

***SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL INDUCIDA
POR EL EMBARAZO DURANTE EL PUERPERIO***

Por

Rosa Virginia Badell de Morales

***Trabajo de grado para optar al
grado de Especialista en Obstetricia y
Ginecología***

***UNIVERSIDAD CENTROCCIDENTAL “ LISANDRO ALVARADO”
Escuela de Medicina “ Dr. Pablo Acosta Ortiz”.***

Barquisimeto, 2001

***SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL INDUCIDA
POR EL EMBARAZO DURANTE EL PUERPERIO***

Por

Rosa Virginia Badell de Morales

Trabajo de grado aprobado

Dr. Pablo García
Tutor

Barquisimeto, de del 2001

AGRADECIMIENTO

A Dios, por permitirme existir y ser feliz.

A mi madre, por ser ejemplo de amor y dedicación.

A mi esposo, por su amor y apoyo incondicional.

A mis hijos: Francisco Alberto, por guiarme desde el cielo. A María Virginia y Ana

Virginia por entender los momentos difíciles, y brindarme un dulce abrazo y un beso en el momento oportuno.

A todo el personal que labora en el Laboratorio del Hospital central “ Dr. Antonio María Pineda” , a los servicio de Nefrología, oftalmología y Cardiología ya que sin su apoyo no se hubiese podido realizar este trabajo.

A las pacientes por permitirme la realización de este estudio.

A Mary, por su importante apoyo.

Dedicatoria

*A mi esposo Alberto y a mis queridas
Hijas María Virginia y Ana Virginia.*

CURRICULUM VITAE

Rosa Virginia Badell de Morales

Candidata a obtener el grado de especialista.

Trabajo de grado: Seguimiento de las pacientes con hipertensión arterial inducida por el embarazo durante el puerperio.

Postgrado. Ginecología y Obstetricia.

Nací en Maracaibo. Edo Zulia. Venezuela, el 10 de Septiembre de 1967. Casada , madre de dos niñas de 6 y 8 años. Obtuve el grado de Médico Cirujano en la Universidad del Zulia en 1990. Actividades asistenciales desde 1991 hasta la actualidad. Especialista en Higiene Mental del desarrollo Infantil y Juvenil, graduada en la UCLA en 1998.

SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL INDUCIDA POR EL EMBARAZO DURANTE EL PUERPERIO

Rosa Virginia Badell de Morales

RESUMEN

Con la finalidad de conocer la evolución de las pacientes con hipertensión arterial inducida por el embarazo durante el puerperio, se realizó un estudio descriptivo, longitudinal, prospectivo; evaluando 30 pacientes con las características antes mencionadas, semanalmente, durante seis semanas; desde el punto de vista clínico y de parámetros de laboratorio; en la consulta de Alto Riesgo Obstétrico y el servicio de Ginec Obstetricia IV del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Central “Dr. Antonio María Pineda”. Barquisimeto. Edo Lara. Venezuela, en el lapso de Febrero a Diciembre del 2000, encontrando que la hipertensión arterial inducida por el embarazo se presenta con mayor frecuencia en primigestas jóvenes (< de 25 años) y en etapa cercana al término del embarazo, que cuanto más precoz se inicia el cuadro hipertensivo, mayor es el riesgo de que aparezcan complicaciones durante el embarazo y que se prolongue la hipertensión en el puerperio; la mayoría de las pacientes con hipertensión arterial inducida por el embarazo egresan normotensas; la normalización de los parámetros bioquímicos ocurrió en un gran porcentaje antes de la cuarta semana de puerperio; todas las pacientes estudiadas concluyeron su período puerperal con remisión total de sus cifras tensionales y de los parámetros bioquímicos. Todas las pacientes incluidas en el estudio presentaron un adecuado control prenatal por lo que se pudo detectar en forma precoz la hipertensión arterial inducida por el embarazo, logrando un tratamiento oportuno, lo que explica la excelente evolución tanto materna como perinatal. Recomendándose un adecuado control prenatal, haciendo énfasis en todas las medidas de prevención primaria y diagnóstico precoz en pacientes con factores de riesgo para desarrollar hipertensión arterial inducida por el embarazo. Un seguimiento riguroso a las pacientes con esta patología, brindarles una orientación adecuada al momento de su egreso del centro dispensador de salud y la reactivación de la consulta postnatal para estas pacientes en el Departamento de Obstetricia y Ginecología de dicho Hospital .

INDICE

<i>Capítulo</i>	Pag
<i>AGRADECIMIENTO.....</i>	<i>iii</i>
<i>DEDICATORIA.....</i>	<i>iv</i>
<i>CURRICULUM VITAE.....</i>	<i>v</i>
<i>RESUMEN.....</i>	<i>vi</i>
<i>INDICE DE FIGURAS.....</i>	<i>ix</i>
<i>INTRODUCCIÓN.....</i>	<i>9</i>
<i>I.- EL PROBLEMA.....</i>	<i>11</i>
<i>A. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</i>	<i>11</i>
<i>B. OBJETIVOS.....</i>	<i>14</i>
<i>1.-General.....</i>	<i>14</i>
<i>2.-Específicos.....</i>	<i>14</i>
<i>C. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.....</i>	<i>14</i>
<i>II. MARCO TEÓRICO.....</i>	<i>16</i>
<i>III. MARCO METODOLÓGICO.....</i>	<i>26</i>
<i>A. Naturaleza del estudio.....</i>	<i>26</i>
<i>B. Población.....</i>	<i>26</i>
<i>C. Muestra.....</i>	<i>26</i>
<i>D. Procedimiento.....</i>	<i>27</i>
<i>E. Instrumentos de Recolección de Datos.....</i>	<i>27</i>
<i>IV. RESULTADOS.....</i>	<i>28</i>
<i>V. DISCUSIÓN.....</i>	<i>40</i>
<i>VI. CONCLUSIONES.....</i>	<i>42</i>
<i>VII. RECOMENDACIONES.....</i>	<i>43</i>
<i>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</i>	<i>44</i>
<i>ANEXOS.....</i>	<i>47</i>

INDICE DE FIGURAS

FIGURA	Pag
<i>Cuadro N°. 1 Distribución de las pacientes en el puerperio según su edad.....</i>	28
<i>Gráfico N°. 1 Distribución de las pacientes en el puerperio según su edad.....</i>	29
<i>Cuadro N°. 2 Distribución de las pacientes según semana gestacional de aparición de la hipertensión.....</i>	30
<i>Gráfico N°. 2 Distribución de las pacientes según semana gestacional de aparición de la hipertensión.....</i>	31
<i>Cuadro N°. 3 Momento de la normalización de la cifras tensionales de las pacientes estudiadas según semana gestacional de aparición de la hipertensión...</i>	32
<i>Gráfico N°. 3 Momento de la normalización de la cifras tensionales de las pacientes estudiadas según semana gestacional de aparición de la hipertensión...</i>	33
<i>Cuadro N°. 4 Momento de la normalización de la proteinuria en las pacientes estudiadas.....</i>	33
<i>Gráfico N°. 4 Momento de la normalización de la proteinuria en las pacientes estudiadas.....</i>	34
<i>Cuadro N°. 5 Presencia o no de complicaciones durante el puerperio en las pacientes con hipertensión arterial inducida por el embarazo.....</i>	35
<i>Gráfico N°. 5 Presencia o no de complicaciones durante el puerperio en las pacientes con hipertensión arterial inducida por el embarazo.....</i>	36
<i>Cuadro N°. 6 Complicación de la hipertensión arterial inducida por el embarazo durante la gestación.....</i>	37
<i>Cuadro N°. 7 Resultado perinatal según semana gestacional de aparición de la hipertensión.....</i>	38
<i>Cuadro N°. 8 Resultado Hipercolesterolemia diagnosticada durante el puerperio.....</i>	39

INTRODUCCIÓN

Los estados hipertensivos del embarazo continúan siendo uno de los problemas obstétricos no resueltos más importantes.(2). Se presentan en un 5 a un 10% de todos los embarazos (1,2,3). A pesar de los grandes esfuerzos de investigación que se han realizado y que se remontan a la era prehipocrática, no se conoce su etiología ni están completamente aclarados los mecanismos fisiopatológicos implicados en su desarrollo (2).

