



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA

*TESIS PREVIA PARA LA
OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO
GENERAL*

TÍTULO

MANEJO DE PACIENTES CON PREECLAMPSIA EN
EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL ISIDRO AYORA ENERO 2014 – OCTUBRE
2014

AUTOR :
Aldo Julbliner Anaya Lindao

DIRECTOR :
Dr. Marco Leopoldo Medina
Sarmiento

LOJA – ECUADOR
2014

CERTIFICACIÓN

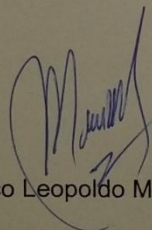
CERTIFICACIÓN

Dr. Marco Leopoldo Medina Sarmiento, **DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA Y DIRECTOR DE TESIS.**

CERTIFICO:

Que el presente trabajo de tesis titulado **“MANEJO DE PACIENTES CON PREECLAMPSIA EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA ENERO 2014 – OCTUBRE 2014”**, elaborado por Aldo Julbliner Anaya Lindao, estudiante de la carrera de Medicina Humana, ha sido dirigido y revisado minuciosamente bajo mi dirección, por lo que autorizo al postulante la presentación de este trabajo ante el tribunal de grado.

Loja, 28 de octubre de 2014.



Dr. Marco Leopoldo Medina Sarmiento

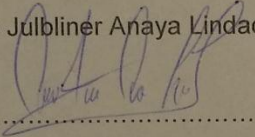
AUTORÍA

AUTORÍA

Yo, **Aldo Julbliner Anaya Lindao** declaro ser autor del presente trabajo de tesis, y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional Biblioteca Virtual.

Autor : Aldo Julbliner Anaya Lindao

Firma : 

Pasaporte : 3891484

Fecha : 30 de octubre de 2014

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS

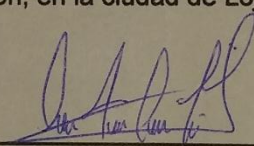
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR, PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO.

Yo, Aldo Julbliner Anaya Lindao declaro ser autor de la tesis titulada, MANEJO DE PACIENTES CON PREECLAMPSIA EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA ENERO 2014 – OCTUBRE 2014, como requisito para optar al grado de Médico General; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con los cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 6 días del mes de noviembre, firma el autor:

FIRMA : 
AUTOR : Aldo Julbliner Anaya Lindao
PASAPORTE : 5268941
Dirección : Av. Sucre y Av. José Félix de Valdivieso
Correo electrónico: julb_1790@hotmail.com
Teléfono Celular : 0984521932

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de Tesis : Dr. Marco Leopoldo Medina Sarmiento
Tribunal de Grado : Presidente : Dr. Benito Román Hidalgo
Vocal : Dr. Ernesto Ortiz Flores
Vocal : Dra. Karina Calva Jirón

DEDICATORIA

“Lo que piensas, es en lo que te conviertes, la mente es todo”

Buda

Nunca podré encontrar un mayor héroe que mi padre Aldo Waldir, no sólo por sus consejos, sino por su ejemplo y esfuerzo a toda la familia; un hombre de mil batallas que supo demostrarme que no importan los aciertos o los errores, el amor a Dios y a la familia siempre es lo más importante.

A la mujer que ha podido hacerme un hombre de bien, mi madre Clotilde Graciela; quien a pesar de la distancia y mi ingratitud, ha velado por mí durante todo este trayecto para convertirme en lo que ahora soy.

A mis hermanos Adolfo, Anghie y Nadine; por ser la motivación que necesitaba y por aprender junto a ellos que, ser el hermano mayor no es un deber, es una satisfacción y un orgullo.

A mi abuela Dominga; quien pese a no alcanzar este logro junto a mí en vida, supo guiarme a Dios y enseñarme que la preocupación por los demás es la más grande señal de su amor.

A mi abuela Ignacia; quien a pesar de la distancia me recuerda en cada palabra de aliento que todo se puede lograr en esta vida.

A mi familia y amistades que he logrado conocer, que de una u otra manera siempre me apoyaron en mi trayecto estudiantil y de vida.

A los maestros que la vida me permitió conocer, gracias por el tiempo, paciencia, confianza y la sabiduría que me transmitieron en mi formación.

Aldo Julbliner Anaya Lindao

AGRADECIMIENTO

A Dios por la bendición de permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida, y por la experiencia que me ha brindado hasta el momento.

Un agradecimiento muy especial a mis padres que con su aporte fueron el pilar fundamental para que pueda concluir con esta investigación, así mismo por su apoyo incondicional durante mi vida estudiantil.

A Verónica Salomé, gracias por tu constancia y apoyo total, y sobre todo tu ayuda a enfocarme sobre lo importante y maravilloso que existe en esta vida.

A mi director de tesis Dr. Marco Leopoldo Medina Sarmiento, por la orientación, seguimiento, y la supervisión continua de la misma; pero sobre todo por el apoyo y paciencia recibida.

A los docentes por el nivel de conocimiento y experiencias que aportaron a mi formación.

Aldo Julbliner Anaya Lindao

a. TÍTULO

**MANEJO DE PACIENTES CON PREECLAMPSIA EN EL SERVICIO DE
GINECO – OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA ENERO 2014 –
OCTUBRE 2014.**

b. RESUMEN

El presente trabajo Cualitativo, Descriptivo y Retro-Prospectivo titulado **MANEJO DE PACIENTES CON PREECLAMPSIA EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA ENERO 2014 – OCTUBRE 2014**, está enfocado a tratar el manejo integral de la mujer embarazada que padece de preeclampsia; dicho de otro modo, el tratamiento y la vía de terminación.

Es por ello que los principales objetivos son: Determinar el manejo de las pacientes con preeclampsia. Identificar la frecuencia de los casos de preeclampsia en pacientes primigestas y multigestas. Determinar el manejo de las crisis hipertensivas provocadas por la preeclampsia. Conocer la profilaxis de las convulsiones en las pacientes preeclámpicas. Conocer la vía de terminación del embarazo de las pacientes con preeclampsia. Obteniéndose los siguientes resultados:

Que la muestra total fue de 65 embarazadas desde inicios de Enero 2014 hasta mediados de Octubre, a quienes aplicándose la Hoja de Registro se pudo determinar que, respecto a las características obstétricas, el 58.46% de las mujeres con preeclampsia ya han estado embarazadas anteriormente. Dentro del manejo de las crisis hipertensivas el 58.45% fue tratada con Hidralazina a 5 mg IV en bolo, repetido 2 veces. Mientras que, la profilaxis de las convulsiones fueron manejadas con Sulfato de Magnesio en el 72.31% de las mujeres con preeclampsia mientras que un 27.69% no tuvo ningún tratamiento profiláctico ya que clínicamente no ameritaban. Además, cabe mencionar que la vía abdominal tuvo predominancia en la terminación del embarazo con un 70.77% de los casos.

PALABRAS CLAVE: Preeclampsia, embarazo, tratamiento.

SUMMARY

This qualitative, descriptive and retrospective investigation called **“MANAGEMENT OF PATIENTS WITH PREECLAMPSIA IN THE GYNECOLOGY - OBSTETRICS SERVICE OF ISIDRO AYORA HOSPITAL FROM JANUARY 2014 - OCTOBER 2014”**, is focused about knowing the integral management of pregnant who who suffered of preeclampsia, in other words, the treatment and termination way.

So, the principal objectives are: Determinate the management of the patients with preeclampsia. Identificate the frequency of toxemia in pregnancy in primiparous and multiparous women. To know the profilaxis of the convulsion crisis in the preeclampsia's patients. To know the way of ending pregnancy of preeclamptic patients. I have the following results:

The total sign was 65 pregnant women since January 2014 to the middle of October, in who applicate the Register Sheet, about the obstetric characteristics, the 58, 46% of preeclamptic's women were pregnant before. About the management of hypertensive crisis the 58,45% was processed with Hidralazine 5mg in bowl, twice. Meanwhile, the convulsion crisis profilaxis were managed with Magnesio's Sulfatus in the 72, 31% and 27, 69% didn't have profilactic treatment, because wasn't be necessary. Also, we have to say that the abdominal way had predominance in the end of pregnancy in the 70,77% of the cases.

KEY WORDS: Preeclampsia, Pregnancy, Treatment.

c. INTRODUCCIÓN

La preeclampsia se refiere a la aparición de hipertensión y proteinuria, y/o disfunción de órganos diana después de las 20 semanas de gestación en una mujer previamente normotensa. ^[1]

Las estadísticas indican que, de aproximadamente 300.000 partos en los Estados Unidos se encontró que la incidencia global de la preeclampsia grave fue de aproximadamente 1% de todos los embarazos. Los estudios limitados a mujeres nulíparas informan que aproximadamente el 5% desarrollan preeclampsia y de 40-50% de estas mujeres desarrollan una enfermedad grave. La incidencia de la preeclampsia grave en <34 semanas es de 0,3%. ^[2]

En las mujeres con preeclampsia severa normalmente se termina el embarazo con prontitud para evitar complicaciones maternas y fetales. Dado que la enfermedad es progresiva y no existe un tratamiento médico definitivo, el término del embarazo siempre será la mejor opción para la madre. Sin embargo, el parto prematuro no siempre es del mejor interés para el feto; por lo tanto, la decisión de retrasar la finalización del embarazo puede ser considerado bajo ciertas circunstancias riesgoso tanto para la madre como para el feto. ^[3]

La justificación para retrasar el término de estos embarazos es, para reducir la morbilidad y mortalidad perinatal mediante la entrega de un feto más maduro. El riesgo de prolongar el embarazo empeora la disfunción endotelial materna y mantiene la mala perfusión de los órganos principales maternos con el potencial de daño orgánico severo al cerebro, hígado, riñones, placenta, feto, hematológico y sistemas vasculares. ^[4]

Una revisión de la literatura que incluye 72 publicaciones informó las siguientes complicaciones maternas graves de preeclampsia severa: convulsiones, edema pulmonar, encefalopatía hipertensiva, accidente cerebrovascular, insuficiencia renal, insuficiencia y/o rotura hepática,

desprendimiento de retina o ceguera cortical, coagulación intravascular diseminada, desprendimiento de la placenta, y la muerte.^[5]

En el año 2011, en el Anuario de Estadísticas Vitales de Nacimientos y Defunciones, indica que entre las Causas de Muertes Maternas, la hipertensión gestacional (inducida por el embarazo) con proteinuria significativa mantiene un 12,45% dentro de las Causas Obstétricas directas.^[6]

El propósito del presente estudio enfatiza en conocer directamente el manejo de todas las pacientes con preeclampsia y ayudar a aquella población de embarazadas tanto a término como pre-término de la Provincia de Loja y cuyo acceso a toda la información posible es limitado, a pesar de los grandes esfuerzos en los diferentes programas de asistencia y de la atención de Maternidad Gratuita, no es sólo educar sino concientizar sobre las diferentes presentaciones clínicas y complicaciones que pueden estar presentes en la preeclampsia.

Esta investigación pretende conocer la frecuencia de esta enfermedad, basándonos en los datos que se obtengan de las Historias Clínicas del Hospital Provincial Isidro Ayora de Loja. Además los resultados en este estudio pueden ser relevantes para conocer e informar a la sociedad sobre la evolución de la enfermedad tanto en pacientes primigestas como en multíparas, además de saber llevar un adecuado control de su embarazo; hoy por hoy y gracias a los grandes avances tecnológicos podemos no sólo llegar a la población de una manera rápida sino que también de una manera eficaz, aportando a formar parte tanto de las estadísticas como de los cambios que puedan darse en el curso de evolución de la preeclampsia.

Por lo tanto, la presente investigación se basó en los siguientes objetivos: Determinar el manejo de las pacientes con preeclampsia; identificar la frecuencia de casos de preeclampsia en pacientes primigestas y

multigestas; determinar el manejo de las crisis hipertensivas provocadas por la preeclampsia; conocer la profilaxis de las convulsiones en las pacientes preeclámpicas y conocer la vía de terminación del embarazo de las pacientes con preeclampsia del Servicio de Gineco – Obstetricia en el Hospital Provincial Isidro Ayora en el periodo comprendido Enero 2014 – Octubre 2014.

d. REVISIÓN DE LITERATURA

PREECLAMPSIA

I. INTRODUCCIÓN

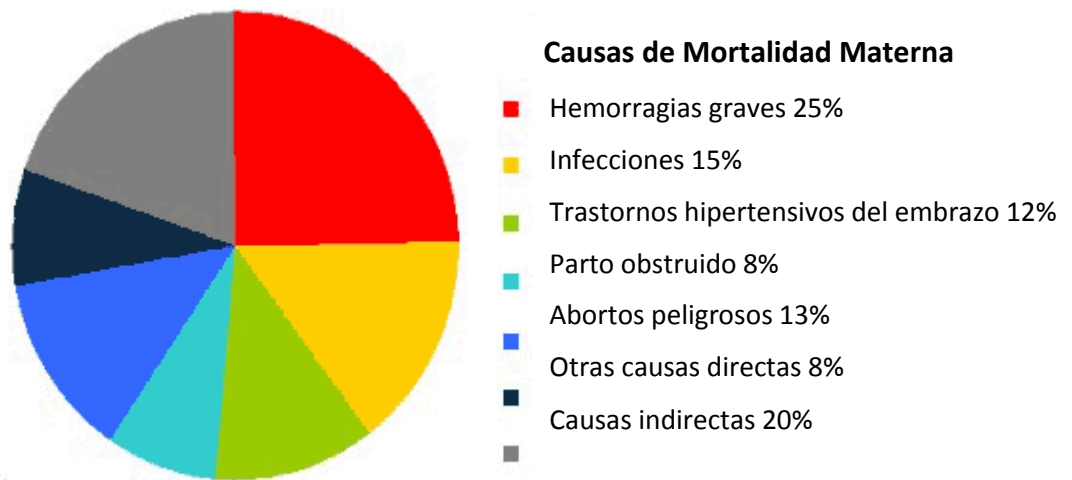
La preeclampsia se describe como un *síndrome específico del embarazo que puede afectar a todos los sistemas orgánicos*. Más aún, aunque la preeclampsia es mucho más que una simple hipertensión gestacional con proteinuria, la aparición de ésta última se mantiene como un criterio diagnóstico objetivo importante. La proteinuria se define como la proteína en orina de 24 horas mayor de 300 mg/24 horas, la existencia de un índice urinario proteína:creatinina ≥ 0.3 , o una concentración persistente de 30 mg/dl (1 + en pruebas con tira reactiva) de proteína en muestras aleatorias de orina. Ninguno de estos valores es definitivo. Las concentraciones urinarias varían mucho durante el día y también las lecturas con tira reactiva. ^[7]

