

Manejo expectante en síndrome preeclampsia eclampsia severa en embarazos menores de 34 semanas

DIZ L.⁽¹⁾, ZUBIAURRE V.⁽²⁾, OHOLEGUY⁽³⁾, CÓPPOLA F. ⁽⁴⁾

Unidad Académica Ginecología B-Hospital de Clínicas.
Montevideo, Uruguay

(1) Asistente Unidad Académica Ginecología B

(2) Profesora Adjunta Unidad Académica
Ginecología B

(3) Profesora Adjunta (Ex) Unidad Académica
Ginecología B

(4) Profesor Titular Unidad Académica
Ginecología B

Marzo 2024

JUSTIFICACIÓN DE LA GUÍA

El síndrome pre-eclampsia eclampsia (SPE) es bien conocido. Sin embargo su diagnóstico, los elementos de severidad, así como el tratamiento y la conducta obstétrica está en constante revisión y han ido cambiando en el último tiempo. Tanto es así, que actualmente en las guías internacionales se considera un manejo expectante en el SPE severa en embarazos de pre-término, valorándose los riesgos de la prematurez por sobre los riesgos a los que está expuesto el binomio de retrasar el nacimiento. Para optar por conductas expectantes en pro de la maduración fetal en embarazos de pre-término, se deben tener en cuenta las particularidades de la gestante, los elementos por los cuales está dada la severidad del SPE, así como constatar la salud fetal. La internación debe ser realizada en un centro que cuente con CTI y cuidados intermedios maternos y CTI neonatal para hacer frente a la atención que las gestantes requerirán durante la estancia hospitalaria. Este texto tiene como objetivo principal protocolizar el manejo y las conductas tomadas en la maternidad del Hospital de Clínicas. Se pauta a continuación la forma de seguimiento y el momento de finalización en las gestaciones con diagnóstico de SPE severa en edades gestacionales menores de 34 semanas no dejando de lado el dinamismo con el que se presentan clínica y paraclínicamente. Para poder tomar una conducta expectante en estas pacientes se debe procurar espacios de internación donde se logre un control estricto de la salud materna y fetal. Se debe tener en cuenta que esta conducta tiene por objetivo mejorar el pronóstico neonatal a expensas de aumentar el riesgo materno. Debemos informar a las pacientes sobre este riesgo y solicitar consentimiento para optar por esta conducta. Se destaca la importancia de equipos multi, e interdisciplinarios que son fundamentales para lograr los mejores resultados obstétricos. Por todo lo antedicho el Hospital de Clínicas cuenta con los recursos necesarios para el manejo de la complejidad de estas pacientes.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL: Protocolizar el tratamiento y conducta obstétrica en las gestantes que se presentan en el Hospital de Clínicas con el diagnóstico de SPE severa en embarazos menores de 34 semanas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Definir criterios de selección de las pacientes pasibles de toma de conducta expectante ante un diagnóstico de SPE severo con edades gestacionales menores a 34 semanas.
- Definir criterios de exclusión maternos y fetales de adoptar por una conducta expectante.
- Protocolizar área de internación de las pacientes.
- Pautar el seguimiento clínico y paraclínico materno.
- Definir el control de la salud fetal.
- Momento de finalización de los embarazos en los que se optó por conductas expectantes y vía de finalización.
- Pautar criterios de finalización de urgencia.

DEFINICIÓN E INCIDENCIA

Los estados hipertensivos del embarazo (EHE) tienen una incidencia de hasta el 10% de todos los embarazos. Los mismos tienen una morbimortalidad materna y fetoneonatal aumentada. A nivel mundial ocurren entre 80-120 muertes maternas diarias por complicaciones secundarias a los EHE⁽¹⁾. En Uruguay en el año 2020 según datos reportados por el Ministerio de Salud Pública (MSP) la SPE tuvo una incidencia del 4,8% de todos los nacimientos.

El SPE es aquel EHE propio de la especie humana y del período grávido puerperal. Se define al mismo como el EHE que aparece “de novo” luego de las 20 semanas de gestación. Se acompaña de proteinuria y/o elementos de daño de órgano blanco, estos últimos son considerados elementos de severidad del SPE.

Es criterio diagnóstico una proteinuria en 24 hrs > 300 mg/día, o índice proteinuria/creatininuria de 0,3 mg/dl.

Según las nuevas pautas en pacientes con hipertensión y un valor de ratio sflt-1/PIGF > 38 podemos hacer diagnóstico de SPE⁽²⁾.

Son elementos diagnósticos y de severidad: trombocitopenia <100.000 x 10⁹/L, insuficiencia renal con creatininemia >1,1 mg/dl o duplicación del valor basal en pacientes con enfermedad renal, daño hepático con elevación de enzimas hepáticas al doble del valor basal, tiempo de protrombina (TP) < 60% o TTPA >40 seg, LDH > dos veces el límite de referencia.

Clínicamente se consideran elementos de severidad cifras de presión arterial (PA) > o igual a 160/110 mmHg, cefalea sin otra causa que la explique, alteraciones visuales de reciente aparición o síntomas neurológicos, convulsiones o coma, epigastralgia y/o dolor en hipocondrio derecho que no mejoran con tratamiento, edema agudo de pulmón⁽³⁾.

