



INVESTIGACIÓN ORIGINAL

DOI: <http://dx.doi.org/10.18597/rcog.3075>

MANEJO EXPECTANTE EN PREECLAMPSIA NO SEVERA, RESULTADOS OBSTÉTRICOS Y PERINATALES EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD, NEIVA, COLOMBIA

Expectant management in non-severe pre-eclampsia, obstetric and perinatal outcomes in a high complexity hospital in Neiva (Colombia)

Yuly Natalia Guzmán-Yara, MD¹; Edgardo Parra-Amaya, MD²; Julián David Javela-Rugeles, MD³; Juan Camilo Barrios-Torres, MD⁴; Carlos Montalvo-Arce, MD⁵; Héctor Leonardo Perdomo-Sandoval, MD⁶

Recibido: septiembre 13/17 – Aceptado: agosto 27/18

RESUMEN

Objetivo: determinar la incidencia de preeclampsia no severa e identificar los resultados maternos y perinatales en pacientes a quienes se les realizó manejo expectante como conducta inicial.

Materiales y métodos: estudio de cohorte histórica, en gestantes con preeclampsia no severa que fueron atendidas en una institución pública de referencia de alta complejidad entre junio de 2015 y mayo de 2016. Se realizó muestreo por conveniencia. Se midieron las características socio-demográficas, clínicas y paraclínicas, los desenlaces

maternos y perinatales; se determina la razón de incidencia de preeclampsia no severa y se realiza análisis descriptivo.

Resultados: la razón de incidencia de preeclampsia no severa fue del 3%. Ingresaron a la cohorte 86 gestantes, con media de edad de 28 años (DE \pm 8,1). La media de edad gestacional al momento del diagnóstico fue 29 semanas (DE \pm 3,1). El 47,7% de las gestantes con diagnóstico inicial de preeclampsia sin características de severidad presentó conversión a preeclampsia severa y 27 recién nacidos presentaron al menos una complicación, la más frecuente fue el ingreso a Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal en un 27,9%.

Conclusión: la principal complicación materna en pacientes con preeclampsia no severa es el paso a preeclampsia severa en alrededor de la mitad de las pacientes y complicaciones perinatales en cerca de un tercio de las gestantes, por lo que se requiere un estricto control de la pacientes con preeclampsia no severa y manejo expectante.

Palabras clave: complicaciones del embarazo, preeclampsia, manejo de la enfermedad, atención perinatal.

- 1 Médica residente de Ginecología y Obstetricia, Universidad Surcolombiana, Neiva (Colombia). yunagu1223@gmail.com
- 2 Médico residente de Ginecología y Obstetricia, Universidad Surcolombiana, Neiva (Colombia). edpaam80@gmail.com
- 3 Médico investigador en Servicio Social Obligatorio, Universidad Surcolombiana, Neiva (Colombia). julianjavela@hotmail.com
- 4 Médico investigador en Servicio Social Obligatorio, Universidad Surcolombiana, Neiva (Colombia). juancabarto@gmail.com
- 5 Médico epidemiólogo y salubrista, profesor auxiliar, programa de medicina, Universidad Surcolombiana, Neiva (Colombia). carlos.montalvo@usco.edu.co
- 6 Médico ginecoobstetra, con entrenamiento en medicina crítica y cuidado intensivo. Profesor vinculado al programa de posgrado de Ginecología y Obstetricia, Universidad Surcolombiana, Neiva (Colombia). hlperdomo@hotmail.com

ABSTRACT

Objective: To determine the incidence of preeclampsia and identify maternal and perinatal outcomes in patients with initial expectant management.

Materials and methods: Study of a historical cohort of pregnant women with non-severe preeclampsia receiving care at a public referral institution for highly complex patients, between June 2015 and May 2016. Convenience sampling was conducted. The socio-demographic, clinical and paraclinical characteristics were measured, in addition to maternal and perinatal outcomes; the incidence of non-severe preeclampsia was established, and a descriptive analysis was conducted.

Results: The incidence rate ratio of non-severe preeclampsia was 3%. 86 pregnant women with a mean age of 28 years ($SD \pm 8.1$) were included in the cohort. The mean gestational age at the time of diagnosis was 29 weeks ($SD \pm 3.1$). 47.7% of the pregnant women with an initial diagnosis of non-severe preeclampsia converted to severe preeclampsia and 27 neonates experienced at least one complication, the most frequent being admission to the Neonatal Intensive Care Unit (27.9%).

