

Pacientes con sospecha y diagnóstico de pre-eclampsia desde el nivel básico de atención

Coordinación científica EPS SURA / Mayo de 2013

Los conceptos y recomendaciones establecidos en estas guías de abordaje y seguimiento pretenden orientar la gestión y el manejo de los pacientes con sospecha y diagnóstico de pre-eclampsia y algunas de sus comorbilidades y complicaciones, sin embargo, todo paciente deberá tener un manejo individualizado de acuerdo con sus condiciones particulares.

Para la elaboración de esta guía se consultaron fuentes bibliográficas confiables, con el objetivo de proveer información completa y generalmente acorde con los estándares aceptados en el momento de la edición. Dada la continua evolución de las tendencias médicas y normativas, en cualquier momento pueden surgir cambios sobre opciones de diagnóstico, tratamiento y farmacoterapia.

Se sugiere al personal de salud que utilice estas fichas y complementar la información con los anexos bibliográficos y otros documentos digitales facilitados. Igualmente, recomendamos estar atentos a los cambios que se presenten en el tema en cuestión.

Actualmente se dispone de guías para la atención de pacientes pre-eclámplicas en el nivel hospitalario pero pocas para el tamizaje, detección temprana y referencia en los niveles comunitarios de atención I y II (niveles básicos). Lo que se pretende con este instrumento es tener un documento de consulta rápida el cual este disponible para el diagnóstico oportuno de las pacientes a los que se les sospeche esta patología.

En el 80% de las muertes maternas y en el 65% de las muertes fetales la madre y el bebé recibieron atención o cuidados por debajo de los estándares o sea que la atención deficiente contribuyó significativamente a la muerte. Aunque hasta el presente la pre-eclampsia no puede prevenirse el diagnóstico temprano, seguido por un manejo apropiado puede prevenir las complicaciones y aún la muerte.

USUARIOS A LOS QUE VA ENFOCADA ESTA GUÍA:

Médicos generales, especialistas en GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA, enfermeras y profesionales de apoyo.

Objetivos:

1. Suministrar recomendaciones para el Control Prenatal de las emba-razadas con mayor probabilidad de desarrollar pre-eclampsia.
2. Esbozar las acciones apropiadas como respuesta a indicios de comienzo de la pre-eclampsia.
3. Suministrar un derrotero para referir oportunamente una presunta embarazada pre-eclámptica al especialista o al hospital: cuáles, cuándo, dónde.

Nota: Esta guía no cubre el manejo hospitalario de la Pre-eclampsia

Recomendación 1

Identificar tempranamente la presencia de cualquiera de los siguientes **factores de riesgo** que predisponen y aumentan la probabilidad de desarrollar pre-eclampsia.

- | | |
|---|---|
| 1. Primigestante. | 8. Edad 40 años o más. |
| 2. Primipaternidad. | 9. IMC 35 o más en la primera consulta. |
| 3. Paternidad previa en otra pre-eclámptica. | 10. Antecedente de PA diastólica de 80 mmHg o más. |
| 4. Anticoncepción con métodos de barrera. | 11. Antecedente de proteinuria de 30 mg/dL en parcial de orina o 300mg/24 hr. |
| 5. Multípara con antecedentes de pre-eclampsia. | 12. Embarazo múltiple. |
| 6. 10 o más años desde el último parto. | 13. Enfermedades concomitantes: hipertensión, enfermedad renal, diabetes, síndrome antifosfolípido, trombofilias. |
| 7. Historia familiar de pre-eclampsia (madre o hermana o abuela). | 14. Antecedente de HIE en embarazo anterior. |

Recomendación 2

Las gestantes con una de las siguientes patologías subyacentes o concomitantes o factores de alto riesgo de pre-eclampsia deben referirse al especialista tempranamente para estudio, evaluación del riesgo y plan de manejo:

1. Embarazo múltiple.
2. Hipertensión o presión diastólica \geq o \leq a 90 mmHg pre-existente.
3. Enfermedad renal o proteinuria pre-existente (30 mg/dL en parcial de orina o 300 mg en 24 hr.)
4. Diabetes pre-existente.
5. Síndrome antifosfolípido.
6. Pre-eclampsia en cualquier embarazo previo.

