6% y Ostlund, Suecia, 2,4% de los embarazos. El mismo autor⁵ resalta que en el Perú, los desórdenes hipertensivos leves a severos han sido encontrados en 2,8 por mil, hasta 7,9 por mil nacidos vivos⁵.

Según la Oficina de epidemiología⁶ del MINSA - Perú, el 2017, los trastornos hipertensivos representan el 23,1% del total de muertes, con causas directas e indirectas, evidenciándose un incremento de muerte a causa de trastornos hipertensivos y de aborto en comparación a 2015 y 2016.

Una investigación realizada en la ciudad de Huancayo⁷ reporta que, las variables que tienen mayor asociación con Preeclampsia, son: El estado civil “soltera”, primiparidad en mayores de 30 años, menos de seis atenciones prenatales, antecedentes de Preeclampsia, inicio de actividad sexual después de los 25 años, y consumo de alcohol.

El presente trabajo se justifica porque, contribuirá para conocer más sobre el tema y podrá servir de referencia para otras investigaciones.

Se plantea como objetivo de investigación: Identificar las características de los estados hipertensivos, su manejo, atención y cuidados.

Se pone a disposición de los interesados este trabajo académico con el deseo de aportar en algo al vacío de conocimiento que sobre este tema existe, favoreciendo de esa manera a la atención oportuna, diagnóstico precoz y manejo adecuado y correcto además de los cuidados y atenciones que debe recibir el motivo central de la profesión; que es la madre y el producto del embarazo.

La Autora

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1 Antecedentes Internacionales:

Ortiz Martínez R. (Chile – 2017)⁸, en su investigación plantea algunas sugerencias respecto al antihipertensivo ideal, esquema terapéutico, en la gestación, parto y período de lactancia, acorde a la presentación clínica de la hipertensión o de la preeclampsia postparto; entre sus hallazgos menciona la importancia de la identificación de la hipertensión posparto, debido a las complicaciones que trae consigo, el autor considera como población de elevado riesgo, aquellas gestantes con hipertensión severa, durante la gestación, sobre todo en aquellas que cursan con gestación antes de las 37 semanas.

En el esquema terapéutico propuesto por el autor se consideran fármacos labetalol, nifedipino, hidralazina, sin encontrar características significativas que diferencien sus resultados, como el período de tiempo en que

disminuye la hipertensión, o la presencia de un efecto no deseado que afecte la salud materna, perinatal, tampoco encontró, ningún efecto negativo de los antihipertensivos sobre la lactancia materna; la utilización de AINES, debe ser bien evaluada, debido a que incrementa la presión arterial y puede causar daño renal.

Resalta la importancia de la identificación de daños de órgano blanco, y enfatizar en la orientación y consejería y seguimiento de las mujeres que presentaron este evento clínico.

Camacho Terceros L. (Cochabamba – 2015).⁹ En la publicación de su artículo científico resalta la relación directa que existe entre la eclampsia en una gestante y las elevadas tasas de morbilidad y mortalidad materno perinatal. Recuerda que antiguamente para diagnosticar preeclampsia, era necesario evidenciar una triada caracterizada por niveles elevados de presión arterial, la presencia de albúmina en orina y signos de fovea.

El autor comenta que en la actualidad puede hacerse el diagnóstico con tan solo uno de los elementos de la triada mencionada, como la presencia de hipertensión, la que puede sustentar el diagnóstico de preeclampsia severa, mientras no se sospeche de otro problema, debido a que existe una elevada probabilidad de que se convierta en eclampsia, síndrome de HELLP, con un elevado riesgo de mortalidad Materna y perinatal, por otro lado se han identificado casos de preeclampsia con características clínicas distintas las cuales son llamadas preeclampsia atípica, en cualquiera de los casos la decisión debe estar orientada a terminar la gestación, en el caso en que nos encontremos

con gestaciones pretérmino es importante iniciar previamente a la culminación de la gestación la maduración pulmonar fetal.

Los signos y síntomas relacionados con epigastralgia y transaminasas elevadas, nos revela una significativa probabilidad de la presencia de síndrome de HELLP, por ello es muy importante el monitoreo estricto de esta sintomatología y signología

Álvarez Ponce V. (Cuba – 2014)¹⁰ Sostiene que los trastornos hipertensivos durante la gestación se presentan de 10 a 15 % en los embarazos a término, siendo la causa principal de morbimortalidad materna perinatal, la razón de su investigación fue definir las características de las gestantes con trastornos hipertensivos, entre sus hallazgos menciona que 5,9 % de gestantes adolescentes presentaron preeclampsia, 28,6 % la presentaron gestantes de 35 años a más, 10,3 % de ellas eran primigestas, 14,3 % tenían sobrepeso, 2,7 % presentó morbilidad materna y 9,5 % de los neonatos, también la presentó, seis gestantes hicieron preeclampsia.

El autor menciona que son diversos los estudios que intentan determinar las causas que generan la preeclampsia, respecto al grupo poblacional de adolescentes justifica la presencia de esta entidad clínica, debido a una fortaleza exacerbada de los músculos uterinos y una insuficiente capacidad del árbol vascular para satisfacer los requerimientos gestacionales, en las mayores de 35 años su presencia se justifica debido a que en este grupo de mujeres persisten enfermedades crónicas vasculares conducentes a la preeclampsia.

El autor concluye su investigación, enfatizando que el período de adolescencia, la nuliparidad, el peso en exceso y en déficit no son factores de riesgo, determinantes que estén asociados a la aparición de trastornos hipertensivos del embarazo.

1.2. Antecedentes Nacionales:

Bryce Moncloa A. (Perú - 2018).¹¹En un estudio realizado en nuestro país, resalta que después de haber realizado numerosas revisiones bibliográficas, encontró que existe consenso, en tratarlas, si se encuentran niveles de presiones arteriales igual o mayor a 160/110 mmHg, debido a la elevada posibilidad de accidente cerebrovascular, el otro consenso es regular la presión arterial, a niveles por debajo de 140/90 mmHg, cuando existe la posibilidad de comprometer órgano blanco, en lo que aún no existe consenso es referente al inicio del manejo en los procesos hipertensivos leves, sin embargo, el autor sostiene que iniciar un tratamiento en esta fase, disminuye en 50%, la posibilidad de presentar hipertensión no controlada, aunque no previene la aparición de preeclampsia, el parto pretérmino y complicaciones fetales.