Conclusion: the major maternal complication in patients with non-severe preeclampsia was transition to severe preeclampsia identified in around half of the patients, and perinatal complications in around one third of the pregnant mothers. Therefore, a strict control of the patients with non-severe preeclampsia and expectant management is required.

Key words: Pregnancy complications, preeclampsia, disease management, perinatal care.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos hipertensivos del embarazo son un grupo de patologías que se expresan durante la gestación, con frecuencia relativamente alta, y que implican riesgo inminente en la pérdida del estado de salud materno y el adecuado desarrollo y vitalidad fetal, se clasifican en hipertensión gestacional,

preeclampsia (PE), hipertensión crónica e hipertensión crónica con preeclampsia sobreadregada. Los trastornos hipertensivos tienen una incidencia que varía entre el 5 y el 10 % (1). La preeclampsia es la más frecuente con una incidencia que oscila entre el 2 y el 8 % (2). Esta se subdivide en preeclampsia no severa (PENS), que se presenta en aproximadamente el 60 a 70 % de los casos; preeclampsia severa (PES) y eclampsia (3). La preeclampsia incrementa la morbimortalidad materna y perinatal (1, 2).

El diagnóstico de preeclampsia se realiza con los siguientes criterios: 1) aparición en gestantes de más de 20 semanas, con valores de tensión previamente normales, y valores de tensión arterial sistólica mayores o iguales a 140 mm/Hg, o diastólica mayores o iguales a 90 mm/Hg, tomadas en dos ocasiones con una diferencia de por lo menos 4 horas; 2) proteinuria mayor o igual a 300 mg en 24 horas, o relación proteína/creatinina en una muestra urinaria mayor o igual a 0,3 mg/dL, o por lo menos una cruz presente de medición de proteínas en tiras reactivas. La preeclampsia severa se diagnostica cuando se encuentran valores de tensión arterial sistólica mayores o iguales a 160 mm/Hg y diastólica mayores o iguales a 110 mm/Hg en dos ocasiones, separadas por lo menos por 4 horas con la paciente en reposo (excepto si la terapia antihipertensiva se inicia antes de este período de tiempo) o compromiso de órgano blanco evidenciado por: trombocitopenia (plaquetas $< 100.000/mL$); disfunción renal (creatinina $> 1,1$ md/dL o que doble su concentración sérica en ausencia de otra causa); lesión hepática (elevación de enzimas hepáticas al doble de la concentración normal); edema pulmonar o presencia de síntomas visuales o de lesión cerebral (3). El diagnóstico de PE no severa se establece con el cumplimiento de los criterios de preeclampsia y en ausencia de condiciones de severidad.

El manejo de la preeclampsia depende de la edad gestacional al diagnóstico, la presencia de signos y síntomas de severidad y el estado de salud del binomio materno-fetal. En la PE no severa el manejo puede ser expectante, el cual comprende: aceptación por

parte de la gestante después de la explicación de los riesgos y beneficios por parte del médico tratante de este tipo de manejo, hospitalización, monitorización clínica materno-fetal estricta, pruebas de laboratorio y de bienestar fetal periódicas y finalización de la gestación al cumplimiento de las 37 semanas. La suspensión del manejo expectante de la preeclampsia no severa se indica cuando se presenta: identificación de signos de PES, inicio espontáneo de trabajo de parto o ruptura prematura de membranas, el desarrollo de abrupcio de placenta, oligohidramnios, restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) severo y pruebas fetales alteradas (4, 5). La identificación de PES indica la finalización en forma inmediata de la gestación.

Diferentes estudios han evaluado los resultados obstétricos y perinatales en gestantes con el manejo expectante de la PE no severa a fin de dar claridad sobre la conducta más adecuada frente a estas pacientes. En el estudio HYPITAT I se compararon pacientes con inducción de trabajo de parto frente a manejo expectante en embarazos cercanos al término y a término, sin evidenciar diferencia en los resultados neonatales entre estos grupos (6); en el estudio HYPITAT II se compararon grupos de pacientes con trastornos hipertensivos no severos desde la semana 34 hasta la semana 37 de gestación; en el primer grupo las gestantes se inducían y el otro grupo recibía manejo expectante, en el primero las tasas de complicaciones neonatales fueron mayores, por tanto se evidenciaron las probables ventajas del manejo expectante. Asimismo, concluyen que la estrategia del tratamiento expectante podría tener beneficios hasta determinar una complicación materna o fetal (7).