II. EPIDEMIOLOGÍA

Los trastornos hipertensivos complican del 5-10% de todos los embarazos y constituyen una de las principales enfermedades de la tríada letal del embarazo, junto con la hemorragia y la infección; que por lo tanto, contribuyen en buena medida a las tasas de morbilidad y mortalidad maternas. En el caso de la hipertensión, el síndrome de preeclampsia, ya sea solo o agregada a la hipertensión crónica, es el más peligroso. ^[8]

Hay numerosas causas directas e indirectas de muerte durante el embarazo, el parto y el puerperio. A nivel mundial, aproximadamente un 80% de las muertes maternas son debidas a causas directas. Las cuatro causas principales son las hemorragias intensas (generalmente puerperales), las infecciones (septicemia en la mayoría de los casos), los trastornos hipertensivos del embarazo (generalmente la eclampsia) y el parto obstruido. Las complicaciones del aborto peligroso son la causa de un 13% de esas muertes. Entre las causas indirectas (20%)

se encuentran enfermedades que complican el embarazo o son agravadas por él, como el paludismo, la anemia, el VIH/SIDA o las enfermedades cardiovasculares. [9]



Fuente: Informe sobre la salud en el mundo 2005 - OMS

En el año 2011, la principal causa de mortalidad materna recae sobre las Causas Obstétricas Directas que agrupan los códigos de causa O00-O94 con un total de 165 defunciones, alcanzando un porcentaje total de 68,46% y una razón de mortalidad de 71,81. Las causas Obstétricas Indirectas que agrupan los códigos de causa O98-O99, con 54 defunciones es la segunda causa de muerte materna alcanzando un porcentaje de 22,41% y una razón de mortalidad de 23,50. Las causas de muerte obstétrica no especificada con código O95 se muestran aisladas de las causas directas e indirectas por su característica obstétrica desconocida con un total de 22 defunciones. [10]

III. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

3.1. PRESENTACIÓN CLÍNICA

El desarrollo de la hipertensión y proteinuria tras las 20 semanas de gestación se debe generalmente a la preeclampsia, especialmente en una mujer nulípara. En la mayoría de las mujeres, estos hallazgos primero se hacen evidentes después de 34 semanas de gestación, incluso cuando la mujer está en trabajo de parto (es decir, "la preeclampsia de inicio tardío"). En alrededor del 10% de las mujeres, la preeclampsia se desarrolla antes de las 34 semanas de gestación (es decir, "la preeclampsia de inicio temprano"), y en un 5%, la preeclampsia se presenta por primera vez después del parto (es decir, "la preeclampsia posparto"), por lo general dentro de 48 horas después del parto. ^[11]

El grado de hipertensión, proteinuria materna, y la presencia/ausencia de otras manifestaciones clínicas de la enfermedad son muy variables. La mayoría de los pacientes tienen la presión arterial entre 140/90 y 160/110 mm Hg y la proteinuria generalmente está acompañada de edema periférico. Alrededor del 25% desarrollan una o más de los siguientes hallazgos inespecíficos, que indican la presencia de una enfermedad grave y la necesidad de considerar la terminación del embarazo de manera urgente: ^[12]

SIGNOS Y SÍNTOMAS

- La hipertensión grave (presión arterial sistólica ≥ 160 mm Hg o diastólica ≥ 110 mm Hg en dos ocasiones por lo menos en cuatro horas de diferencia o sólo una vez si es tratada).
- Dolor de cabeza persistente y/o severo.
- Anomalías visuales (escotomas, fotofobia, visión borrosa o ceguera temporal [raro]).
- Dolor abdominal o epigástrico superior

- Náuseas/vómitos.
- Disnea/dolor torácico retro-esternal.
- Estado mental alterado.

ANORMALIDADES DE LABORATORIO ^[13]

- Anemia hemolítica microangiopática (frotis periférico anormal, aumento de la bilirrubina, o bajos niveles de haptoglobina sérica U/L).
- Trombocitopenia (<100.000 / microlitro).
- Concentración de creatinina sérica elevada (> 1,1 mg / dL)
- Enzimas hepáticas elevadas (dos veces el límite superior de la normalidad)

PRESENTACIÓN ATÍPICA ^[14]

Las presentaciones atípicas incluyen cualquiera de los siguientes:

- **INICIO DE LOS SIGNOS/SÍNTOMAS ANTES DE LAS 20 SEMANAS DE GESTACIÓN**

La preeclampsia antes de las 20 semanas de gestación se asocia generalmente con un embarazo molar completo o parcial. En raras ocasiones, los signos y síntomas característicos antes de las 20 semanas se han atribuido a la preeclampsia grave después que otros trastornos con hallazgos similares fueran excluidos (por ejemplo, nefritis por lupus, púrpura trombocitopénica trombótica, síndrome urémico hemolítico, el síndrome antifosfolípido, hígado graso agudo del embarazo).

- **HIPERTENSIÓN O PROTEINURIA (PERO NO AMBOS), CON O SIN SIGNOS/SÍNTOMAS DE PREECLAMPSIA SEVERA CARACTERÍSTICOS**

Es poco común, pero se pueden observar en el 15% de las pacientes con síndrome de HELLP y en algunas pacientes con eclampsia.

Las mujeres con hipertensión o proteinuria (pero no ambos) pueden llegar a desarrollar criterios para el diagnóstico de preeclampsia. No hay estudios prospectivos realizados en mujeres embarazadas con proteinuria gestacionales aislados para determinar su riesgo de desarrollar preeclampsia más tarde en el embarazo, y hay pocos estudios retrospectivos. Entre el 15 y el 25% de las mujeres con hipertensión gestacional posteriormente pueden desarrollar preeclampsia.

- **INICIO RETARDADO POSPARTO O EXACERBACIÓN DE LA ENFERMEDAD (> 2 DÍAS DESPUÉS DEL PARTO)**

La preeclampsia retardada post-parto puede ser definida como los signos y síntomas de la enfermedad que conduce a la readmisión de más de dos días, pero menos de seis semanas después del parto, aunque se han utilizado varias otras definiciones. Los signos y síntomas pueden ser atípicos; por ejemplo, el paciente puede tener dolores de cabeza fuertes alternando con dolores de cabeza leves o hipertensión intermitente. Los factores de riesgo de retraso en la preeclampsia posparto parecen ser similares a los de la preeclampsia durante el embarazo, pero algunas pacientes no tienen factores de riesgo.

IV. DIANÓSTICO ^[15]

Las directrices internacionales generalmente están de acuerdo en que el diagnóstico de preeclampsia se debe hacer en una mujer previamente normotensa con la nueva aparición de hipertensión y proteinuria, o ya sea con disfunción de órganos diana tras 20 semanas de gestación.

Los criterios para el diagnóstico son:

Criterios mínimos

- Presión arterial \geq 140/90 mmHg después de 20 semanas de gestación.
- Proteinuria \geq 300 mg/24 horas o \geq 1+ con tira reactiva.

Mayor certeza de preeclampsia

- Presión arterial \geq 160/110 mmHg.
- Proteinuria de 2.0g/24 horas o \geq 2+ con tira reactiva.
- Creatinina sérica $>$ 1.2 mg/dl, a menos que se sepa que estaba elevada antes.
- Plaquetas $<$ 100000/microlitro.
- Hemólisis microangiopática, aumento de deshidrogenasa láctica.
- Aumento de transaminasas séricas: Transaminasa de alanina o transaminasa de aspartato.
- Cefalea persistente u otro trastorno cerebral visual.
- Dolor epigástrico persistente.

Cuadro N° 01: Diagnóstico de trastornos hipertensivos que complican el embarazo ^[16]

La presión arterial elevada ligeramente debe ser documentada por lo menos en dos mediciones al menos en cuatro horas de diferencia; los pacientes ambulatorios asintomáticos con hipertensión leve pueden ser reevaluados dentro de tres a siete días.

Para las mujeres con hipertensión crónica o preexistente que tienen proteinuria antes o al comienzo del embarazo, la preeclampsia

superpuesta es difícil de diagnosticar definitivamente, pero se debe sospechar cuando hay un empeoramiento significativo de la hipertensión (especialmente aguda) en la última mitad del embarazo o el desarrollo de signos/síntomas asociados con el espectro de la enfermedad grave.

EVALUACIÓN POST-DIAGNÓSTICO

El propósito de la evaluación post-diagnóstico es determinar la gravedad de la enfermedad y evaluar el bienestar materno y fetal. Estos factores, así como la edad gestacional, guían el manejo. La preeclampsia se clasifica generalmente como teniendo características severas si cualquiera de los siguientes están presentes en una mujer con preeclampsia:

Cuadro N° 02: La presencia de uno o más de los siguientes indica un diagnóstico de "preeclampsia con características severas" [17]

Síntomas de disfunción del Sistema Nervioso Central

- Fotopsia, escotoma, ceguera cortical, vasoespasma retiniano.
- Dolor de cabeza intenso (es decir, incapacitante, "el peor dolor de cabeza que he tenido") o dolor de cabeza que persiste y progresa a pesar del tratamiento analgésico.
- Alteración del estado mental.

Anormalidad hepática

- Dolor severo o persistente en cuadrante superior derecho o a nivel epigástrico que no responde a la medicación y no explicada por un diagnóstico alternativo; o la concentración de transaminasas en suero \geq doble de lo normal, o ambos.

Elevación severa de la presión arterial

- La presión arterial sistólica ≥ 160 mmHg o presión arterial diastólica ≥ 110 mmHg en dos ocasiones en por lo menos cuatro horas de diferencia, mientras la paciente está en reposo en cama (a menos que el paciente está en tratamiento antihipertensivo)

Trombocitopenia

- Recuento < 100000 plaquetas/microlitro

Anormalidad renal

- Insuficiencia renal progresiva (creatinina sérica $> 1,1$ mg / dL o duplicación de la concentración de creatinina sérica en ausencia de otra enfermedad renal)

Edema pulmonar

** En contraste con los antiguos criterios, el criterio del 2013 no incluye proteinuria >5 gramos/24 horas o restricción del crecimiento como características de enfermedad severa.*

Por lo tanto, la historia y el examen físico debe evaluar a la paciente en:

- Dolor de cabeza persistente y/o grave.
- Anomalías visuales (escotomas, fotofobia, visión borrosa o ceguera temporal).
- Dolor abdominal o epigástrico superior.
- Náuseas, vómitos.
- Disnea.
- Estado mental alterado.

La evaluación mínima post-diagnóstico de laboratorio / imágenes debe incluir:

- Recuento de plaquetas.
- Creatinina sérica.
- El suero de aspartato aminotransferasa (AST) o alanina aminotransferasa (ALT).
- Ultrasonido obstétrico (peso fetal, el volumen de líquido amniótico).
- Evaluación fetal (perfil biofísico o prueba sin estrés).

Los exámenes adicionales que pueden ser informativos incluyen frotis de sangre y deshidrogenasa láctica sérica (LDH) y las concentraciones de bilirrubina. La hemólisis microangiopática es sugestivo por deshidrogenasa láctica, niveles de bilirrubina indirecta elevada o por la fragmentación de los glóbulos rojos (esquistocitos o células casco) en frotis de sangre periférica. La hemoconcentración se produce en la preeclampsia, pero la hemólisis, si está presente, puede disminuir el hematocrito a niveles normales o anémicos.

Las pruebas de la función de coagulación (por ejemplo, tiempo de protrombina, tiempo de tromboplastina parcial activada, la concentración de fibrinógeno) son generalmente normales si no hay trombocitopenia o disfunción hepática; por lo tanto, no se comprueban rutinariamente.

V. MANEJO

Un aspecto clave de la atención prenatal de rutina es supervisar el embarazo para detectar signos y síntomas de preeclampsia. Si se hace el diagnóstico, el tratamiento definitivo es el parto para prevenir el desarrollo de complicaciones maternas o fetales de progresión de la enfermedad. Para determinar la finalización del embarazo se basa en la edad gestacional, la gravedad de la enfermedad, y la condición materna y fetal. Los pacientes con preeclampsia en ≥ 37 semanas de gestación se pueden finalizar; sin embargo, antes de plazo, los riesgos de secuelas graves de progresión de la enfermedad tienen que equilibrarse con los riesgos de parto prematuro. La evidencia de

disfunción de órganos diana materna o serias pruebas que no indican bienestar fetal son indicaciones para la finalización inmediata a cualquier edad gestacional. Por otra parte, cuando la madre y el feto son estables y sin hallazgos de disfunción de órganos diana grave, un enfoque conservador con vigilancia estrecha para la evidencia de la progresión a características graves de la enfermedad es razonable, a fin de lograr un mayor crecimiento fetal y la madurez. ^[18]

ENFOQUE BASADO EN LA SEVERIDAD

a. LA PREECLAMPSIA CON LAS CARACTERÍSTICAS DE UNA ENFERMEDAD SEVERA

La preeclampsia con características de enfermedad severa (también llamada preeclampsia grave) (tabla 2) es generalmente considerado como una indicación para la finalización del embarazo en los siguientes valores: ^[19]

- Antes de la viabilidad fetal.
- ≥ 34 semanas de gestación.
- Cuando la condición materna o fetal es inestable, independientemente de la edad gestacional.

La finalización del embarazo minimiza el riesgo de desarrollo de complicaciones graves maternas y fetales (por ejemplo, hemorragia cerebral, ruptura hepática, insuficiencia renal, edema pulmonar, convulsiones, sangrado relacionado con la trombocitopenia, la restricción del crecimiento fetal, desprendimiento prematuro de placenta). Con la excepción de la restricción del crecimiento fetal, algunos de estos efectos adversos pueden ocurrir de repente en una mujer con una enfermedad grave. Después de la viabilidad fetal y antes de las 34 semanas de gestación, cuando la madre y el feto son estables, la prolongación del embarazo en un centro de atención terciaria o en consulta con un especialista en medicina materno-fetal es razonable reducir la morbilidad por parto prematuro. ^[20]

Los datos observacionales sugieren que la decisión de acelerar la finalización del embarazo en el marco de la preeclampsia severa no obliga a la vía de cesárea inmediata. Agentes de maduración cervical se pueden utilizar antes de la inducción si el cuello del útero no es favorable. El parto por cesárea es razonable para las mujeres con preeclampsia severa que son menores a 32 semanas de gestación y que tienen una puntuación baja de Bishop; dada la alta frecuencia de trazados desalentadores de frecuencia cardíaca fetal y la insuficiencia del cuello uterino para dilatar en este contexto, menos de un tercio de las inducciones prematuros resulta en un parto vaginal. ^[21]

b. PREECLAMPSIA SIN CARACTERÍSTICAS DE ENFERMEDAD SEVERA ^[22]

Los expertos recomiendan consistentemente la finalización del embarazo de mujeres con preeclampsia en ≥ 37 semanas de gestación, incluso en la ausencia de características de la enfermedad grave (anteriormente llamado "preeclampsia leve"). Los agentes de maduración cervical se deben utilizar en mujeres con cuello uterino desfavorable.