El autor refiere haber investigado respecto al fármaco ideal para disminuir la presión arterial durante la gestación, demostrando que no existe diferencia de eficacia entre una droga y otra orientada a disminuir el accidente cerebrovascular, entre otros, sin embargo, encontró que, con metildopa, se reportaron complicaciones maternoperinatales en menor proporción que con el labetalol.

Respecto al manejo de hipertensión severa no refiere hallazgos que puedan justificar la administración de agentes específicos y la praxis y dominio clínico debería ser determinante.

Yanque Robles O. (Perú – 2018)¹² presenta una guía para la prevención, detección, evaluación y manejo de la hipertensión arterial donde muestra una nueva clasificación para los niveles de hipertensión arterial, considerando normales niveles menores de 120/80 mmHg, y niveles elevados con presión arterial por encima de 120 a 129/ 80 mmHg. Considera hipertensión estadio I, con niveles de 130 – 139/ 80 – 89 mmHg, estadio II, con niveles mayores de 140/ 90 mmHg

El autor resalta que ninguna institución oficial en gineco obstetricia, se ha pronunciado ni a favor ni en contra, respecto a esta nueva clasificación, pero no considera dañino su uso. Menciona que presiones arteriales menores de 140/90 mmHg, probablemente no se encuentren relacionadas con situaciones adversas durante la gestación. Por otro lado, iniciar tratamiento para tratar la hipertensión precoz, orientadas a alcanzar presión arterial diastólica menor de 85 mmHg, no mostró variación notoria en relación a la interrupción de la gestación, atención prenatal de alto riesgo, o cualquier otro tipo de complicaciones, versus objetivos menos ambiciosos tales como presión arterial diastólica de 100 mmHg.

Finalmente, refiere el autor que, en grupos de población general con probabilidad intermedia de complicaciones cardiovasculares, que cursen con presión arterial menor de 140 mmHg no se han evidenciado beneficios

terapéuticos que disminuyan la presión arterial, debido a ello no se dispone de fundamentos orientados a la disminución del nivel de diagnóstico en embarazadas¹².

1.3. Bases Teóricas

1.3.1. Historia de la Preeclampsia – Eclampsia:

Para poder entender los conceptos que involucra el término preeclampsia, eclampsia, es necesario contextualizarlo en la época en que se describe por primera vez esta entidad clínica, al respecto Lopez¹³, menciona, que esta palabra viene del vocablo griego “relámpago” o “brotar violentamente”, evento críticamente delicado que se presenta en la gestación, en el parto y puerperio.

Este evento, parece ser descrito por primera vez en el año 1850 a.C, en el papiro de Kahun (Petrie), que a su interpretación dice que “para prevenir que una mujer se muerda la lengua después del parto...”. Por otro lado, Hipócrates 460-377 a.C menciona ciertos aspectos alusivos al cuadro, Galeno, siglo II d. C., manifestó su concordancia con Hipócrates sosteniendo que la epilepsia, apoplejía, convulsiones y tétanos, eran mortales. Sin embargo, es en Francia, en el siglo XVII, donde florece la información y descripción respecto a eclampsia.

Sauveges en 1739, describe la diferencia entre preeclampsia y epilepsia, Demanet, en 1797, describe anasarca en seis mujeres con

eclámpsia, pero en 1843 Lever y Simpson reportan proteinuria en gestantes con eclampsia.

La muerte materna de 1837-1867 por preeclampsia fue de 30%, y en el siglo XIX fue 24%, aunque este porcentaje incluye los resultados del uso de anestesia y sedación. Alexander Henri Pillet, patólogo francés, en siglo XIX reportó la asociación entre eclampsia y variaciones hepáticas.

En el siglo XX, Europa y América reporta, cinco muertes por cada 100.000 nacidos vivos. Al investigar la causa, se encontró menores proporciones en mujeres con buen estado nutricional, mayor mortalidad en multíparas procedentes de zonas rurales, mencionando que este problema podría prevenirse en un 66.6%, mejorando la atención prenatal y la atención del parto, en 1930, surge la propuesta sanitaria de fortalecer las competencias de los profesionales de salud relacionados con la atención de las embarazadas. Los procesos a seguir y el reconocimiento de que la importancia de la atención prenatal se le reconoce a J. W. Ballantyne en 1901.

1.3.2. Definición de los trastornos Hipertensivos del Embarazo

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG), conceptualiza el término preeclampsia como la enfermedad hipertensiva que se produce a raíz del embarazo, en el cual existe un involucramiento multisistémico, la cual hace su aparición posteriormente a las 20 semanas

de embarazo y en mayor proporción cuando el embarazo se encuentra cercano a la fecha de término, esta entidad clínica puede superponerse a otro trastorno hipertensivo¹⁴.

En su publicación Nápoles¹⁵, define la preeclampsia, como aquella enfermedad inherente a la gestación, parto y puerperio, cuyo inicio es multisistémico, está asociado a una anormalidad en el desarrollo de la placenta, además de la incidencia de diferentes eventos que conllevan a daño endotelial. El autor refiere que la presión arterial es el aspecto más relevante para realizar un acertado diagnóstico y tener un mejor pronóstico.

En una publicación de la OMS¹⁶ se sostiene que en África y Asia, diez de cada cien casos de muerte materna están asociados a trastornos hipertensivos, en América Latina, esta cifra corresponde al 25%, los autores refieren, que la preeclampsia y la eclampsia son las que se presentan en mayor proporción y son los responsables de las elevadas tasas de morbilidad materna y perinatal, aun teniendo en cuenta que es un problema que puede ser prevenido si se brinda atención de salud de manera oportuna y trabajar con enfoque de calidad eficiencia y eficacia.

En este documento¹⁶ resalta la importancia de optimizar las actividades en salud, orientadas a la prevención y el manejo de los trastornos hipertensivos, como un aspecto imprescindible para lograr alcanzar los Objetivos de Desarrollo sostenible.

1.3.3. Epidemiología

En lo que se refiere a los aspectos epidemiológicos, Vargas¹⁷ sostiene que las tasas de incidencia de preeclampsia, (cuadro que puede evolucionar a eclampsia) en el mundo varían de 2-10% del total de mujeres embarazadas, el mismo autor refiere que según la organización mundial de la salud esta incidencia es siete veces más alta en los países en desarrollo, 2,8% frente a 0,4% en los países desarrollados. Al mismo tiempo la incidencia de eclampsia en Norteamérica y Europa es parecida, presentándose de 5 a 7 casos por diez mil partos, mientras que en países en desarrollo su casuística es de 1 / 100 embarazos a 1/ 1.700 embarazos. Las tasas de los países africanos como Sudáfrica, Egipto, Tanzania y Etiopía varían de 1,8% a 7,1% y en Nigeria, la prevalencia oscila entre 2% a 16,7%.