El último protocolo publicado por el Hospital Clínic de la Universidad de Barcelona en el año 2023 agrega los siguientes

elementos de severidad: clínicamente la oliguria (< 500 cc/24 hrs), y en la paraclínica el tiempo de protrombina (TP) < 60% o TTPA >40 seg, LDH > dos veces el límite de referencia.

En pacientes con “transaminitis” mayores a 2000 IU/L o LDH mayores a 3000 IU/L, hay un aumento significativo de la mortalidad materna⁽³⁾.

Hasta un 40% de los SPE ocurren en embarazos de pretérmino, lo que aumenta la morbimortalidad materna y feto-neonatal⁽⁴⁾. El SPE es una patología grave que conlleva riesgo de complicaciones para el binomio. Dentro de las complicaciones maternas destacamos: accidente cerebrovascular, encefalopatía hipertensiva, disfunción hepática y renal, coagulación intravascular diseminada, edema pulmonar y desprendimiento prematuro de la placenta normoinserta⁽⁵⁾.

Los fetos pueden presentar hipoxia crónica y como consecuencia de esto desarrollar restricción de crecimiento, expuestos al estrés de las contracciones uterinas pueden presentar eventos de hipoxia aguda y síndrome hipóxico isquémico, y todas las consecuencias derivadas de la prematuridad⁽⁶⁾.

La finalización del embarazo con el consiguiente alumbramiento es el tratamiento definitivo de esta complicación de la gestación. Sin embargo en los embarazos de pretérmino el nacimiento se asocia a un aumento en la morbimortalidad feto neonatal. En algunas situaciones el manejo expectante, con el control estricto de la salud del binomio permite obtener mejores resultados neonatales⁽¹⁾.

Sabemos que el pronóstico neonatal está dado principalmente por la edad gestacional al nacimiento y el peso al nacer.

Múltiples estudios demuestran que a partir de las 34 semanas ante un diagnóstico de SPE con elementos de severidad no se justifica la conducta expectante, dado que los riesgos de morbi-mortalidad materna superan los riesgos neonatales al nacimiento. La conducta activa en estos casos disminuye de forma significativa complicaciones maternas graves como el síndrome de HELLP y la eclampsia⁽⁷⁾.

El SPE antes de las 34 semanas de gestación, mencionado en algunos textos como preeclampsia precoz o remota, representa un tercio de las preeclampsias severas. La morbimortalidad feto-neonatal, de ocurrir el nacimiento en estas semanas, es lo suficientemente importante como para valorar la posibilidad de mantener una conducta expectante. Esto incluye: la internación materna, la estabilización de la misma, la inducción de la maduración pulmonar fetal y la vigilancia de la salud materno fetal hasta las 34 semanas o antes, de agregarse complicaciones⁽⁸⁾. En un estudio de cohorte retrospectivo en el que se valoró el manejo activo en comparación con expectante, se encontró que este último obtuvo menor riesgo de APGAR menor a 7 al minuto (P 0,003), menor riesgo de síndrome de dificultad respiratoria (P 0,005), hemorragia intraventricular (P 0,029), ingreso a unidad de cuidados intensivos neonatales (P 0,001) y muerte neonatal (P 0,009).

Diferentes estudios demuestran que al tomar conductas expectantes en SPE con criterios de severidad se logra prolongar la gestación por una o dos semanas, con el beneficio que eso supone en el pronóstico neonatal⁽⁸⁾.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se debe seleccionar cuidadosamente las pacientes en las que se tomará conducta expectante. Se debe considerar sólo en pacientes con diagnóstico de SPE severa entre las 24-33 semanas de edad gestacional. En embarazos menores de 24 semanas la gestación es de mal pronóstico y no justifica el riesgo materno (9), mantener una conducta expectante, aunque se individualizará para cada caso, tomando la decisión en conjunto con equipo de neonatología y la gestante. En mayores de 32 semanas los riesgos de morbilidad neonatal disminuye y podrá retrasarse el nacimiento de lograrse la estabilización materna sólo con el objetivo de realizar la inducción de la maduración pulmonar fetal. Entre las 32 y 34 semanas se debe valorar en cada caso si es prudente mantener una conducta expectante. Se podrá tomar una conducta expectante en aquellas pacientes en las que los elementos por los cuales está dada la severidad de la SPE logren estabilizarse no poniendo en riesgo vital a la madre y en quienes tengan fetos viables y con salud fetal demostrada. **Cuando la gravedad está dada por cifras de presión arterial en rango de severidad, es decir mayores o iguales a 160/110 mmHg y se logre el control de las mismas mediante fármacos; o en un SPE con plaquetopenia no progresiva; o un ratio sFlt-1/PIGF superior a 110, en paciente que no presenten otros elementos de severidad de los mencionados anteriormente, optaremos por una conducta expectante.** Se destacan en criterios de exclusión para la toma de esta conducta, todos aquellos marcadores de daño de órgano blanco o elementos clínicos en los que sea necesaria la finalización de la gestación a la brevedad.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes con criterios de finalización de la gestación de forma inmediata o a la brevedad.

