

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Actualización
2017

DETECCIÓN, DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO
DE LAS ENFERMEDADES
HIPERTENSIVAS DEL EMBARAZO

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

CATÁLOGO MAESTRO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA::IMSS-058-08

Avenida Paseo de la Reforma No. 450, piso 13,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc,
C. P. 06600, México, Ciudad de México.
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC

© Copyright <Instituto Mexicano del Seguro Social, “Derechos Reservados”. Ley Federal de Derecho de Autor

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

La guía de referencia rápida tiene como objetivo proporcionar al usuario las **recomendaciones clave** de la guía : **Detección, Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades Hipertensivas del Embarazo**, seleccionadas con base a su impacto en salud por el grupo desarrollador, las cuales pueden variar en función de la intervención de que se trate, así como del contexto regional o local en el ámbito de su aplicación.

Para mayor información, se sugiere consultar la guía en su versión extensa de **“Evidencias y Recomendaciones”** en el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, la cual puede ser descargada de Internet en:

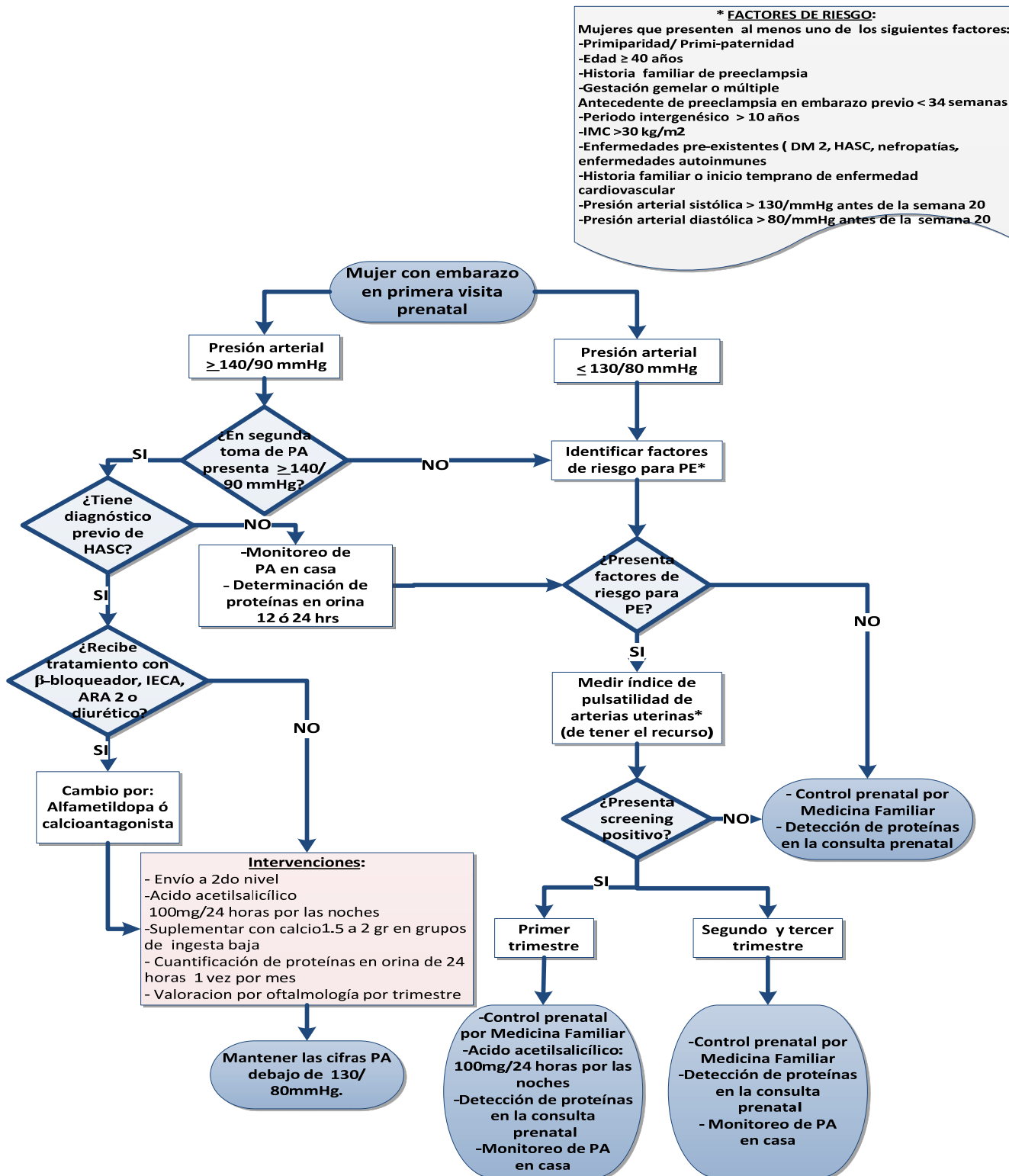
<http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>