Sanchez⁵, sostiene que entre las gestantes que acuden a los ambientes hospitalarios del Perú, los trastornos hipertensivos tienen cifras entre 4,11% a 10,8%.⁵

1.3.4. Clasificación de los trastornos hipertensivos del embarazo

Según la Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada - SOGC, y la American College of Obstetricians and Gynecologists – ACOG, ambos mencionados por Nápoles¹⁵ los trastornos hipertensivos del embarazo se clasifican como:

- Hipertensión crónica: Hipertensión arterial con presión arterial sistólica mayor o igual a 140 mmHg y/o presión arterial diastólica mayor o igual a 90 mmHg, la condición debe ser que estos niveles hipertensivos se presentaron antes de la gestación o de las 20 semanas de embarazo.
- Hipertensión gestacional: Hipertensión arterial que se presenta, después de las 20 semanas de embarazo, con la condición de que sus niveles de presión arterial antes de la gestación se encontraban en estándares normales.
- Preeclampsia: Hipertensión gestacional asociada a proteinuria y una o más condiciones adversas.
- Preeclampsia sobreimpuesta a hipertensión crónica: Situación en la que una gestante con hipertensión crónica, presenta en un periodo posterior a las 20 semanas una o más elementos considerados para diagnosticar la preeclampsia
- Eclampsia: Complicación severa de la preeclampsia, caracterizada por presentar convulsiones generalizadas, antes, durante o después del parto.

En la actualidad existe consenso en considerar la clasificación de la National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy del año 2000, dicha clasificación es la misma mencionada anteriormente, además, en esta reunión se acordó no incluir el edema entre los elementos necesarios para el

diagnóstico de preeclampsia, tomar la presión arterial teniendo en cuenta la fase cinco de Korotkoff y dejar de lado la fase cuatro¹⁸.

1.3.5. Fisiopatología

Sanchez⁵ refiere que entre las complicaciones del embarazo, se encuentra la preeclampsia, la cual es una complicación que se produce durante la gestación y se caracteriza, por producirse una variación de la fisiología celular del endotelio, de las arterias espiriladas uterinas, generando una alteración del crecimiento del citotrofoblasto en dichas arterias; esto determina una inadecuada placentación desarrollando un síndrome isquémico placentario, comprometiendo diferentes órganos de la gestante.

El autor manifiesta que en su búsqueda bibliográfica ha encontrado otras teorías que pretenden explicar la fisiopatología de la preeclampsia, las que tienen en común la respuesta inflamatoria sistémica, las que pueden ser originadas por aspectos de tipo inmune, metabólico, genético e hipóxico, además, puede producirse un aumento de los factores anti-angiogénicos, estrés oxidativo placentario por desbalance de los prooxidantes y antioxidantes maternos y expresión aberrante de las citoquinas.

1.3.6. Cuadro Clínico y Diagnóstico

Cuadro Clínico:

Para el cuadro clínico y diagnóstico se ha tomado como base teórica las guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive del MINSA¹⁹, aún a pesar de su antigüedad, debido a que en el Perú es en base a ellas que se viene trabajando, sin embargo, se debe resaltar que muchos, parámetros como el de la proteinuria ya no se consideran como criterio diagnóstico. Según el documento mencionado el cuadro clínico para la:

- Hipertensión inducida por la gestación es la aparición de hipertensión a las 20 semanas o más.
- Preeclampsia leve: Presión arterial mayor o igual a 140/90 mmHg o aumento de la presión sistólica en 30 mmHg o más, e incremento de la presión diastólica en 15 mmHg o más sobre la basal, proteinuria de 0.3 a 5 g/litro en orina de 24 horas, o proteinuria cualitativa de trazas a 1 (+) (test de ácido sulfosalicílico).
- Preeclampsia severa: Presión arterial mayor o igual a 160/110 mmHg o incremento de la presión sistólica en 60 mmHg o más, y/o incremento de la Presión diastólica en 30 mmHg o más (en relación a la basal), Proteinuria igual o mayor de 5 gr/lit. en orina de 24 horas, o proteinuria cualitativa de 2 a 3 + (Test de ácido sulfosalicílico), presencia de escotomas centellantes, acúfenos, hiperreflexia, dolor en hipocondrio derecho, epigastralgia, oliguria menor de 500 ml/24 h (creatinina mayor de 0,8 mg/dl), edema pulmonar, disfunción

hepática, trastorno de la coagulación, elevación de creatinina sérica, oligohidramnios, retardo de crecimiento intrauterino, ascitis.

- Eclampsia: complicación aguda de la preeclampsia, presencia de convulsiones generalizadas.
- Hipertensión transitoria de la gestación: Se diagnostica en forma retrospectiva y sus criterios son: hipertensión leve (no mayor de 140/90 mmHg), sin proteinuria, que aparece en el tercer trimestre de la gestación y desaparece después de la gestación (hasta 10 días postparto).
- Hipertensión crónica o Hipertensión (140/90 mmHg o más) que precede al embarazo. o Hipertensión (140/90 mmHg o más) detectada antes de las 20 semanas de gestación. o Hipertensión persistente mucho después del embarazo, hasta 12 semanas postparto.
- Hipertensión crónica con preeclampsia sobreañadida: Su diagnóstico exige la documentación de la hipertensión subyacente crónica, a la que se agrega proteinuria después de las 20 semanas.