- Signos de severidad materna como falla orgánica, dados por: eclampsia, cifras de hipertensión en rango de severidad que no logran controlarse con fármacos^(1, 2). Elementos clínicos sugestivos de desprendimiento prematuro de placenta normoinsera (DPPNI), cefalea persistente que no calma con medicación; dolor en hipocondrio derecho que no presente una causa que lo explique y que no responde a medicación, alteración visual de reciente aparición, accidente cerebro vascular isquémico o hemorrágico, infarto agudo de miocardio, edema agudo de pulmón. De la paraclínica: falla renal nueva o peoría de fx renal: creatininemia >1.1 mg/dL o que duplique

su valor, oliguria. Deterioro de la función hepática y/o plaquetopenia progresiva. LDH >600.

- Salud fetal: monitoreo fetal anormal, óbito, feto no viable, flujo diastólico reverso persistente⁽²⁾.

Nota: HTA severa refractaria (cifras PAS >160 y/o PAD >110 de manera mantenida pese a 3 fármacos hipotensores a dosis plenas)
Manejo obstétrico y neonatal

En pacientes correctamente seleccionadas que cuenten con los criterios de elegibilidad y que no presenten al ingreso en el Hospital de Clínicas criterios de exclusión, se tomará una conducta expectante. Se mantendrá un control clínico y paraclínico estricto, con el objetivo de descartar parámetros que requieran la finalización de la gestación de forma urgente.

LUGAR DE INTERNACIÓN

En una primera instancia las pacientes permanecerán en el block de partos. En caso de que el equipo médico tratante así lo considere se podrá realizar la internación en la unidad de cuidados intermedios (CI) del piso 8 del Hospital de Clínicas o CTI en caso de que la gravedad de la paciente lo requiera. En dicha situación se discutirá ingreso con la guardia médica a cargo del sector. Número de interno cuarto médico CI piso 8 4566. Interno de CI 4478. Interno cuarto médico de CTI 4657.

VALORACIÓN INICIAL MATERNA

La conducta expectante en pacientes con SPE severa implica el control clínico y paraclínico seriado en áreas de cuidados especiales. Dentro de los **controles clínicos** se debe valorar: estado de conciencia, frecuencia cardíaca y respiratoria. Saturación de oxígeno. Monitorización electrocardiográfica materna de forma continua. Monitorización no invasiva de la PA y diuresis. Se realizará un control médico cada 6 hrs y se interrogará a la paciente acerca de la aparición de nueva sintomatología: cefalea, visión borrosa, epigastralgia o dolor en hipocondrio derecho, náuseas y vómitos⁽¹⁾. Se realizará al ingreso en la unidad la **tabla de seguimiento de SPE severa** que será completada en cada turno (matutino, tarde, vespertino y noche) por médicos y personal de enfermería. VER ANEXO CON TABLA DE SEGUIMIENTO. Valoraremos elementos de alarma obstétrica: disminución de movimientos fetales, genitorragia, hidrorrea, contracciones uterinas dolorosas. Se valorará por parte del equipo de ginecología cada 6 hrs latidos fetales y tono uterino. En pacientes con diagnóstico de SPE severa se deberá tener siempre una vía venosa periférica (**VVP**) disponible para el control de eventuales emergencias médicas como la eclampsia y cifras de PA en rango de severidad. Se realizará además paraclínica de forma seriada. Las pacientes deberán ser ingresadas en unidades que cuenten con oxígeno y camilla con barandas, para

maximizar la seguridad en caso de crisis convulsivas. Se realizará **control estricto de la presión arterial**. Se iniciará **tratamiento antihipertensivo en pacientes con cifras de severidad constatadas y corroboradas a los 15 minutos**. Las cifras objetivo son en la presión arterial sistólica cifras menores a 160 mmHg y la diastólica menor a 110 mmHg con la mínima dosis farmacológica eficaz posible. Se deben evitar los descensos bruscos de presión arterial para evitar la hipoperfusión placentaria que podría tener efectos deletéreos en la salud fetal. No es el objetivo principal la normotensión. Existen múltiples fármacos antihipertensivos que son seguros durante el embarazo, entre los que encontramos: labetalol, nifedipina, hidralazina (no disponible en nuestro medio) y alfa- metildopa.

●El tratamiento en agudo lo realizaremos con labetalol intravenoso. La dosis para este fármaco es 20 mg iv en bolo lento. Se controla nuevamente la PA luego de 15 minutos de su administración. De continuar en cifras de severidad se realizarán nueva dosis de 40 mg iv, con nueva toma de PA a los 15 minutos. Si se constatan cifras de PA en rango de severidad se realiza dosis de a 80 mg iv, repitiendo luego dosis de 80 mg iv en caso de continuar en rango de severidad. Dosis máxima de 300 mg día.

Concomitantemente iniciaremos el tratamiento vía oral. (Ver **Tabla en Anexo 2**)

●Realizaremos **prevención farmacológica de las convulsiones** mediante sulfato de magnesio, fármaco estabilizador de la placa motora. Posología: bolo de 4-6g iv a razón de 1g/5 min + perfusión iv de 1-2 g/h⁽²⁾.

Se colocará **sonda vesical** siempre que se indique sulfato de magnesio para control estricto de la diuresis.