Debe ser citado como: : **Detección, Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades Hipertensivas del Embarazo**.
Guía de Referencia Rápida: Guía de Práctica Clínica. México, CENETEC;
Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>

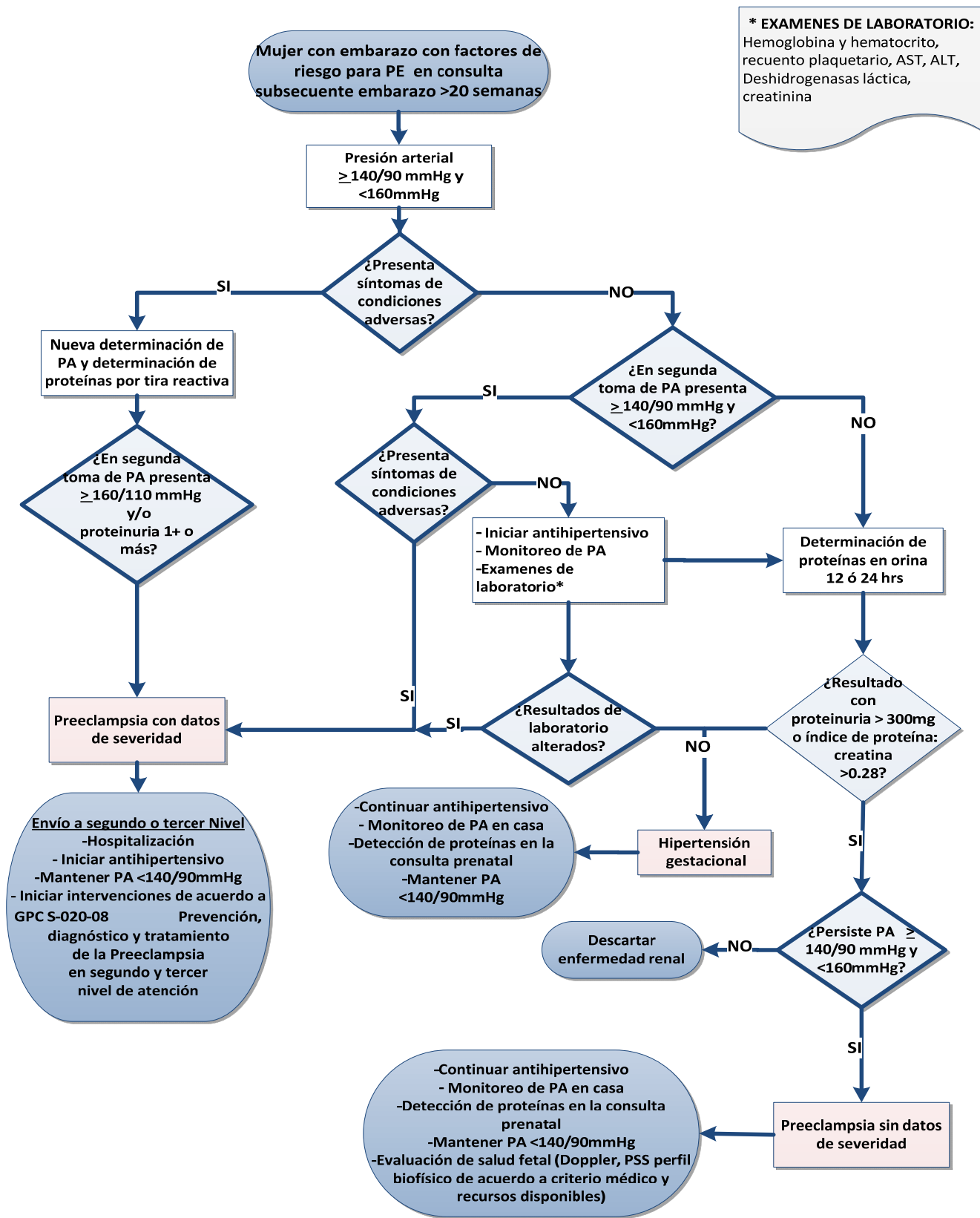
ISBN en trámite

1. DIAGRAMAS DE FLUJO

Algoritmo 1. Predicción de los trastornos hipertensivos en el embarazo



Algoritmo 2. Diagnóstico de los trastornos hipertensivos en el embarazo



2. INTERVENCIONES

PREVENCIÓN

Recomendación Clave	GR*
Es recomendable la identificación de factores personales, cardiovasculares, metabólicos, tromboticos y feto- placentarios, para otorgar tratamientos personalizados que podrían ofrecer una oportunidad para proveer una prevención personalizada de los trastornos hipertensivos del embarazo.	C NICE
Se recomienda la medición del índice de pulsatilidad de las arterias uterinas y cálculo de IP medio entre la semana 11-13.6, en caso de contar con los recursos (ultrasonido Doppler y operador capacitado).	C NICE

DIAGNOSTICO

Recomendación Clave	GR*
Es recomendable clasificar a la mujer con embarazo, descartar la presencia de preeclampsia con o sin características de severidad de acuerdo a los criterios establecidos por el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos. (Ver Anexo 5.3,Cuadro 1 y2)	Fuerte GRADE