Acciones a realizar

Debe mantenerse la continuidad en el control prenatal por el médico general y el gineco-obstetra responsable de dicho control, para lo cual el equipo de salud debe tener una articulación de plan de manejo.

Recomendación 3

Inicio o inminente aparición de la pre-eclampsia

En cada control prenatal el médico y la gestante deben identificar la presencia de cualquiera de los siguientes signos y síntomas que significan el inicio o la inminente aparición de pre-eclampsia:

- **TA que no desciende en la mitad del embarazo (a partir de la semana 20) o inclusive aumenta pero sin llegar a niveles para clasificar como hipertensión:** diastólica igual o mayor a 80 mm Hg y $<$ a 90 mm Hg, o sistólica igual o mayor a 130 mm Hg sin llegar a 140 mm Hg. **La hipertensión es el hallazgo clínico más precoz de pre-eclampsia.**
- **Nueva hipertensión:** diastólica 90 mm Hg a las 20 o más semanas de edad gestacional.
- **Nueva proteinuria significativa:** a 30 mg/dL en parcial de orina o 300 mg/24 hr. **Debe sospecharse pre-eclampsia en cualquier embarazada con hipertensión aún si la proteinuria está ausente.**

10% de preeclámpticas y 20 % de eclámpticas no tienen proteinuria

Síntomas premonitorios maternos:

- **Cefalea severa, pulsátil, global** (en casco) que requiere consulta médica.
- **Trastornos visuales:** pérdida parcial de la agudeza visual, escotomas persistentes, visión borrosa, centelleo.
- **Dolor epigástrico severo** con sensibilidad a la palpación profunda y/o vómito.

Estos signos síntomas maternos no sólo indican inminente aparición de pre-eclampsia sino que su presencia es suficiente para calificarla como pre-eclampsia grave.

Signos fetales:

- **Disminución de movimientos** (tarda más de 40 minutos para moverse 10 veces).
- **Signos de RCIU o PEG** (Pequeño para Edad Gestacional): percentiles de crecimiento $<$ 10, AU menor de 4 cm de lo correspondiente a la EG en semanas.

Estos signos fetales pueden ameritar la evaluación de la salud fetal con un perfil biofísico preferible al monitoreo o NST.

Acciones a realizar

Durante el control prenatal a nivel básico ante el inicio o inminente aparición de la pre-eclampsia.

Aparición de HIPERTENSIÓN después de la semana 20, SIN PROTEINURIA:

- **Referir al especialista de IPS básica** entre las siguientes 72 horas si la PA diastólica es igual o mayor a 90 y $<$ 100 mm Hg.
- **Referir a nivel institucional el mismo día si:** a lo anterior se agregan síntomas premonitorios o PA sistólica 160 o diastólica 100 aún sin síntomas premonitorios.

Aparición de HIPERTENSIÓN Y PROTEINURIA después de la semana 20:

- **Referir al nivel institucional el mismo día si:** PA diastólica \geq 90 mmHg y proteinuria 30 mg/dL en parcial de orina o 300mg/24hr.
- **Referir inmediatamente al nivel institucional si:** PA sistólica 160 o diastólica 100 y proteinuria 30 mg/dL en parcial de orina o 300mg/24hr.
- **Referir inmediatamente al nivel institucional si:** PA diastólica \geq 90 mm Hg y proteinuria \geq 30 mg/dL y síntomas premonitorios.

Nueva proteinuria SIN HIPERTENSIÓN después de la semana 20.