Las mujeres que desarrollan hipertensión durante el embarazo tienen mayor riesgo de presentar complicaciones antenatales, intraparto y durante el puerperio.(1,2). La preeclampsia es la forma más seria de las complicaciones hipertensivas del embarazo, la cual no es primaria, sino; debida a un desorden inducido por factores dependientes de la presencia de la placenta. El principal blanco de los factores dependientes de la placenta es el endotelio vascular(13).

En las primeras 24 horas y la primera semana postparto se encuentra elevado el riesgo de muerte. Las hemorragias, las complicaciones de la hipertensión arterial inducida por el embarazo y las infecciones obstétricas son las causas más comunes de muerte durante este período (5). Aunque casi todas las parturientas con preeclampsia se vuelven normotensas y muestran datos clínicos y de laboratorio de remisión de la enfermedad en las 24 a 48 horas después del parto, un pequeño número no tiene estos datos o inclusive puede presentar los primeros signos de preeclampsia o eclampsia durante el puerperio. La identificación y el tratamiento obstétrico médico continuo óptimo de estas pacientes postparto con enfermedad persistente o tardía consideradas como un caso típico o atípico

de preeclampsia o eclampsia puerperal constituye un reto y pueden superar la destreza del obstetra más reconocido (4).

En el año 2000 en el Hospital central “Dr. Antonio María Pineda”. Barquisimeto. Edo Lara. Venezuela, se registraron diecinueve mil cuarenta y cuatro (19.044) nacidos vivos, con una incidencia de pacientes con hipertensión arterial inducida por el embarazo de 7.27%(12). La tasa de mortalidad materna para el mismo año fue de 47 x 100.000 N.V. siendo el 22% (02) de ellas causada por hipertensión arterial inducida por el embarazo.(10)

El objetivo del presente estudio fue conocer la evolución de las pacientes con hipertensión arterial inducida por el embarazo durante el puerperio, en el lapso comprendido de Febrero a Diciembre del 2000 .

I. EL PROBLEMA

A.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La hipertensión es el trastorno médico más frecuente que complica del 5 al 10% de todos los embarazos, los cuales siguen siendo una de las principales causas de mortalidad materna y producen morbimortalidad perinatal considerable. (1).

La preeclampsia es una complicación exclusiva del embarazo humano y de causa desconocida. Este tipo de hipertensión inducida por el embarazo típicamente se caracteriza por la presencia de cifras tensionales elevadas, además de proteinuria y edema generalizado; y en casos más graves se agrega crisis convulsivas tónico-clónicas generalizadas lo que constituye la eclampsia (1-3).

El tratamiento clínico de las pacientes con alguno de los trastornos hipertensivos demanda del médico una revaloración continua anteparto y postparto para que la morbimortalidad materna y perinatal relacionadas con este grupo de complicaciones del embarazo se puedan disminuir al mínimo. El nacimiento del feto con la eliminación de todo tipo de tejido placentario y decidual residual es el único tratamiento definitivo que se conoce para la preeclampsia- eclampsia. Los signos y síntomas de este trastorno no son inmediatamente reversibles y el riesgo materno persiste hasta que todos los signos y síntomas del proceso patológico hayan desaparecido (4), aunque casi todas las parturientas con preeclampsia- eclampsia se tornan normotensas y muestran datos clínicos y de laboratorio de resolución de la enfermedad en 24 a 48 horas después del parto , un pequeño número no tiene estos datos un día o dos después del parto o inclusive puede

presentar los primeros datos de preeclampsia-eclampsia en etapas posteriores del puerperio. (4,5). La presentación más frecuente de estas pacientes es la de una paciente durante el puerperio que continúa con presión arterial alta que requiere de tratamiento antihipertensivo intermitente o continuo. A menudo la diuresis persiste relativamente disminuida . Los reflejos rotulianos a menudo siguen hiperactivos y requieren una prolongación de la venoclisis continua de sulfato de magnesio para la profilaxis de convulsiones (4). Estas pacientes postparto siguen con riesgo de diversas complicaciones entre las que se encuentra el síndrome de HELLP en un 30 % de los casos (4,5), eclampsia (17 a 34%) (4), encefalopatía hipertensiva (4,6), Síndrome de dificultad respiratoria del adulto, coagulación intravascular diseminada, embolia pulmonar, choque e inclusive la muerte(4,7).

En los EEUU la frecuencia de preeclampsia es de aproximadamente 7 al 10 % sobre todos los embarazos. Sin embargo, al estudiar los grupos específicos la frecuencia puede ser mayor (1). En Sudamérica la mortalidad materna por la hipertensión arterial inducida por el embarazo es elevada, manteniendo los patrones ya referidos por otros estudios, según la edad (mayores en las menores de 20 años y en mayores de 35 años) (8).

Un bajo nivel socioeconómico ha sido relacionado con la preeclampsia. Sin embargo, existe escasa evidencia de que la pobreza propiamente dicha favorezca el desarrollo de esta patología a través de alteraciones en la nutrición o la higiene de la madre. En general, el consenso se orienta a considerar que debido al bajo nivel cultural de estas mujeres realizan un escaso control prenatal lo que permite un mayor avance del cuadro preecláptico, llegando a la consulta con cuadros graves y en ocasiones terminales para la madre y el feto (9)

En el Hospital Central “Dr. Antonio María Pineda”. Barquisimeto. Edo Lara Venezuela, para el año 2000 se registraron diecinueve mil cuarenta y cuatro nacidos vivos ; con una incidencia de hipertensión arterial inducida por el embarazo de 7.27% . La tasa de mortalidad materna para el mismo año fue de 47 x 100.000 N.V. siendo el 22% (02) de ellas causada por hipertensión arterial inducida por el embarazo (10). Estas pacientes con hipertensión arterial inducida por el embarazo, después de ser resueltas desde el punto de vista obstétrico, son ubicadas en el servicio Ginecobstetricia IV del Departamento de Obstetricia y ginecología, del mencionado hospital ; donde son evaluadas durante su puerperio inmediato desde el punto de vista clínico y de laboratorio; al obtener mejoría de dichos parámetros son egresadas, refiriéndolas a centros dispensadores de salud cercanos a su vivienda; por no funcionar en dicho hospital una consulta de postnatal para el seguimiento de estas pacientes. Debido a ello, en el mejor de los casos estas pacientes son controladas por médicos generales, siendo estos quienes deciden la culminación del tratamiento antihipertensivo, anticonvulsivante y la necesidad o no de su evaluación desde el punto vista de laboratorio. Sin embargo, un gran porcentaje de estas pacientes abandonan el tratamiento indicado al momento del egreso y no reciben ningún tipo de atención médica.