Las mujeres diagnosticadas con hipertensión en el embarazo o con riesgo elevado para el desarrollo de preeclampsia, es recomendable solicitar pruebas para la medición de proteinuria (recolección de orina de 24 horas para cuantificar la cantidad de proteinuria) en cada visita de control prenatal.	Grado b Clase 1 GRADE
Un resultado por tira reactiva de 1+ requiere confirmación a través de recolección de orina de 24 horas para cuantificar la cantidad de proteinuria, debido a que se correlaciona con 0.3 g o más de proteinuria. (Ver Anexo 5.3, Cuadro 3)	Grado b Clase 1 GRADE
En la mujer con hipertensión crónica y embarazo se recomienda evaluar el daño en órgano blanco. La evaluación depende de la gravedad, pero se recomienda incluir la evaluación de la función renal, la electrocardiografía y la evaluación oftalmológica.	Grado b Clase 1 GRADE

PROFILAXIS

Recomendación Clave	GR*
Se recomienda el uso de AAS a dosis bajas (80-150mg) administración nocturna, en pacientes de alto riesgo ó con screening positivo para preeclampsia antes de la semana 16.	B NICE
Las recomendaciones para la suplementación de calcio, se basan en ensayos controlados aleatorios que incluyen al menos 1 g/ d de suplementos orales para las mujeres con una ingesta dietética baja de calcio, definida como ≤ 600 mg / día.	B NICE

