

Trastornos hipertensivos del embarazo (2004)

DEFINICIONES

Hipertensión en el embarazo

El diagnóstico de hipertensión en el embarazo se realiza cuando, en 2 o más tomas separadas por 6 horas, la paciente presenta una presión arterial (PA) sistólica ≥ 140 mmHg y/o una PA diastólica ≥ 90 mmHg.

Para la toma correcta de la presión arterial, las condiciones son las siguientes:

- Tomar la PA a la gestante sentada, con los pies apoyados y el brazo a la altura del corazón, tras 10 minutos de reposo. En la primera visita se tomará la PA en los dos brazos; posteriormente, si las PA son parecidas, se tomará siempre en el derecho. Si la diferencia de PA entre los dos brazos es significativa, se deberá iniciar un estudio de la posible causa.

- Usar de forma preferencial esfigmomanómetros de mercurio, con manguito de tamaño adecuado (la parte inflable del manguito debe actuar en el 80% de la circunferencia del brazo).

- Para iniciar la lectura, el manguito se deberá inflar por lo menos 20 mmHg por encima de la PA sistólica; posteriormente se desinflará de forma lenta, a razón de 2 mmHg por segundo.

- Para la determinación de la PA diastólica se utilizará el V ruido de Korotkoff (desaparición del ruido). Si el V ruido no está presente, se registrará el IV ruido (atenuación del ruido).

Proteinuria en el embarazo

La proteinuria se define como la presencia en orina de 24 horas de 300 o más mg de proteínas. Este hallazgo se correlaciona habitualmente con 30 mg/dl (1+ en la tira reactiva) o más en una muestra aleatoria de orina, en ausencia de infección urinaria. Sin embargo, debido a las discrepancias que existen entre estas dos técnicas, se recomienda que el diagnóstico se base en la determinación en orina de 24 horas.

Edemas en el embarazo

El edema no se incluye en los criterios diagnósticos de los trastornos hipertensivos del embarazo, debido a su alta prevalencia durante la gestación normal. Sin embargo, el desarrollo rápido de un edema generalizado suele ser anormal.

CLASIFICACIÓN

Hipertensión crónica

Se define como una hipertensión presente antes del inicio del embarazo o que se diagnostica antes de la semana 20 de gestación. La hipertensión diagnosticada después de la semana 20, pero que persiste a las 12 semanas tras el parto, se clasifica también como hipertensión crónica.

Preeclampsia-eclampsia

Se define como una hipertensión que aparece después de las 20 semanas de gestación y se acompaña de proteinuria. Excepcionalmente, en casos de enfermedad trofoblástica gestacional o hidropesía, la hipertensión puede aparecer antes de las 20 semanas.

Se considera preeclampsia severa cuando la PA sistólica es ≥ 160 mmHg y/o la PA diastólica es ≥ 110 mmHg junto con proteinuria, o si la hipertensión está asociada a proteinuria severa (≥ 2 g en orina de 24 horas).

También se catalogará de preeclampsia grave cualquier hipertensión que se acompañe de algún signo o síntoma de afección multiorgánica (tabla 1).

La eclampsia es la aparición, en una gestante con preeclampsia, de convulsiones del tipo del *gran mal* no atribuibles a otras causas (accidentes cerebrovasculares, enfermedades hipertensivas, lesiones del sistema nervioso central ocupantes de espacio, enfermedades infecciosas o enfermedades metabólicas).

Preeclampsia sobreañadida a hipertensión crónica

La preeclampsia sobreañadida a una hipertensión crónica comporta un empeoramiento del pronóstico

106 materno-fetal. El diagnóstico es difícil y se deberá sospechar siempre ante la aparición de uno o más de los signos o síntomas de afección multiorgánica ya descritos en la preeclampsia. En gestantes con enfermedad renal crónica, el diagnóstico se realizará ante un incremento brusco de la hipertensión y de la proteinuria.

Hipertensión gestacional

Se define como la aparición de hipertensión sin proteinuria después de las 20 semanas de gestación. Dentro de este grupo se incluye un grupo heterogéneo de procesos cuyo diagnóstico se realizará, en la mayor parte, de forma retrospectiva. Así, una hipertensión gestacional puede corresponder a:

- Una preeclampsia en fase precoz en la que aún no haya aparecido la proteinuria.
- Una hipertensión transitoria en caso de que sólo sea una hipertensión que desaparezca dentro de las 12 semanas posparto.
- Una hipertensión crónica si persiste más allá de las 12 semanas posparto.

TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO

Predicción y prevención

Se han propuesto numerosas pruebas (clínicas, biofísicas, bioquímicas y ecográficas) para el diagnóstico precoz de la preeclampsia. No obstante, debido a sus escasas sensibilidad y valor predictivo positivo, ninguna de ellas ha mostrado utilidad clínica.