El presente estudio tiene como finalidad conocer la evolución de las pacientes con hipertensión arterial inducida por el embarazo durante el puerperio , en la Consulta de Alto Riesgo Obstétrico y el servicio de Ginecobstetricia IV del Hospital Central “Dr. Antonio María Pineda”. Barquisimeto. Edo. Lara. Venezuela; en el lapso comprendido de Febrero a Diciembre del 2000; realizándoles seguimiento semanal durante seis semanas, brindándoles orientación sobre la clínica y tratamiento médico, detectando en forma

precoz cualquier complicación y refiriendo de manera oportuna a estas pacientes a consultas especializadas, para recibir tratamiento adecuado, disminuyendo así la elevada morbimortalidad registrada en esta patología.

B.- OBJETIVOS

1.- Objetivo General:

Conocer la evolución de la hipertensión arterial inducida por el embarazo durante el periodo del puerperio .

2.- Objetivos Específicos:

Identificar que porcentaje de pacientes que cursan con hipertensión arterial inducida por el embarazo continúan hipertensas durante el puerperio.

Establecer el porcentaje de pacientes con hipertensión arterial inducida por el embarazo que persisten hipertensas al concluir la sexta semana del puerperio.

Determinar si existe relación entre la aparición temprana del cuadro hipertensivo y su prolongación en el puerperio.

Especificar el tipo de complicación de la hipertensión arterial inducida por el embarazo durante el puerperio.

Evaluar los parámetros bioquímicos de la hipertensión arterial inducida por el embarazo durante el puerperio.

C.- JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO:

La realización del presente estudio está justificado debido a que permite la evaluación de las pacientes con hipertensión arterial inducida por el embarazo durante el

puerperio y detectar así cualquier alteración tanto clínica como bioquímica que puedan comprometer la calidad de vida de estas pacientes, interviniendo de manera oportuna para minimizar el daño, instaurando el tratamiento adecuado, disminuyendo así las complicaciones por esta patología.

II.- MARCO TEÓRICO

Los estados hipertensivos del embarazo continúan siendo uno de los problemas obstétricos más importantes. A pesar de los grandes esfuerzos de investigación que se han realizado y que se remonta a la era prehipocrática, no se conoce su etiología ni están completamente aclarados los mecanismos fisiopatológicos implicados en su desarrollo.(2). Ellos siguen siendo la segunda causa más frecuente de muerte materna en Estados Unidos (después de las tromboembolias y contribuyen con 15% de ellas.(13)

La clasificación comúnmente más aceptada de hipertensión durante el embarazo es la del National High Blood Pressure Education Working Group de 1990 y se divide en cuatro categorías: 1.- Preeclampsia-Eclampsia; 2.- Hipertensión crónica; 3.-Hipertensión crónica con preeclampsia agregada, y 4.- Hipertensión transitoria (gestacional).(1-2-11-12-13)

Hipertensión crónica:

Se sospecha hipertensión crónica en caso de aumento de la presión arterial (con antihipertensivos o sin ellos), antes de la vigésima semana de gestación sin otras complicaciones como mola hidatiforme o hipertiroidismo. La hipertensión persistente después de la sexta semana postparto también indica hipertensión crónica.

Hipertensión crónica y preeclampsia agregada:

La hipertensión crónica con preeclampsia agregada se diagnostica en una mujer con antecedentes o signos clínicos congruentes con hipertensión crónica que posteriormente presenta preeclampsia. Quienes tienen ambos trastornos son pacientes con embarazo de riesgo especialmente alto. Cuando la hipertensión crónica se agrega a la

fisiopatología de la preeclampsia-eclampsia, se alcanzan las tasas más altas y variaciones más amplias de morbilidad y mortalidad materna y perinatal que cualquier otro trastorno hipertensivo del embarazo.

Hipertensión Gestacional:

La hipertensión gestacional o transitoria describe el estado de una embarazada con hipertensión inducida por la gestación en su segunda mitad, durante el trabajo de parto o en las primeras 24 horas del posparto y desaparece en los primeros 10 días del puerperio. La hipertensión gestacional no se acompaña de otros datos de preeclampsia (no hay proteinuria, edema central, dolor epigástrico, trombocitopenia) o enfermedad vascular hipertensiva . (1,2,11,12)

Preclampsia- Eclampsia:

Preeclampsia:

Se trata de un proceso multisistémico idiopático específico del embarazo y el puerperio. La preclampsia es un diagnóstico clínico que incluye el inicio reciente de tres procesos: 1.- hipertensión definida según el último boletín del American College of Obstetricians and Gynecologists como una presión arterial constantemente de 140/90 mmHg o mayor en una paciente antes normotensa. 2.- Proteinuria definida como más de 300 mg/24 horas o de 2 cruces o más en tira reactiva , sin infección urinaria, 3.- edema significativo que no es de partes bajas. La preeclampsia se clasifica como leve o grave. Debe hacerse diagnóstico de preeclampsia grave en mujeres con hipertensión proteinúrica de inicio reciente y una o más de las siguientes complicaciones: Síntomas de disfunción del sistema nervioso central (visión borrosa, escotomas, alteración del estado mental),síntomas de distensión de la cápsula hepática (dolor del cuadrante superior derecho abdominal o

epigástrico), aumento intenso de la presión arterial (160/110 mmHg o en dos ocasiones con al menos seis horas de diferencia) proteinuria (más de 5 grs en 24 horas), oliguria o insuficiencia renal, edema pulmonar, accidente vascular cerebral, lesión hepatocelular (cifras de transaminasas séricas de más del doble de lo normal), trombocitopenia (< de 100.000 plaquetas/mm³), coagulopatía, Síndrome de HELLP (Hemólisis, aumento de Enzimas hepáticas, Plaquetopenia). El diagnóstico de preeclampsia leve se realiza en todas aquellas mujeres con hipertensión proteinúrica (cifras tensionales que se mantienen dentro de los siguientes valores: Presión sistólica : 140- 160 mmHg; presión diastólica entre 90 y 105 mmHg; o la comprobación de un aumento mantenido sobre la presión arterial habitual conocida, de 30 mmHg de presión sistólica y de 15 mmHg de presión diastólica; en dos tomas con más de 6 horas de diferencia) y sin otros datos de la forma grave.(Todos los autores) El diagnóstico de preeclampsia debe hacerse después de las veinte semanas de gestación. La presencia de hipertensión proteinúrica antes de las veinte semanas de gestación debe hacer pensar en la posibilidad de un embarazo molar subyacente, privación de fármacos o rara vez, anomalías cromosómicas (trisomía) en el feto, o nefropatía.(1-2-12,13).

