

**GOBIERNO
FEDERAL**



SALUD

SEDENA

SEMAR

Guía de Referencia Rápida

Detección y Diagnóstico de Enfermedad Hipertensiva del Embarazo

GPC

Guía de Práctica Clínica

Catalogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-058-08

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



Vivir Mejor

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

O10 Hipertensión preexistente que complica el embarazo, el parto y el puerperio

O11 Trastornos hipertensivos preexistentes, con proteinuria agregada

O13 Hipertensión gestacional [inducida por el embarazo] sin proteinuria significativa

O14 Hipertensión gestacional [inducida por el embarazo] con proteinuria significativa

GPC

Detección y Diagnóstico de Enfermedades Hipertensivas del Embarazo

ISBN en trámite

DEFINICIÓN

Preeclampsia leve:

1. Presión arterial sistólica mayor o igual a 140 mmHg y/o presión arterial diastólica mayor o igual a 90 mmHg en una mujer previamente normotensa. Se requieren por lo menos 2 tomas con diferencia de 6 horas entre cada una con la paciente en reposo en un lapso no mayor de 7 días.

2. Proteinuria: mayor o igual de 300mg en una recolección de orina de 24 horas o reporte en tira reactiva de por lo menos 30 mg/dL (1+) en 2 muestras de orina tomadas al azar con diferencia de 6 horas entre cada una, pero en un lapso no mayor de 7 días, sin evidencia de infección de vías urinarias.

Preeclampsia severa:

Presión arterial mayor o igual a 160/110 mmHg en al menos 2 determinaciones con por lo menos 6 hrs de diferencia.

Con proteinuria de 5 gr o más en una colección de orina de 24 hrs (por tira reactiva 3+ o más en 2 muestras con al menos 4 hrs de diferencia).

Otras características: oliguria (menos de 500 ml de orina en 24 hrs, alteraciones visuales, edema pulmonar, cianosis, dolor epigástrico o en hipocondrio derecho, pruebas de función hepática alteradas (incremento de DHL > 600 UI, elevación al doble de TGO y TGP), creatinina sérica >1.2 mg/dl, trombocitopenia (plaquetas < 150 000 cel/mm³), restricción del crecimiento uterino.

FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo que proporcionan mayor probabilidad para el desarrollo de preeclampsia son:

Gestación Múltiple

Condiciones médicas subyacentes (co-morbilidad):

- Hipertensión Arterial preexistente o presión diastólica ≥ 90 mmHg
- Nefropatía preexistente o proteinuria (1+ en más de una ocasión o cuantificada ≥ 0.3 g/24 hrs)
- Diabetes Mellitus tipo I o II preexistente
- Síndrome de anticuerpos antifosfolípidos (SAF), Trombofilia
- Preeclampsia en cualquier embarazo previo
- Lupus eritematoso sistémico
- Edad reproductiva ≥ 40 años o más
- IMC ≥ 35

Factores que proporcionan una menor probabilidad para el desarrollo de la preeclampsia (la probabilidad se incrementa cuando se presentan 2 o más).

Primer embarazo, edad menor de 20 años.

≥ 10 años o más de intervalo intergenésico

Antecedentes de preeclampsia en madre o hermana.

Presión diastólica al inicio del embarazo de 80 a 89 mmHg.

Las pacientes sin “ningún” factor de riesgo continuarán su atención con base en las recomendaciones de la GPC de Atención Prenatal de Rutina con la enfermera materno-infantil.

Las pacientes con uno o más factores de riesgo se clasificarán como sigue:

Las pacientes con uno o más de los factores de riesgo que se asocian a una mayor probabilidad de desarrollo de este síndrome deberán ser enviadas a segundo nivel de atención médica para su control prenatal.

Las pacientes con 2 o más factores de riesgo asociados menores, también deberán de ser derivadas a segundo nivel de atención médica. Las pacientes con uno de estos factores deberán continuar su atención prenatal con el Médico Familiar con vigilancia estrecha de la tensión arterial y determinaciones frecuentes de proteína en orina, ej. primigestas o con un familiar directo con preeclampsia, sin otros factores de riesgo para preeclampsia.

El envío de pacientes con alto riesgo de desarrollar preeclampsia será antes de las 20 SDG.

Todas las mujeres embarazadas deben saber que después de las 20 SDG pueden desarrollar preeclampsia, inclusive en los lapsos entre cada consulta prenatal y deben estar capacitadas para identificar la necesidad de acudir a urgencias de gineco-obstetricia en cualquier momento.

Las pacientes con solo un factor de riesgo asociado comparativamente a menor probabilidad de desarrollo de preeclampsia deberán ser citados con los siguientes intervalos de consulta en medicina familiar:

De las 24 a 32 SDG se debe citar cada 3 semanas o antes.

Después de las 32 SDG se debe citar cada 2 semanas o antes.

En ambos casos ajustado a las necesidades individuales de la paciente y cambios durante el embarazo.