1.3.7. Diagnóstico

Hipertensión y proteinuria después de las 20 semanas de gestación, debe hacerse el diagnóstico diferencial con hígado graso agudo del embarazo, púrpura trombocitopénica, síndrome antifosfolípídico, Síndrome urémico hemolítico. Solicitar: Hemograma (hemoglobina o hematocrito), grupo sanguíneo y Factor Rh, proteinuria

cualitativa con ácido sulfosalicílico, examen de orina completo, perfil de coagulación, tiempo de protrombina, TTP activada, fibrinógeno y plaquetas, función hepática: TGO, TGP, LDH, bilirrubinas totales y fraccionadas, glucosa, urea y creatinina, proteínas totales y fraccionadas, proteínas en orina de 24 horas, pruebas de bienestar fetal, ecografía obstétrica, perfil biofísico, flujometría Doppler

Por otro lado, Nápoles¹⁵ Para realizar el diagnóstico de Preeclampsia-eclampsia, plantea que ya no debe ser considerada la proteinuria como un criterio diagnóstico, por lo tanto, se tiene que evaluar el número de plaquetas, las cuales no deben ser menores a 100,000, el incremento de las transaminasas, que puede subir hasta dos veces más de sus valores normales, la creatinina sérica mayor a 1,1 mg/% (97,24 mmol/L) o dos veces más su valor normal.

1.3.8. Manejo y Tratamiento

El manejo de los trastornos Hipertensivos del Embarazo, según Guevara²⁰ se debe realizar, según la entidad clínica diagnosticada, por ello se empezará a analizar por cada una de las que componen los trastornos hipertensivos:

Manejo De La Preeclampsia

Primero debe confirmarse el diagnóstico de preeclampsia, para luego determinar las condiciones de salud de la madre y su producto. A la madre hacerle un examen clínico del sistema neurológico, respiratorio

y cardiovascular; igualmente, realizar un estudio hematológico y bioquímico, número de plaquetas, función renal (urea, creatinina y ácido úrico) y función hepática (transaminasas y lactato deshidrogenasa), realizar monitoreo electrónico fetal (test no estresante o estresante), ecografía (perfil biofísico y estudio Doppler de las arterias umbilical y uterina). Evaluar bienestar fetal cada 72 horas, como mínimo.

Las pacientes con diagnóstico de preeclampsia con signos de severidad o eclampsia deben ser hospitalizadas, en un establecimiento de mayor Capacidad resolutive, categoría II-2 o III, el cual debe contar con unidad de cuidados intensivos y banco de sangre, debido a que es necesario, controlar la hipertensión arterial, evitar convulsiones, o que estas se repitan, alcanzar un equilibrio óptimo en el volumen intravascular, optimizar una oxigenación arterial adecuada e identificar y tratar oportunamente las complicaciones. Evaluar constantemente el riesgo beneficio materno perinatal pensando en la posibilidad de culminar el embarazo lo más pronto posible.

Manejo De La Preeclampsia Sin Criterios De Severidad

El mismo autor²⁰ refiere que en este caso la gestante solo presenta hipertensión mayor o igual a 140/90 mmHg pero menor de 160/110 mmHg, sin alteraciones hematológica, renal, hepática, pulmonar o neurológica y sin signos de compromiso fetal. Indicar reposo relativo, dieta normocalórica, normoproteica y normosódica. No indicar antihipertensivos. Interrumpir el embarazo, si existen condiciones

maternas y perinatales, en caso que no existan condiciones por un embarazo pretérmino y no existe mayor riesgo materno-fetal puede tomarse una conducta expectante.

Si la hipertensión evoluciona y presenta signos de severidad, o existe el riesgo de convulsiones, o hipoxia fetal, o alteraciones hematológicas, renales, hepáticas, pulmonar o neurológica, se interrumpirá el embarazo sin tener en cuenta la vitalidad fetal la vía de parto puede ser vaginal o cesárea.

Manejo De Preeclampsia Con Criterios De Severidad

Para el manejo de preeclampsia con criterios de severidad Guevara²⁰ refiere que esta entidad evoluciona hacia situaciones muy complicadas, como edema agudo de pulmón, falla renal, encefalopatía hipertensiva con hemorragia cerebral, desprendimiento de retina, desprendimiento prematuro de placenta, hematoma subcapsular hepático o rotura hepática, síndrome HELLP, los cuales pueden conducir a la madre y su producto a la muerte.

Mantener una expansión intravascular adecuada, con solución salina al 9 o/oo, de 50 a 60 gotas por minuto el primer litro; y, si continúa la oliguria, administrar sustancias coloidales 500 cc a goteo rápido, furosemida 10 mg e.v. Perfundir tres litros de cristaloides las primeras 24 horas. Controlar diuresis con sonda foley en bolsa colectora; monitorizar signos vitales y saturación de oxígeno cada 15 minutos.

Sulfato de magnesio, para prevenir convulsiones, colocar 5 ampollas de sulfato de magnesio al 20%, con solución salina 9 o/oo 50 cc. administrar 4 gramos (40 cc) en 15 a 20 minutos por volutrol, como dosis inicial de ataque; se continuará con una infusión de 1 g por hora (10 mL por hora) y mantener la infusión por 24 horas después del parto. Durante la administración del sulfato de magnesio se controlará los reflejos rotulianos, la frecuencia respiratoria que debe ser por lo menos 14 respiraciones/minuto y la diuresis, que no debe ser menor de 25 a 30 mL/hora. Controlar saturación de O₂.

Suspender el sulfato de magnesio si se evidencia arreflexia tendinosa, depresión del estado de conciencia, o ventilación superficial o lenta; en este caso, administrar gluconato de calcio, 1 a 2 gramos vía endovenosa.

El tratamiento antihipertensivo puede usarse con presión arterial sistólica ≥ 160 mmHg o presión arterial diastólica es ≥ 110 mmHg, y puede utilizarse:

- Labetalol: 20 mg intravenoso lento, durante 1 a 2 minutos. Repetir a los 10 minutos se puede llegar a duplicar la dosis (20, 40, 80 mg). No sobrepasar los 220 mg. Continuar con infusión permanente a 100 mg cada 6 horas. Si no se controla la presión, asociar otro fármaco. Son contraindicaciones para el uso de labetalol la insuficiencia cardiaca congestiva, el asma y la frecuencia cardiaca materna menor de 60 latidos por minuto.

- Hidralacina: 5 mg intravenoso en bolo, puede repetirse a los 10 minutos si la presión no se controla. Continuar con infusión permanente de 3 y 10 mg por hora.
- Metildopa 500 a 1 000 mg vía oral cada 12 horas, para mantener la presión arterial sistólica entre 120 y 150 mmHg.
- Nifedipino: 10 mg por vía oral y repetir en 30 minutos si es necesario. Luego, dosis de 10 a 20 mg cada 6 a 8 horas. Tener cuidado con la asociación de sulfato de magnesio. No es recomendable la vía sublingual.