La preeclampsia, señalan algunos autores es una de las principales causas de morbimortalidad materna y perinatal en países desarrollados y en vías de desarrollo. Se estima que en algunos países de Latinoamérica el 22- 35% de las muertes maternas se asocian con preeclampsia. Esta afectación se relaciona con un elevado porcentaje de partos prematuros, niños de bajo peso para la edad gestacional y muerte perinatal en todo el mundo. Sin embargo, aún se desconoce su etiología, aunque se ha asociado a isquemia placentaria, alteraciones inmunológicas y predisposición genética. (11,14).Lo más aceptado

se refiere a que es una enfermedad de la placenta, ya que; también se ha descrito en embarazos donde hay trofoblasto pero no tejidos fetales (embarazos molares completos) (13,15). En relación al estado de vasodilatación fisiológico de la gestación normal, la preeclampsia es un estado de marcada vasoconstricción generalizada secundaria a una disfunción del endotelio vascular. Los cambios fisiopatológicos característicos consiste en aumento en la sensibilidad a los agentes presores, disfunción endotelial, aumento de la permeabilidad vascular y depósito de fibrina con activación de la cascada de la coagulación.

A nivel celular se observa lesión de células endoteliales, una relación tromboxano/prostaciclina alterada, con deficiencia relativa de esta última e implantación placentaria anormal(1-2).

Se ha designado a la lesión/ disfunción de células endoteliales como componente fisiopatológico central de la preeclampsia. La misma es una característica temprana de esta enfermedad y contribuye con la mayor parte de los cambios característicos de ella. Las células endoteliales producen sustancias vasoconstrictoras que se liberan como consecuencia de lesión vascular. La reacción de estas sustancias pudiera ser adecuada en caso de una lesión vascular, pero es inadecuada en una vasculatura intacta. Esto causa una mayor sensibilidad a la sustancias presoras circulantes, aumento de la resistencia vascular, proteinuria, edema generalizado y al final, coagulación vascular diseminada. (1-2-15,16)

Se ha señalado a las prostaglandinas, tromboxano (producida por el tejido trofoblástico) y prostaciclina (producidas por células endoteliales) en los estados hiperdinámicos de la preeclampsia, porque ejercen efectos opuestos sobre el músculo liso vascular. El tromboxano produce vasoconstricción y agregación plaquetaria, la prostaciclina causa vasodilatación e inhibe la agregación plaquetaria. En plasma, orina y líquido amniótico de embarazos

complicados con preeclampsia, se ha encontrado una inversión de la razón normal entre estos dos eicosanoides gestacionales. Por otra parte, bajo la placenta en desarrollo, ocurre invasión trofoblástica de la vasculatura decidual uterina en dos períodos, el primero entre la 10 y 16 semanas, y después una segunda invasión dentro de los vasos miometriales entre las semanas 16 y 22. Esta invasión de las arterias espirales (capa muscular) las hace dilatarse e impiden la vasoconstricción, lo que convierte así la vasculatura placentaria en un sistema de elevado flujo y baja resistencia. En embarazos destinados a presentar datos clínicos de preeclampsia-eclampsia aparentemente no ocurre el segundo período de invasión y la vasculatura placentaria permanece sin modificaciones, y por tanto reacciona más a la vasoconstricción. Otras lesiones anatomopatológicas características que se describen en pacientes con preeclampsia son hiperplasia de la media, depósito amplio de fibrina, aterosclerosis aguda, vacuolización endotelial y trombosis, estas lesiones contribuyen a la insuficiencia uteroplacentaria de la preeclampsia(1-2-3-).

Eclampsia:

La aparición de convulsión tipo gran mal en pacientes con signos y síntomas de preeclampsia sin datos de traumatismo o enfermedad neurológica, identifica a la embarazada con Eclampsia Su incidencia varía de 0,05 a 0,2 de los partos. La mortalidad materna por eclampsia va de menos 1 a casi 20% de los casos, pero afortunadamente en años recientes ha prevalecido la cifra menor de 5 %. La mortalidad perinatal está aumentada de manera similar y va de 130 a 300 por mil. (1,2,17,18).

Lopez-Llera Clasificó la eclampsia según el momento de inicio de las convulsiones:

1.- Eclampsia anteparto es aquella con convulsiones generalizadas que se inicia claramente antes del trabajo de parto en una embarazada con preeclampsia evidente. Se considera temprana si ocurre antes de las 28 semanas de gestación.

2.- Eclampsia intraparto, cuando las convulsiones empiezan después del inicio del trabajo de parto en una embarazada con preeclampsia evidente.

3.- Eclampsia postparto se caracteriza por convulsiones que aparecen durante los siete días siguientes al parto, en una paciente con hipertensión y proteinuria durante la gestación, el trabajo de parto o el período postparto.

4.-Eclampsia intercurrente se refiere a las convulsiones que aparecen en el anteparto pero que cesan y sucede suficiente mejoría clínica para permitir la continuación del embarazo durante más de siete días (19)

FACTORES PREDISPONENTES:

La comunidad médica considera que la nuliparidad es una circunstancia que incrementa el riesgo. La presión sistólica incrementada al inicio de la gestación es altamente predictiva ($p < 0,001$) del riesgo de preeclampsia (16). El incremento de la diastólica es menos valorable(13). Por otra parte la obesidad también se ha asociado con preeclampsia, ya que; un aumento ponderal del 35% incrementa cuatro veces el riesgo de presentarla (1,11,14,15,16,17,20). Se ha descrito que el antecedente de gestaciones previas disminuye el riesgo de preeclampsia ($p: 0,0536$), las mujeres con más de dos embarazos tienen una baja incidencia (1.8%). El tabaco se encuentra relacionado con preeclampsia, el riesgo es mayor en aquellas pacientes que nunca han fumado (2,13,15,16,17,21) .Las hermanas e hijas con antecedentes de preeclampsia y/o eclampsia tienen mayor riesgo. Sutherland y col. refieren un 13.8% de preeclampsia severa en mujeres cuyas hermanas habían tenido preeclampsia

severa durante el primer embarazo, comparando con la incidencia de solo 4.5% en primigestas cuyas hermanas no tenían antecedentes de preeclampsia (22).

El bajo nivel socioeconómico ha sido relacionado con preeclampsia. Sin embargo existe poca evidencia de que la pobreza propiamente dicha favorezca el desarrollo de esta patología a través de alteraciones en la nutrición o la higiene de la madre. En general el consenso se orienta a considerar que debido al bajo nivel cultural de estas mujeres realizan un escaso control prenatal lo que permite un mayor avance del cuadro preecláptico; llegando a la consulta con cuadros graves y en ocasiones terminales tanto para la madre como para el feto. (9)

En mujeres de América Latina y el Caribe existe una asociación significativa entre las características demográficas y clínicas, y el desarrollo de preeclampsia, en forma similar a lo que ocurre en mujeres Europeas y norteamericanas: (15).