En nuestro centro la preparación se realiza de la siguiente forma: dosis carga 4 gr de MgSo4 diluido en 250 cc SG al 5% a pasar por bic a 500 ml/hr. Luego dosis de mantenimiento: 6 gr de MgSo4 diluido en 500 cc de SG al 5% a pasar por BIC a 83 ml/hr. En varias revisiones Cochrane, se indica una reducción significativa en convulsiones recurrentes y morbilidad materna relacionada con la eclampsia con el uso de sulfato de magnesio. Este fármaco ha demostrado ser superior al diazepam y comitoina durante la gestación. En caso de que la paciente presente convulsiones o reinstale las mismas se realizará 2-4 gr sulfato de mg iv. En caso de que no se logrará acceso venoso, puede administrarse vía intramuscular. La dosis inicial es 10 gr, realizándose 5 gr en cada glúteo. La dosis de mantenimiento es 5 gr c/4 hrs. Esta vía es más dolorosa, y aumenta el riesgo de efectos adversos por lo cual no es de elección⁽³⁾. Durante la administración de sulfato de magnesio se requiere despistaje frecuente de los síntomas sugestivos de intoxicación. Cada 3 hrs valoraremos el reflejo rotuliano, dado que la hiperreflexia es un elemento precoz de intoxicación. Controlaremos además la frecuencia respiratoria (ha de ser > 14 resp./minuto), diuresis (ha

de ser > 30 ml/hora) y control de la saturación de O₂ mediante pulsioximetría. La magnesemia se solicitará ante aparición de síntomas de intoxicación, o en pacientes con alteración en la función renal pedir de rutina cada 4 hrs⁽³⁾. El rango terapéutico para el sulfato de Mg es 4.8- 9.6 mg/dL. La hiperreflexia suele aparecer con magnesemias superiores a 9 mg/dl, la depresión respiratoria cuando supera los 12 mg/dl y el PCR cuando es superior a 30 mg/dl. Efectos secundarios del sulfato de magnesio: Déficit de acomodación visual. Riesgo de paro cardiorrespiratorio si se acumula el fármaco. Este fármaco está contraindicado en pacientes con miastenia gravis.

Luego de pasadas las primeras 24-48 hrs y si se logra la estabilización materna suspendemos el sulfato de magnesio. El mismo se retomará en caso de agravarse el cuadro clínico o aparición de elementos de severidad en la paraclínica.

●Tratamiento de la intoxicación con sulfato de magnesio: Suspensión inmediata de sulfato de magnesio. Se utiliza gluconato de calcio, bolo de 1 gr IV en 3-4 min (10 ml al 10% de gluconato de calcio). Durante las primeras 48-72 hrs realizaremos **paraclínica seriada de forma diaria**, para despistar alteraciones de daño de órgano blanco que nos obliguen a tomar una conducta obstétrica activa. Dicha paraclínica incluye: hemograma, creatininemia, azoemia, funcional y enzimograma hepático, lactato deshidrogenasa (LDH) y crasis. No se repetirá el índice pru/cru una vez realizado el diagnóstico de SPE. Queda a criterio del ginecólogo tratante dependiendo de la clínica de la paciente la necesidad de paraclínica hipertensiva antes de las 24 hrs. Una vez se logre la estabilidad de la paciente podría considerarse la internación en sala de obstetricia, realizando paraclínica cada 48 hrs o ante cambios en el cuadro clínico que nos sugieran agravamiento. En esta instancia se realizará a la paciente un estudio de medición ambulatoria de la presión arterial (MAPA) para valorar y objetivar si el control de las cifras de PA es adecuado. También se realizará en esta instancia un perfil hemodinámico (sistema no invasivo para la evaluación de la función cardiovascular por cardiografía de impedancia) que nos permitirá adecuar el tratamiento farmacológico según el índice cardíaco y el índice de resistencia vascular. Continuaremos durante la internación el tratamiento con fármacos antihipertensivos vía oral, se realizará la mínima dosis posible que mantenga a la paciente en las presiones objetiva. es decir presión arterial sistólica entre 100-155 mmHg y la diastólica entre 60-105 mmHg

●Se indicará la **inducción de la maduración pulmonar fetal** mediante corticoterapia. Se utilizará dexametasona 6 mg im cada 12 hrs por 4 dosis o betametasona 12 mg im día por dos dosis. Ambos comparten el mecanismo de acción y los efectos farmacológicos (terapéuticos, adversos y tóxicos). Sabiendo

que no hay evidencia de uno sobre el otro, aunque la posología de la betametasona genere un mayor confort en la paciente. Por lo que de estar disponible preferimos la betametasona. El beneficio es máximo si el parto se da después de 48 horas de la primera dosis; el mismo se mantiene hasta por 14 días, siendo el mayor beneficio hasta 7 días post administración⁽¹⁰⁾.

●Se deberá valorar la indicación de tromboprofilaxis. Una vez estabilizado el cuadro inicial, y en las pacientes en quienes no se opte por la finalización de la gestación se individualizará la decisión de iniciar tromboprofilaxis. Son pacientes que cursarán internaciones prolongadas con la disminución que conlleva en la deambulación, y que cursan una gestación complicada con un SPE severo, por lo que siempre debe ser un punto de discusión. Utilizaremos la guía de tromboprofilaxis realizadas por la Cátedra de hematología y la Clínica Médica B del Hospital de Clínicas, versión año 2021, para valorar la indicación⁽¹¹⁾. (Ver **Anexo 3**). Sugerimos que durante la internación se solicite valoración por el equipo de **salud mental**, inicialmente psicología médica y asistente social. Sabemos que son gestantes que presentan una patología grave que puede tener múltiples complicaciones en el binomio. Son pacientes que tendrán internaciones prolongadas, ya sea por la continuación del embarazo o en caso de finalización un probable ingreso a CTI del recién nacido, por lo que es importante el apoyo por parte de todo el equipo.