PREVENCIÓN DE PREECLAMPSIA

En mujeres con deficiente ingesta de calcio ($<600\text{mg/día}$), es recomendable suplementar con calcio oral (al menos 1 gr/d).

El médico familiar debe enviar a la paciente embarazada con riesgo de preeclampsia a dietología para determinar su consumo de calcio; modificar la dieta de acuerdo a requerimientos. Recomendar evitar medicamentos y alimentos que interfieran con la absorción de calcio como las bebidas bicarbonatadas y los antiácidos.

El médico familiar no debe indicar: dieta con restricción de sal, restricción calórica en mujeres con sobrepeso, bajas dosis de aspirina, diuréticos tiazídicos, vitaminas "C" y "E".

El uso periconcepcional de multivitamínicos con folatos puede ser de utilidad durante el embarazo, sin embargo, se debe considerar que el efecto ya demostrado de la utilización del ácido fólico es la prevención de defectos de tubo neural, por lo cual se debe asegurar que la paciente reciba 4 mg/día ($400\text{ microgramos/día}$) desde 3 meses antes del embarazo hasta la semana 13 de la gestación; por tanto se recomienda su prescripción en forma individual, o en multivitamínicos siempre que se asegure el aporte necesario.

A toda mujer embarazada con tabaquismo positivo, se le debe informar que, si no evita fumar, tiene mayor riesgo de que su producto sea pretérmino o de bajo peso al nacer.

El ejercicio de intensidad leve a moderada es benéfico por razones generales de salud para mantener y mejorar el buen estado físico.

Existe insuficiente evidencia para apoyar recomendaciones en relación a dieta cardiosaludable, reducción de carga de trabajo o estrés, y suplementación de micronutrientes.

DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL EMBARAZO

La presión arterial sistólica elevada persistentemente es un marcador de riesgo para desarrollar hipertensión gestacional.

El definir la hipertensión sistólica severa con cifras $> 160\text{ mmHg}$ se debe a que incrementa el riesgo de enfermedad vascular cerebral durante el embarazo.

La hipertensión arterial en el embarazo debe ser definida como una presión diastólica $\geq 90\text{ mmHg}$; obtenida de un promedio, de mínimo dos mediciones con al menos 5 minutos de diferencia, en el mismo brazo y en la misma consulta. La mujer embarazada con una presión arterial sistólica $> 140\text{ mmHg}$ debe ser seguida estrechamente por el peligro de desarrollar hipertensión diastólica.

La hipertensión arterial severa debe ser definida como una presión sistólica $> 160\text{ mmHg}$ o una diastólica de $> 110\text{ mmHg}$. Debe confirmarse con una segunda medición 15 minutos después de la primera toma, en el mismo brazo.

Si la elevación de la tensión arterial no es severa y es limítrofe, se requiere registrar una serie de tomas de tensión arterial para confirmar el diagnóstico.

DIAGNÓSTICO Y SIGNIFICANCIA CLÍNICA DE LA PROTEINURIA

Las complicaciones de la preeclampsia pueden ocurrir en ausencia de proteinuria; por ejemplo de las mujeres que desarrollan eclampsia, 20% solo tienen hipertensión 8 días antes de las convulsiones, 10% solo proteinuria y 10% ninguna de las dos.

A pesar de que la tira reactiva es económica, sencilla y muy empleada, su utilidad es incierta para detección en mujeres con hipertensión y en las que tienen un riesgo incrementado para preeclampsia.

El reporte inclusive de trazas no debe ser ignorado en pacientes con hipertensión gestacional o con síntomas o signos de preeclampsia. Una muestra de orina concentrada puede dar falsos positivos, si se indica a la mujer que ingiera agua para una segunda muestra, esta será de orina diluida y por lo tanto es muy probable un falso negativo.

Cuando un resultado indica significativa proteinuria no se debe repetir el estudio ya que esto no mejora el valor predictivo.

Los resultados de una o mas + con tira reactiva deberán ser confirmados con determinación de proteínas en orina de 24 hrs Conducta a seguir enfoque de riesgo y resultado de determinación de proteínas en orina:

Pacientes sin factores de riesgo y sin síntomas y signos, con tensión arterial normal:

Negativa continuar atención prenatal de rutina, trazas o positiva (+), repetir tira reactiva en 24 horas, positiva (++) determinación de proteína en orina de 24 horas o envío a segundo nivel, positivo (+++) envío a segundo nivel.

Riesgo bajo: Negativa no descarta el diagnóstico, continuar con vigilancia estrecha, trazas a + determinación de proteína en orina de 24 horas, ++ o más, envío a gineco-obstetricia.