Al revisar las complicaciones maternas del manejo expectante en preeclampsia se ha descrito la aparición de hipertensión severa del 10-15 %, eclampsia del 0,2-0,5 %, síndrome HELLP del 1-2 %, abrupcio de placenta del 0,5-2 %, y edema pulmonar en menos de 1 % de la población (4, 8). Dado que la principal causa de morbimortalidad

materna en Colombia es la PE, es importante describir el curso clínico y el pronóstico de la preeclampsia no severa localmente. Por tanto, este estudio tiene como objetivo describir la incidencia de complicaciones maternas y perinatales en gestantes con PENS a quienes se les realizó manejo expectante como conducta inicial.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño y población. Cohorte histórica de mujeres gestantes con diagnóstico de PE no severa con embarazos únicos entre las semanas 20 1/7 días y 36 6/7 días, atendidas por el servicio de obstetricia del Hospital Universitario “Hernando Moncaleano Perdomo” de Neiva, institución pública de referencia que atiende pacientes pertenecientes al aseguramiento contributivo y al aseguramiento subsidiado por el Estado, en el sistema de seguridad social en Colombia, en el periodo comprendido entre el 01 junio de 2015 y 31 mayo de 2016, en quienes se les realizó manejo expectante hospitalizadas y se finalizó su gestación durante dicha hospitalización. Los criterios diagnósticos de PENS son: gestante mayor de 20 semanas con valores tensionales previamente normales y valores de PAS entre 140 a 159 mm/Hg o PAD entre 90 a 109 mm/Hg, tomados en dos ocasiones con una diferencia de por lo menos 4 horas; proteinuria mayor o igual a 300 mg en 24 horas o relación proteína/creatinina en muestra urinaria mayor o igual a 0,3 mg/dL, o por lo menos una cruz de proteínas en tiras reactivas de muestra aislada de orina; sin compromiso de órgano blanco. Se excluyeron las pacientes con diagnóstico de gestación múltiple, anomalías congénitas, y con comorbilidades médicas como hipertensión arterial crónica, diabetes y enfermedades autoinmunes. Se realizó muestreo no probabilístico por conveniencia de todas las gestantes que presentaban PE no severa.

Procedimiento. Se realizó una búsqueda de las pacientes ingresadas a la institución con alguno de los diagnósticos CIE-10 relacionados con trastornos hipertensivos (O120, O121, O122, O13X, O140,

O141, O149, O150, O151, O159 y O16X). Posteriormente se buscaron las historias clínicas de las pacientes con estos diagnósticos y se verificaron los criterios de inclusión y exclusión. A continuación, se extrajo la información sociodemográfica y clínica en un instrumento destinado para su recolección. Se recopiló la información al momento del ingreso a la institución y según las variables evaluadas en relación con la búsqueda de posibles desenlaces adversos maternos y fetales hasta el momento de la finalización de la gestación. De igual manera, se realizó la revisión de la historia clínica de los recién nacidos hasta su egreso o durante los primeros siete días para aquellos que requirieron hospitalización durante su etapa neonatal. Para el cálculo de la razón de incidencia se tuvo en cuenta el dato de los nacidos vivos atendidos en la institución durante el periodo de observación, el dato fue proporcionado por la oficina de epidemiología del Hospital Universitario “Hernando Moncaleano Perdomo” de Neiva, a partir de los registros institucionales de la base RUAF-ND (Registro único de afiliados – Módulo nacimientos y defunciones) de los certificados de nacido vivo.

Se tuvieron en cuenta las siguientes variables: sociodemográficas: edad materna, procedencia, etnia y régimen de seguridad social; clínicas maternas: índice de masa corporal (IMC), tensión arterial (TA) al momento del diagnóstico de preeclampsia no severa y al finalizar la gestación, edad gestacional al momento del diagnóstico de preeclampsia no severa y al finalizar la gestación; paraclínicas: proteinuria, creatinina, plaquetas, deshidrogenasa láctica, transaminasas (al momento del diagnóstico de preeclampsia no severa y al finalizar la gestación). Se midió el tiempo transcurrido entre el momento de la realización del diagnóstico de PENS y la finalización del embarazo. Como desenlaces maternos se midieron: desarrollo de preeclampsia severa, eclampsia, síndrome HELLP, abruptio de placenta, síndrome de encefalopatía posterior reversible, accidente cerebrovascular y muerte materna; estas

variables se observaron hasta el egreso hospitalario. Los resultados perinatales por considerar fueron: ingreso a Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal (UCIN), bajo peso al nacer, RCIU, Apgar bajo a los 5 minutos y muerte perinatal (muerte entre las 22 semanas de gestación o 500 g de peso, y muerte en los primeros siete días neonatales).