En los últimos años se ha probado un gran número de estrategias para prevenir o disminuir la incidencia de preeclampsia y sus complicaciones (aspirina en dosis bajas, suplementos de calcio, cinc, magnesio, aceite de pescado, etc.). Ninguna de ellas ha demostrado ser útil en la población obstétrica general.

En población con factores de riesgo de preeclampsia, aunque no existe acuerdo general, la administración de aspirina en dosis bajas podría comportar una reducción del 14% en la incidencia de preeclampsia y del 21% en la tasa de mortalidad perinatal.

Tabla 1. Criterios diagnósticos de preeclampsia severa. Se considerará grave si uno o más de los siguientes criterios se encuentra presente

PA sistólica \geq 160 mmHg y/o PA diastólica \geq 110 mmHg en 2 determinaciones separadas 6 h, estando la paciente en reposo en cama
Proteinuria \geq 2 g en orina de 24 h
Oliguria \leq 500 ml en 24 h
Creatinina sérica $>$ 1,2 mg/dl
Alteraciones cerebrales o visuales (hiperreflexia con clonos, cefalea severa, escotomas, visión borrosa, amaurosis)
Edema de pulmón o cianosis
Dolor epigástrico o en hipocondrio derecho
Alteración de las pruebas funcionales hepáticas
Alteraciones hematológicas: trombocitopenia ($<$ 100.000/ \square l), CID, hemólisis
Crecimiento intrauterino retardado

Tabla 2 Factores de riesgo de preeclampsia

Nuliparidad
Obesidad
Antecedentes familiares de preeclampsia-eclampsia
Preeclampsia en una gestación previa
Hipertensión crónica
Enfermedad renal crónica
Doppler uterino anormal a las 18-24 semanas
Diabetes mellitus pregestacional
Gestación múltiple
Presencia de trombofilias

En la tabla 2 se presentan los factores de riesgo de preeclampsia. En algunos de ellos, se puede considerar la administración de aspirina en dosis bajas (100 mg/día, por la noche a partir de las 12 semanas de embarazo y hasta el final de la gestación). Las dosis bajas de aspirina no son una contraindicación para la anestesia regional, siempre que el número de plaquetas sea normal.

MEDIDAS GENERALES

Ingreso hospitalario

Independientemente de su gravedad, ante el diagnóstico clínico de preeclampsia, es aconsejable

ingresar a la paciente para su estudio y su correcta catalogación.

Posteriormente, dependiendo de la gravedad del cuadro, se podrá realizar un tratamiento ambulatorio (en los casos de hipertensión gestacional y de preeclampsia leve).

Estudio analítico

- Hemograma completo con recuento y fórmula.
- Pruebas de funcionalidad renal: urea, creatinina, ácido úrico y aclaramiento de creatinina.
- Ionograma.
- Pruebas de funcionalidad hepática: GOT, GPT, fosfatasa alcalina y LDH.
- Coagulación: número de plaquetas. Si no hay trombocitopenia, no es imprescindible practicar otros estudios de coagulación en la preeclampsia leve. En la preeclampsia grave se realizará, además, la determinación del tiempo de protrombina, TTPA y fibrinógeno.
- Sedimento de orina y urocultivo.
- Proteinuria en orina de 24 horas.

Monitorización fetal

Aunque hay acuerdo general en que se debe controlar de forma exhaustiva a los fetos de las gestantes con hipertensión gestacional y preeclampsia, no hay acuerdo ni en cuáles son las pruebas más adecuadas ni con qué frecuencia hay que realizarlas.

A continuación se enumeran las pruebas que se puede emplear para el estudio del bienestar fetal. Su utilización va a depender del diagnóstico, del momento de la gestación y de la gravedad y urgencia del cuadro:

- Recuento diario de movimientos fetales.
- Cardiotocografía (test basal): desde el diagnóstico. La frecuencia está condicionada por la gravedad del cuadro. También hay que realizarla siempre que haya un empeoramiento brusco del estado materno.
- Perfil biofísico: al diagnóstico y ante un test basal no reactivo.
- Ecografía: valoración del crecimiento fetal y del volumen de líquido amniótico. La cadencia de realización dependerá de la gravedad.

- Doppler umbilical y fetal. La preeclampsia es una de las indicaciones para su realización, sobre todo en los casos asociados a CIR.

- Amniocentesis: siempre que se considere necesaria la valoración del grado de madurez pulmonar fetal.

Aspectos generales del tratamiento

- Reposo: el reposo en cama (absoluto) no es necesario en la paciente preeclámpsica, aunque es recomendable una cierta restricción de la actividad (reposo relativo).

- Dieta: normocalórica, normoproteica y normosódica. La suplementación de la dieta con calcio, magnesio, cinc, hierro o folatos no modifica la incidencia o evolución de la preeclampsia, por lo que no están indicados. Sin embargo, se puede emplear el hierro y los folatos, ya que tienen otros efectos beneficiosos para el embarazo.