- Reevaluar por ARO en el nivel básico en una semana si: proteinuria de 30 mg/dL en parcial de orina.
- Referir al hospital en 48 horas si: proteinuria 100mg/dL en parcial de orina.
- Referir al hospital el mismo día si: proteinuria a 30 mg/dL en parcial de orina y síntomas premonitorios.

Síntomas y signos maternos o signos fetales, SIN HIPERTENSIÓN NI PROTEINURIA.

- Reevaluar en una semana si: cefalea y trastornos visuales.
- Referir el mismo día al especialista o nivel institucional si: dolor epigástrico severo con sensibilidad a la palpación profunda y/o vómito.
- Referir al especialista o evaluar salud fetal si: disminución de movimientos fetales (tarda más de 40 minutos para moverse 10 veces).
- Investigar posible RCIU o PEG si: AU menor de 4 cm comparado con la correspondiente edad gestacional o percentiles de crecimiento menores a 10.

Recomendación 4

Maduración fetal (pulmonar) con esteroides si es > de 24 semanas y < de 34 semanas con inminencia de parto prematuro, usar betametasona 12 mg IM y repetir en 24 horas. Disminuye significativamente el SDR, el riesgo de hemorragia intraventricular, infección neonatal y muerte neonatal.

Recomendación 5

Reducir errores en la medición de la PA en la embarazada.

- La embarazada debe estar sentada con los pies apoyados durante 2 a 3 minutos.
- La presión sistólica debe ser palpada en la arteria braquial e inflar el mango a 20 mm Hg por encima de este nivel.
- Desinflar el mango lentamente, aproximadamente 2 mm Hg por segundo.
- Use el Korotkoff V (desaparición del sonido cardíaco) para medir la presión diastólica. Si cae a cero registre la fase IV y la V. Ej: 148/84/0).
- Precise las medidas a intervalos de 2 mm Hg.
- Si se requieren dos lecturas, registre el promedio de las dos y no la menor.
- Si se ordenan lecturas seriadas registre el porcentaje de las superiores a la normal. No promedie.

Dada la necesidad de precisión que tienen las medidas de la Presión Arterial, el Peso, la Talla y el Índice de Masa Corporal durante la evaluación y el control del embarazo es necesario que las IPS mantengan los equipos calibrados con el fin de no tener datos erróneos en el seguimiento de estas pacientes.

Predicción de la pre-eclampsia

Muchos marcadores bioquímicos han sido propuestos para predecir cuál mujer tiene mayor probabilidad de desarrollar pre-eclampsia. Estos marcadores fueron generalmente escogidos con base en las anormalidades fisiopatológicas específicas que han sido reportadas en asociación con la pre-eclampsia, por ejemplo la disfunción placentaria, activación endotelial y de la coagulación e inflamación sistémica. Las concentraciones maternas de estos biomarcadores han sido reportadas tanto incrementados como reducidos temprano en la gestación antes del inicio de la pre-eclampsia. Sin embargo, datos de confiabilidad de estos marcadores indicando pre-eclampsia han sido inconsistentes, y muchos marcadores no son lo suficientemente específicos o predictivos para el uso rutinario en la práctica clínica. [4]

Prevención de la pre-eclampsia

Se recomienda la administración oral de 75 a 10 mg de Aspirina todos los días a partir de la semana 12 de gestación y hasta el día del parto a las mujeres con alto riesgo de pre-eclampsia.

- Antecedente de trastorno hipertensivo del embarazo en embarazos previos.
- Enfermedad renal crónica.
- Enfermedad autoinmune como lupus eritematoso sistemático o síndrome antifosfolípido.
- Diabetes tipo 1 o diabetes tipo 2.
- Hipertensión crónica.

Se recomienda la administración oral de 75 a 10 mg de Aspirina todos los días a partir de la semana 12 de gestación y hasta el día del parto a las mujeres con dos o más factores de riesgo moderado para pre-eclampsia.