Análisis estadístico. Se analizaron frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas, y cálculo de medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas.

Se calculó la razón de incidencia acumulada general de PENS en el periodo de observación y según edad gestacional a término (37 a 40 semanas 6 días) y pretérmino (menor de 37 semanas), con base en las siguientes fórmulas:

- Razón de incidencia acumulada general de PE no severa = $\frac{\text{Total de casos de PE no severa}}{\text{Total de nacidos vivos en el periodo}}$.
- Incidencia acumulada específica de PENS en gestaciones a término = $\frac{\text{Total de casos de PENS con finalización a término de la gestación}}{\text{Total de nacidos vivos en gestaciones a término}}$.
- Incidencia acumulada específica de PENS en gestaciones pretérmino = $\frac{\text{Total de casos de PENS con finalización pretérmino de la gestación}}{\text{Total de nacidos vivos en gestaciones pretérmino}}$.

También se midió la frecuencia de complicaciones maternas, fetales y perinatales en la cohorte de mujeres con PENS. El análisis de la información se realizó utilizando el *software* Excel 2010 y Epidat 3.1.

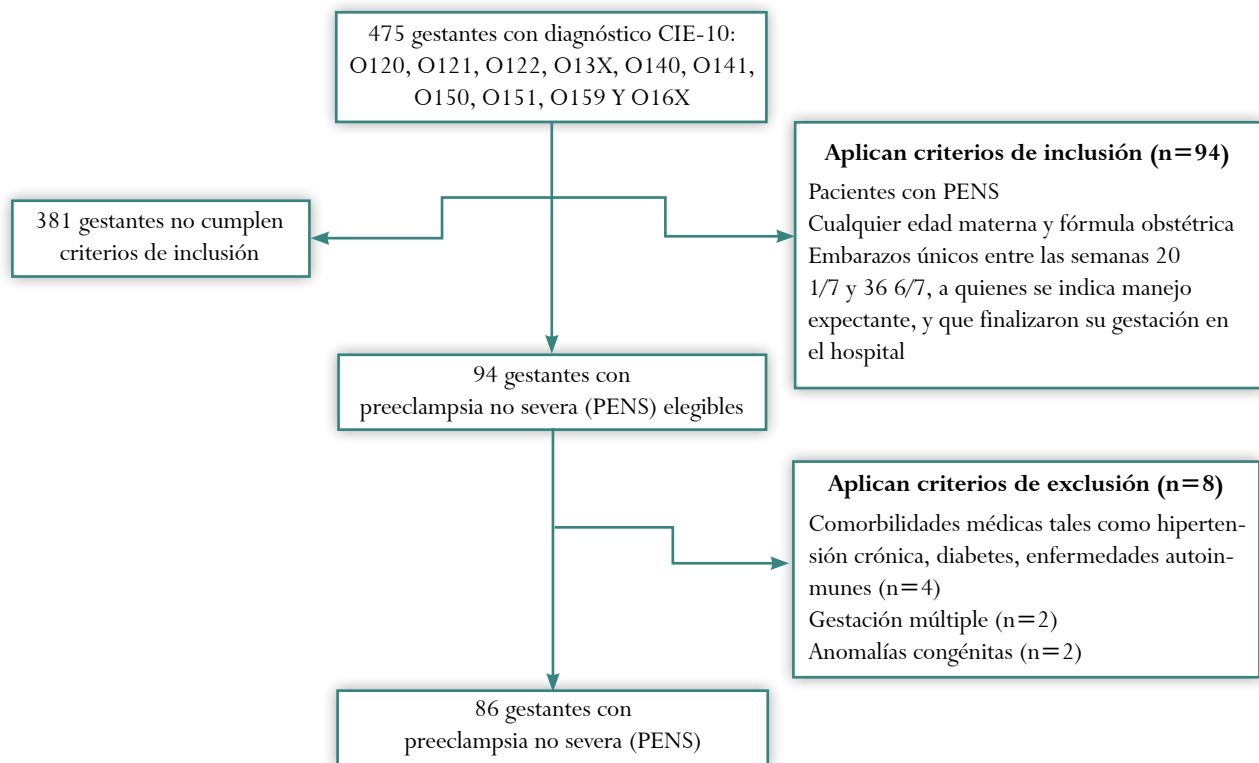
Aspectos éticos. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética Médica del Hospital Universitario “Hernando Moncaleano Perdomo” de Neiva, Colombia.