Se recomienda implementar la determinación automatizada de tira reactiva para búsqueda de proteína en orina y determinación de proteínas en orina de 24 hrs en Primer Nivel de Atención

DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS EN EL EMBARAZO

El diagnóstico de hipertensión durante el embarazo se establece con una tensión arterial mayor o igual a 140/90 mm Hg; la paciente ya tenía hipertensión antes del embarazo o aparece antes de las 20 semanas de gestación se considera hipertensión crónica. Las pacientes con hipertensión crónica pueden complicarse con preeclampsia lo cual se manifiesta con descompensación de las cifras tensionales y aparición o incremento de proteinuria.

Las pacientes que presentan, en la semana 20 o más de gestación o en las primeras 6 semanas posparto, elevación de la tensión arterial (140/90 mmHg) sin proteinuria, corresponden a hipertensión gestacional y cuando se presenta proteinuria a preeclampsia.

Se considera proteinuria cuando se presenta de 0.3 gr o mas en una colección de orina de 24 hrs (generalmente corresponde a 1+ o mas en una determinación semicuantitativa de tira reactiva)

Signos y síntomas de preeclampsia: La cefalea se considera factor de riesgo para eclampsia en pacientes con preeclampsia. El dolor epigástrico, o en hipocondrio derecho, nausea y vómito son factores de riesgo para morbilidad materna severa en mujeres con preeclampsia. Aproximadamente 21% de pacientes con preeclampsia leve y 6% de severa pueden estar asintomáticas. Cefalea severa y persistente, pérdida parcial de agudeza visual, fosfenos, dolor epigástrico o en hipocondrio derecho epigástrico especialmente si es severo o se asocia con vómito son datos de alarma, por lo que deberán ser investigados en cada consulta.

La migraña puede continuar durante el embarazo y puede ser muy intensa sin que esto signifique una amenaza para la vida o asociarse con desarrollo de preeclampsia.

A la exploración física, hipersensibilidad a la palpación profunda de epigastrio, productos pequeños para edad gestacional son signos de alarma

SEGUIMIENTO DE EGRESO HOSPITALARIO EN PACIENTES QUE CURSARON CON ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO

Evaluación clínica en medicina familiar, dentro de los siete días posteriores a egreso hospitalario, orientada a detección de daño a órgano blanco y complicaciones para envío oportuno a segundo nivel de atención médica.

Tienen mayor riesgo de que la hipertensión persista posparto, en las pacientes que cursaron con preeclampsia, principalmente las multíparas, cuando existió parto pretérmino y pacientes cuyos niveles de ácido úrico o urea en sangre estuvieron elevados durante el embarazo. Además en el puerperio la hipertensión, la proteinuria o ambas pueden agravarse; sobre todo en los primeros días de puerperio, principalmente cuando la preeclampsia fue severa. Aunque existe gran variabilidad entre las pacientes; las que cursaron con preeclampsia requieren continuar con antihipertensivos por un periodo mas largo (2 semanas en promedio) en comparación con las que cursaron con hipertensión gestacional (una semana en promedio).

La preeclampsia es un marcador de riesgo para trombo embolismo en el puerperio, otros son obesidad, reposo en cama por más de cuatro días preparto y la resolución del embarazo vía cesárea. Considerar la necesidad de profilaxis de trombo embolismo en pacientes con preeclampsia, particularmente pos cesárea y con reposo en cama por más de 4 días (envío a segundo nivel)

Se debe monitorear diariamente la tensión arterial por lo menos la primera semana pos parto. La hipertensión severa pos parto debe ser tratada con antihipertensivos conservando tensión arterial menor de 160/110 mmHg. El tratamiento farmacológico puede ser utilizado para la hipertensión no severa principalmente en mujeres con co-morbilidad. Los antihipertensivos que se pueden utilizar con la lactancia materna son la nifedipina, labetalol, metildopa, captopril y enalapril.

Los AINES no deberán prescribirse en el pos parto si existe hipertensión de difícil control, oliguria, elevación de creatinina o disminución de plaquetas.

INTERROGATORIO

Signos y síntomas de preeclampsia: La cefalea se considera factor de riesgo para eclampsia en pacientes con preeclampsia. El dolor epigástrico, o en hipocondrio derecho, náusea y vómito son factores de riesgo para morbilidad materna severa en mujeres con preeclampsia. Aproximadamente 21% de pacientes con preeclampsia leve y 6% de severa pueden estar asintomáticas. Cefalea severa y persistente, pérdida parcial de agudeza visual, fosfenos, dolor epigástrico o en hipocondrio derecho epigástrico especialmente si es severo o se asocia con vómito son datos de alarma, por lo que deberán ser investigados en cada consulta.

La migraña puede continuar durante el embarazo y puede ser muy intensa sin que esto signifique una amenaza para la vida o asociarse con desarrollo de preeclampsia.

ESCALAS

La Enfermedad Hipertensiva del Embarazo se clasifica en:

- Hipertensión crónica
- Preeclampsia agregada a hipertensión crónica
- Preeclampsia
- Hipertensión gestacional

Algoritmos

Diagnóstico de las enfermedades hipertensivas del embarazo