Los antihipertensivos deben ir retirándose conforme mejore la paciente, sobre todo después del parto, continuar tratamiento por siete días.

En gestaciones menores de 34 semanas sin alteración orgánica de la madre y el feto, realizar maduración pulmonar fetal: betametasona 12 mg endovenoso cada 24 horas en 2 dosis o dexametasona 6 mg endovenoso cada 12 horas en 4 dosis.

Manejo De La Eclampsia

Este requiere control de las convulsiones y prevención de las recurrencias con sulfato de magnesio, a las mismas dosis indicadas en la preeclampsia severa, el sulfato de magnesio está asociado a la disminución de la mortalidad materna²⁰ Coordinar con cuidados intensivos materna y neonatal, así como con anestesiología.

A penas sea posible concluir con el embarazo, en el posparto, la paciente debe permanecer cuidados intensivos.

Manejo Del Síndrome De HELLP

Según el autor²⁰, el síndrome HELLP es uno de los trastornos más severos que se producen en el embarazo y el puerperio, está fuertemente asociado a las formas severas de preeclampsia y eclampsia. Existen teorías que sustentan la probabilidad de que esta entidad pueda presentarse de manera aislada a la preclampsia y eclampsia. Todavía es controvertido considerar a este trastorno, como síndrome o como una entidad que tiene sus propias particularidades.

La conducta frente a esta noxa es estabilizar el estado general de la madre, y en la brevedad posible terminar el embarazo, (no se sugiere la conducta expectante), sin tener en cuenta la edad gestacional, la vía de elección generalmente es alta.

El autor menciona que algunos investigadores han sugerido utilizar corticoides para estabilizar a la madre y el feto, sobre todo si el número de plaquetas es menor de 100,000. Esta entidad clínica se complica de manera frecuente con insuficiencia respiratoria, cardiaca, hematoma subcapsular hepático o rotura hepática, insuficiencia renal, desprendimiento prematuro de placenta y hemorragia posparto, disfunción hematológica y disfunción neurológica. Con el Síndrome de

HELLP, la morbilidad extrema y las tasas de mortalidad materna son muy altas²⁰.

1.3.9. Cuidados a la Paciente con Trastornos Hipertensivos del Embarazo

Una paciente con Trastornos Hipertensivos del Embarazo, debe tener cuidados especiales Bermejo²¹ menciona que diferentes investigaciones realizadas en grupos poblacionales de pobreza o pobreza extrema, encontraron que la población desconoce las palabras preeclampsia y eclampsia. La población atribuye la presencia de hipertensión, convulsiones, dolor de cabeza, mareos y otros, que aparecen durante el embarazo, a diversos aspectos relacionados con la alimentación inadecuada o insuficiente, a aspectos hereditarios, o situaciones mágico religiosas, pero en ningún momento la asocian a la gestación. El adolecer de conocimientos o de la capacidad de identificar los signos de alarma asociados a los trastornos hipertensivos, y el uso y conducta a base de conceptos mágico religiosos, coloca a la gestante y su producto en una situación de gravísimo riesgo de enfermedad y muerte²¹.

Por otro lado, el mismo autor menciona haber encontrado estudios de tipo cualitativo, donde refieren que las gestantes con trastornos hipertensivos, presentan ansiedad, temor, incertidumbre, desesperación e impotencia debido a que ellas no tienen dominio sobre la presencia de esta entidad clínica en cuanto a su inicio, evolución y pronóstico, y ante la posibilidad de muerte de ella o su producto,

reacciona con un desequilibrio emocional intenso que conlleva a conflictos personales y familiares.

Debido al estrés, muchas pacientes niegan o rechazan su situación de salud, mencionando que no perciben los síntomas de la enfermedad, negándose a entender la gravedad del momento que atraviesa. Situación que constituye una barrera muchas veces infranqueable, para acceder a una atención de salud, o generar una inadecuada predisposición al tratamiento, o la atención prenatal.

El autor²¹ sostiene que del lado de la oferta de servicios, consulta prenatal y/u hospitalización no existe una adecuada información, ni a la paciente ni a su entorno familiar, respecto del problema obstétrico que atraviesa por ejemplo cuando y porque empezó con ese trastorno hipertensivo, como prevenirlo, la conducta a tomar para minimizar las secuelas y complicaciones graves, menciona el autor, que algunas veces las gestantes reclaman que no se les haya preparado para actuar frente a este nuevo problema de salud, en otras palabras, no solo se trata de brindar la información respecto a los signos de alarma y otros, sino sensibilizarlas y explicarles claramente en que consiste un trastorno hipertensivo, sus complicaciones, riesgos, consecuencias, y sobre todo en que, consisten todos y cada uno de los procedimientos a los cuales será sometida. Con todos estos mensajes, la paciente se sentirá más segura, y preparada para enfrentar de manera adecuada su problema de salud²¹

El cuidado de las pacientes con Trastornos Hipertensivos, debe ser integral, incluyendo los ámbitos biológicos y psicosociales. Tener en cuenta las necesidades de la futura madre, permite a los proveedores del servicio de salud materna, plantear y aplicar estrategias de apoyo personalizados y completos, que permitan a la gestante y su entorno familiar un conocimiento amplio sobre el problema que la aqueja, mejorar su predisposición para enfrentar el proceso, estimular la autoresponsabilidad y cuidado en su situación de salud y fortalecer las redes de apoyo.

1.4. Bases Conceptuales:

- ***Hipertensión arterial:*** Presión arterial sistólica mayor de 140 mmHg y/o presión arterial diastólica mayor de 90 mmHg, en dos tomas separadas 6 horas tras 10 minutos de reposo con la gestante sentada, los pies apoyados y el brazo a la altura del corazón.
- ***Trastornos Hipertensivos:*** Son entidades que se presentan como complicaciones, durante el embarazo y se dividen en cuatro categorías básicas: Hipertensión arterial crónica, preeclampsia – eclampsia, preeclampsia sobreagregada a hipertensión arterial crónica, e hipertensión gestacional.
- ***Preeclampsia:*** Presencia de hipertensión y proteinuria significativa, después de la semana 20 del embarazo, en el parto o puerperio. También se considera

cuando existe hipertensión y un criterio de severidad en ausencia de proteinuria.