RESULTADOS

Se identificaron 475 gestantes con diagnósticos CIE-10 relacionados con trastornos hipertensivos

Figura 1.

Flujograma de criterios de inclusión y exclusión de pacientes con PENS



del embarazo; en la revisión de historias clínicas, 86 cumplieron con los criterios de inclusión/exclusión (figura 1), 42 fueron producto de embarazos pretérmino y 44 a término.

El número de nacidos vivos totales en el hospital Universitario durante el periodo de estudio fue 2.932, de los cuales 2.568 (87,6 %) fueron producto de gestaciones a término y 364 (12,4 %) fueron recién nacidos pretérmino. La incidencia acumulada (gestantes con PNS/nacidos vivos) general fue de 3,03 % (89/2932), la incidencia a término de 1,7 % (44/2568), y de 11,5 % (42/364) para los pretérmino.

Las gestantes con PENS identificadas presentaron una media de 27 años de edad, (desviación estándar $DE \pm 8,1$ años). Las pacientes estudiadas en su mayoría (39,5 %) fueron primigestantes, mientras 16,3 %

eran grandes multíparas (4 o más gestaciones). En cuanto al antecedente personal de la enfermedad, el 60,5 % de las pacientes no presentaban antecedente de preeclampsia. La media de la edad gestacional al momento del diagnóstico fue 33,6 semanas ($DE \pm 3,1$ semanas). El 62,8 % de las pacientes se encontraban por encima de las 34 semanas al momento del diagnóstico, consideradas como preeclampsia de inicio tardío. Una paciente (1,2 %) de nuestra revisión pertenecía a una etnia indígena y procedía del municipio de Iquira; presentó crisis hipertensiva, ingreso a UCI obstétrica y su neonato requirió UCI neonatal (tabla 1). Las variables clínicas al ingreso y al egreso de las pacientes estudiadas se presentan en la tabla 2.

En 44 pacientes (51,2 %) se finalizó la gestación a las 37 o más semanas alcanzando el término; en 34 pacientes (39,5 %) la gestación terminó entre las 34

Tabla 1.
Características sociodemográficas al ingreso de las gestantes con preeclampsia no severa en el Hospital Universitario “Hernando Moncaleano Perdomo” de Neiva, Colombia, 2015-2016

Variable		N = 86	%
Edad	De 18 a 34 años	54	62,8
	Mayores de 34 años	17	19,8
	Menor de 18 años	15	17,4
Procedencia-Área	Rural	22	25,6
	Urbano	64	74,4
Régimen de Seguridad Social	Subsidiado	69	80,2
	Contributivo	7	8,1
	Especial	7	8,1
	Excepción	3	3,5

y 36,6 semanas, y en 8 pacientes (9,3%) se finalizó antes de las 34 semanas. La edad gestacional media de la finalización de la gestación fue de 36,1 semanas (DE \pm 12 días). La vía de finalización del embarazo en su gran mayoría fue por cesárea (79,1%) y 18 pacientes (20,9%) tuvieron parto vaginal eutócico, en ningún caso se requirió instrumentación del parto. El tiempo promedio entre el ingreso y la finalización del embarazo fue de 17 días (DE \pm 21 días); en 39/86 (45,4%) se evidenció una latencia menor de 7 días, en 22/86 (25,6%) de 8 a 14 días; en 5/86 (5,8%) de 15 a 21; de 22 a 28 días en 4,7%, y en 16/86 (18,6%) pacientes se prolongó el embarazo por más de 28 días.

Respecto a las complicaciones maternas, se presentó PES en 41 gestantes (48 %); en 24 de estas (58,5%) en los primeros 7 días, en 19,5% (8/41) entre 8 y 21 días, y en más de 3 semanas en 9 de las 41 pacientes (22%). Las principales causas de PES fueron: crisis hipertensiva en 27 de 41 pacientes (65,9%), eclampsia en 2 (2,4%), síntomas premonitorios de eclampsia en 13 pacientes (31 %), síndrome HELLP en 3 (3,5%), compromiso hepático en 5 pacientes (14,6%), compromiso renal y trombocitopenia en 2 pacientes (2,4%). No se

presentaron casos de abruptio de placenta, síndrome de encefalopatía posterior reversible, accidente cerebrovascular o muerte materna.