La gestión óptima para las mujeres con preeclampsia sin características de enfermedad grave y condiciones maternas/fetales estables entre las 34 a 36 semanas sigue siendo incierta; ensayos no aleatorios se han realizado en esta población. Estos embarazos son generalmente manejados con expectación para permitir un mayor crecimiento fetal y la maduración. La progresión de la enfermedad es generalmente lenta y los datos observacionales muestran que muchos pacientes con enfermedad de inicio tardío llegarán a término sin progresión a una enfermedad grave. Para los pacientes administrados con expectación, la finalización se indica en cuanto se desarrollan signos o síntomas de preeclampsia severa/eclampsia (Cuadro N° 02) o en la semana 37 de gestación si la enfermedad no progresa a la etapa severa.

Antes de la semana 34, las directrices de las principales organizaciones médicas generalmente recomiendan el manejo expectante de la preeclampsia y sin características de una enfermedad grave, con base en la opinión de expertos, dado el alto riesgo de complicaciones de la prematuridad.

MANEJO PREPARTO DE EMBARAZADAS CON PREECLAMPSIA SIN CARACTERÍSTICAS DE ENFERMEDAD GRAVE ^[23]

Las mujeres que presentan preeclampsia con parto prematuro (<37 semanas de gestación) sin características de enfermedad grave se manejan con expectativa, monitoreo fetal y sin tratamiento antihipertensivo.

a. PACIENTES HOSPITALIZADOS VERSUS ATENCIÓN AMBULATORIA ^[24]

La vigilancia materna inicia al momento del diagnóstico de la preeclampsia, es importante establecer la gravedad de la enfermedad y grado de progresión. La hospitalización es útil para hacer estas evaluaciones y facilita una intervención rápida en caso de progresión rápida. Después de la evaluación diagnóstica inicial, la atención ambulatoria es una opción rentable para las mujeres con preeclampsia no grave estable. La atención ambulatoria se puede proporcionar en el domicilio del paciente o, si está disponible, en una unidad de cuidados prenatales.

Las pacientes que deciden monitoreo ambulatorio debe ser capaz de cumplir con las evaluaciones maternas y fetales frecuentes (cada 1-3 días) y debe tener fácil acceso a la atención médica. La actividad restringida puede ser recomendada ya que la presión arterial es menor en pacientes descansadas. Sin embargo, no hay evidencia de que el reposo en cama mejora el resultado del embarazo o retrasa la progresión de la enfermedad. Por otra parte, el reposo en cama en el hospital aumenta el riesgo de tromboembolismo venoso. Descansar

en la posición de decúbito lateral izquierdo puede aumentar el flujo útero-placentario, lo que puede beneficiar a algunos embarazos. Si se observan signos o síntomas de la progresión de la enfermedad, se indica la hospitalización para una vigilancia intensiva y la finalización del embarazo.

Las pacientes ambulatorias deben ser conscientes de los signos y síntomas de preeclampsia y deben vigilar los movimientos fetales diariamente. Además deben consultar por atención médica inmediatamente si desarrollan dolor de cabeza severo o persistente, cambios en la visión, dificultad para respirar, o dolor a nivel de epigastrio o cuadrante superior derecho. Al igual que con cualquier embarazo, disminución del movimiento fetal, sangrado vaginal, dolor abdominal, ruptura de membranas, o las contracciones uterinas deben ser reportados inmediatamente.

b. EXAMENES DE LABORATORIO ^[25]

La evaluación mínima de laboratorio debe incluir el recuento de plaquetas, la creatinina sérica y enzimas hepáticas. Estas pruebas deben repetirse al menos semanalmente en las mujeres con preeclampsia no grave para evaluar la progresión de la enfermedad, y más a menudo si los signos y síntomas clínicos sugieren empeoramiento de la enfermedad.

El valor de otras pruebas no está tan claramente definido. Un hematocrito aumentado puede ser útil para buscar hemoconcentración, lo que sugiere la contracción del volumen intravascular y la progresión a una enfermedad más grave, mientras que una caída de hematocrito puede ser un signo de hemólisis. Una concentración de bilirrubina indirecta sérica elevada es una mejor señal de hemólisis, aunque una LDH elevada también puede ser un marcador de enfermedad grave o de síndrome de HELLP. La hemólisis puede ser confirmada por la observación de esquistocitos y células Casco en un frotis de sangre.

Desde varios estudios clínicos han demostrado que ni la tasa de aumento ni la cantidad de proteinuria afecta el resultado materno o perinatal en la preeclampsia, la repetición de proteína urinaria en 24 horas no son útiles una vez que el umbral de 300 mg/24 horas o el índice proteína/creatinina es ≥ 0.3 mg/dl/mg/dl para el diagnóstico de la preeclampsia se ha excedido. La creatinina sérica solo se puede utilizar para controlar la función renal.

c. TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN [26]

La presión arterial debe ser evaluada por lo menos dos veces por semana. El uso de fármacos antihipertensivos para controlar la hipertensión leve en el manejo de la preeclampsia no altera el curso de la enfermedad o disminuye la morbilidad o la mortalidad perinatal, y se debe evitar en la mayoría de los pacientes.

La restricción de sodio por debajo de la ingesta diaria recomendada y los diuréticos no tienen ningún papel en la terapia de rutina. Aunque el volumen vascular intravascular se reduce, un ensayo aleatorio mostró que la expansión del volumen plasmático no mejoró el resultado materno o fetal.

d. EVALUACIÓN DEL BIENESTAR FETAL [27]

No hay datos de ensayos aleatorios en los que basar las recomendaciones para el tipo y la frecuencia óptima de monitoreo biofísico fetal. Se sugiere una revisión diaria del movimiento fetal y pruebas sin estrés fetal dos veces por semana con la evaluación del volumen de líquido amniótico, o perfiles biofísicos dos veces por semana. La prueba se repite inmediatamente si hay un cambio brusco en la situación materna.

La evaluación de los índices Doppler de la arteria umbilical es también útil, ya que los resultados ayudan en el momento óptimo de la finalización del embarazo. La frecuencia de la evaluación depende

de los resultados; evaluación semanal es razonable cuando los índices Doppler son normales.

e. VALORACIÓN DEL CRECIMIENTO FETAL ^[28]

La restricción del crecimiento fetal temprana puede ser la primera manifestación de la preeclampsia y es un signo de grave insuficiencia uteroplacentaria. Se sugiere realizar la estimación ecográfica del peso fetal para evaluar la restricción del crecimiento y oligohidramnios en el momento del diagnóstico de preeclampsia. Si el examen inicial es normal, repetimos el examen de ultrasonido cada tres semanas.

f. CORTICOSTEROIDES PRENATALES

A pesar que la preeclampsia pueden acelerar la maduración pulmonar fetal, la dificultad respiratoria neonatal sigue siendo común en los recién nacidos prematuros de embarazos con preeclampsia. Los corticosteroides prenatales (betametasona) para promover la madurez pulmonar fetal se debe administrar a mujeres <34 semanas de gestación, ya que tienen un mayor riesgo de progresión a enfermedad grave y parto prematuro. ^[29]

MANEJO DURANTE EL PARTO

• MONITORIZACIÓN INTRAPARTO

La monitorización materno-fetal intraparto continuo se indica para identificar el empeoramiento de la hipertensión, deterioro de la función materna hepática, renal, cardiopulmonar, neurológica, hematológica, así como el desprendimiento prematuro de placenta o un trazado de la frecuencia cardíaca fetal desalentadora. No existen normas basadas en la evidencia para el enfoque óptimo. ^[30]

• LÍQUIDOS

El balance de líquidos debe ser estrechamente monitorizado para evitar la administración excesiva, ya que las mujeres con enfermedad severa están en riesgo de edema pulmonar y presencia

de líquido en el tercer espacio. Los líquidos de mantenimiento de 80 ml/hora son a menudo adecuados en ausencia de pérdida de líquido en curso, tales como sangrado. La oliguria que no responde a un juicio modesto de mayor cantidad de líquidos debe ser tolerado. Los diuréticos sólo se indican para el tratamiento de edema pulmonar. ^[31]

- **MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN**

La hipertensión severa en labor debe ser tratado con labetalol por vía intravenosa, nifedipina o hidralazina oral para prevenir un accidente cerebrovascular. Los medicamentos antihipertensivos no previenen la preeclampsia. ^[32]

- **ANESTESIA ^[33]**

Las técnicas neuroaxiales son generalmente seguras y eficaces en las mujeres con preeclampsia. En la preeclampsia, las dos principales preocupaciones relacionadas con la anestesia con el uso de una técnica neuroaxial son la posibilidad de una gran caída en la presión arterial debido a la depleción de volumen intravascular y bloqueo simpático; además de, la presencia de hematoma peridural en mujeres con trombocitopenia grave. El primero puede ser minimizado por los ajustes apropiados en pre-hidratación, la elección del fármaco, la dosificación de fármacos, y la administración de fármacos por el anestesiólogo; Sin embargo, un recuento bajo de plaquetas puede impedir la anestesia neuroaxial.

Las principales preocupaciones asociadas con la anestesia general (por cesárea) son un aumento transitorio de la presión arterial durante la intubación (respuesta a estímulos nocivos), hipotensión (de reducción del gasto cardíaco y la resistencia vascular sistémica), y difícil o intubación fallida debido a edema orofaríngeo.

Teniendo en cuenta estas cuestiones, se indica la evaluación de la paciente por el equipo de anestesia.

- **MONITORIZACIÓN HEMODINÁMICA INVASIVA** ^[34]

Aunque no se recomienda habitualmente incluso en el manejo de la preeclampsia grave, el control hemodinámico invasivo puede ser útil en pacientes complicados, tales como aquellos con enfermedad cardíaca grave, enfermedad renal grave, oliguria severa, hipertensión refractaria, o edema pulmonar. Sin embargo, la mayoría de las mujeres pueden ser manejadas sin estas herramientas y no deben ser expuestas a los riesgos asociados con cateterismo arterial y venoso central.

- **PROFILAXIS DE LAS CONVULSIONES** ^[35]

Basados en datos de ensayos aleatorios, se recomienda el uso de sulfato de magnesio como profilaxis de convulsiones a todas las mujeres con preeclampsia durante y después del parto. Aunque las convulsiones y la muerte son resultados poco frecuentes cuando el sulfato de magnesio se omite en las mujeres que no tienen hipertensión o síntomas de preeclampsia severa, el beneficio del tratamiento es justificable dado el bajo costo y baja toxicidad del sulfato de magnesio; además, del relativamente bajo número de pacientes que necesitan ser tratados para prevenir una convulsión.

Es importante destacar que la profilaxis de convulsiones no impide la progresión de la enfermedad no relacionada con convulsiones. Aproximadamente del 10 al 15% de las mujeres en trabajo de parto con preeclampsia no grave desarrollará signos de preeclampsia severa (por ejemplo, hipertensión severa, dolor de cabeza severo, alteraciones visuales, dolor epigástrico, anomalías de laboratorio) o desprendimiento prematuro de placenta, ya sea que reciban o no la terapia de magnesio.

No se administra profilaxis a mujeres con sólo hipertensión gestacional, ya que el riesgo de sufrir convulsiones en este último grupo es inferior al 0,1%.

- **El sulfato de magnesio en comparación con otros anticonvulsivos**

Las principales organizaciones médicas recomiendan en todo el mundo constantemente al sulfato de magnesio como el fármaco de elección para la prevención de la eclampsia. En los ensayos aleatorizados y grandes series observacionales, el sulfato de magnesio fue más eficaz para la prevención de un primer ataque que la fenitoína, un fármaco antihipertensivo solo (nimodipina) o el placebo. A modo de ejemplo, un ensayo que asignó al azar 2.138 pacientes con preeclampsia ingresados en Sala de Partos en el Hospital Parkland a la incautación de profilaxis con sulfato de magnesio o fenitoína reportaron convulsiones eclámpticas en 10 de 1.089 mujeres asignadas a la fenitoína en comparación con ninguno de 1.049 mujeres asignadas a sulfato de magnesio. ^[36] Los resultados maternos y neonatales fueron similares en ambos grupos.

En los metaanálisis de ensayos aleatorios en mujeres con eclampsia, el sulfato de magnesio fue más seguro y eficaz para la prevención de las crisis recurrentes que la fenitoína, diazepam o cóctel lítico (por ejemplo, clorpromazina, prometazina y petidina). Estos datos proporcionan evidencia indirecta adicional de su eficacia en la preeclampsia. ^[37]

- **Régimen de magnesio y el seguimiento**

No hay consenso sobre el régimen óptimo de magnesio, cuando debería ser iniciado y terminado, o la vía de administración. El medicamento generalmente se inicia en el inicio del parto o la inducción, o antes de un parto por cesárea. Por lo general no se da a las pacientes estables antes del parto o fuera de labor de

parto, pero a veces se utiliza en mujeres con preeclampsia severa siendo considerado para el manejo expectante. La terapia para el trabajo de parto prolongado (más de 5-7 días) en mujeres con trabajo de parto prematuro se ha asociado con efectos adversos en los huesos fetales. ^[38]

- **Dosis** ^[39]

Aunque los regímenes de dosificación publicados para sulfato de magnesio varían ampliamente (dosis de carga de 4 a 6 gramos por vía intravenosa y dosis de mantenimiento de 1 a 3 gramos por hora), el régimen más común, y el que se utiliza, es una dosis de carga de 6 gramos por vía intravenosa durante 15 a 20 minutos, seguido de 2 gramos por hora como infusión continua. Un régimen alternativo es 5 gramos por vía intramuscular en cada nalga (un total de 10 gramos) seguido de 5 gramos por vía intramuscular cada cuatro horas. Sin embargo, este método se asocia con más efectos secundarios, particularmente el dolor en el sitio de inyección.