- ***Eclampsia***: ocasionada por la presencia de hipertensión durante el embarazo, es una forma grave de la preeclampsia. Se caracteriza por presentar convulsiones que pueden hacer llegar a la paciente a un estado de coma.
- ***Síndrome de HELLP***: Complicación de preeclampsia asociada a: Hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y plaquetopenia.
- ***Proteinuria***: presencia en proporción mayor a 300 mg (0.3 gr) de proteínas en orina de 24 horas y/o mayor o igual a 2+ proteínas en tira reactiva en dos ocasiones y sin infección urinaria respaldada por urocultivo.

CAPÍTULO II

DISCUSIÓN

2.1 Discusión

Un problema de salud pública es aquel que afecta críticamente una población y demanda la acción de los diferentes actores sociales para su resolución. Los trastornos hipertensivos que se presentan durante la gestación tienen tal magnitud y letalidad que es considerado por muchos autores como un importante problema de salud pública¹⁵, concepto que coincide con lo publicado por Brice Moncloa¹¹ quien sostiene que es la primera causa de mortalidad materna en países desarrollados y la tercera causa de muerte materna en los países en vías de desarrollo, y también es causa principal de morbilidad fetal y neonatal.¹¹ Otro autor que coincide con lo mencionado es Lagos³, quien reporta que los Síndromes Hipertensivos del Embarazo son muy frecuentes en Chile, y se presentan entre el 5% a 15% del total de embarazos. Incrementando significativamente, la morbilidad maternoperinatal, y es la segunda causa de muerte materna³.

Los trastornos hipertensivos pueden producir alteraciones vasculares y metabólicas en el futuro, es decir el riesgo relativo de sufrir hipertensión crónica tras un trastorno hipertensivo del embarazo, es entre 2,3 y 11,0 veces mayor, el doble de riesgo de accidentes cerebrovasculares, mayor frecuencia de arritmias, hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca y un riesgo 10 veces más alto de presentar enfermedad renal terminal a largo plazo¹¹.

En un simposio publicado por Pacheco²², sostiene que en los últimos veinte años, no se han evidenciado mayores logros respecto al origen de los trastornos hipertensivos. Según Bryce¹¹ los trastornos hipertensivos complican entre 5 a 10% de los embarazos, y probablemente en el Perú estas cifras sean mayores.

Las diferentes teorías respecto al manejo de los trastornos hipertensivos en los países en desarrollo, las cuales en su mayoría no están fundamentadas en teorías y evidencias actualizadas, llevan a elevar las tasas de morbilidad y mortalidad materna, mucho más si se añan las determinantes de salud como son las variables socioeconómicas y culturales²² Resultados que coinciden con los mencionado por Perez²³ quien encontró proporciones más elevadas de preeclampsia grave en gestantes de 31 a 35 años, que es una variable demográfica. Quien contrasta sus hallazgos con una investigación realizada por la OMS el 2013, que reporta esta complicación en el 12% de las gestantes de 35 años. Los diferentes autores coinciden en que los períodos de edad extrema son aquellos donde se presentan los casos más frecuentes y severos de esta complicación^{22,23}.

Algunas instituciones especializadas¹⁴ han retirado la presencia de proteinuria para hacer el diagnóstico de preeclampsia, según algunos estudios muchas pacientes cursan con hipertensión y signos multisistémicos, que inducen a determinar la gravedad de esta entidad y no se evidencia proteinuria.

Por lo que en ausencia de proteinuria, la preeclampsia debería ser diagnosticada, ante la evidencia de hipertensión asociada a trombocitopenia, conteo de plaquetas menor de 100 000/ μ L, disfunción hepática (el doble de la concentración normal de transaminasas hepáticas en sangre), aparición de insuficiencia renal (creatinina mayor de 1,1 mg/dL o el doble de creatinina sanguínea en ausencia de otra enfermedad renal), edema pulmonar o trastornos cerebrales o visuales de novo, puede presentar trastornos visuales, cefalea, dolor epigástrico, y la complicación a estadios severos de la enfermedad, existen antecedentes de pacientes que no cursan con presión arterial mayor de 140/90 mmHg, si no que presentan niveles de 120-130/85 mmHg, sin embargo, evolucionan velozmente a eclampsia o síndrome HELLP.²²

La eclampsia por otro lado es definida por la presencia de convulsiones tipo epilépticas, en una mujer con preeclampsia, antes, durante o después del parto. La lesión cerebral en la eclampsia se asocia al edema cerebral y a los cambios característicos de la sustancia blanca -síndrome de leucoencefalopatía posterior reversible-, que es semejante a los hallazgos que se encuentran en la encefalopatía hipertensiva y en las terapias citotóxicas inmunosupresoras.²²

Respecto al tratamiento y manejo Sosa² sostiene que es farmacológico y no farmacológico, aunque el no farmacológico está bastante discutido, se han

encontrado diferentes esquemas de tratamiento, por lo que se intenta discutir y mencionar algunos de los mismos.

Se ha indicado y continúa indicándose el reposo, muchas veces reposo absoluto en cama, hasta la hospitalización, con este fin, diversos estudios cuyo objetivo fue determinar las ventajas del ejercicio o del reposo, no han encontrado evidencias que permitan apoyar o rechazar el reposo. En contraposición a esta propuesta Brice¹¹ sostiene que en primer lugar se debe considerar la consejería preconcepcional, enfatizando sobre los riesgos relacionados a la hipertensión gestacional. Posteriormente en la primera atención prenatal, se identificará los factores de riesgo correspondientes y de hacerse el diagnóstico de hipertensión arterial, hacer un seguimiento constante a la gestante durante todo el periodo de embarazo, con la finalidad de prevenir algún trastorno hipertensivo.

En cuanto a la dieta hiposódica se han generado intensas discusiones, debido a que la mujer, durante el embarazo, necesita acumular unos 900 mEq de sodio, con lo que puede expandir el volumen extracelular. Por lo tanto, la limitación de consumo de sal es también discutido, los análisis con Cochrane no mostraron beneficios estadísticamente significativos, al respecto². En concordancia con lo mencionado, sanchez⁵ reporta que las gestantes con una dieta con predominancia de vegetales (coles, papas, avena, granos enteros, berries), pescado, leche y agua tuvieron menor riesgo de hacer preeclampsia.

En cuanto al uso de fármacos Sosa², sostiene que su uso es discutido evidenciándose mucha diferencia entre guías, protocolos y recomendaciones,

tampoco, existe uniformidad de criterios en cuanto a los niveles de presión arterial, a partir del que deba iniciarse su uso.