En las gestantes preeclápticas hay un aumento de lípidos totales, triglicéridos, lipoproteínas de baja densidad (LDL) y lipoproteínas de muy baja densidad (VLDL). (12,23) Se ha descrito también una hiperperoxidación incontrolada lipídica (estrés oxidativo) que sería responsable de la disfunción endotelial. (24)

Se considera además, que las pacientes con gestaciones múltiples,, hipertensión crónica, diabetes insulino dependiente; tienen incrementado el riesgo de padecer una preeclampsia en la gestación actual(14)

TRATAMIENTO:

El tratamiento clínico de las pacientes con alguno de los trastornos hipertensivos del embarazo demanda del médico una revaloración continua anteparto y postparto para que la morbimortalidad materna y perinatales relacionadas con este grupo de complicaciones del

embarazo se puedan disminuir al mínimo. El nacimiento del feto con la eliminación de todo tejido placentario y decidual residual es el único tratamiento definitivo que se conoce para la preeclampsia- eclampsia: Los signos y síntomas de este trastorno específico del embarazo no son inmediatamente reversibles y el riesgo materno persiste hasta que todos los signos y síntomas del proceso patológico hayan desaparecido (4). Aunque casi todas las parturientas con preeclampsia-eclampsia se tornan normotensas y muestran datos clínicos y de laboratorio de resolución de la enfermedad en 24- 48 horas después del parto, un pequeño grupo no tiene estos datos un día o dos después del parto e inclusive pueden presentar los primeros datos de preeclampsia – eclampsia en etapas posteriores del puerperio (4-5). La presentación más frecuente de estas raras pacientes es la de una embarazada postparto que continúa con presión arterial elevada y requiere de tratamiento antihipertensivo intermitente o continuo. A menudo la diuresis persiste relativamente disminuida. Los reflejos rotulianos en algunas pacientes permanecen hiperactivos y requieren de una prolongación de la venoclisis continua de sulfato de magnesio como profilaxis de convulsiones(4). Estas pacientes siguen en riesgo de diversas complicaciones como encefalopatía hipertensiva (4,6) eclampsia postparto tardía, oliguria con insuficiencia renal postparto, insuficiencia cardiopulmonar, síndrome de HELLP en un 30 % , síndrome de dificultad respiratoria del adulto, coagulopatía intravascular diseminada, sepsis diseminada, embolia pulmonar, choque e inclusive la muerte (4,7). La identificación y el tratamiento obstétrico médico continuo óptimo de estas pacientes postparto con enfermedad persistente o tardía consideradas como un caso típico o atípico de preeclampsia-eclampsia puerperal constituye un reto y pueden superar la destreza del obstetra más reconocido. (4,5)

CONSIDERACIONES GENERALES DEL TRATAMIENTO

El objetivo del tratamiento postparto de pacientes con alguna forma grave de preeclampsia o hipertensión crónica es controlar la presión arterial, prevenir las convulsiones y evitar el daño de un órgano o varios (1).

Después del parto, la paciente debe continuar su vigilancia en la sala de recuperación durante 12 a 24 horas, lapso en el que se vigilan de manera hospitalaria los signos vitales, y los reflejos. El 25% de los casos de eclampsia se presentan en el puerperio, por ello es indispensable la observación estrecha. No se requiere restricción de sal ni la administración de diuréticos. Casi todas las pacientes muestran datos de resolución del proceso patológico en 24 horas. Algunas, sobre todo las que tienen la forma grave en el segundo trimestre y los del síndrome de HELLP requieren vigilancia intensiva durante dos a cuatro días.(2,25)

Si la paciente presenta hipertensión grave durante este lapso, se puede controlar la presión arterial con fármacos hipotensores (1,2,4) entre los cuales los más utilizados en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Central “Dr. Antonio María Pineda” Barquisimeto. Edo Lara . Venezuela. Son:

a.- Alfa Metil Dopa.: Bloqueador adrenérgico central, disminuye la resistencia periférica y aumenta el filtrado glomerular. La dosis usual es de 250 mg dos o tres veces al día hasta 500 mgrs por vía oral cada seis horas.

b.- Enalapril. Inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina (ECA), en dosis de 5 a 10 mg vía oral cada 8 ó cada 12 horas de acuerdo a las necesidades del paciente..

.c.- Nifedipina: Bloqueador de las vías del calcio, en dosis de 10 a 20 mg vía oral cada 6, cada 8 ó cada 12 horas dependiendo de las condiciones de la paciente.(26). Esta droga se ha utilizado exitosamente para acelerar algunos aspectos de la recuperación de la paciente

con preeclampsia grave. Barton y col. En un estudio doble ciego valoraron el efecto de la nifedipina en pacientes con preeclampsia antes del parto, encontrando que era eficaz para el control de la presión arterial así como para mejorar el gasto urinario en las 24 horas siguientes al parto . (1,2)

Casi todas las pacientes cursan normotensas en el momento de salir del hospital. En ellas pueden prescribirse píldoras anticonceptivas sin problemas. Unas cuantas siguen con hipertensión, ameritando el uso de antihipertensivos. Los anticonvulsivantes profiláticos no son necesarios. Se revisa la paciente a intervalos semanales, hasta que su presión arterial esta dentro de límites normales sin usar medicamentos. Si este cambio no ocurre a las seis semanas a de hacerse un estudio total de la hipertensión. (12).

III. MARCO METODOLÓGICO.

A.- TIPO DE INVESTIGACIÓN

Descriptivo. Longitudinal. Prospectivo.

B.- POBLACIÓN

Todas las pacientes primigestas que acudieron al hospital central “Dr. Antonio María Pineda” y que presentaron hipertensión arterial inducida por el embarazo en el momento del parto.

C.- MUESTRA

Se evaluaron un total de treinta (30) pacientes con las características antes mencionadas.

Criterios de inclusión:

Se incluyeron en el presente estudio las pacientes primigestas con hipertensión arterial inducida por el embarazo durante el parto, con embarazo controlado (Mínimo 4 consultas).

Criterios de Exclusión:

Se excluyeron del presente estudio las pacientes :

Múltiparas.

Embarazo no controlado

Enfermedades preexistentes:

Cardiopatía. Nefropatía. Diabetes Mellitus. Hipertensión crónica.

Enfermedades del colágeno. Hepatopatías. Hipertiroidismo. Hipertiroidismo

D.- PROCEDIMIENTO:

1. *Obtención del consentimiento del Jefe del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Central “Dr Antonio María Pineda”.*

2. *Obtención del consentimiento de las pacientes para ser incluidas en el presente estudio.*

3. *Aplicación de una encuesta a las pacientes para conocer si serán incluírían en el estudio (Anexo No 1).*

4. *Las pacientes incluidas en el estudio se evaluaron durante el puerperio inmediato en el servicio de GOIV de dicho Departamento; y al ser egresadas se siguieron semanalmente durante seis semanas, desde el punto de vista clínico y mediante exámenes de laboratorio; en la consulta de Alto Riesgo Obstétrico, y en el servicio de GOIV.*

5. *Las pacientes con complicaciones de la hipertensión arterial inducida por el embarazo , fueron referidas a consultas especializadas de acuerdo a su cuadro clínico.*

6. *A la sexta semana fueron egresadas de la consulta postnatal.*

E. MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Ver anexo 1.

F. PLAN DE FABULACIÓN Y ANÁLISIS:

Se estudiaron los datos y los resultados fueron asentados en cuadros y gráficos ; y se analizaron en base a frecuencia absoluta y porcentaje.