No hay un umbral claro de concentración para asegurar la prevención de convulsiones, aunque un rango terapéutico de 4.8 a 8.4 mg/dl (2,0 a 3,5 mmol/L) se ha recomendado basado en datos retrospectivos. Las dosis de carga de menos de 6 gramos son más propensos a resultar en niveles subterapéuticos de sulfato de magnesio (menos de 4,5 mg/dl).

Dado que el sulfato de magnesio se excreta por los riñones, la dosis debe ser ajustada en mujeres con insuficiencia renal (definida como una creatinina sérica superior a 1,0 mg/dL). Estas mujeres deben recibir una dosis estándar de carga (ya que su volumen de distribución no se altera), pero una dosis de mantenimiento reducida (1 gramo por hora o sin dosis de mantenimiento si la creatinina sérica es superior a 2,5 mg / dl) y

un estrecho seguimiento de su nivel de magnesio en suero cada seis horas o por la evaluación clínica cada una o dos horas.

La dosis de mantenimiento se da sólo si un reflejo patelar está presente (pérdida de reflejos son la primera manifestación de la hipermagnesemia sintomática), frecuencia respiratoria superior a 12 por minuto, y la salida de la orina excede 100 ml por cuatro horas. La dosis de mantenimiento debe reducirse si hay evidencia clínica de intoxicación por magnesio.

- **Duración del tratamiento** ^[40]

El sulfato de magnesio suele continuarse durante 24 horas después del parto. El momento de la discontinuación de la droga es arbitrario; no hay datos de alta calidad para guiar la terapia. En las mujeres que tienen preeclampsia no grave, la interrupción del tratamiento después de 12 horas puede ser segura. En las mujeres con preeclampsia o eclampsia severa, la profilaxis de convulsiones se continúa generalmente de 24 a 48 horas después del parto, después de lo cual el riesgo de convulsiones recurrentes es bajo.

Probablemente es razonable extender la duración de la terapia con sulfato de magnesio en mujeres cuya enfermedad no ha comenzado a mejorar posparto y acortar la duración del tratamiento en mujeres que están mejorando claramente clínicamente (por ejemplo, la diuresis de ≥ 100 ml / hora durante dos horas consecutivas, ausencia de síntomas [dolor de cabeza, cambios visuales, dolor epigástrico], y ausencia de hipertensión grave). La diuresis (mayor de 4 L/día) se cree que es el indicador clínico más exacto de la resolución de la preeclampsia/eclampsia, pero no es una garantía contra el desarrollo de convulsiones. En las mujeres con insuficiencia renal persistente post-parto, es importante tener cuidado cuando se administra una infusión de

sulfato de magnesio prolongada para prevenir la aparición de la toxicidad de magnesio.

- **Complicaciones y efectos secundarios** ^[41]

La infusión rápida de sulfato de magnesio provoca sudoración, enrojecimiento y calor, probablemente relacionado con la vasodilatación periférica y una caída en la presión arterial. Las náuseas, vómitos, dolor de cabeza, debilidad muscular, alteraciones visuales, y palpitaciones también pueden ocurrir. La disnea o dolor en el pecho podrían ser síntomas de edema pulmonar, que es un efecto secundario poco común.

La intoxicación por magnesio es poco común en las mujeres con una buena función renal. La toxicidad se relaciona con la concentración sérica de magnesio: la pérdida de los reflejos tendinosos profundos se produce en 9,6 a 12,0 mg/dl (4,0 a 5,0 mmol/L) y parálisis respiratoria a 12,0-18,0 mg/dl (5 a 7,5 mmol/L). El gluconato de calcio (1 g por vía intravenosa durante 5 a 10 minutos) debe ser administrado solamente para contrarrestar los síntomas que amenazan la vida de intoxicación por magnesio (como el compromiso cardiorrespiratorio).

El sulfato de magnesio está contraindicado en mujeres con miastenia grave ya que puede precipitar una crisis miasténica grave. El bloqueo neuromuscular y la hipotensión debido al uso concomitante de bloqueadores de sulfato de magnesio y los canales de calcio se han descrito en los informes de casos, pero el riesgo parece ser mínimo.

Aunque el sulfato de magnesio es un tocolítico débil, la duración del trabajo de parto no parece ser afectado por la administración de sulfato de magnesio.

El magnesio atraviesa libremente la placenta; como resultado, la concentración de la sangre del cordón se aproxima a la

concentración del suero materno. La terapia materna provoca una disminución en la frecuencia cardíaca fetal de referencia, que en general se mantiene dentro del rango normal, y una disminución de la variabilidad del ritmo cardíaco fetal, que puede estar ausente o mínima. Los resultados de las pruebas de evaluación fetal prenatal (por ejemplo, puntuación de perfil biofísico y reactividad prueba sin estrés) no se alteran significativamente.

- **Mecanismo de acción** ^[42]

El mecanismo de los efectos anticonvulsivos de sulfato de magnesio no ha sido claramente definido. El efecto primario se piensa que es central. Las hipótesis incluyen que aumenta el umbral convulsivo por su acción en el n-metil D-aspartato (NMDA), la estabilización de la membrana en el sistema nervioso central secundaria a sus acciones como un bloqueador de los canales de calcio no específico, así como la disminución de la acetilcolina en los nervios motores terminales. Otra teoría es que promueve la vasodilatación de los vasos cerebrales con vasoconstricción por oponerse al vasoespasmo arterial dependiente de calcio, lo que reduce el barotrauma cerebral.

MANEJO POSPARTO ^[43]

Los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) para el control del dolor debe evitarse en mujeres con hipertensión mal controlada, oliguria, insuficiencia renal, o trombocitopenia.

No existen normas basadas en la evidencia para el enfoque óptimo para la vigilancia post-parto y el seguimiento. Hacemos un seguimiento de los signos vitales cada dos horas mientras el paciente permanece con sulfato de magnesio y repetimos las pruebas de laboratorio hasta que se reporten datos normales 2 veces consecutivas.

La hipertensión severa debe ser tratada; algunos pacientes tendrán que ser dados de alta con medicamentos antihipertensivos, que deben ser interrumpidos cuando la presión arterial vuelve a la normalidad.

Los pacientes deben ser seguidos de cerca como pacientes ambulatorios. El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos

sugiere control de la presión arterial en el hospital o en casa para las primeras 72 horas después del parto y de nuevo 7 a 10 días post-parto. Algunos pacientes requieren un seguimiento más largo; Se necesita un seguimiento continuo hasta que todos los signos y síntomas de preeclampsia se han resuelto. Los diagnósticos alternativos deben buscarse en aquellos con hallazgos anormales persistentes después de 3-6 meses.

a. APARICIÓN DE LA PREECLAMPSIA POSPARTO ^[44]

En las mujeres que son diagnosticadas inicialmente con preeclampsia después de la finalización del embarazo, el sulfato de magnesio se debe administrar a los que están en mayor riesgo de desarrollar convulsiones:

- Las mujeres con nueva aparición de hipertensión, dolor de cabeza, visión borrosa, o
- Las mujeres con hipertensión severa

El tratamiento antihipertensivo también debe ser iniciado. El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos sugiere el tratamiento de la presión arterial sistólica ≥ 150 mmHg o presión arterial diastólica ≥ 100 mmHg identificado en dos ocasiones entre cuatro a seis horas. El tratamiento debe iniciarse dentro de una hora si la presión arterial sistólica es ≥ 160 mmHg o presión arterial diastólica es ≥ 110 mmHg.

VI. TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO SEGÚN EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR- AGOSTO 2008

PROTOCOLO DE MANEJO DE TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GESTACIONALES ^[45]

(Muchos de los pasos/tareas deben realizarse simultáneamente)

1. Realice o complete la Historia clínica perinatal y el Carné Perinatal.

2. Realice evaluación clínica y obstétrica por médico de mayor experiencia en obstetricia (no interno rotativo) que incluya cada 30 minutos:

- Tensión arterial.
- Frecuencia cardiaca.
- Frecuencia respiratoria.
- Temperatura.
- Reflejos osteotendinosos (escala de 0-5)
- Estimación de la edad gestacional.
- Frecuencia cardiaca fetal por cualquier método.
- Actividad uterina para ubicación en la etapa de la labor de parto correspondiente (si aplica)

3. Valore el nivel de conciencia y la presencia o ausencia de convulsión. **Si antecedente o constatación de crisis convulsivas tónico clónicas, sospeche firmemente en: ECLAMPIA.**

4. Con el diagnóstico probable de ECLAMPSIA, disponga su ingreso a la unidad operativa o la referencia a otra unidad de mayor resolución en condiciones estables, envíe con el personal médico la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal. Envía a la paciente con la dosis de impregnación ya administrada. **NO LA ENVÍE SIN HABER HECHO PREVENCIÓN DE ECLAMPSIA CON SULFATO DE MAGNESIO.**

5. Registre la existencia en control prenatal de exámenes de laboratorio: Biometría hemática, TP TTP, plaquetas, grupo

sanguíneo y factor Rh, VDRL, HIV con consentimiento informado. EMO – Urocultivo.
<p>6. Solicite aquellos exámenes que no consten en la Historia Clínica perinatal o necesiten ser actualizados que incluyan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hematocrito, hemoglobina, recuento plaquetario, grupo y factor, TP, TTP, plaquetas, HIV (previo consentimiento informado) VDRL. • Glucosa, creatinina, urea, ácido úrico. • TGP, TGP, Bilirrubinas, deshidrogenasa láctica. • EMO, proteinuria en tirilla reactiva. • Si proteinuria en tirilla reactiva es POSITIVA, solicite proteinuria en 24 horas.
7. Tranquilice a la paciente e informe sobre su condición.
8. Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes y a las de sus familiares.
9. Brinde apoyo emocional continuo.
SI EMBARAZO MENOR DE 20 SEMANAS
10. Si embarazo menor a 20 semanas y TA diastólica > 90 mmHg sospeche HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA.
11. Realice proteinuria en tirilla.
<p>12. Si proteinuria en tirilla es NEGATIVA:</p> <p>HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA SIN PROTEINURIA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantenga la medicación antihipertensiva que está tomando la paciente, considere utilizar tratamiento antihipertensivo para prolongar el embarazo hasta el momento adecuado del parto: <ul style="list-style-type: none"> • Alfametildopa 250-500 mg VO c/6h, o • Nifedipina de liberación osmótica 30, 60, 90 mg/día; o • Nifedipina de acción rápida 10-20 mg VO c/8h.
13. Valore la necesidad de hospitalización o referencia si presenta

signos de descompensación de cifras tensionales crónicas, o:

- Edad materna: > 40 años.
- Multiparidad con historia previa de trastorno hipertensivo gestacional.
- Duración de la hipertensión: > 15 años.
- Diabetes mellitus (Clases B a F).
- Enfermedad renal (por cualquier causa).
- Miocardiopatía.
- Colagenopatía.
- Coartación de la aorta.
- Antecedentes de accidente cerebro vascular.
- Antecedente de insuficiencia cardiaca congestiva.

14. Tratamiento de crisis hipertensivas y finalización del embarazo según protocolo.

15. Si proteinuria en tirilla es POSITIVA:

HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA MAS PREECLAMPSIA SOBREAÑADIDA.

16. Con el diagnóstico probable, disponga su ingreso a la unidad operativa o la referencia a otra unidad de mayor resolución en condiciones estables, envíe con el personal médico la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal. Trabaje de manera multidisciplinaria con Obstetricia, Cardiología, Medicina Interna y Nutrición para compensar crisis.

SI EMBARAZO MAYOR DE 20 SEMANAS

17. Si embarazo mayor a 20 semanas y TA diastólica >90 mm Hg o sintomatología agravante disponga su ingreso a la unidad operativa o la referencia a otra unidad de mayor resolución en condiciones estables; envíe con el personal médico la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné

perinatal.
<p>18. Realice proteinuria en orina.</p> <p>Si proteinuria en tirilla es NEGATIVA: HIPERTENSIÓN GESTACIONAL.</p>
<p>19. Si proteinuria en tirilla es POSITIVA sospeche en:</p> <p>PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA.</p> <p>SINDROME DE HELLP.</p> <p>HIPERTENSIÓN CRÓNICA MAS PREECLAMPSIA SOBREAÑADIDA</p>
<p>20. Indique reposo relativo (es razonable aunque no modifica el curso del estado hipertensivo gestacional) y evitar situaciones estresantes.</p>
<p>21. NPO si se encuentra eclampsia, Síndrome de HELLP o decisión de finalizar el embarazo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dieta normocalórica sin restricción de sodio, en caso de manejo expectante.
<p>22. Canalización de vía intravenosa con Catlon 16 o 18 para administración de cristaloides (SS 0,9% o Lac Ringer) a 125 cc/h hasta 24 horas posparto. No use coloides de primera elección.</p>
<p>23. Recoja sangre para exámenes (tubos de tapa lila, azul y roja) y prueba de coagulación junto a la cama inmediatamente antes de la infusión de líquidos.</p>
<p>24. Cateterice la vejiga y monitoree el ingreso de líquidos y la producción de orina.</p>

25. Control de signos vitales mínimo cada 30 minutos que incluya: Tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura y reflejos osteotendinosos (escala de 0-5), frecuencia cardiaca fetal (por cualquier método) y actividad uterina (mientras no se produzca el parto)

- Si está en labor de parto maneje acorde con protocolo y registro en partograma.
- Mantenga el control mínimo cada 8 horas desde el parto hasta el momento del alta.

26. Administre oxígeno 10L/min por mascarilla o a 4-6 L/min por catéter nasal si presenta dificultad respiratoria, compromiso de bienestar fetal o eclampsia.