TRATAMIENTO

Recomendación Clave	GR
Se recomienda tomar en cuenta los posibles efectos secundarios producidos por el uso de metildopa para no causar confusión en el diagnóstico de complicaciones hepáticas.	C NICE
Se recomienda el uso de bloqueadores de canales de calcio como parte del tratamiento de hipertensión gestacional.	C NICE
La metildopa para mantener el control de la hipertensión arterial sistémica crónica durante el embarazo siendo el tratamiento de primera línea de tratamiento.	C NICE
Los bloqueadores de canales de calcio constituyen la segunda línea de fármacos antihipertensivos administrados durante la gestación.	C NICE
Se sugiere mantener las cifras de tensión arterial por debajo de 130/80mmHg.	A NICE
Se recomienda el inicio de pruebas de bienestar fetal a partir de las 32-34 semanas en pacientes con trastorno hipertensivo del embarazo controlado, y se puede considerar realizarlas a edades gestacionales menores si existen condiciones de muy alto riesgo para la madre y el feto.	Moderado GRADE
Se recomienda la inducción de trabajo de parto en mujeres con trastorno hipertensivo controlado después de las 38 semanas considerando las condiciones obstétricas.	A NICE

3. CUADROS O FIGURAS

CUADRO 1. CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO.

DEFINICIÓN	INTERPRETACIÓN
HIPERTENSION PREEXISTENTE (Hipertensión arterial Crónica)	Es definida como la hipertensión presente antes del embarazo o que se desarrolla antes de las 20 semanas de gestación
Con condición co-morbida	Condiciones co-morbida (por ejemplo, Diabetes mellitus I o II pre gestacional o enfermedad renal)
Con evidencia de preeclampsia	Es también conocida como “preeclampsia sobreagregada” y es definida por el desarrollo de 1 o más de los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión resistente (necesidad de 3 antihipertensivos para el control de la presión arterial) ó • Proteinuria de nueva aparición (igual o mayor a 300 mg en recolección de orina de 24 hrs) ó empeoramiento de la misma • 1 ó más condiciones adversas, ó • 1 ó más condiciones severas.
HIPERTENSION GESTACIONAL	Está definida como la hipertensión que se desarrolla por primera vez después de la semana 20 de gestación con presión arterial sistólica ≥ 140 mmHg y/o presión arterial diastólica ≥ 90 mmHg
Con condición co-morbida	Condiciones co-morbida (por ejemplo, Diabetes mellitus I o II pre gestacional o enfermedad renal)
PREECLAMPSIA	La evidencia de preeclampsia puede aparecer muchas semanas después del inicio de la hipertensión gestacional. Está definida como hipertensión que se presenta en el embarazo (TA sistólica ≥ 140 mmHg o TA diastólica ≥ 90 mmHg en 2 ocasiones con un margen de al menos 4 horas después de la semana 20 de gestación en una mujer con presión arterial normal antes del embarazo) y uno o más de los siguientes puntos: <ul style="list-style-type: none"> • Proteinuria de nueva aparición (igual o mayor a 300 mg en recolección de orina de 24 hrs) ó • Labstix con lectura de 1+ solo si no se dispone de otro método cuantitativo ó Relación proteína/creatinina ≥ 0.28 mg/dL ó • en ausencia de proteinuria, 1 ó más condiciones adversas.
Preeclampsia con datos de severidad	Se define como preeclampsia con una o más complicaciones severas.
OTROS “EFECTOS HIPERTENSIVOS”	
Efecto hipertensivo transitorio	La elevación de la presión sanguínea puede deberse a estímulos ambientales o el dolor del parto, por ejemplo.
Efecto hipertensivo de “la bata blanca”	La presión sanguínea esta elevada en el consultorio (TA sistólica ≥ 140 mmHg ó TA ≥ 90 mmHg) pero es consistentemente normal fuera del consultorio (menor a 135/85 por monitoreo ambulatorio o en su domicilio).
Efecto hipertensivo enmascarado*	La presión sanguínea es consistentemente normal en el consultorio (TA sistólica menor a 140 mmHg o TAD menor a 90 mmHg) pero se eleva consistentemente fuera del consultorio (Mayor a 135/85 mmHg) por monitoreo ambulatorio o monitoreo en casa.