IV.- RESULTADOS

Cuadro N° 1

***Distribución de las pacientes hipertensas en el puerperio estudiadas según edad.
Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”. Barquisimeto. 2000.***

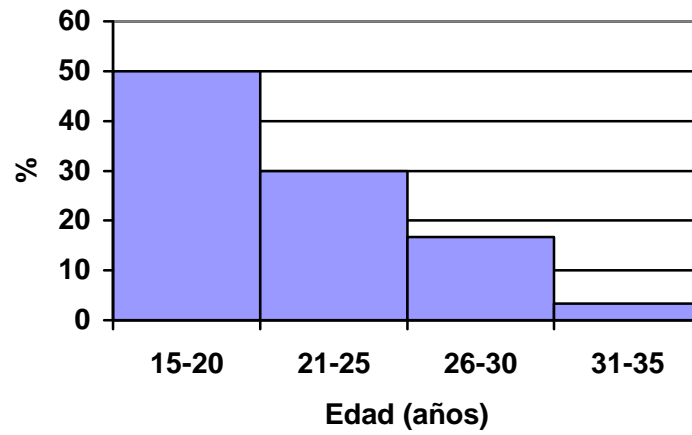
<i>Edad (años)</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
<i>15 – 20</i>	<i>15</i>	<i>50.0</i>
<i>21 – 25</i>	<i>9</i>	<i>30.0</i>
<i>26 – 30</i>	<i>5</i>	<i>17.0</i>
<i>31 – 35</i>	<i>1</i>	<i>3.0</i>
<i>TOTAL</i>	<i>30</i>	<i>100.0</i>

Fuente: Datos recolectados por el autor

En el cuadro N.1 observamos que el 80% de las pacientes estudiadas, su edad oscila entre 15 y 25 años. En el renglón de 31 a 35 años sólo se estudió 1 paciente.

Gráfico N° 1

*Distribución de las pacientes hipertensas en el puerperio según edad.
Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda". Barquisimeto. 2000*



Cuadro N° 2

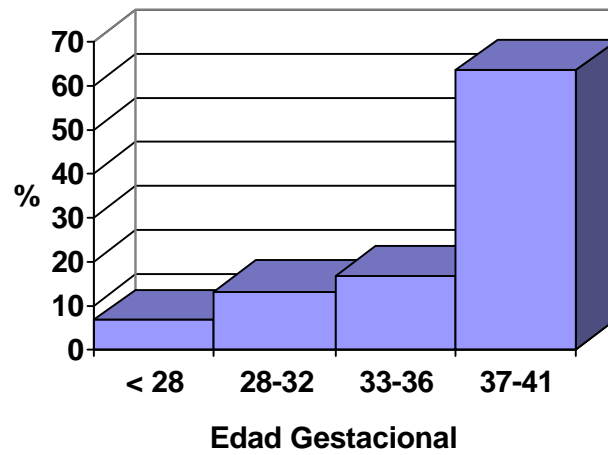
*Distribución de las pacientes según semana gestacional de aparición de la hipertensión.
Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”. Barquisimeto. 2000*

<i>Edad Gestacional (semana)</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
<i>< 28 semana</i>	<i>2</i>	<i>7.0</i>
<i>28 – 32</i>	<i>4</i>	<i>13.0</i>
<i>33 – 36</i>	<i>5</i>	<i>17.0</i>
<i>37 – 41</i>	<i>19</i>	<i>63.0</i>
<i>TOTAL</i>	<i>30</i>	<i>100.0</i>

En el presente cuadro observamos que en el 63% de las pacientes estudiadas la hipertensión arterial inducida por el embarazo se inició entre las 37 y 41 semanas de edad gestacional. Sólo en un 7% de ellas la hipertensión se inició antes de las 28 semanas.

Gráfico N° 2

*Distribución de las pacientes según semana gestacional de aparición de la hipertensión.
Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda". Barquisimeto. 2000*



Cuadro N° 3

Momento de la normalización de las cifras tensionales de las pacientes estudiadas según semana gestacional de aparición de la hipertensión. Hospital Central Universitario “Antonio María Pineda”. Barquisimeto. 2000

Normalización en semana	< 28 semanas		28 – 32 Sem		33 – 36 Sem		37 – 41 Sem		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<i>Egreso</i>	-	-	-	-	4	80.0	12	63.0	16	53.0
<i>1ª</i>	-	-	-	-	1	20.0	4	21.0	5	17.0
<i>2ª</i>	1	50.0	-	-	-	-	2	11.0	3	10.0
<i>3ª</i>	1	50.0	1	25.0	-	-	1	5.0	3	10.0
<i>4ª</i>	-	-	1	25.0	-	-	-	-	1	3.0
<i>5ª</i>	-	-	2	50.0	-	-	-	-	2	7.0
<i>6ª</i>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	2	100.0	4	100.0	5	100.0	19	100.0	30	100.0

En el cuadro N.3 se evidencia que el 53% de las pacientes estudiadas egresaron normotensas, iniciándose su cuadro de hipertensión arterial inducida por el embarazo entre las 33 y 41 semanas de edad gestacional. El 100% de las pacientes cuyo cuadro hipertensivo apareció antes de las 28 semanas de edad gestacional lograron la normalización de sus cifras tensionales entre la segunda y tercera semana de puerperio.

Cuadro N° 4

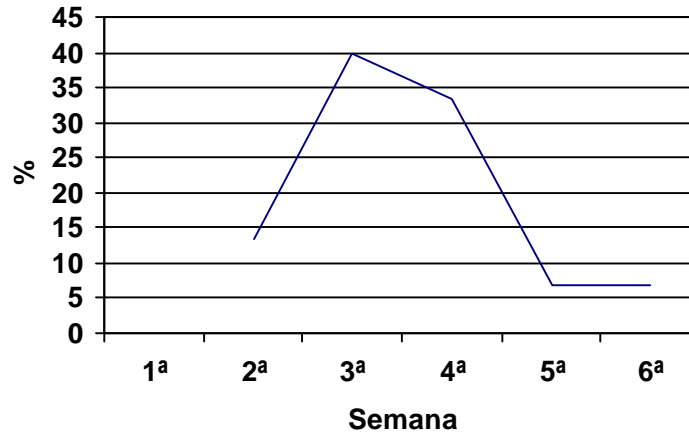
Momento de la normalización de la Proteinuria en las pacientes estudiadas. Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”. Barquisimeto. 2000.

<i>Semana</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
<i>1ª</i>	-	-
<i>2ª</i>	4	13.0
<i>3ª</i>	12	40.0
<i>4ª</i>	10	33.0
<i>5ª</i>	2	7.0
<i>6ª</i>	2	7.0
<i>TOTAL</i>	30	100.0

En el presente cuadro se muestra que la proteinuria se normalizó entre la segunda y tercera semana de puerperio en el 53% de las pacientes estudiadas y en un 14% se normalizó entre la quinta y sexta semana de puerperio.

Gráfico N° 4

Momento de la normalización de la Proteinuria en las pacientes estudiadas. Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda". Barquisimeto. 2000.