27. Comunique del caso al Servicio de Neonatología.

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ECLAMPSIA

28. USO DE SULFATO DE MAGNESIO PARA PREVENCIÓN DE ECLAMPSIA:

- DOSIS DE IMPREGNACION: 4 g SO₄ Mg IV en 20 minutos.
- DOSIS DE MANTENIMIENTO: 1g/hora IV en bomba de infusión de preferencia.
- EN TODA PREECLAMPTICA INDEPENDIENTE DE LA PRESENCIA DE SINTOMATOLOGÍA VASOMOTORA O NEUROLOÓGICA.
- EN HIPERTENSION GESTACIONAL EXCLUSIVAMENTE SI LA PACIENTE PRESENTA SINTOMATOLOGÍA VASOMOTORA O NEUROLOÓGICA IMPORTANTE QUE ANTICIPE ECLAMPSIA.
- EN HIPERTENSIÓN CRÓNICA NO ES NECESARIO EL USO DE SULFATO DE MAGNESIO.
- Mientras usa Sulfato de Magnesio vigile que la frecuencia cardíaca materna, frecuencia respiratoria, y reflejos osteotendinosos estén en parámetros normales, la diuresis debe mantenerse entre 20 y 30 cc/h (2 cc/Kg/hora) por la excreción

renal del Sulfato de Magnesio.

- Mantener el Sulfato de Magnesio hasta 24 horas posparto o hasta 24 horas de la última crisis eclámptica.

29.USO DE SULFATO MAGNESIO PARA TRATAMIENTO DE ECLAMPSIA:

- DOSIS DE IMPREGNACIÓN: 6g SO₄ Mg IV en 20 minutos.
- DOSIS DE MANTENIMIENTO: 2g/hora IV en bomba de infusión de preferencia.
- Mientras usa Sulfato de Magnesio vigile que la frecuencia cardíaca materna, frecuencia respiratoria, y reflejos osteotendinosos estén en parámetros normales, la diuresis debe mantenerse entre 20 y 30 cc/h (2 cc/Kg/hora)
- Mantener el Sulfato de Magnesio hasta 24 horas posparto o hasta 24 horas de la última crisis eclámptica.

30.SUSPENDA O RETARDE EL SULFATO DE MAGNESIO SI:

- Frecuencia respiratoria < 16 respiraciones por minuto.
- Reflejos osteotendinosos están ausentes.
- Diuresis < 30 cc/h durante las 4 horas previas.

Tenga el antídoto preparado en caso de depresión o paro respiratorio:

- Administre Gluconato de Calcio 1 g IV (1 ampolla de 10 cc de solución al 10%) lentamente hasta que comience la autonomía respiratoria.
- Ayude a la ventilación con máscara/bolsa, aparato de anestesia o intubación.
- Administre oxígeno a 4 l/min por cateter nasal o 10 l/min por máscara.

TRATAMIENTO DE CRISIS HIPERTENSIVAS

31.Si TA diastólica >110 mm Hg administrar:

- HIDRALAZINA 5 – 10 mg IV en bolo, repetir en 20 minutos si no cede la crisis. Dosis máxima 40 mg IV.

- NIFEDIPINA 10 mg VO, cada 20 minutos por tres dosis, luego 10 mg cada seis horas Dosis máxima 60 mg.
 - La TA diastólica no debe bajar de 90 mm Hg, sobre todo en las hipertensas crónicas.
 - Si no se controla la TA con nifedipina e hidralazina a las dosis máximas, la paciente debe ser remitida a una unidad de cuidados intensivos para manejo con nitroprusiato de sodio en infusión continua y finalización inmediata del embarazo.

CONSIDERE MANEJO EXPECTANTE DE LA HIPERTENSION CRONICA CON PREECLAMPSIA SOBREAÑADIDA SOLO EN LOS CASOS QUE CUMPLAN LAS SIGUIENTES CARACTERISTICAS:

- con las medidas iniciales la PA se controla.
- PA sistólica entre 140 – 155 mm Hg.
- PA diastólica entre 90 -105 mm Hg.

Considere utilizar tratamiento anihipertensivo para prolongar el embarazo hasta el momento adecuado del parto:

- Alfametildopa 250 – 500 mg VO c/6h; o
- Nifedipina de liberación osmótica 30, 60, 90 mg/día; o
- Nifedipina de acción rápida 10-20 mg VO c/8h.

32. Si dispone de ecografía abdominal verifique la edad gestacional e ILA, en busca de signos de restricción de crecimiento fetal.

33. Con el diagnóstico probable, disponga su ingreso a la unidad operativa o la referencia a otra unidad de mayor resolución en condiciones estables, envíe con el personal médico la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal. Envíe a la paciente con la dosis de impregnación ya administrada. NO LA ENVIE SIN HABER HECHO PREVENCIÓN DE ECLAMPSIA CON SULFATO DE MAGNESIO.

FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO

34. Finalizar el embarazo con consentimiento informado, en las primeras 24 horas, independientemente de la edad gestacional, por parto o

cesárea, si se sospecha compromiso materno:

- TA diastólica \geq 110 mm Hg o TA sistólica \geq 160 mm Hg mantenidas a pesar de tratamiento hasta por 6 horas.
- Oliguria menor a 30 cc/h (diuresis menor a 1cc/Kg/h)
- Proteinuria en 24 horas $>$ 3 gr. ó +++ en tirilla reactiva.

Finalizar el embarazo con consentimiento informado, en las primeras 12 horas, independientemente de la edad gestacional, por parto o cesárea, si se sospecha compromiso materno:

- Convulsiones (eclampsia)
- Síndrome de HELLP agravado por:
 - Plaquetopenia $<$ 50.000 / mm³
 - LDH: $>$ 1400 UI/L
 - TGO: $>$ 150 UI/L
 - TGP: $>$ 100 UI/L
 - Ácido Úrico: $>$ 7,8 mg/dl
 - Creatinina: $>$ 1 mg/dl

Finalizar el embarazo inmediatamente con consentimiento informado, independientemente de la edad gestacional, por parto o cesárea, si se sospecha compromiso materno del bienestar fetal:

- Oligohidramnios ILA $<$ 4.
- Monitoreo fetal electrónico no tranquilizador o patológico.
- Perfil biofísico de 4/10 o menos en dos ocasiones con intervalo 4 horas.
- En arteria umbilical: Índice de resistencia y pulsatilidad aumentados. Ausencia o inversión de diástole.
- En arteria cerebral media disminución de índice de resistencia y pulsatilidad.
- Relación IR arteria cerebral media / IR arteria umbilical $<$ 1.

35. Terminación de embarazo por cesárea: se indicará cesárea con incisión media infraumbilical a través de la cual se debe visualizar (no palpar o explorar) un eventual hematoma subcapsular hepático, sólo en los siguientes casos:

- Embarazo < 32 semanas y Bishop < 6.
- Síndrome de HELLP con signos de gravedad.
- Coagulación intravascular diseminada.

36. Si plaquetas < 100.000 mm³ se contraindica la anestesia peridural.

37. SI EMBARAZO >34 SEMANAS:

Terminación del embarazo según criterio obstétrico por parto o cesárea:

- Bishop < 6 = Maduración cervical.
- Bishop > 6 y actividad uterina < 3/10 = CONDUCCION.
- Bishop > 6 y actividad uterina > 3/10 = EVOLUCION ESPONTANEA.

38. SI EMBARAZO <34 SEMANAS Y:

- LA CONDICION DE T/A ES ESTABLE.
- SIN CRISIS HIPERTENSIVAS.
- SIN SIGNOS DE COMPROMISO MATERNO O FETAL.
- TOCOLISIS
- NIFEDIPINA 10 mg VO cada 15 minutos por 4 dosis, luego 20 mg cada 8 horas hasta completar maduración pulmonar fetal o 72 horas.
- O INDOMETACINA (sólo en < 32 semanas) 100 mg vía rectal cada 8 horas hasta completar maduración pulmonar fetal o por 72 horas.
- MADURACIÓN PULMONAR FETAL
Si embarazo >24 y <34 semanas con:
 - Betametasona 12 mg IM y a las 24 horas (total 2 dosis).
 - Dexametasona 6 mg IM y cada 12 horas (total 4 dosis).

39. Si el embarazo se va a prolongar por más de 48 horas se debe realizar manejo de líquidos por vía IV cristaloides (Lactato Ringer, solución salina 0.9%), control de signos vitales estrictos y exámenes seriados cada 24 horas para determinar parámetros de gravedad que indiquen terminación del embarazo de inmediato.

40. EL MANEJO DEL TRABAJO DE PARTO NO DIFIERE DEL PROTOCOLO DE MANEJO DEL PARTO DE BAJO RIESGO.

41. Manténgase atento a las complicaciones de los trastornos hipertensivos del embarazo en especial el Síndrome de HELLP:

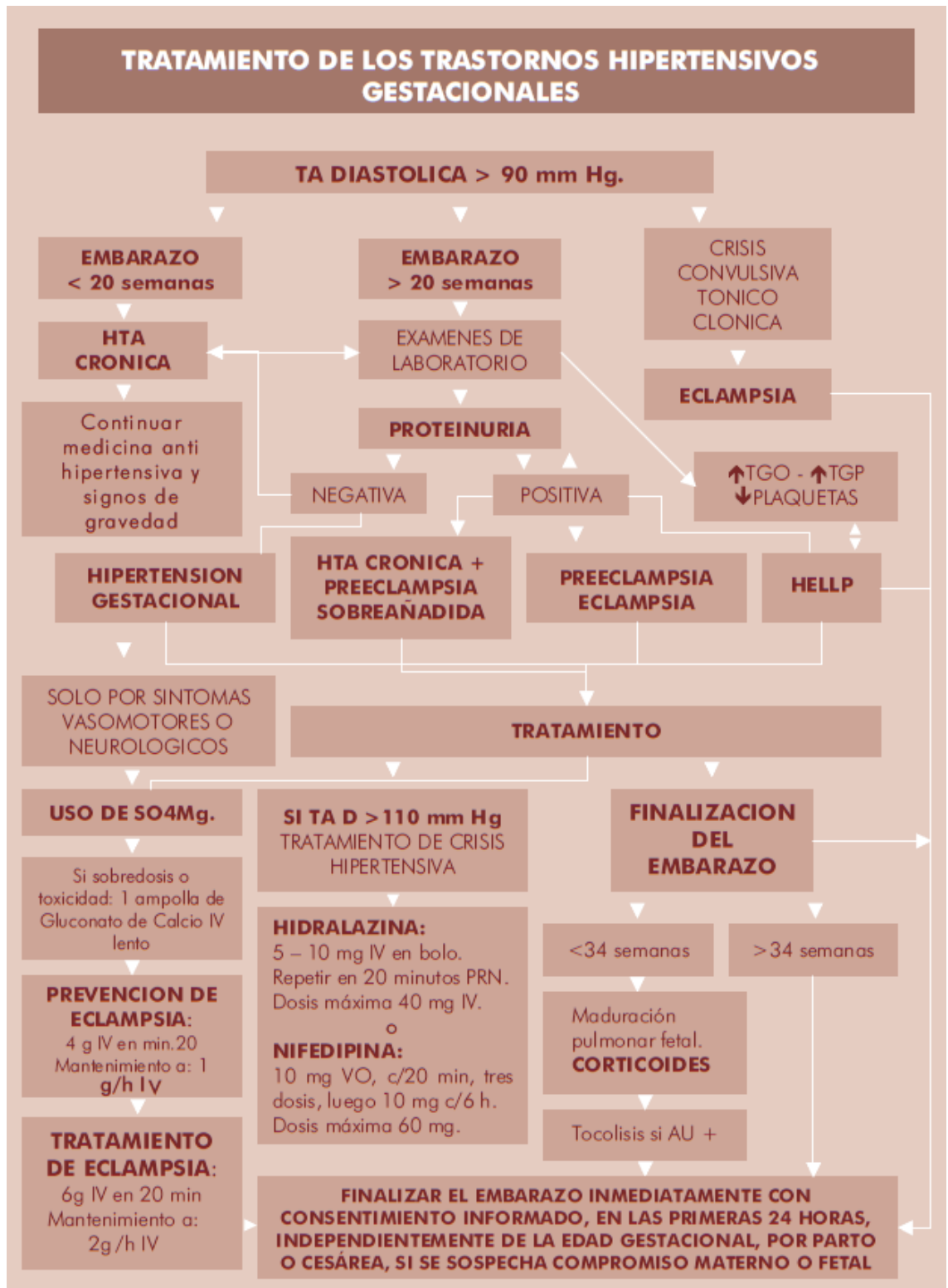
- Hematoma subcapsular hepático.
- Ruptura hepática.
- Coagulación intravascular diseminada.
- Falla renal.
- Edema agudo de pulmón.
- Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.
- Hemorragia posparto.

42. Antes del alta provea orientación y servicios sobre planificación familiar. Brinde asesoría y administre un anticonceptivo acorde con las necesidades y características de la paciente.

43. Programe una cita para control posparto acorde con manejo de puerperio y reevalúe a la paciente 12 semanas posparto para redefinición de diagnóstico definitivo de trastorno hipertensivo gestacional.

44. No olvide enviar con la paciente y con el personal de correspondencia la hoja de contrarreferencia y/o epicrisis completa y correctamente llena, con firma, nombre legible y sello de responsabilidad para su análisis en la unidad de origen. Envíe los resultados de exámenes necesarios para la recuperación completa y/o rehabilitación apropiada.

FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES [46]



e. METODOLOGÍA

1. TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación es de tipo **Cualitativa, Descriptiva y Retro-Prospectiva:**

- Descriptivo: Porque podremos determinar “como es” o “como está” la situación de las variables que se estudian.
- Retro-Prospectiva: Porque registramos la información que ya se ha presentado y a medida que se van presentando los casos.

2. ÁREA DE ESTUDIO

- Lugar: Ciudad de Loja (Área Urbana)
- Institución: Hospital Provincial Isidro Ayora
- Ubicación: Av. Manuel Agustín Aguirre y Av. Juan José Samaniego.
Loja

3. UNIVERSO Y MUESTRA

- Universo: Pacientes embarazadas con trastornos hipertensivos del embarazo en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial Isidro Ayora.
- Muestra: 65 pacientes que fueron ingresadas a Hospitalización con diagnóstico de Preeclampsia.

Criterios de Inclusión: Pacientes que presenten Hipertensión Arterial inducida por el embarazo con proteinuria.

Criterios de Exclusión: Pacientes que presenten Hipertensión arterial pero que no presenten proteinuria.

4. METODOLOGÍA PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

AUTORIZACIÓN

El presente tema fue autorizado en primera instancia por la Coordinadora de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja y a su vez la recolección de datos autorizado por el Director Asistencial del Hospital Provincial Isidro Ayora de Loja

CAPACITACIÓN

Para realizar el presente trabajo investigativo, la Universidad y específicamente el Área de Salud Humana ha desarrollado dentro de sus Pensum de Estudios el tema de Preeclampsia, siendo abordado por el participante del proyecto.