VALORACIÓN DE LA SALUD FETAL: No hay acuerdo en cuanto al seguimiento de los fetos en los que se toma una conducta expectante. Consideramos necesario el seguimiento diario escuchando latidos con doptone o monitor cada 6 hrs en las primeras 48 hrs. De ser mayores que 32 semanas se realizará NST al ingreso y ante aparición de elementos de alarma obstétrica. Es razonable realizar una ecografía obstétrica para estimar el crecimiento fetal al ingreso y realizar doppler feto-útero-placentario al menos semanal. Se pautará luego el seguimiento según resultados. **Elementos clínicos y paraclínicos que modificarán la conducta expectante:**

En cualquier paciente en que se opte por una conducta expectante, ante la aparición de los siguientes elementos se realizará la finalización de la gestación de urgencia o emergencia. La vía de finalización será elegida por el ginecólogo tratante según urgencia de finalización y situación obstétrica de la gestante y no de la patología per se.

- PA grave incontrolable farmacológicamente
- Pródromos de eclampsia persistentes y que no ceden con la instauración del tratamiento profiláctico de las convulsiones: hiperreflexia con clonus o cefalea intensa o alteraciones visuales o estupor, epigastralgia, dolor en hipocondrio derecho o náuseas y vómitos.
- Signos de pérdida de bienestar fetal: monitoreo de FCF no tranquilizador, disminución o ausencia de movimientos fetales
- Afectación orgánica materna progresiva: deterioro de la función renal u oliguria persistente o deterioro

de la función hepática o plaquetopenia progresiva. Aparición de complicaciones maternas graves: hemorragia cerebral, edema pulmonar, rotura hepática, DPPNI. (CITA)
Vía de finalización: La misma será guiada por la situación obstétrica, el estado de la salud fetal y la urgencia de la finalización dada la aparición de complicaciones graves. No será signada por el SPE dado que dicha patología no es indicación de cesárea. De ser posible preferimos el parto vaginal dados los beneficios para el binomio, disminuyendo las complicaciones a nivel materno secundarias al acto anestésico quirúrgico. Se prefiere la anestesia neuroaxial en la mayoría de las pacientes, ya que la anestesia general acarrea riesgos maternos secundarios a la intubación orotraqueal (IOT). La IOT aumenta el riesgo de aspiración, y de accidente cerebrovascular secundario al aumento de presión intracraneana. La anestesia epidural o espinal se considera aceptable, y el riesgo de hematoma epidural es excepcionalmente bajo. En pacientes con recuentos de plaquetas de 70.000 o más, siempre que el nivel de plaquetas sea estable, que no haya otra coagulopatía adquirida o congénita, que la función plaquetaria sea normal y que el paciente no está en tratamiento antiplaquetario y anticoagulante⁽⁹⁾.

CONTROL Y TRATAMIENTO EN EL PUERPERIO

El control debe ser estricto en las primeras 48 hrs luego del nacimiento. Debemos tener presente que si bien el SPE tiende a la mejoría luego del alumbramiento, en los primeros días puede darse un pobre control de cifras hipertensivas, empeoramiento de la paraclínica o una eclampsia puerperal. El tratamiento con sulfato de magnesio debe mantenerse las primeras 24 hrs posparto o de la última convulsión, en caso de eclampsia. En aquellas pacientes con síntomas neurológicos o cifras de presión arterial en rango de severidad debemos valorar continuar por 48 hrs⁽²⁾. La dosis es la misma que utilizada previo al nacimiento. Debemos continuar monitoreando los signos de intoxicación ya mencionados. La mayoría de las mujeres que presentan eclampsia y accidente cerebrovascular en el periodo posparto presentan síntomas las horas previas a la aparición del evento. Por lo que deberemos estar atentos a los mismos y realizar una correcta anamnesis para su despistaje. Las manifestaciones previas más frecuentes son: cefalea occipital o frontal, visión borrosa, fotofobia o alteración del estado mental⁽³⁾. En cuanto al síndrome de HELLP el menor recuento plaquetario suele observarse en las primeras 24 hrs posparto. La paraclínica suele empeorar en los primeros dos días después del nacimiento. En pacientes en las que luego del cuarto día post nacimiento no hay mejoría de las transaminasas y el recuento plaquetario, debemos reconsiderar el diagnóstico⁽³⁾. **Analgesia:** Se debe tener en cuenta al elegir los fármacos analgésicos que los antiinflamatorios no esteroideos (AINES), disminuyen las prostaglandinas y de esta forma aumentan

la vasoconstricción pudiendo colaborar en el descontrol de cifras hipertensivas. En caso de pacientes que se encuentren con cifras de PA de difícil control puede optarse por opioides^(3, 12). Por otro lado, en pacientes con insuficiencia renal los AINES tampoco serán fármacos de elección. **Control de la PA:** Durante el puerperio se amplía la gama de fármacos que podemos utilizar como hipotensores. En este periodo la precaución es en cuanto al pasaje del fármaco a través de la leche materna, pero para la mayoría de los agentes comúnmente utilizados no hay estudios que lo demuestren⁽¹²⁾.