Los resultados perinatales se caracterizaron por alto porcentaje de recién nacidos con peso normal para la edad gestacional (90,7%), Apgar mayor de 7 a los 5 minutos (98,8%). Los resultados adversos fueron observados en 27 gestantes (31%); se requirió ingreso a la Unidad de cuidado intensivo neonatal en 24 recién nacidos, principalmente por peso menor a 2.500 g en 17 pacientes. Se presentó diagnóstico de RCIU en 4 pacientes (4,8%), y de estas 3 (3,5%) fueron diagnosticadas por debajo de las 34 semanas. No hubo casos de muerte fetal o perinatal. Dos pacientes con RCIU y el paciente con APGAR menor de 7 a los 5 minutos requirieron ingreso a UCI; un paciente con bajo peso al nacer y dos pacientes con RCIU no ingresaron a UCI (tabla 3).

DISCUSIÓN

Nuestro estudio encontró una incidencia de 3% de PENS, similar a lo informado en la literatura (2), con progresión a preeclampsia severa en casi

Tabla 2.
Variables clínicas y paraclínicas al ingreso hospitalario y a la finalización de la gestación en mujeres con diagnóstico de preeclampsia no severa en el Hospital Universitario “Hernando Moncaleano Perdomo” de Neiva, Colombia, 2015-2016

Variables clínicas	n	%
IMC* al ingreso		
-Bajo	5	5,80
-Normal	13	15,10
-Sobrepeso	29	33,70
-Obesidad	39	45,30
TAS† al diagnóstico		
- ≥ 140 mm/Hg§	46	53,50
TAD‡ al diagnóstico		
≥ 90 mm/Hg	65	75,60
TAS† al finalizar		
- ≥ 160 mm/Hg	21	24,40
TAD‡ al finalizar		
≥ 110 mm/Hg	11	12,70
Variables paraclínicas de ingreso	n	%
Proteínas en orina		
- 300 mg/24h	29	33,70
- ≥ 1g/24h	9	10,80
Plaquetas		
< a 150.000	4	4,70
Variables paraclínicas de finalización	n	%
PLAquetas 100.00 a 150.000	6	7
Plaquetas < a 100.000	1	1,20
Creatinina > 1,1 mg/dl	1	1,20
AST§§ > 2 veces	2	2,30
ALT¶¶ > 2 veces	3	3,50

* Índice de masa corporal; † Tensión arterial sistólica; ‡ Tensión arterial diastólica; § Milímetros de mercurio; §§ aspartato aminotransferasa; ¶ alanino aminotransferasa.

Tabla 3.
Complicaciones obstétricas y perinatales en mujeres con diagnóstico de preeclampsia no severa en el Hospital Universitario de Neiva, Colombia, 2015-2016

Tipo de complicaciones		n	%
Obstétricas (n = 41)	Preeclampsia severa	41	47,7
	Eclampsia	2	2,3
	Síndrome HELLP	3	3,5
Perinatales (n = 27)	Ingreso a UCIN*	24	27,9
	Bajo peso al nacer	7	8,1
	RCIU**	4	4,7
	APGAR bajo a los 5 minutos	1	1,2

* Unidad de cuidados intensivos neonatal; ** Restricción del crecimiento intrauterino

la mitad de las pacientes (47,7 %), desarrollo de hipertensión severa en 22,1 %, otras complicaciones como eclampsia en un 2,3 %, y síndrome HELLP en 3,5 %. Estos últimos resultados sobre complicaciones difieren de los informados por Briones *et al.* (9) y Muñoz *et al.* (10) para quienes la complicación más frecuente en preeclampsia general fue el síndrome HELLP o la lesión renal. Por el contrario, Sibai encontró unas frecuencias aún menores de hipertensión severa (10 a 15 %), eclampsia (0,2 a 0,5 %) y síndrome HELLP (1 a 2 %) (8).

La ausencia de mortalidad materna y perinatal también fue descrita en el estudio de Países Bajos HYPITAT (6). Nuestros resultados perinatales fueron similares a los informados por Pauli (4), y con tasas inferiores de complicaciones neonatales graves a las informadas por Carmona (11).