Los factores que indican un riesgo moderado para pre-eclampsia son los siguientes:

- Primer embarazo.
- Edad de 40 años o más.
- Intergenésico mayor a 10 años.
- Índice de masa corporal mayor o igual a 35 kg/m^2 en la primera visita.
- Antecedentes familiares de pre-eclampsia.
- Embarazo múltiple.

Crterios revisión post-parto

- Todas deben revisarse a 8 días, 6 semanas y 12 semanas postparto.
- Persistencia de hipertensión.
- Persistencia de proteinuria.
- Persistencia de compromiso de órgano blanco: SNC, renal, hepático, respiratorio, sangre.

Crterios de manejo ambulatorio (Salud en Casa)

Debe cumplir todos los parámetros.

- Capaz de autocuidarse.
- Estabilización del cuadro clínico.
- PA diastólica $\geq 80 \text{ mm Hg}$ $\leq 90 \text{ mm Hg}$ o sistólica ≥ 130 y $\leq 140 \text{ mm Hg}$.
- Proteinuria $\leq 30 \text{ mg/dL}$ en parcial de orina o $\leq 300 \text{ mg/24 h}$.
- Garantizar asistencia a citas dos veces semanales.
- Teléfono y consulta disponible 24 h/día.
- Medio de transporte a la institución fácil y oportuno.
- Toma de PA dos veces al día y peso diario.
- Cintilla de orina todas las mañanas.
- Evaluación diaria de movimientos fetales.
- Evaluación de la salud fetal semanal.
- Exámenes de laboratorio semanalmente.
- Conocimientos de signos de alarma.

El seguimiento y exámenes de laboratorio sugeridos en esta guía sólo pretenden orientar el abordaje de las usuarias con sospecha de pre eclampsia; toda usuaria deberá tener una evaluación y manejo individualizado dependiendo del riesgo, anamnesis y examen físico.

Bibliografía

1. Schiff E, Peleg E, Goldenberg M, et al. The use of aspirin to prevent pregnancy-induced hypertension and lower the ratio of thromboxane A2 to prostacyclin in relatively high risk pregnancies. *N Engl J Med* 1989; 321:351.
2. Caritis S, Sibai B, Hauth J, et al. Low-dose aspirin to prevent preeclampsia in women at high risk. National Institute of Child Health and Human Development Network of Maternal-Fetal Medicine Units. *N Engl J Med* 1998; 338:701.
3. CLASP: a randomised trial of low-dose aspirin for the prevention and treatment of pre-eclampsia among 9364 pregnant women. CLASP (Collaborative Low-dose Aspirin Study in Pregnancy) Collaborative Group. *Lancet* 1994; 343:619.
4. Askie LM, Duley L, Henderson-Smart DJ, et al. Antiplatelet agents for prevention of pre-eclampsia: a meta-analysis of individual patient data. *Lancet* 2007; 369:1791.
5. Bujold E, Roberge S, Lacasse Y, et al. Prevention of preeclampsia and intrauterine growth restriction with aspirin started in early pregnancy: a meta-analysis. *Obstet Gynecol* 2010; 116:402.