INSTRUMENTOS

- Historias Clínicas del Departamento de Estadística del Hospital Isidro Ayora de Loja del Ministerio de Salud Pública, con énfasis en el servicio de Gineco-Obstetricia.

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

La información obtenida de las Historias Clínicas se registró mediante la Hoja de Recolección de datos. (Anexo N° 01)

Las hojas de recolección de datos fueron procesadas y resumidas en tablas estadísticas, de frecuencia y porcentaje (%) para su posterior análisis, se elaboró gráficos para cada una de las variables y objetivos planteados.

Se diseñaron tablas y gráficos con el programa Microsoft Excel para cada uno de las variables.

Se redactó el informe final al jurado para aprobación de Tesis.

f. RESULTADOS

TABLA N° 01

FRECUENCIA DE PREECLAMPSIA Y PARIDAD

PARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primigesta	27	41.54%
Multigesta	38	58.46%
TOTAL	65	100%

Fuente: Historias Clínicas del Departamento de Estadística del Hospital Isidro Ayora-Loja y Hoja de Recolección de Datos.

Elaborado por: Aldo Julbliner Anaya Lindao

GRÁFICO N° 01



INTERPRETACIÓN

De las 65 pacientes que fueron estudiadas, 27 de ellas son primigestas representando el 41.54% del total mientras que 38 de ellas fueron multigestas representando el 58.46%.

TABLA N° 02

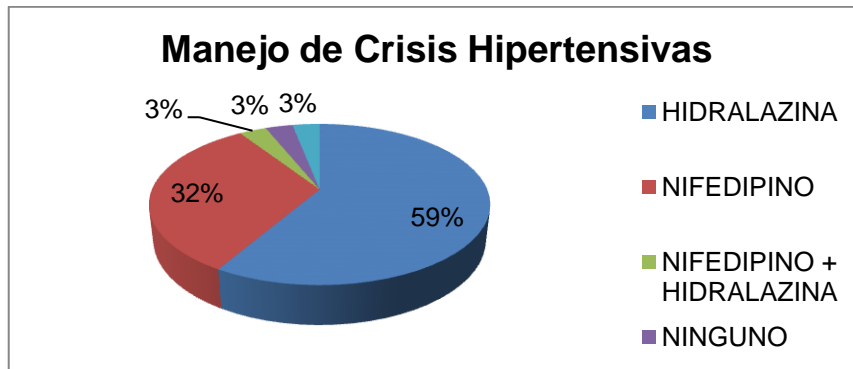
MANEJO DE CRISIS HIPERTENSIVAS

MANEJO DE CRISIS HIPERTENSIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hidralazina 5mg IV en Bolo repetido c/20' 2-3 dosis	38	58.45%
Nifedipino 10mg VO c/20' 3 dosis	21	32.31%
Nifedipino 10 mg VO c/20' 3 dosis y luego Hidralazina 5 mg IV en bolo c/20' 2 dosis	2	3.08%
Amlodipino 10mg VO una sola dosis	2	3.08%
Ninguno	2	3.08%
TOTAL	65	100%

Fuente: Historias Clínicas del Departamento de Estadística del Hospital Isidro Ayora-Loja y Hoja de Recolección de Datos.

Elaborado por: Aldo Julbliner Anaya Lindao

GRÁFICO N° 02



INTERPRETACIÓN

De las 65 pacientes del estudio, 38 de ellas (58.45%) fueron tratadas para sus crisis hipertensivas con Hidralazina 5 mg IV en bolo repetido c/20 minutos 2-3 dosis, 21 de ellas (32.31%) fueron tratadas con Nifedipino 10 mg VO c/20 minutos 3 dosis, 2 de ellas (3.08%) fueron manejadas con nifedipino 10 mg VO c/20 minutos 3 dosis y luego con Hidralazina 5 mg IV en bolo c/20 minutos 2-3 dosis, 2 de ellas fueron tratadas con Amlodipino 10mg VO una sola dosis y 2 de las pacientes no recibieron ningún tratamiento representando el 3.08% para ambos casos.

TABLA N° 03

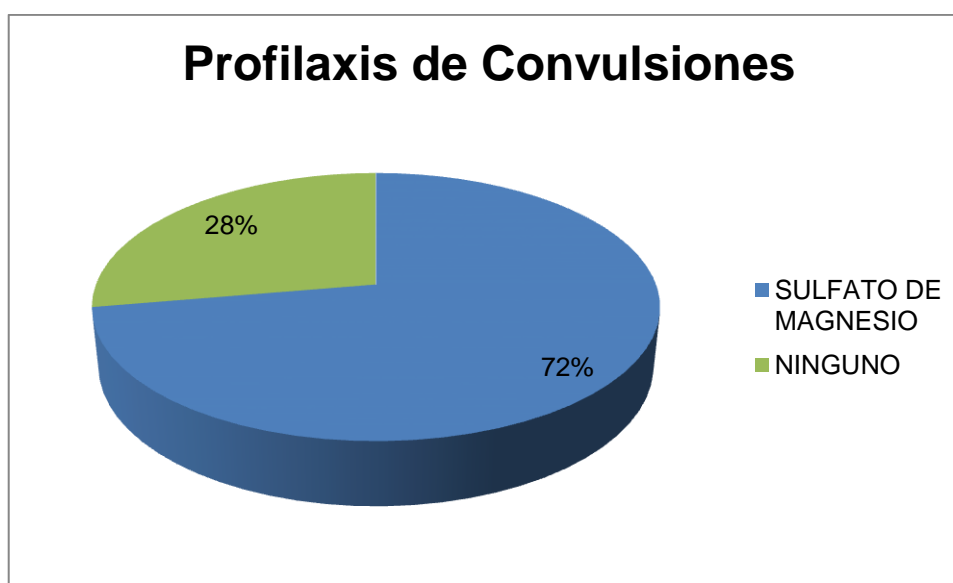
PROFILAXIS DE LAS CONVULSIONES

PROFILAXIS DE LAS CONVULSIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sulfato de Magnesio dosis de impregnación 4-6 g IV en 20 minutos luego 1-2g/hora IV en bomba de infusión	47	72.31%
Ningún manejo	18	27.69%
TOTAL	65	100%

Fuente: Historias Clínicas del Departamento de Estadística del Hospital Isidro Ayora-Loja y Hoja de Recolección de Datos.

Elaborado por: Aldo Julbliner Anaya Lindao

GRÁFICO N° 03



INTERPRETACIÓN

De las 65 pacientes con preeclampsia, 47 de ellas fueron tratadas con Sulfato de Magnesio dosis de impregnación 4-6 g IV en 20 minutos luego 1-2g/hora IV en bomba de infusión representando el 72.31%; mientras que 18 de las pacientes (27.69%) no tuvieron ningún manejo de profilaxis, ya que clínicamente no ameritaban.

TABLA N° 04

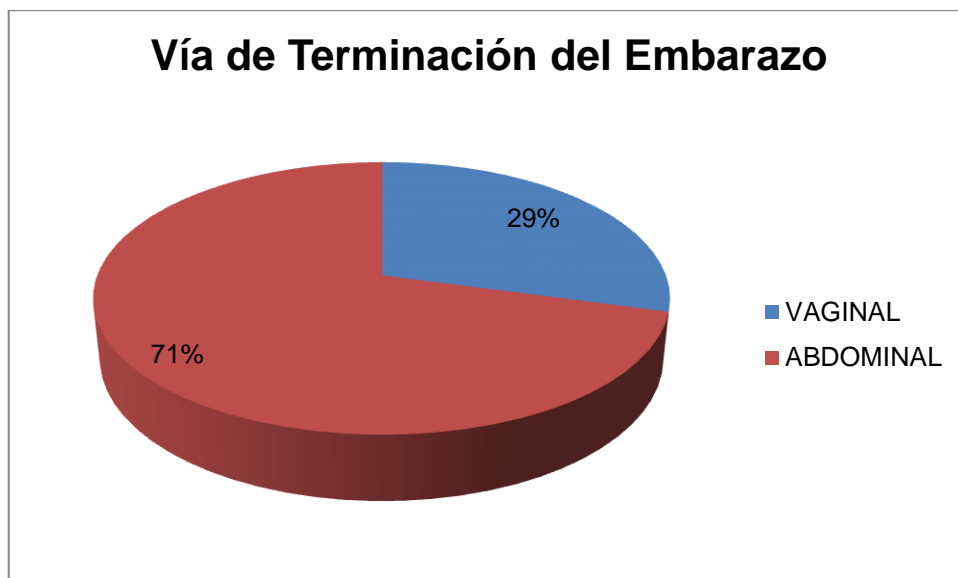
VÍA DE TERMINACIÓN DEL EMBARAZO

VÍA TERMINACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Vaginal	19	29.23%
Abdominal	46	70.77%
TOTAL	65	100%

Fuente: Historias Clínicas del Departamento de Estadística del Hospital Isidro Ayora-Loja y Hoja de Recolección de Datos.

Elaborado por: Aldo Julbliner Anaya Lindao

GRÁFICO N° 04



INTERPRETACIÓN

Entre las 65 pacientes estudiadas, 46 de ellas finalizaron el embarazo por vía abdominal con un 70.77% frente a las 19 pacientes (29.23%) que finalizaron por vía vaginal.

g. DISCUSIÓN

En los resultados obtenidos; dentro de las características obstétricas, el 58.46% de las mujeres con preeclampsia eran multigestas; sobre este particular, Hinselmann ^[47] (Berlín, año 2008) realizó una revisión de 6498 casos de la literatura, entre los cuales el 74% de las preeclámplicas eran primigestas. Así mismo Chesley ^[48] (Ámsterdam, año 2000), también ha reportado que alrededor del 75% de las pacientes con preeclampsia son nulíparas; mientras que Torres y Col (Caracas, año 2005), encontraron un 55% de primigestas con preeclampsia en la Maternidad Concepción Palacios-Caracas. ^[49] Por lo tanto, el presente estudio investigativo no concuerda con los elaborados anteriormente.

El manejo de las crisis hipertensivas en las pacientes con preeclampsia, según el presente estudio de investigación reporta que el 58.45% fueron tratadas con Hidralazina a 5mg IV en bolo c/20' repetido en 2-3 dosis, mientras que el 32.31% de ellas fueron tratadas con nifedipino 10mg VO c/20' por 2 ocasiones; el Ministerio de Salud Pública del Ecuador mediante su Componente Normativo Materno Neonatal indica el uso de Hidralazina si PA diastólica es > 110 mmHg y además se puede optar por el uso de nifedipino ^[50]. Sin embargo, el 3.08% de las pacientes fueron tratadas con Nifedipino y luego con Hidralazina, lo cual no se encuentra estipulado el manejo de ambos fármacos a la vez. Determinando que en el Hospital isidro Ayora de Loja, el manejo de las crisis hipertensivas cumplió parcialmente con los estándares establecidos por el Ministerio de Salud Pública.

La profilaxis de las convulsiones en las pacientes con preeclampsia, según el presente estudio de investigación reporta que el 72.31% fueron tratadas con Sulfato de Magnesio; lo cual, según el manejo establecido por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador mediante su Componente Normativo Materno Neonatal indica el uso de Sulfato de Magnesio para la prevención de eclampsia ^[51]. Por lo tanto, en el Hospital isidro Ayora de

Loja, la profilaxis de las convulsiones se mantienen bajo los estándares establecidos por el Ministerio de Salud Pública.

Frente a la terminación del embarazo en las mujeres con preeclampsia del presente estudio, el 70.77% finalizaron por vía abdominal (cesárea) ante el 29.23% que finalizaron por vía vaginal; frente a estos datos, podemos comparar el estudio realizado en 3 estudios retrospectivos que han revisado la vía de parto en la preeclampsia severa. La de Coppage y Polzin^[52] (Hospital del Buen Samaritano, Cincinnati, Ohio; año 2002) es una revisión de 93 casos de preeclampsia severa. De estas pacientes, se les hizo cesárea inmediata a 34 (36.5%) e inducción del parto a 59 (63.5%), de las cuales 37 tuvieron parto por vía vaginal (62.7%) y a 22 (37.3%) se les hizo cesárea. En el segundo trabajo, Nassar y sus colaboradores^[53] (Miami, año 1998) analizaron 306 pacientes con preeclampsia severa entre 24 y 34 semanas, de las cuales a 161 (52.6%) se les realizó cesárea y a 145 (47.4%) se les indujo el parto. Se obtuvieron 48.3% partos vaginales después de la inducción. Los resultados fueron semejantes, por lo que consideran al parto vaginal una opción razonable en estas pacientes y a la evaluación de Bishop del cuello uterino el mejor pronóstico de éxito en la inducción, aunque la oportunidad de éxito se incrementa si la edad gestacional es mayor. En la tercera investigación Alexander y sus colaboradores^[54] (Instituto Noruego de Salud Pública, Oslo, año 1999) compararon las dos vías de parto y de ellas, 133 (47.9%) parieron por cesárea y a 145 (52.1%) se les indujo el parto; el total de éxito fue de 50 (34.4%). Los estudios señalados indican que en su mayoría la vía abdominal presenta una mayor frecuencia al igual que el presente estudio investigativo. Además existe una casuística similar entre el uso de Sulfato de Magnesio como profilaxis de las convulsiones con la frecuencia de cesáreas, lo que indica una preeclampsia que persiste a pesar del tratamiento establecido por el Ministerio de Salud Pública.

h. CONCLUSIONES

- En la frecuencia de la preeclampsia relacionado con la paridad, se obtuvo que el 58.46% de las pacientes eran multigestas mientras que el 42.54% eran primigestas.
- Del manejo de las crisis hipertensivas en las 65 pacientes que presentaron preeclampsia, el 58.45% fueron tratadas con Hidralazina 5 mg IV en bolo repetido c/20 minutos 2-3 dosis, el 32.31% del total fueron tratadas con Nifedipino 10 mg VO c/20 minutos 3 dosis, el 3.08% fueron manejadas con nifedipino 10 mg VO c/20 minutos 3 dosis y luego con Hidralazina 5 mg IV en bolo c/20 minutos 2-3 dosis, 2 de ellas fueron tratadas con Amlodipino 10mg VO una sola dosis y 2 de las pacientes no recibieron ningún tratamiento representando el 3.08% para ambos casos; lo cual se concluye que en el periodo establecido, sólo el 90.76% de todas las mujeres con preeclampsia fueron manejadas acorde a los estándares establecidos por el Ministerio de Salud Pública.
- La profilaxis de las convulsiones fue manejada con Sulfato de Magnesio dosis de impregnación 4-6 g IV en 20 minutos luego 1-2g/hora IV en bomba de infusión en el 72.31% de su totalidad, mientras que el resto al no ameritar clínicamente manejo alguno solo se mantuvieron de forma expectante; con lo cual se puede establecer que la prevención de convulsiones se mantiene bajo los regímenes establecidos por el Ministerio de Salud Pública en su totalidad.
- La vía abdominal fue la más usada para la finalización del embarazo con un 70.77% de los casos frente al 29.23% que finalizaron por vía vaginal.