Cuadro N° 5

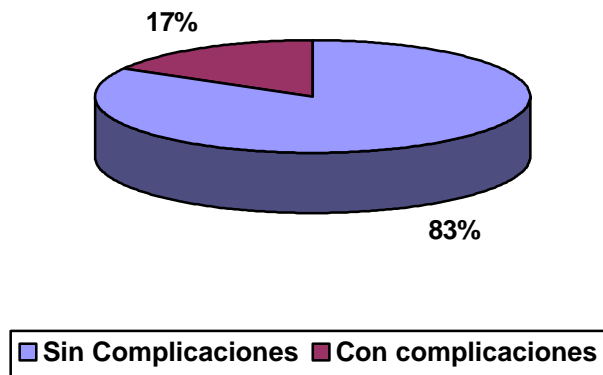
Presencia o no de complicaciones durante el puerperio en las pacientes con hipertensión arterial inducida en el embarazo. Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”. Barquisimeto. 2000.

<i>Embarazo</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
<i>Sin Complicaciones</i>	<i>25</i>	<i>83.0</i>
<i>Con Complicaciones</i>	<i>5</i>	<i>17.0</i>
<i>Hiperuricemia</i>	<i>1</i>	
<i>Edema de retina</i>	<i>1</i>	
<i>Absceso de pared</i>	<i>3</i>	
<i>TOTAL</i>	<i>30</i>	<i>100.0</i>

En cuadro N.5 nos muestra que el 83% de las pacientes estudiadas no presentaron complicaciones durante su puerperio. Sólo 5 pacientes (17%) presentaron complicaciones.

Gráfico N° 5

Presencia o no de complicaciones durante el puerperio en las pacientes con hipertensión arterial inducida en el embarazo. Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”. Barquisimeto. 2000.



Cuadro N° 6

**Complicación de la Hipertensión arterial inducida por el embarazo durante la gestación según semana de aparición
Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”. Barquisimeto. 2000.**

Edad Gestacional (semana)	Con Complicación		Sin complicación		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
< 28 semana	1	50.0	1	4.0	2	7.0
28 – 32	1	50.0	3	11.0	4	13.0
33 – 36	-	-	5	18.0	5	17.0
37 – 41	-	-	19	68.0	19	63.0
TOTAL	2	100.0	28	100.0	30	100.0

Del total de las pacientes estudiadas el 7% de ellas presentaron complicaciones durante su embarazo, observando que en estas ,el cuadro hipertensivo se inició antes de las 32 semanas de edad gestacional.

Cuadro N° 7

*Resultado perinatal según semana gestacional de aparición de la hipertensión.
Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”. Barquisimeto. 2000.*

<i>Edad Gestacional (semana)</i>	<i>Vivo</i>		<i>Muerto</i>		<i>TOTAL</i>	
	<i>N°</i>	<i>%</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
<i>< 28 semana</i>	<i>2</i>	<i>7.1</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>2</i>	<i>7.0</i>
<i>28 – 32</i>	<i>2</i>	<i>7.1</i>	<i>2</i>	<i>100.0</i>	<i>4</i>	<i>13.0</i>
<i>33 – 36</i>	<i>5</i>	<i>17.9</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>5</i>	<i>17.0</i>
<i>37 – 41</i>	<i>19</i>	<i>67.9</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>19</i>	<i>63.0</i>
<i>TOTAL</i>	<i>28</i>	<i>100.0</i>	<i>2</i>	<i>100.0</i>	<i>30</i>	<i>100.0</i>

En el presente cuadro se muestra que un 7 % de las pacientes estudiadas presentó un resultado perinatal insatisfactorio. (una muerte intrauterina y una muerte neonatal precoz).

Cuadro N° 8

Hipercolesterolemia diagnosticada durante el puerperio. Hospital Central Universitario “Antonio María Pineda”. Barquisimeto. 2000.

<i>Hipercolesterolemia</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
<i>↓ HDL ↑ LDL</i>	<i>15</i>	<i>50.0</i>
<i>No consignados</i>	<i>15</i>	<i>50.0</i>
<i>TOTAL</i>	<i>30</i>	<i>100.0</i>

En el presente cuadro observamos que el 100% de los pacientes que consignaron el perfil lipídico durante el puerperio presentaron hipercolesterolemia a expensas de la lipoproteína de baja densidad (LDL).

Se evaluó una paciente con Síndrome de HELLP el cual se presentó a las 29 semanas de edad gestacional , evidenciándose en ella la remisión total de su cuadro clínico a la cuarta semana de puerperio.

V.- DISCUSIÓN

Se revisó la literatura Local, Nacional y mundial, y durante la última década no se encontraron publicadas investigaciones similares a la presente, que permitieran cotejar los resultados del mismo .

Según Conde y col. la preeclampsia, es una de las principales causas de morbimortalidad materna y perinatal en países en desarrollo y en vías de desarrollo. Se estima que en algunos países de Latinoamérica el 22-35% de las muertes maternas se asocia con preeclampsia(15) . Reportes similares se observaron en el Hospital central Dr. Antonio María Pineda”. Barquisimeto. Edo Lara. Venezuela, en donde el 22% de las muertes maternas para el año 2000 ocurrieron por complicaciones de la hipertensión arterial inducida por el embarazo.

Cabero y Cararach, realizaron estudios epidemiológicos y reportan que la preeclampsia se incrementa en mujeres menores de 21 años. En el presente estudio el 80% de las pacientes evaluadas sus edades oscilaban entre 15 y 25 años de edad (16).

Según Magann y col infrecuentemente la preeclampsia severa y la eclampsia con o sin síndrome de HELLP persiste por más de 24 a 48 horas de período postparto y la morbimortalidad se incrementa en las mujeres en las cuales no ocurre la resolución de la hipertensión, del flujo urinario, y del descenso del conteo plaquetario entre las 72 y 96 horas de puerperio.(16).

Barton y col., describen en su capítulo titulado Tratamiento de la preeclampsia leve :

“Casi todas las pacientes muestran datos de resolución del proceso patológico en 24 horas. Algunas, sobre todo las que tienen la forma grave en el segundo trimestre y las del síndrome de HELLP, requieren vigilancia intensiva durante dos a cuatro días”(11).

En el presente estudio el 47% de las pacientes evaluadas egresaron hipertensas, observándose complicaciones en sólo el 7% de ellas, las cuales fueron resueltas antes de la sexta semana de puerperio. Sólo se evaluó una paciente con Síndrome de HELLP en la cual hubo una remisión total tanto de sus cifras tensionales como de los parámetros de laboratorio a la cuarta semana de puerperio. Es importante destacar que el total de las pacientes cuyo cuadro hipertensivo se presentó antes de las 28 semanas de edad gestacional lograron la normalización de sus cifras tensionales entre la tercera y la cuarta semana de puerperio. Por otro lado la totalidad de las pacientes que presentaron complicación de la hipertensión arterial inducida por el embarazo durante su gestación, la misma se inició antes de las 32 semanas, no logrando un resultado perinatal satisfactorio (una muerte intrauterina y una muerte neonatal precoz).

Wang y col. reportan que la presencia de niveles elevados de apolipoproteína (Proteína transportadora de lipoproteínas) podría resultar útil como marcador para distinguir a las mujeres con preeclampsia de aquellas con embarazo normal (23). En el presente estudio se evidencia que el 100 % de las pacientes que consignaron el perfil lipídico presentaban hipercolesterolemia a expensas de la Lipoproteína de Baja densidad (LDL).