- Bloqueadores de los canales de calcio como nifedipina o amlodipina han demostrado ser seguros, con un pasaje mínimo a la leche materna, muy inferior a las dosis utilizadas en niños.

- Beta bloqueantes como labetalol, metoprolol o propranolol: tienen un pasaje escaso hacia la leche materna, hay algunos casos informados de bradicardia en niños de madres que utilizaban estos fármacos.

- Los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA) como el enalapril es indetectable en la leche materna.

- Alfa metildopa: debe evitarse en este periodo, ya que se ha vinculado a aumento de casos de depresión puerperal.

Tromboprofilaxis en el puerperio: Un estudio de casos y controles basado en registros noruegos de 600.000 embarazos informó un riesgo cuatro veces mayor de enfermedad tromboembólica venosa (ETE) en pacientes con preeclampsia en el periodo posparto. Además, cuando la preeclampsia se asocia con una hipoalbuminemia significativa, las mujeres tienen un riesgo hasta cinco veces mayor de ETE en comparación con el riesgo de ETE asociado a un embarazo normal⁽¹²⁾. Por lo tanto, durante el puerperio se valorará mediante la pauta hospitalaria ya mencionada la necesidad de tromboprofilaxis en cada paciente y la duración de dicho tratamiento. Todas las pacientes que hayan ingresado en protocolo de manejo expectante de preeclampsia severa deberán ser referidas al alta a la policlínica de "Cuarto trimestre" en el Hospital de Clínicas que funciona los días viernes de 8 a 10 am, donde serán valoradas en conjunto por el equipo de obstetricia, medicina interna, psicología médica, y se realizarán las derivaciones necesarias. Las pacientes deben ser informadas del riesgo cardiovascular que implica el SPE a largo plazo. El SPE aumenta por 4 el riesgo de HTA crónica, aumenta por 2 el riesgo de diabetes, y de enfermedad cardiovascular. Las pacientes que tuvieron SPE tienen un riesgo de 4 a 8 veces mayor de enfermedad renal. Las mujeres deben ser reevaluadas a los 3-6 meses posparto, esta evaluación conlleva la toma de PA, en la que debemos considerar realizar un estudio de monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA), estudio de proteinuria, valorar la necesidad de realizar estudios como glicemia en ayuna y perfil lipídico según la paciente. También se realizará a estas pacientes un estudio de rigidez arterial

en vistas a establecer un pronóstico funcional y vital. Las pacientes deben recibir consejo de hábitos y autocuidado, cómo hacer ejercicio, mantener un peso saludable, dieta variada y el abandono del hábito tabáquico⁽¹²⁾. Para próximos embarazos se sugiere una correcta planificación de la gestación, con consulta preconcepcional. Así como la profilaxis para SPE con ácido acetil salicílico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Li J, Shao X, Song S, Liang Q, Liu Y, Qi X. Immediate versus delayed induction of labour in hypertensive disorders of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 26 de noviembre de 2020;20(1):735. DOI 10.1186/s12884-020-03407-8
2. Hospital Clínic- Hospital Sant Joan De Déu- Universitat De Barcelona. Protocolo: Hipertensión y gestación. *Protocolos Medicina Materno Fetal*. [citado 10 de abril de 2023]. Disponible en: <https://fetalmedicinebarcelona.org/wp-content/uploads/2024/02/hipertension-y-gestacion-1.pdf>
3. ACOG. Gestational Hypertension and Preeclampsia: ACOG Practice Bulletin, Number 222. *Obstet Gynecol*. junio de 2020;135(6):e237-60. DOI 10.1097/AOG.0000000000003891
4. Chappell LC, Brocklehurst P, Green ME, Hunter R, Hardy P, Juszcak E, et al. Planned early delivery or expectant management for late preterm pre-eclampsia (PHOENIX): a randomised controlled trial. *Trials* 2019; 20 (1): 1-13. Septiembre de 2019. 394(10204):1181-90. DOI 10.1016/S0140-6736(19)31963-4. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673619319634>
5. Bokslag A, van Weissenbruch M, Mol BW, de Groot CJM. Preeclampsia; short and long-term consequences for mother and neonate. *Early Hum Dev*. Noviembre de 2016;102:47-50. DOI 10.1016/j.earlhumdev.2016.09.007
6. De Souza Rugolo LMS, Bentlin MR, Trindade CEP. Preeclampsia: Effect on the Fetus and Newborn. *NeoReviews* [Internet]. 1 de abril de 2011;12(4):e198-206. DOI 10.1542/neo.12-4-e198. Disponible en: <https://publications.aap.org/neoreviews/article/12/4/e198/91331/Preeclampsia-Effect-on-the-Fetus-and-Newborn>
7. Bernardes TP, Zwertbroek EF, Broekhuijsen K, Koopmans C, Boers K, Owens M, et al. Delivery or expectant management for prevention of adverse maternal and neonatal outcomes in hypertensive disorders of pregnancy: an individual participant data meta-analysis. *Ultrasound in Obstet & Gynecol* [Internet]. Abril de 2019;53(4):443-53. DOI 10.1002/uog.20224. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/uog.20224>
8. Calderon Restrepo N, Pérez Muñoz Á, Gutiérrez Marín JH, Sanín Blair JE, García Posada RA, Cuesta DP, et al. Manejo expectante en preeclampsia severa remota del término (24-33, 6 semanas): experiencia en centro de alta complejidad. *CES Med* [Internet]. 16 de noviembre de 2022;36(3):38-51. DOI 10.21615/cesmedicina.6881. Disponible en: <https://revistas.ces.edu.co/index.php/medicina/article/view/6881>
9. Balogun OAA, Sibai BM. Counseling, Management, and Outcome in Women With Severe Preeclampsia at 23 to 28 Weeks' Gestation. *Clinical Obstetrics & Gynecology* [Internet]. Marzo de 2017;60(1):183-9. DOI 10.1097/GRF.0000000000000250. Disponible en: <https://journals.lww.com/00003081-201703000-00021>
10. Bianchi A, Blasina F, Borda C, Castillo E, De María M, Fiol V, et al. Glucocorticoides prenatales. Documento Uruguayo de Consenso. *Archivos de Ginecología y Obstetricia*. 2018; Volumen 56, número 1: 1-64. DOI 10.31134/ap.89.3.5. Disponible en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/21066>
11. Irigoín V, Lorenzo M, Grille S, González V, Irigoín V, Lorenzo M, et al. Enfermedad Tromboembólica Venosa en el período grávido puerperal. Diagnóstico, tratamiento y profilaxis. *Rev. Urug. Med. Int*. Julio de 2021;6(2):7-21. DOI 10.31134/ap.89.3.5. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2393-67972021000200007&lng=es&nrm=iso&tng=es
12. Shanmugalingam R, Barrett HL, Beech A, Bowyer L, Crozier T, Davidson A, et al. A summary of the 2023 Society of Obstetric Medicine of Australia and New Zealand (SOMANZ) Hypertension in pregnancy guideline. *Med J Aust*.