6. Sibai BM, Caritis SN, Thom E, et al. Prevention of preeclampsia with low-dose aspirin in healthy, nulliparous pregnant women. The National Institute of Child Health and Human Development Network of Maternal-Fetal Medicine Units. *N Engl J Med* 1993; 329:1213.
7. Subtil D, Goeusse P, Puech F, et al. Aspirin (100 mg) used for prevention of pre-eclampsia in nulliparous women: the Essai Régional Aspirine Mère-Enfant study (Part 1). *BJOG* 2003; 110:475.
8. Villa PM, Kajantie E, Räikkönen K, et al. Aspirin in the prevention of pre-eclampsia in high-risk women: a randomised placebo-controlled PREDO Trial and a meta-analysis of randomised trials. *BJOG* 2013; 120:64.
9. Visintin C, Mugglestone MA, Almerie MQ, et al. Management of hypertensive disorders during pregnancy: summary of NICE guidance. *BMJ* 2010; 341:c2207.
10. Bates SM, Greer IA, Middeldorp S, et al. VTE, thrombophilia, antithrombotic therapy, and pregnancy: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest* 2012.
11. Rey E, Garneau P, David M, et al. Dalteparin for the prevention of recurrence of placental-mediated complications of pregnancy in women without thrombophilia: a pilot randomized controlled trial. *J Thromb Haemost* 2009; 7:58.
12. Mello G, Parretti E, Fatini C, et al. Low-molecular-weight heparin lowers the recurrence rate of preeclampsia and restores the physiological vascular changes in angiotensin-converting enzyme DD women. *Hypertension* 2005; 45:86.
13. Dodd JM, McLeod A, Windrim RC, Kingdom J. Antithrombotic therapy for improving maternal or infant health outcomes in women considered at risk of placental dysfunction. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; :CD006780.
14. Hofmeyr GJ, Lawrie TA, Atallah AN, Duley L. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; :CD001059.
15. Trumbo PR, Ellwood KC. Supplemental calcium and risk reduction of hypertension, pregnancy-induced hypertension, and preeclampsia: an evidence-based review by the US Food and Drug Administration. *Nutr Rev* 2007; 65:78.
15. Bakker R, Rifas-Shiman SL, Kleinman KP, et al. Maternal calcium intake during pregnancy and blood pressure in the offspring at age 3 years: a follow-up analysis of the Project Viva cohort. *Am J Epidemiol* 2008; 168:1374.
16. Villar J, Purwar M, Merialdi M, et al. World Health Organisation multicentre randomised trial of supplementation with vitamins C and E among pregnant women at high risk for pre-eclampsia in populations of low nutritional status from developing countries.
17. Xu H, Perez-Cuevas R, Xiong X, et al. An international trial of antioxidants in the prevention of preeclampsia (INTAPP). *Am J Obstet Gynecol* 2010; 202:239.e1.
18. Roberts JM, Myatt L, Spong CY, et al. Vitamins C and E to prevent complications of pregnancy-associated hypertension. *N Engl J Med* 2010; 362:1282.
19. McCance DR, Holmes VA, Maresh MJ, et al. Vitamins C and E for prevention of pre-eclampsia in women with type 1 diabetes (DAPIT): a randomised placebo-controlled trial. *Lancet* 2010; 376:259.
20. Basaran A, Basaran M, Topatan B. Combined vitamin C and E supplementation for the prevention of preeclampsia: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol Surv* 2010; 65:653.
21. Conde-Agudelo A, Romero R, Kusanovic JP, Hassan SS. Supplementation with vitamins C and E during pregnancy for the prevention of preeclampsia and other adverse maternal and perinatal outcomes: a systematic review and metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol*.
22. Robinson CJ, Alanis MC, Wagner CL, et al. Plasma 25-hydroxyvitamin D levels in early-onset severe preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol* 2010; 203:366.e1.
23. Shand AW, Nassar N, Von Dadelszen P, et al. Maternal vitamin D status in pregnancy and adverse pregnancy outcomes in a group at high risk for pre-eclampsia. *BJOG* 2010; 117:1593.
24. Brantsaeter AL, Haugen M, Samuelsen SO, et al. A dietary pattern characterized by high intake of vegetables, fruits, and vegetable oils is associated with reduced risk of preeclampsia in nulliparous pregnant Norwegian women. *J Nutr* 2009; 139:1162.
25. Mostello D, Jen Chang J, Allen J, et al. Recurrent preeclampsia: the effect of weight change between pregnancies. *Obstet Gynecol* 2010; 116:667.
26. Vadillo-Ortega F, Perichart-Perera O, Espino S, et al. Effect of supplementation during pregnancy with L-arginine and antioxidant vitamins in medical food on pre-eclampsia in high risk population: randomised controlled trial. *BMJ* 2011; 342:d2901.