Es importante que trabajos como el presente se realicen y se publiquen para obtener una información más precisa sobre el comportamiento de la hipertensión arterial inducida por el embarazo y así brindarle a nuestras pacientes una atención integral, oportuna y eficaz, haciendo énfasis en la PREVENCIÓN; objetivo fundamental de nuestra profesión.

VI.- CONCLUSIONES

1.- *La hipertensión Arterial inducida por el embarazo se presenta con mayor frecuencia en primigestas jóvenes (< de 25 años) y en etapa cercana al término del embarazo.*

2.-*Cuanto más precoz se inicia el cuadro hipertensivo ,mayor es el riesgo de que aparezcan complicaciones durante el embarazo y que se prolongue la hipertensión en el puerperio.*

3.- *La mayoría de las pacientes con hipertensión arterial inducida por el embarazo egresan normotensas*

4.- *La normalización de los parámetros bioquímicos de la Hipertensión Arterial Inducida por el Embarazo ocurre en la mayoría de las pacientes antes de la cuarta semana de puerperio .*

5.- *Todas las pacientes estudiadas concluyeron su período puerperal con remisión total de sus cifras tensionales y de los parámetros bioquímicos.*

6.- *Todas las pacientes incluidas en el estudio presentaron un **ADECUADO CONTROL PRENATAL** por lo que se pudo detectar en forma precoz la hipertensión arterial inducida por el embarazo logrando un tratamiento oportuno, minimizando la morbimortalidad materna y perinatal.*

VII.-RECOMENDACIONES

1.- *Un adecuado control prenatal, iniciando todas las medidas de prevención primaria y diagnóstico precoz en pacientes con factores de riesgo para desarrollar hipertensión arterial inducida por el embarazo.*

2.- *Seguimiento riguroso a las pacientes con hipertensión arterial inducida por el embarazo que incluya parámetros clínicos, bioquímicos y pruebas de bienestar fetal , con el objetivo de detectar de manera temprana cualquier complicación tanto materna como fetal ; para actuar de manera oportuna y eficaz oportuno, logrando la feliz culminación del embarazo ; objetivo de todo obstetra.*

3.- *Brindarle a la paciente orientación al momento de su egreso, para que ella participe activamente y de manera adecuada en su tratamiento, logrando así la remisión total de su patología durante el período puerperal sin complicación alguna.*

4.- *Reactivación de la consulta Postnatal en las pacientes con hipertensión arterial inducida por el embarazo en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Central “ Dr. Antonio María Pineda para brindarles a estas pacientes una optima atención y la detección precoz de cualquier complicación de esta patología durante el puerperio*

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. EVERETT, F. et al. *Hipertensión de inicio reciente en la Embarazada. Clínicas de Ginecología y Obstetricia. Temas Actuales. INTERAMERICANA. McGRAW-HILL: México. (1): 147-60.1995.*
2. LLUIS, C. *Riesgo Elevado Obstétrico. Barcelona. España. MASSON S,A. 1996. 131-58.*
3. ARIAS; F. *Guía práctica para el embarazo y el parto de Alto Riesgo. 2da Edición. Barcelona. España. HARCOURT BRACE. 1997: 185-209.*
4. EVERETT, F. et al. *Preeclampsia-Eclampsia Postparto Complicada. Clínicas de Ginecología y Obstetricia. Temas Actuales. INTERAMERICANA: McGRAWHILL. México (2): 315-331. 1995.*
5. Li, X. et al. *The postpartum period: The key to maternal mortality. Int-J-Gynecol-Obstet. Jul:54 (1): 1-10. 1996.*
6. ROJAS, P. Et al. *HELLP Syndrome. Critical State. Current Concepts. Gynecol-Obstet- Mex. Feb: 64-72.1996.*
7. WITLIN, A. et al. *Cerebrovascular disorders complicating pregnancy beyond eclampsia. Am-J-Obstet-Gynecol. Jun; 176 (6): 1139-45.1997.*
8. FIORELLI, S. Y ALFARO, H. *Complicaciones Médicas en el Embarazo. México. McGRAWHILL INTERAMERICANA. 1996. 70-80.*
9. VILLAR, M. Et al. *Clinical Significance of elevated mean arterial blood pressure in second trimester and threshold in crease in systolic or diastolic blood pressure during third trimester. Am J Obstet Gynecol. 160: 419-23.1989.*
10. *Servicio de Epidemiología del Hospital Central "Dr. Antonio María Pineda". Barquisimeto. Edo Lara. Venezuela Enero.2001.*

11. CARRILLO, B. *Et al. Hipertensión en el Embarazo. Acta Ginecológica LV: 85-90, Ref.: 9, 1998.*
12. USANDIZAGA; J. *et al. Tratado de Obstetricia y ginecología. Vol I. España. McGRAWHILL INTERAMERICANA 1988.:381-397.*
13. CLINICAS OBSTETRICIAS Y GINECOLÓGICAS. McGRAW-HILL INTERAMERICANA.
14. [www.siiic. salud.com](http://www.siiic.salud.com). *Factores Maternos y Fetales en el desarrollo de la preeclampsia. Estudio poblacional. British Medical Journal 316: 1347, 1998.*
15. CONDE, A. *et al. Factores de riesgo de preeclampsia en mujeres Latinoamericanas y Caribeñas. British Journal Obstetrics & Gynecology 107 (1): 75-83,2000- SIIC.*
16. CABERO, R. Y CARARACH, R. *Curso Intensivo de formación continuada en salud materno-fetal. Editorial ATEPROCA. Caracas. Venezuela 2000.: 46-74.*
17. CONDE, A. *et al. Definen factores de riesgo de preeclampsia complicada. Obstetric and Gynecology 90: 172-175, 1997- SNC.*
18. SIBAI, B. *Et al. Prevention of preeclampsia-eclampsia. In chelsey's hypertensive disorders in pregnancy,. 2nd ed. Obstet Gynecol. 1981; 57: 199-202.*
19. LOPEZ-LIERA M. *MaIN CLINICAL TYPES AND SUBTYPES OF ECLAMPSIA. Am J. Obstet Gynecol 166:4, 1992.*
20. WEINER, R. *Antithrombine III Activity in Woman with hypertension in pregnancy. Am J. Obstet Gynecol. 65:301-5.1985.*
21. [www.siiic. salud.com](http://www.siiic.salud.com). *Hábito de fumar, preeclampsia y embarazo gemelar. British Journal Obstetrics & Gynecology, 107 (6): 745-749, Ref.: 22, 2000- SIIC.*
22. SUTHERLAND, A. *et al. The incidence of severe preeclamptic and controls. Am J. Obstet Gynecol. 88: 785-91.1981.*

23. Wang, J. et al . *Hallan marcador bioquímico de la preeclampsia. Am J. Obstet Gynecol* 178: 146-149, Ref.: 17, 1988.
24. Arbogast, J. et al *The hyperlipidemia of pregnancy in normal and complicated . Am J. Obstet Gynecol.* 182 (3): 589-594, 2000- SIIC.
25. MAGANN EF, et al. *Complicated postpartum oreclampsia-eclampsia. Obstet Gynecol Clin North Am.* 22: 337-56. 1995.
26. *PAUTAS DEL DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA: Hospital Central “Dr. Antonio María Pineda”. Barquisimeto. Edo Lara. Venezuela. 2001.*

ANEXOS