Tomado de: **Prevención, diagnóstico y tratamiento de la Preeclampsia en segundo y tercer nivel de atención**, Instituto Mexicano del Seguro Social. Ciudad de México. 2016

CUADRO 2. CONDICIONES ADVERSAS Y COMPLICACIONES SEVERAS DE LA PREECLAMPSIA

ORGANO A SISTEMA AFECTADO	CONDICIONES ADVERSAS (QUE INCREMENTAN EL RIESGO DE COMPLICACIONES SEVERAS)	COMPLICACIONES SEVERAS (QUE INDICAN EL NACIMIENTO)
PRESION SANGUINEA	Presión sanguínea sistólica igual o mayor a 160 mmHg o presión sanguínea diastólica igual o mayor a 110 en 2 ocasiones con un margen de al menos 4 horas con la paciente descansando en cama (a menos que la terapia antihipertensiva se haya iniciado antes de ese tiempo)	
ESCALA DE COMA DE GLASGOW (CNS)	Dolor de cabeza / síntomas visuales	Eclampsia Síndrome de leucoencefalopatía posterior reversible (PRES) Ceguera o desprendimiento de Retina Glasgow menor a 13 Apoplejía, ataque de isquemia transitoria, déficit neurológico reversible
CARDIORESPIRATORIO	Dolor torácico / Disnea Saturación de oxígeno menor al 97%	Hipertensión severa descontrolada (después de un periodo de 12 hrs a pesar del uso de 3 agentes hipertensivos Saturación de oxígeno de menos del 90% , necesita de más del 50% de oxígeno en menos de 1 hora, intubación (indicación para cesárea), edema pulmonar Soporte inotrópico positivo Isquemia o infarto al miocardio
HEMATOLOGICO	Elevación del conteo de Leucocitos Elevación del tiempo de protrombina o purpura trombocitopenia Conteo plaquetario disminuido menor a 100,000 /micro litro	Conteo plaquetario menor a 50,000 Transfusión de algún producto Sanguíneo
RENAL	Elevación de la creatininasérica Elevación del ácido úrico sérico	Daño renal agudo (creatinina mayor a 1.1 mg/dl o una duplicación de la concentración de creatinina sérica sin enfermedad renal previa) Indicación nueva para diálisis
HEPATICO	Nausea o vomito Dolor en el cuadrante superior derecho abdominal Elevación sérica de AST,ALT, LDH o Bilirrubina Disminución plasmática de albumina	Disfunción hepática (INR mayor a 2 en ausencia de CID o uso de warfarina) Ruptura hepática o hematoma
FETO-PLACENTARIO	Frecuencia cardíaca fetal no Tranquilizadora RCIU Oligohidramnios Ausencia o flujo reverso al final de la diástole en la flujometría Doppler	Desprendimiento con evidencia de compromiso materno o fetal Onda A reversa del ductus venoso Óbito

Tomado de: **Prevención, diagnóstico y tratamiento de la Preeclampsia en segundo y tercer nivel de atención**, Instituto Mexicano del Seguro Social. Ciudad de México. 2016

CUADRO 3. RELACIÓN DEL ANÁLISIS DE ORINA POR TIRA REACTIVA Y EXCRECIÓN DE PROTEÍNAS

NEGATIVO	EXCRECIÓN DE PROTEÍNAS
Trazas	Entre 15 a 30 mg/dl.
1+	Entre 30 a 100 mg/dl
2+	Entre 100 a 300 mg/dl.
3+	Entre 300 a 1000mg/dl
4+	> 1000mg/dl

Tomado de: **Prevención, diagnóstico y tratamiento de la Preeclampsia en segundo y tercer nivel de atención**, Instituto Mexicano del Seguro Social. Ciudad de México. 2016