El número de casos absoluto de PENS en gestaciones a término y pretérmino fueron similares, sin embargo, la incidencia acumulada específica de PENS para gestaciones pretérmino fue casi 7 veces mayor que la acumulada específica en gestaciones a término, esto evidencia la importancia de la preeclampsia, y, en este caso, la PE no severa, como un factor relacionado con el aumento en la probabilidad de un parto pretérmino, como lo han descrito estudios previos (10, 12).

Entre las limitaciones del estudio es importante señalar su carácter retrospectivo y la selección de la muestra a partir de los códigos CIE-10 que podría llevar a sesgos de selección y de información. Por otra parte, entre las características de la preeclampsia podría haberse presentado una mala clasificación inicial en el diagnóstico de PENS, dado que el 51 % de las pacientes que desarrollaron PES lo hicieron en la primera semana.

CONCLUSIONES

Se observó una incidencia de preeclampsia no severa del 3 % y una frecuencia de complicaciones maternas en cerca de la mitad de las gestantes, todas relacionadas con el paso a preeclampsia severa y complicaciones perinatales en menor proporción en cerca de un tercio de las gestantes. En promedio, la finalización del embarazo en pacientes a las que se les realiza diagnóstico de PENS en la institución es de dos semanas. Se requiere un estricto control de las pacientes con PENS y manejo expectante.

REFERENCIAS

1. Steegers EA, von Dadelszen P, Duvekot JJ, Pijnenborg R. Pre-eclampsia. *Lancet*. 2010;376:631-44. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60279-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60279-6)

2. Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL, Landon MB, Galan HL, Jauniaux ER, et al. *Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies*. 6th ed. Philadelphia: Elsevier; 2012. p. 779.
3. Roberts J, Druzin M, August P, Gaiser R, Bakris G, Granger J, et al. *Hypertension in Pregnancy*. Washington: The American College of Obstetricians and Gynecologists; 2013. p. 13
4. Pauli JM, Repke JT. Preeclampsia Short-term and Long-term Implications. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2015;42:299-313. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2015.01.007>
5. Ministerio de Salud y Protección Social, Universidad Nacional de Colombia. Guía de Práctica Clínica para el abordaje de las Complicaciones Hipertensivas Asociadas al Embarazo. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2013;64:289-326 [visitado 2017 Sept 21]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v64n3/v64n3a06.pdf>
6. Koopmans CM, Bijlenga D, Groen H, Vijgen SMC, Aarnoudse JG, Bekedam DJ, et al. Induction of labour versus expectant monitoring for gestational hypertension or mild pre-eclampsia after 36 weeks' gestation (HYPITAT): A multicentre, open-label randomised controlled trial. *Lancet*. 2009;36:979-88. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60736-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60736-4).
7. Broekhuijsen K, van Baaren GJ, van Pampus MG, Ganzevoort W, Sikkema JM, Woiski MD et al. Immediate delivery versus expectant monitoring for hypertensive disorders of pregnancy between 34 and 37 weeks of gestation (HYPITAT-II): an open-label, randomised controlled trial. *Lancet*. 2015;385:2492-501. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61998-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61998-X).
8. Sibai BM. Management of late preterm and early-term pregnancies complicated by mild gestational hypertension/pre-eclampsia. *Semin Perinatol*. 2011;35:292-6. <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2011.05.010>.
9. Briones C, Meneses J, Moreno A, González J, Díaz M, Briones J. Preeclampsia: una nueva teoría para un viejo problema. *Rev la Asoc Mex Med*. 2008;22:99-104.
10. Muñoz M, Rojas F, Fonseca J. Resultado materno en pacientes con hipertensión en el embarazo entre las 20 y 41 semanas en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo durante los años 2006 a 2009 [tesis en internet]. Neiva: Universidad Surcolombiana; 2010 [visitado 2017 Sept 21]. Disponible en: <https://contenidos.usco.edu.co/images/documentos/grados/T.G.Ginecologia-y-Obstetricia/12.T.G-Merly-Muoz-Espinosa-2010.pdf>
11. Helou A, Walker S, Stewart K, George J. Management of pregnancies complicated by hypertensive disorders of pregnancy: ¿Could we do better? *Aust New Zeal J Obstet Gynaecol*. 2017;57:253-9. <https://doi.org/10.1111/ajo.12499>

Conflicto de intereses: ninguno declarado.