i. RECOMENDACIONES

- Mantener el control prenatal adecuado establecido por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador mediante el Componente Normativo Materno Neonatal donde se establece que debe conservar los siguientes enfoques:
 - **Completo e Integral**
Atención por personal calificado, control integral de la embarazada y referencia de usuarias con riesgo obstétrico perinatal.
 - **Precoz**
El control prenatal debe iniciarse lo más temprano posible (en el primer trimestre) por la relación entre la edad gestacional del primer control con los resultados del embarazo.
 - **Enfoque intercultural**
Se debe tener conocimiento de la cosmovisión tradicional y cultural con comprensión de las prácticas ancestrales de curación de acuerdo a la diversidad cultural.
 - **Periódico**
Se debe mantener como mínimo la realización de 5 controles durante el embarazo.
 - **Afectivo**
Toda embarazada debe ser bienvenida y atendida con calidez y calidad.
- Concientizar tanto a primigestas como multigestas sobre la importancia de conocer los signos/síntomas de alarma de la preeclampsia y sobretodo, que se debe comunicar ante cualquier alteración en el transcurso de su embarazo.

j. BIBLIOGRAFÍA

[1] Phyllis August. Baha M Sibai. Preeclampsia: Clinical features and diagnosis. Publicación en Línea. Actualizado [30 septiembre 2014]. Consultado en UpToDate. Disponible en:

https://svpn.utpl.edu.ec/+CSCO+0h756767633A2F2F6A6A6A2E68636762716E67722E70627A++/contents/preeclampsia-clinical-features-and-diagnosis?source=search_result&search=preeclampsia&selectedTitle=1~150

[2] Phyllis August. Baha M Sibai. Preeclampsia: Clinical features and diagnosis. Publicación en Línea. Actualizado [30 septiembre 2014]. Consultado en UpToDate. Disponible en:

https://svpn.utpl.edu.ec/+CSCO+0h756767633A2F2F6A6A6A2E68636762716E67722E70627A++/contents/preeclampsia-clinical-features-and-diagnosis?source=search_result&search=preeclampsia&selectedTitle=1~150

[3] Phyllis August. Baha M Sibai. Preeclampsia: Clinical features and diagnosis. Publicación en Línea. Actualizado [30 septiembre 2014]. Consultado en UpToDate. Disponible en:

https://svpn.utpl.edu.ec/+CSCO+0h756767633A2F2F6A6A6A2E68636762716E67722E70627A++/contents/preeclampsia-clinical-features-and-diagnosis?source=search_result&search=preeclampsia&selectedTitle=1~150

[4] Phyllis August. Baha M Sibai. Preeclampsia: Clinical features and diagnosis. Publicación en Línea. Actualizado [30 septiembre 2014]. Consultado en UpToDate. Disponible en:

https://svpn.utpl.edu.ec/+CSCO+0h756767633A2F2F6A6A6A2E68636762716E67722E70627A++/contents/preeclampsia-clinical-features-and-diagnosis?source=search_result&search=preeclampsia&selectedTitle=1~150

[5] Phyllis August. Baha M Sibai. Preeclampsia: Clinical features and diagnosis. Publicación en Línea. Actualizado [30 septiembre 2014]. Consultado en UpToDate. Disponible en:

<https://svpn.utpl.edu.ec/+CSCO+0h756767633A2F2F6A6A6A2E68636762716E67722E70627A++/contents/preeclampsia-clinical-features-and-diagnosis?source=search_result&search=preeclampsia&selectedTitle=1~150>

[6] Patiño, Cinthya. ANUARIO DE ESTADÍSTICAS VITALES NACIMIENTOS Y DEFUNCIONES 2011. INEC. Publicado en Internet. Gráfico N° 15. “Principales Causas de Muerte Materna Ecuador 2011”. Página 31. Disponible en:

<http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Publicaciones/Anuario_Nacimientos_y_Defunciones_2011.pdf>

[7] WILLIAMS. OBSTETRICIA. 23ava Edición. Editorial McGrawHill. Copyright AÑO 2010. Tomo 2. SECCIÓN 7. CAPÍTULO 34 “HIPERTENSIÓN EN EL EMBARAZO”. Página 708.

[8] WILLIAMS. OBSTETRICIA. 23ava Edición. Editorial McGrawHill. Copyright AÑO 2010. Tomo 2. SECCIÓN 7. CAPÍTULO 34 “HIPERTENSIÓN EN EL EMBARAZO”. Página 706.

[9] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. MORTALIDAD MATERNA. PUBLICADO 2014.

[10] Patiño, Cinthya. ANUARIO DE ESTADÍSTICAS VITALES NACIMIENTOS Y DEFUNCIONES 2011. INEC. Publicado en Internet. Gráfico N° 15. “Principales Causas de Muerte Materna Ecuador 2011”. Página 31. Disponible en:

<http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Publicaciones/Anuario_Nacimientos_y_Defunciones_2011.pdf>

[11] Phyllis August. Baha M Sibai. Preeclampsia: Clinical features and diagnosis. Publicación en Línea. Actualizado [30 septiembre 2014]. Consultado en UpToDate. Disponible en:

<https://svpn.utpl.edu.ec/+CSCO+0h756767633A2F2F6A6A6A2E68636762716E67722E70627A++/contents/preeclampsia-clinical-features-and-diagnosis?source=search_result&search=preeclampsia&selectedTitle=1~150>

[12] Phyllis August. Baha M Sibai. Preeclampsia: Clinical features and diagnosis. Publicación en Línea. Actualizado [30 septiembre 2014]. Consultado en UpToDate. Disponible en:

<https://svpn.utpl.edu.ec/+CSCO+0h756767633A2F2F6A6A6A2E68636762716E67722E70627A++/contents/preeclampsia-clinical-features-and-diagnosis?source=search_result&search=preeclampsia&selectedTitle=1~150>

[13] Phyllis August. Baha M Sibai. Preeclampsia: Clinical features and diagnosis. Publicación en Línea. Actualizado [30 septiembre 2014]. Consultado en UpToDate. Disponible en:

<https://svpn.utpl.edu.ec/+CSCO+0h756767633A2F2F6A6A6A2E68636762716E67722E70627A++/contents/preeclampsia-clinical-features-and-diagnosis?source=search_result&search=preeclampsia&selectedTitle=1~150>

[14] Phyllis August. Baha M Sibai. Preeclampsia: Clinical features and diagnosis. Publicación en Línea. Actualizado [30 septiembre 2014]. Consultado en UpToDate. Disponible en:

<https://svpn.utpl.edu.ec/+CSCO+0h756767633A2F2F6A6A6A2E68636762716E67722E70627A++/contents/preeclampsia-clinical-features-and-diagnosis?source=search_result&search=preeclampsia&selectedTitle=1~150>

[15] Phyllis August. Baha M Sibai. Preeclampsia: Clinical features and diagnosis. Publicación en Línea. Actualizado [30 septiembre 2014]. Consultado en UpToDate. Disponible en:

<https://svpn.utpl.edu.ec/+CSCO+0h756767633A2F2F6A6A6A2E68636762716E67722E70627A++/contents/preeclampsia-clinical-features-and-diagnosis?source=search_result&search=preeclampsia&selectedTitle=1~150>

[16] WILLIAMS. OBSTETRICIA. 23ava Edición. Editorial McGrawHill. Copyright AÑO 2010. Tomo 2. SECCIÓN 7. CAPÍTULO 34 “HIPERTENSIÓN EN EL EMBARAZO”. Cuadro 34-1. “Diagnóstico de trastornos hipertensivos que complican el embarazo”. Página 707

[17] Phyllis August. Baha M Sibai. Preeclampsia: Clinical features and diagnosis. Publicación en Línea. Actualizado [30 septiembre 2014]. Consultado en UpToDate. Adaptado de: “Hypertension in pregnancy: Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. Obstet Gynecol 2013; 122:1122. Graphic 76975 Version 8.0” Disponible en:

https://svpn.utpl.edu.ec/+CSCO+0h756767633A2F2F6A6A6A2E68636762716E67722E70627A++/contents/image?imageKey=OBGYN%2F76975&topicKey=OBGYN%2F6814&rank=1~150&source=see_link&search=preeclampsia

[18] Phyllis August. Baha M Sibai. Preeclampsia: Management and prognosis. Publicación en Línea. Actualizado [30 septiembre 2014]. Consultado en UpToDate. Disponible en:

https://svpn.utpl.edu.ec/+CSCO+0h756767633A2F2F6A6A6A2E68636762716E67722E70627A++/contents/preeclampsia-management-and-prognosis?source=search_result&search=preeclampsia&selectedTitle=2~150

[19] Phyllis August. Baha M Sibai. Preeclampsia: Management and prognosis. Publicación en Línea. Actualizado [30 septiembre 2014]. Consultado en UpToDate. Disponible en:

https://svpn.utpl.edu.ec/+CSCO+0h756767633A2F2F6A6A6A2E68636762716E67722E70627A++/contents/preeclampsia-management-and-prognosis?source=search_result&search=preeclampsia&selectedTitle=2~150

[20] Phyllis August. Baha M Sibai. Preeclampsia: Management and prognosis. Publicación en Línea. Actualizado [30 septiembre 2014]. Consultado en UpToDate. Disponible en:

<https://svpn.utpl.edu.ec/+CSCO+0h756767633A2F2F6A6A6A2E68636762716E67722E70627A++/contents/preeclampsia-management-and-prognosis?source=search_result&search=preeclampsia&selectedTitle=2~150>

[21] Phyllis August. Baha M Sibai. Preeclampsia: Management and prognosis. Publicación en Línea. Actualizado [30 septiembre 2014]. Consultado en UpToDate. Disponible en:

<https://svpn.utpl.edu.ec/+CSCO+0h756767633A2F2F6A6A6A2E68636762716E67722E70627A++/contents/preeclampsia-management-and-prognosis?source=search_result&search=preeclampsia&selectedTitle=2~150>

[22] Phyllis August. Baha M Sibai. Preeclampsia: Management and prognosis. Publicación en Línea. Actualizado [30 septiembre 2014]. Consultado en UpToDate. Disponible en:

<https://svpn.utpl.edu.ec/+CSCO+0h756767633A2F2F6A6A6A2E68636762716E67722E70627A++/contents/preeclampsia-management-and-prognosis?source=search_result&search=preeclampsia&selectedTitle=2~150>

[23] Phyllis August. Baha M Sibai. Preeclampsia: Management and prognosis. Publicación en Línea. Actualizado [30 septiembre 2014]. Consultado en UpToDate. Disponible en:

<https://svpn.utpl.edu.ec/+CSCO+0h756767633A2F2F6A6A6A2E68636762716E67722E70627A++/contents/preeclampsia-management-and-prognosis?source=search_result&search=preeclampsia&selectedTitle=2~150>

[24] Phyllis August. Baha M Sibai. Preeclampsia: Management and prognosis. Publicación en Línea. Actualizado [30 septiembre 2014]. Consultado en UpToDate. Disponible en:

<https://svpn.utpl.edu.ec/+CSCO+0h756767633A2F2F6A6A6A2E68636762716E67722E70627A++/contents/preeclampsia-management-and-prognosis?source=search_result&search=preeclampsia&selectedTitle=2~150>

[25] Phyllis August. Baha M Sibai. Preeclampsia: Management and prognosis. Publicación en Línea. Actualizado [30 septiembre 2014]. Consultado en UpToDate. Disponible en:

<https://svpn.utpl.edu.ec/+CSCO+0h756767633A2F2F6A6A6A2E68636762716E67722E70627A++/contents/preeclampsia-management-and-prognosis?source=search_result&search=preeclampsia&selectedTitle=2~150>

[26] Phyllis August. Baha M Sibai. Preeclampsia: Management and prognosis. Publicación en Línea. Actualizado [30 septiembre 2014]. Consultado en UpToDate. Disponible en:

<https://svpn.utpl.edu.ec/+CSCO+0h756767633A2F2F6A6A6A2E68636762716E67722E70627A++/contents/preeclampsia-management-and-prognosis?source=search_result&search=preeclampsia&selectedTitle=2~150>

[27] Phyllis August. Baha M Sibai. Preeclampsia: Management and prognosis. Publicación en Línea. Actualizado [30 septiembre 2014]. Consultado en UpToDate. Disponible en:

<https://svpn.utpl.edu.ec/+CSCO+0h756767633A2F2F6A6A6A2E68636762716E67722E70627A++/contents/preeclampsia-management-and-prognosis?source=search_result&search=preeclampsia&selectedTitle=2~150>

[28] Phyllis August. Baha M Sibai. Preeclampsia: Management and prognosis. Publicación en Línea. Actualizado [30 septiembre 2014]. Consultado en UpToDate. Disponible en:

<https://svpn.utpl.edu.ec/+CSCO+0h756767633A2F2F6A6A6A2E68636762716E67722E70627A++/contents/preeclampsia-management-and-prognosis?source=search_result&search=preeclampsia&selectedTitle=2~150>

[29] Phyllis August. Baha M Sibai. Preeclampsia: Management and prognosis. Publicación en Línea. Actualizado [30 septiembre 2014]. Consultado en UpToDate. Disponible en:

<https://svpn.utpl.edu.ec/+CSCO+0h756767633A2F2F6A6A6A2E68636762716E67722E70627A++/contents/preeclampsia-management-and-prognosis?source=search_result&search=preeclampsia&selectedTitle=2~150>

[30] Phyllis August. Baha M Sibai. Preeclampsia: Management and prognosis. Publicación en Línea. Actualizado [30 septiembre 2014]. Consultado en UpToDate. Disponible en:

<https://svpn.utpl.edu.ec/+CSCO+0h756767633A2F2F6A6A6A2E68636762716E67722E70627A++/contents/preeclampsia-management-and-prognosis?source=search_result&search=preeclampsia&selectedTitle=2~150>