Sin embargo, si ya se decidió iniciar tratamiento, se deben escoger fármacos adecuados que no dañen al feto, el metildopa, labetalol y nifedipin, son los fármacos de elección durante el embarazo. Existe consenso en que el metildopa, es el fármaco de primera línea². Opinión que coincide con la propuesta de Brice ¹¹, quien menciona que hasta el momento no se ha encontrado que un fármaco sea más eficaz que otro, sin embargo, propone el uso de metildopa o labetalol, preferentemente el uso de metildopa, debido a que está asociado con un menor número de complicaciones materno perinatales.

En cuanto a los cuidados que se le debe brindar a la paciente que sufre de algún trastorno hipertensivo, Bermejo²¹, sostiene que se debe fortalecer la accesibilidad a los establecimientos de salud, promover la atención prenatal, fortalecer las actividades de información, educación, y comunicación respecto a síntomas y signos de alarma, para prevenir complicaciones y promover el autocuidado.

El mismo autor sostiene que para disminuir las complicaciones maternoperinatales de los trastornos hipertensivos, su manejo debe ser iniciado en la comunidad, para favorecer la identificación de los signos de alarma precozmente.

Mejorar los servicios de atención prenatal de manera integral, considerando de manera holística los aspectos físicos, biológicos, emocionales

y sociales. En cuanto al ámbito físico medir la presión arterial periódicamente, identificación de signos y síntomas de alarma, control de peso, presencia de edemas y administración de tratamiento antihipertensivo etc.

En el ámbito emocional y social, favorecer el diálogo y la escucha activa favoreciendo la expresión de sentimientos, para reducir el estrés y ansiedad, mejorando el control del tratamiento, el autocuidado y la adquisición de hábitos saludables²¹.

CONCLUSIONES

1. Los trastornos hipertensivos se caracterizan por ser una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna, la preeclampsia, eclampsia, síndrome de HELLP, son entre todas las entidades que conforman, los trastornos hipertensivos del embarazo, las que pueden colocar en riesgo crítico, tanto a la madre como al feto. Su mayor reto es controlar la hipertensión con fármacos como lometalol, metildopa, nifedipino, sulfato de magnesio entre otros, los cuidados deben basarse en el ámbito físico y emocional de la paciente y su entorno familiar, y su identificación y seguimiento debe involucrar a la comunidad.
2. Entre las características de los trastornos hipertensivos, se encuentran que es una enfermedad propia del embarazo, parto y puerperio, de origen multisistémico, se caracteriza por elevación de la presión arterial, la desarmonía entre su inicio fisiopatológico insidioso, subclínico, y la forma aguda o brusca de presentación, son características de esta entidad y genera una controversia, para encasillarla en alguna de las entidades que conforman los trastornos hipertensivos del embarazo y puerperio.
3. El manejo de la gestante con trastorno hipertensivo, tiene diferentes aspectos controversiales respecto al momento de inicio de los fármacos, sin embargo, las guías y protocolos de las diversas sociedades de medicina obstétrica coinciden en tratar la presión arterial si se encuentra por encima de 160/105-110 mmHg por el elevado riesgo de accidente cerebrovascular; normalizar la presión a menos de 140/90 si hay compromiso severo de órgano. Pero, continúa

la incertidumbre sobre el inicio de tratamiento en la hipertensión leve-moderada.

4. Las características de la atención a la paciente con trastornos hipertensivos del embarazo son: Debe ser integral y holística considerando sus dimensiones físicas y emocionales, entre los cuidados a tener en cuenta esta el fortalecimiento de la atención prenatal, vigilancia de la presión arterial periódicamente.

RECOMENDACIONES

1. Las estrategias para enfrentar el reto frente al que nos colocan los trastornos hipertensivos del embarazo, deben estar basadas en el conocimiento pleno de sus características, la identificación precoz de los signos de alarma, manejo adecuado y oportuno de esta patología, en los establecimientos de salud, el fortalecimiento de un adecuado sistema de referencia y contrarreferencia y el involucramiento de la comunidad, Informar y educar a la madre sobre su prevención, evolución y manejo para satisfacer sus sentimientos de ansiedad y temor.
2. La atención prenatal, la atención del parto por profesionales idóneos, el control puerperal son la estrategia sin ecuación para enfrentar cada una de las características de los trastornos hipertensivos del embarazo, por lo que se recomienda el fortalecimiento de los establecimientos del primer nivel de atención para identificar precozmente esta patología y el trabajo interdisciplinario para las actividades de educación en salud reforzando este tema, la detección de la preeclampsia debe realizarse en la tercera atención prenatal (32 semanas), esencialmente en lugares vulnerables, basándose en antecedentes obstétricos, médicos y examen clínico de las mujeres.
3. Respecto al manejo apoyamos las sugerencias de la OMS, centrada en la estrategia de la atención prenatal y las gestantes, deben ser evaluadas en la primera atención prenatal identificando los factores de riesgo de preeclampsia, como: edad (menores de 17 años y mayores de 35 años), nuliparidad, primer embarazo después de los 35 años, obesidad previa al embarazo actual, embarazo

múltiple, historia previa de preeclampsia, diabetes mellitus e hipertensión arterial sistémica. Pero por sobre todo se sugiere la elaboración de protocolos de atención para esta patología, debidamente aceptados y democratizados por el personal de salud involucrado en su atención.

4. Respecto a los cuidados se sugiere, garantizar la atención durante el parto, postparto, y puerperio, por profesional calificado para prevenir y tratar las convulsiones. Las visitas postnatales son importantes para evaluar la recuperación de la mujer y discutir los riesgos para la salud materna futura.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- ¹ OMS. Nota Técnica Para La Meta De Mortalidad Materna, ASSA2030. Accesado el 25 de noviembre, del 2018. Accesible en:

<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2017/salud-universal-nota-tecnica-assa-rmm.pdf>
- ² Sosa L, Guirado M. Estados hipertensivos del embarazo. Rev.Urug.Cardiol. [Internet]. 2013 Ago [citado 2018 Nov 26] ; 28(2): 285-298. Disponible en:
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202013000200021&lng=es.
- ³ Lagos A, Arriagada J, Iglesias J. Fisiopatología De La Preeclampsia. Rev. Obstet. Ginecol. - Hosp. Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse Chile. 2013; [citado 2018 Nov 26]; Vol 8 (3): 157-160. Disponible en:
<file:///C:/Users/USER/Downloads/0413.pdf>
- ⁴ OMS. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia (2014). Accesado el 25 de Noviembre, del 2018. Accesible en:

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/138405/9789243548333_spa.pdf;jsessionid=639F3D5424178CE169CE55F571B5D004?sequence=1
- ⁵ Sánchez Sixto E.. Actualización en la epidemiología de la preeclampsia: update. Rev. peru. ginecol. obstet. [Internet]. 2014 Oct [citado 2018 Nov 26] ; 60(4): 309-320. Disponible en:

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322014000400007&lng=es.](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322014000400007&lng=es)

- ⁶ MINSA. Boletín Epidemiológico del Perú SE 47-2017 (del 19 al 25 de noviembre). Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2017/47.pdf>
- ⁷ Flores Rojas J, Taza Piñas C. “Factores De Riesgo Asociados A Preeclampsia En El Hospital Nacional Del Centro “Ramiro Prialé Prialé” Essalud - Huancayo 2009 – 2010” [Tesis]. 2011. Universidad Nacional Del Centro Del Perú. Facultad de Medicina Humana. [citado 2018 Dic 16]; Disponible en: <http://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/UNCP/3132/Flores%20Rojas-Taza%20Pi%C3%B1as.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- ⁸ Ortiz Martínez R, Rendón Cesar A, Gallego Cristal X, Chagüendo J. Hipertensión/preeclampsia postparto, Recomendaciones de manejo según escenarios clínicos, seguridad en la lactancia materna, una revisión de la literatura. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2017 Abr [citado 2018 Dic 16]; 82(2): 219-231. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262017000200013&lng=es.](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262017000200013&lng=es) [http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262017000200013.](http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262017000200013) https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262017000200013

-
- ⁹ Camacho Terceros L, Berzaín Rodríguez Mary C. Una mirada clínica al diagnóstico de preeclampsia. Rev Cient Cienc Méd [Internet]. 2015 [citado 2018 Dic 16] ; 18(1): 50-55. Disponible en:
[http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332015000100010&lng=es.](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332015000100010&lng=es)
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332015000100010
- ¹⁰ Álvarez Ponce V, Alonso Uría R, Muñiz Rizo M, Martínez Murguía J. Caracterización de la hipertensión inducida por el embarazo. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2014 Jun [citado 2018 Dic 16] ; 40(2): 165-174. Disponible en:
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2014000200004&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2014000200004&lng=es)
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2014000200004
- ¹¹ Bryce Moncloa A, Alegría Valdivia E, Valenzuela Rodríguez G, Larrauri Vigna C, Urquiaga Calderón J, San Martín San Martín M. Hipertensión en el embaraz. Rev. peru. ginecol. obstet. [Internet]. 2018 Abr [citado 2018 Dic 16]; 64 (2): 191-196. Disponible en:
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000200006&lng=es.](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000200006&lng=es)
[http://dx.doi.org/https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2077.](http://dx.doi.org/https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2077)

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000200006&lng=es&nrm=iso

- ¹² Yanque Robles O. Nueva definición de hipertensión arterial, ¿estamos listos?. Rev. peru. ginecol. obstet. [Internet]. 2018 Ene [citado 2018 Dic 16] ; 64(1): 117-118. Disponible en:

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000100018&lng=es.](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000100018&lng=es)

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000100018

- ¹³ López Mora, J. Preeclampsia-eclampsia. Revista Latinoamericana de Hipertensión [Internet]. 2007;2(4):117-127. Recuperado de:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=170216979004>

- ¹⁴ The American College of Obstetricians and Gynecologists. Hypertension in Pregnancy. <http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Task-Force-and-Work-Group-Reports/Hypertension-in-Pregnancy>.

<https://www.acog.org/~/media/Task%20Force%20and%20Work%20Group%20Reports/public/HypertensioninPregnancy.pdf>

- ¹⁵ Nápoles Méndez D. Nuevas interpretaciones en la clasificación y el diagnóstico de la preeclampsia. MEDISAN [Internet]. 2016 Abr [citado 2018 Dic 16] ; 20(4): 516-529. Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000400013&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000400013&lng=es)

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000400013

- ¹⁶ OMS: Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia. ISBN 978 92 4 354833 3 (Clasificación NLM: WQ 215), 2014. . [citado 2018 Nov 26] ; Disponible en:

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/138405/9789243548333_spa.pdf;jsessionid=8EB906D0F75CCD00F8D78F3BB90C6A0A?sequence=1

- ¹⁷ Vargas H V, Acosta A, Moreno E. La preeclampsia un problema de salud pública mundial. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2012 [citado 2018 Dic 16]; 77 (6): 471-476. Disponible en:

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000600013&lng=es.

<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262012000600013>.

- ¹⁸ Anonymous. Report of the National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. Am J Obstet Gynecol 2000; 183(1): S1–S22. [citado 2018 Nov 26] ; Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10920346>

- ¹⁹ MINSA. Guías De Práctica Clínica Para La Atención De Emergencias Obstétricas Según Nivel De Capacidad Resolutiva. Lima: Ministerio de Salud; 2007. Accesible en:

<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/download/esn/ssr/GuiaGinecologia.pdf>

-
- ²⁰ Guevara Ríos E, Meza Santibáñez L. Manejo de la preeclampsia/eclampsia en el Perú. Rev. peru. ginecol. obstet. [Internet]. 2014 Oct [citado 2018 Dic 16] ; 60(4): 385-394. Disponible en:
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322014000400015&lng=es.](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322014000400015&lng=es)
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322014000400015
- ²¹ Bermejo M. Importancia De Los Cuidados Durante La Gestación En La Preeclampsia. 2017. Tesis Facultad de Medicina. Universidad de Cataluña. [citado 2018 Dic 16]; Disponible en:
https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/680413/bermejo_rodriguez_mireyatfg.pdf?sequence=1
- ²² Pacheco-Romero J. Introduction to the Preeclampsia Symposium. Rev Peru Ginecol Obstet. 2017;63(2):199-206.Disponible en:
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v63n2/a07v63n2.pdf>
- ²³ Pérez de Villa A, Álvarez A, Prieto C, Hernández P. Preeclampsia grave: características y consecuencias. Rev. Finlay [internet]. 2015 Jun [citado 2019 Mar 19]; 5(2): 118-129. Disponible en:
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342015000200007&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342015000200007&lng=es)

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342015000200007)

[24342015000200007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342015000200007)