DOI 10.5694/mja2.52312

ANEXOS

ANEXO 1

Cuadro de control clínico y paraclínico de SPE severa.

Nombre: _____ No de Registro: _____ Sala: _____ Cama: _____

Tabla 1.

C O N T R O L E S D E E N F E R M E R Í A	Fecha					
	Hora					
	PAS (mmHg)	>200				
		170-199				
		140-169				
		110-139				
		80-109				
		<79				
	PAD (mmHg)	>110				
		90-109				
		<89				
	Pulso (l/m)					
	FR (r/m)					
	Sat O2 (%)					
	Percepción de MF	PRESENTE				
		DISMINUIDO				
		AUSENTE				
	Diuresis					
	Cefalea	PRESENTE				
		AUSENTE				
	Fosfeno	PRESENTE				
		AUSENTE				
	Acufeno	PRESENTE				
		AUSENTE				
	Epigastralgia	PRESENTE				
		AUSENTE				
	Dolor Torácico	PRESENTE				
		AUSENTE				
	Estado de Conciencia	Alerta				
		Al llamado				
		Al dolor				
		S/Respuesta				
	Genitorragia	AUSENTE				
PRESENTE						
Firma						
No. Fun						

SUPLEMENTO PROTOCOLOS UNIDAD ACADÉMICA GINECOTOCOLOGÍA B

Manejo expectante en síndrome preeclampsia eclampsia severa en embarazos menores de 34 semanas
 Diz L, Zubiaurre V, Oholeguy P, Cópola F.

Tabla 2.

	Fecha						
	Hora						
	Latidos Fetales						
	Hb						
	HTC						
	PLQ						
	TGO						
	TGP						
	LDH						
	AZO						
	CREA						
	TP						
	Cociente SFLT/1PIGF						
	Magneemia						
	Firma						
	No. Fun						

Tabla3.

	Fecha						
	Hora						
F	SO4Mg						
A	Labetalol						
R	Nifedipina						
M	Alfametildopa						
A	Dexametasona						
C	Betametasona						
O	AAS						
	Clexane						
	Firma						
	No. Fun						