[31] Phyllis August. Baha M Sibai. Preeclampsia: Management and prognosis. Publicación en Línea. Actualizado [30 septiembre 2014]. Consultado en UpToDate. Disponible en:

<https://svpn.utpl.edu.ec/+CSCO+0h756767633A2F2F6A6A6A2E68636762716E67722E70627A++/contents/preeclampsia-management-and-prognosis?source=search_result&search=preeclampsia&selectedTitle=2~150>

[32] Phyllis August. Baha M Sibai. Preeclampsia: Management and prognosis. Publicación en Línea. Actualizado [30 septiembre 2014]. Consultado en UpToDate. Disponible en:

<https://svpn.utpl.edu.ec/+CSCO+0h756767633A2F2F6A6A6A2E68636762716E67722E70627A++/contents/preeclampsia-management-and-prognosis?source=search_result&search=preeclampsia&selectedTitle=2~150>

[33] Phyllis August. Baha M Sibai. Preeclampsia: Management and prognosis. Publicación en Línea. Actualizado [30 septiembre 2014]. Consultado en UpToDate. Disponible en:

<https://svpn.utpl.edu.ec/+CSCO+0h756767633A2F2F6A6A6A2E68636762716E67722E70627A++/contents/preeclampsia-management-and-prognosis?source=search_result&search=preeclampsia&selectedTitle=2~150>

[34] Phyllis August. Baha M Sibai. Preeclampsia: Management and prognosis. Publicación en Línea. Actualizado [30 septiembre 2014]. Consultado en UpToDate. Disponible en:

<https://svpn.utpl.edu.ec/+CSCO+0h756767633A2F2F6A6A6A2E68636762716E67722E70627A++/contents/preeclampsia-management-and-prognosis?source=search_result&search=preeclampsia&selectedTitle=2~150>

[35] Phyllis August. Baha M Sibai. Preeclampsia: Management and prognosis. Publicación en Línea. Actualizado [30 septiembre 2014]. Consultado en UpToDate. Disponible en:

<https://svpn.utpl.edu.ec/+CSCO+0h756767633A2F2F6A6A6A2E68636762716E67722E70627A++/contents/preeclampsia-management-and-prognosis?source=search_result&search=preeclampsia&selectedTitle=2~150>

[36] Phyllis August. Baha M Sibai. Preeclampsia: Management and prognosis. Publicación en Línea. Actualizado [30 septiembre 2014]. Consultado en UpToDate. Referido de: "Lucas MJ, Leveno KJ, Cunningham FG. A comparison of magnesium sulfate with phenytoin for the prevention of eclampsia. N Engl J Med 1995; 333:201.". Disponible en:

<https://svpn.utpl.edu.ec/+CSCO+0h756767633A2F2F6A6A6A2E68636762716E67722E70627A++/contents/preeclampsia-management-and-prognosis?source=search_result&search=preeclampsia&selectedTitle=2~150>

[37] Phyllis August. Baha M Sibai. Preeclampsia: Management and prognosis. Publicación en Línea. Actualizado [30 septiembre 2014]. Consultado en UpToDate. Disponible en:

<https://svpn.utpl.edu.ec/+CSCO+0h756767633A2F2F6A6A6A2E68636762716E67722E70627A++/contents/preeclampsia-management-and-prognosis?source=search_result&search=preeclampsia&selectedTitle=2~150>

[38] Phyllis August. Baha M Sibai. Preeclampsia: Management and prognosis. Publicación en Línea. Actualizado [30 septiembre 2014]. Consultado en UpToDate. Disponible en:

<https://svpn.utpl.edu.ec/+CSCO+0h756767633A2F2F6A6A6A2E68636762716E67722E70627A++/contents/preeclampsia-management-and-prognosis?source=search_result&search=preeclampsia&selectedTitle=2~150>

[39] Phyllis August. Baha M Sibai. Preeclampsia: Management and prognosis. Publicación en Línea. Actualizado [30 septiembre 2014]. Consultado en UpToDate. Disponible en:

<https://svpn.utpl.edu.ec/+CSCO+0h756767633A2F2F6A6A6A2E68636762716E67722E70627A++/contents/preeclampsia-management-and-prognosis?source=search_result&search=preeclampsia&selectedTitle=2~150>

[40] Phyllis August. Baha M Sibai. Preeclampsia: Management and prognosis. Publicación en Línea. Actualizado [30 septiembre 2014]. Consultado en UpToDate. Disponible en:

<https://svpn.utpl.edu.ec/+CSCO+0h756767633A2F2F6A6A6A2E68636762716E67722E70627A++/contents/preeclampsia-management-and-prognosis?source=search_result&search=preeclampsia&selectedTitle=2~150>

[41] Phyllis August. Baha M Sibai. Preeclampsia: Management and prognosis. Publicación en Línea. Actualizado [30 septiembre 2014]. Consultado en UpToDate. Disponible en:

<https://svpn.utpl.edu.ec/+CSCO+0h756767633A2F2F6A6A6A2E68636762716E67722E70627A++/contents/preeclampsia-management-and-prognosis?source=search_result&search=preeclampsia&selectedTitle=2~150>

[42] Phyllis August. Baha M Sibai. Preeclampsia: Management and prognosis. Publicación en Línea. Actualizado [30 septiembre 2014]. Consultado en UpToDate. Disponible en:

<https://svpn.utpl.edu.ec/+CSCO+0h756767633A2F2F6A6A6A2E68636762716E67722E70627A++/contents/preeclampsia-management-and-prognosis?source=search_result&search=preeclampsia&selectedTitle=2~150>

[43] Phyllis August. Baha M Sibai. Preeclampsia: Management and prognosis. Publicación en Línea. Actualizado [30 septiembre 2014]. Consultado en UpToDate. Disponible en:

<https://svpn.utpl.edu.ec/+CSCO+0h756767633A2F2F6A6A6A2E68636762716E67722E70627A++/contents/preeclampsia-management-and-prognosis?source=search_result&search=preeclampsia&selectedTitle=2~150>

[44] Phyllis August. Baha M Sibai. Preeclampsia: Management and prognosis. Publicación en Línea. Actualizado [30 septiembre 2014]. Consultado en UpToDate. Disponible en:

<https://svpn.utpl.edu.ec/+CSCO+0h756767633A2F2F6A6A6A2E68636762716E67722E70627A++/contents/preeclampsia-management-and-prognosis?source=search_result&search=preeclampsia&selectedTitle=2~150>

[45] COMPONENTE NORMATIVO MATERNO NEONATAL. CONASA. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Publicado Agosto 2008. CAPÍTULO “TRANSTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO”. Consultado en PDF. Páginas: 73-80. Disponible en:

<<http://www.hospitalmacas.gob.ec/trasporencia2013/informacionlegal/regulacion/COMPONENTENEONATAL.pdf>>

[46] COMPONENTE NORMATIVO MATERNO NEONATAL. CONASA. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Publicado Agosto 2008. CAPÍTULO “TRANSTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO”. Consultado en PDF. Página: 81. Disponible en:

<<http://www.hospitalmacas.gob.ec/trasporencia2013/informacionlegal/regulacion/COMPONENTENEONATAL.pdf>>

[47] TEPPA, Alejandro. TERÁN, José. REVISTA OBSTETRICIA – GINECOLOGÍA VENEZUELA. VOLUMEN 61. CAPÍTULO: “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON LA PREECLAMPSIA”. AÑO 2001. Tomado del estudio de “Hinselmann H. Die eklampsie. Bonn: Cohen; 1924”. Página 49. Disponible en:

<<http://sogv.org/ROGV/2001Vol61N1.pdf#page=50>>

[48] TEPPA, Alejandro. TERÁN, José. REVISTA OBSTETRICIA – GINECOLOGÍA VENEZUELA. VOLUMEN 61. CAPÍTULO: “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON LA PREECLAMPSIA”. AÑO 2001. Tomado del estudio de: “Chesley LC. History and epidemiology of preeclampsia-eclampsia. Clin Obstet Gynecol 1984;27: 801-820.” Página 49. Disponible en:

<<http://sogv.org/ROGV/2001Vol61N1.pdf#page=50>>

[49] TEPPA, Alejandro. TERÁN, José. REVISTA OBSTETRICIA – GINECOLOGÍA VENEZUELA. VOLUMEN 61. CAPÍTULO: “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON LA PREECLAMPSIA”. AÑO 2001. Tomado del estudio de: “Torres L, Sanabria M, Mejias L, Hernández C, Fleitas F. Primeras experiencias de la Unidad de Hipertensión Inducida por el Embarazo. Rev Obstet Ginecol Venez 1992; 53:23-26.” Página 49. Disponible en: [<http://sogv.org/ROGV/2001Vol61N1.pdf#page=50>](http://sogv.org/ROGV/2001Vol61N1.pdf#page=50)

[50] COMPONENTE NORMATIVO MATERNO NEONATAL. CONASA. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Publicado Agosto 2008. CAPÍTULO “TRANSTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO”. Consultado en PDF. Páginas: 73-80. Disponible en: [<http://www.hospitalmacas.gob.ec/trasparencia2013/informacionlegal/regulacion/COMPONENTENEONATAL.pdf>](http://www.hospitalmacas.gob.ec/trasparencia2013/informacionlegal/regulacion/COMPONENTENEONATAL.pdf)

[51] COMPONENTE NORMATIVO MATERNO NEONATAL. CONASA. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Publicado Agosto 2008. CAPÍTULO “TRANSTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO”. Consultado en PDF. Páginas: 73-80. Disponible en: [<http://www.hospitalmacas.gob.ec/trasparencia2013/informacionlegal/regulacion/COMPONENTENEONATAL.pdf>](http://www.hospitalmacas.gob.ec/trasparencia2013/informacionlegal/regulacion/COMPONENTENEONATAL.pdf)

[52] BRICEÑO, Carlos. BRICEÑO, Liliana. CONDUCTA OBSTÉTRICA BASADA EN EVIDENCIAS. PREECLAMPSIA SEVEREA: ¿TRATAMIENTO AGRESIVO O EXPECTANTE? Artículo de Revisión. PDF.ISSN-0300-9041 Volumen 75, Núm. 2, febrero, 2007. Tomado del abstracto de: “Coppage K, Polzin W. Severe preeclampsia and delivery outcomes: Is immediate cesarean delivery beneficial? Am J Obstet Gynecol 2002; 186:921-3” Páginas 101 – 102. Disponible en: [<http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2007/gom072g.pdf>](http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2007/gom072g.pdf)

[53] BRICEÑO, Carlos. BRICEÑO, Liliana. CONDUCTA OBSTÉTRICA BASADA EN EVIDENCIAS. PREECLAMPSIA SEVEREA: ¿TRATAMIENTO AGRESIVO O EXPECTANTE? Artículo de Revisión. PDF.ISSN-0300-9041 Volumen 75, Núm. 2, febrero, 2007. Tomado del abstracto de: “Nassar A, Adra A, Chakhtoura N, Gomez-Marin O, Beydoun S. Severe preeclampsia remote from term: labor induction or elective cesarean delivery? Am J Obstet Gynecol 1998; 179:1210-3.” Páginas 101 – 102. Disponible en:

<<http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2007/gom072g.pdf>>

[54] BRICEÑO, Carlos. BRICEÑO, Liliana. CONDUCTA OBSTÉTRICA BASADA EN EVIDENCIAS. PREECLAMPSIA SEVEREA: ¿TRATAMIENTO AGRESIVO O EXPECTANTE? Artículo de Revisión. PDF.ISSN-0300-9041 Volumen 75, Núm. 2, febrero, 2007. Tomado del abstracto de: “Alexander J, Bloom S, McIntire D, Leveno K. Severe preeclampsia and the very low birth weight infant: is induction of labor harmful? Obstet Gynecol 1999; 93:485-88.” Páginas 101 – 102. Disponible en:

<<http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2007/gom072g.pdf>>

k. ANEXOS

ANEXO N° 01
HOJA DE REGISTRO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA

HOJA DE REGISTRO

**TEMA DE TESIS: MANEJO DE PACIENTES CON PREECLAMPSIA EN EL
SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA
ENERO 2014 – OCTUBRE 2014**

HISTORIA CLÍNICA N°: _____

1. HIPERTENSIÓN GESTACIONAL

TA SISTÓLICA _____ MMHG

TA DIASTÓLICA _____ MMHG

2. PROTEINURIA

PRESENTA ()

NO PRESENTA ()

3. CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS

PRIMIGESTA ()

MULTIGESTA () NÚMERO DE GESTAS

4. MANEJO DE PREECLAMPSIA

ANTIHIPERTENSIVOS ()

SULFATO DE MAGNESIO ()

CORTICOIDE ()

OTROS ()

NINGUNO ()

5. MANEJO DE CRISIS HIPERTENSIVAS

HIDRALAZINA ()

NIFEDIPINO ()

OTROS () _____

NINGUNO ()

6. PROFILAXIS DE CONVULSIONES

SULFATO DE MAGNESIO ()

OTROS () _____

NINGUNO ()

7. VÍA DE TERMINACIÓN DEL PARTO

VAGINAL ()

ABDOMINAL ()

ÍNDICE

CERTIFICACIÓN.....	2
AUTORÍA.....	3
CARTA DE AUTORIZACIÓN.....	4
DEDICATORIA.....	5
AGRADECIMIENTO.....	6
a. TÍTULO.....	7
b. RESUMEN.....	8
ABSTRACT.....	9
c. INTRODUCCIÓN.....	10
d. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....	13
PREECLAMPSIA.....	13
I. INTRODUCCIÓN.....	13
II. EPIDEMIOLOGÍA.....	13
III. MANIFESTACIONES CLÍNICAS.....	15
3.1. PRESENTACIÓN CLÍNICA.....	15
IV. DIAGNÓSTICO.....	18
EVALUACIÓN POST-DIAGNÓSTICO.....	19
V. MANEJO.....	21
Manejo preparto de embarazadas con preeclampsia sin características de enfermedad grave.....	24
Manejo durante el parto.....	27
Manejo post-parto.....	34
VI. TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO SEGÚN EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR- AGOSTO 2008.....	36
FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES.....	46
e. METODOLOGÍA.....	47
f. RESULTADOS.....	49
g. DISCUSIÓN.....	53
h. CONCLUSIONES.....	55
i. RECOMENDACIONES.....	56
j. BIBLIOGRAFÍA.....	57
k. ANEXOS.....	70