ANEXO 2: ESTUDIOS Y TIPOS DE MUESTRAS PARA ENVIAR AL LABORATORIO

Fármaco	Dosis Mínima	Dosis Máxima	Mecanismo de Acción	Grupo	Efectos Adversos	Contraindicaciones	Vía	Eficacia	Comienzo	Cima	Duración	Nombre comercial
Labetalol	20mg. Se podrá repetir 20 a 80mg iv cada 30 min	300 mg	reduce rápidamente la resistencia vascular periférica y la presión arterial con poca alteración en la frecuencia cardíaca o la producción de orina	Bloqueador alfa y beta adrenérgico	Bradicardia neonatal e hipoglucemias	asma con mal control. Insuficiencia cardíaca. Bradicardia materna .BAV segundo o tercer grado	iv	Alta	5 min	30 min	4hs	Biascor/ Bloca mine/ Labetalol Celsius
Nifedipina de acción inmediata	5 a 10 mg para tragar o morder y luego tragar, cada 30 minutos	120mg día	Relajación de células musculares lisas en los vasos sanguíneos y disminución de la resistencia vascular periférica	Bloqueador de canales de calcio	Taquicardia, cefalea	Estenosis aórtica, IAM reciente, angina inestable. Contraindicación relativa: estenosis intestinal	iv	Moderada	5 a 10 min	30 min	6hs	
	Dosis baja	Dosis media	Dosis alta	Dosis máxima								
Alfametildopa	250 mg c/8 o 12	500 mg c/ 8 o 6hs	750 mg c/ 8hs 12hs	2500	sedación, depresión pos parto	Hepatitis aguda, cirrosis activa, feocromocitoma.	vo	Baja				Aldomet/Almedop/Metildopa
Labetalol VO	100 mg c/8 o 6hs	200 mg c/8 o 6hs	300 mg c/ 8 o 6hs	1200 (CLINIC DICE 2400)			vo					
Nifedipina XL	30 mg	30 mg c/ 12 o 60 mg día	30 mg en la mañana, 60 mg en la noche	120 mg			vo					Cuorex retard
Nifedipina retard	20mg	20 mg c/12	40mg en la mañana y 20 mg en la noche	60 mg								

ANEXO 3: VALORACIÓN DE TROMBOPROFILAXIS PARA PREVENIR ETEV

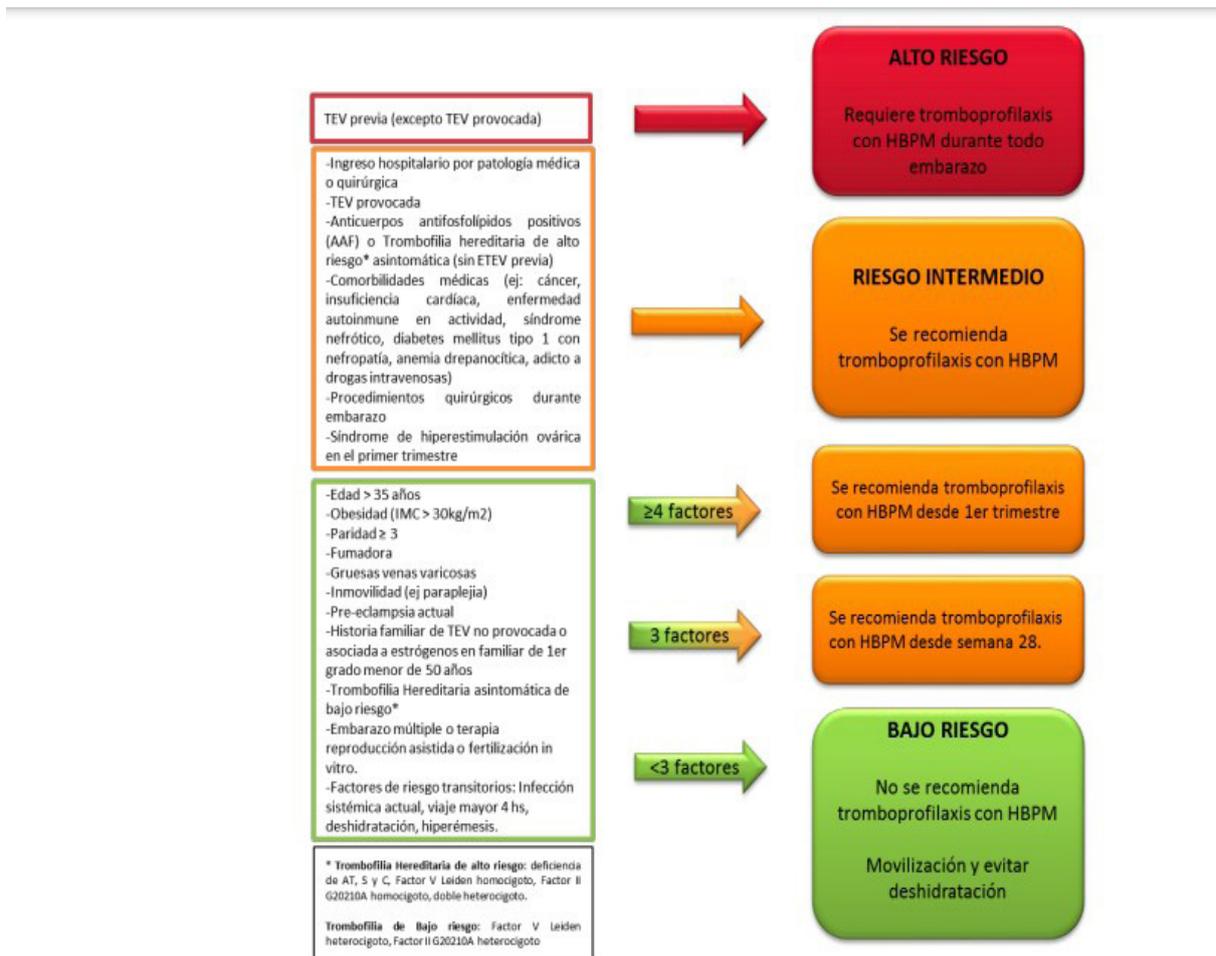


Figura 3: Recomendación de profilaxis durante embarazo

TEV: tromboembolia venosa
 AAF: anticuerpos antifosfolípidos títulos moderados o altos.

Adaptado de Royal College of Obstetrician and Gynaecologists Guidelines