- Tratamiento farmacológico: no se ha demostrado efecto beneficioso en los casos de hipertensión gestacional y preeclampsia leve, por lo que su uso no es necesario en todas las pacientes. Estaría indicado el tratamiento ante la persistencia de PA diastólicas ≥ 105 mmHg. Aunque ha demostrado ser un buen antihipertensivo, no es recomendable el empleo de nifedipina en pacientes con preeclampsia grave, ya que su asociación con sulfato de magnesio puede inducir hipotensiones severas.

- Finalización de la gestación. El tratamiento definitivo de la preeclampsia es la finalización de la gestación. Por ello, se tendrá que contemplar en todos los casos con grave afección materno-fetal o a partir de las 37 semanas en los casos de preeclampsia leve.

CONTROL Y TRATAMIENTO DE LA PREECLAMPSIA LEVE

Controles domiciliarios

- PA: cada 24 horas.
- Proteinuria cualitativa: cada 24 horas (mediante tiras reactivas).
- Índice diario de movimientos fetales.

**108 Controles en consulta o en el hospital de día:
(frecuencia semanal/15 días)**

- Exploración obstétrica.
- PA.
- Peso.
- Test no estresante: cada 7-15 días antes de las 28 semanas y semanalmente después de las 34 semanas.
- Analítica: cada 15 días.

Tratamiento inicial

- Reposo relativo.
- Dieta libre.
- Si se normaliza la PA, no es preciso pautar medicación hipotensora y se efectuarán controles semanales.

Indicaciones para el tratamiento farmacológico

- Persistencia de PA diastólica ≥ 105 mmHg o PA sistólica > 150 mmHg.
- Gran variabilidad circadiana de la PA.

Pautas de tratamiento

- Labetalol: 100-200 mg/6-8 h oral (dosis máxima: 2.400 mg/día)
- Hidralazina por vía oral, en dosis iniciales de 50 mg/día repartidas en 3-4 tomas. Si a las 48 horas la PA no se normaliza, se aumenta progresivamente la dosis de hidralazina hasta una dosis máxima de 200 mg/día.
- Alfa-metildopa: 250-500 mg/8 h oral.

Indicaciones para el ingreso de la paciente

- Para confirmar el diagnóstico.
- Cuando, a pesar de un tratamiento adecuado, no se consigue la estabilización de la PA.
- Cuando no se pueda asegurar que la paciente cumpla correctamente el control y el tratamiento.
- Para la finalización de la gestación.

**CONTROL Y TRATAMIENTO DE LA
PREECLAMPSIA GRAVE**

El tratamiento de la preeclampsia grave es la finalización de la gestación.

Sin embargo, cuando la edad gestacional es inferior a 34 semanas, la inmadurez fetal condiciona un elevado riesgo de morbilidad perinatal.

Por ello, en esas fases precoces de la gestación, sería recomendable intentar un tratamiento conservador siempre que se disponga de los medios adecuados para el control intensivo de estas pacientes, para proceder a la finalización de la gestación a las 34 semanas, o antes si se confirma la madurez pulmonar fetal o cuando empeore el estado materno o fetal.

Conducta general en la preeclampsia grave

Al ingreso

- Inicialmente, controlar la PA cada 5 minutos hasta la estabilización del cuadro. Posteriormente se pasará a controlar la PA cada 30 minutos.
- Exploración general valorando: nivel de conciencia, presencia de focalidad neurológica, alteraciones del fondo de ojo, signos de edema pulmonar o anomalías cardíacas, dolor epigástrico y/o en hipocondrio derecho, presencia de hiperreflexia, grado de edema, presencia de petequias o puntos sangrantes y ECG.
- Exploración obstétrica: tacto vaginal.
- Cardiotocografía: test basal.
- Sonda de Foley permanente para controlar la diuresis horaria y el balance hídrico.
- Estudio analítico: el anteriormente citado.
- Ecografía (biometría fetal, ILA y Doppler umbilical, fetal y uterino).
- Corticoterapia: entre las 24 y las 34 semanas de gestación, se administra betametasona intramuscular a razón de 12 mg/24 h durante 2 días.
- Fluidoterapia: solución de cristaloides (fisiológico o Ringer lactato) a un ritmo de 100-125 ml/h. En caso de terapia hipotensora o de una anestesia epidural, es aconsejable administrar adicionalmente 1.000-1.500 ml de la misma solución a razón de 500 ml/30 min. El objetivo será conseguir un flujo urinario ≥ 30 ml/h.

- Indicaciones de la monitorización central:
- Edema de pulmón.
- Oliguria persistente.
- Insuficiencia cardíaca.
- Hipertensión severa pertinaz.

Idealmente la monitorización central se debería realizar mediante la cateterización de la arteria pulmonar. No obstante, dado que esta técnica tiene una morbilidad nada despreciable, es preferible la monitorización de la presión venosa central (PVC). Debe tenerse en cuenta que a partir de 7-9 cmH₂O, el valor de la PVC en la preeclampsia es relativo.

Controles posteriores

- Diario: PA horaria, peso, balance de líquidos, proteinuria cualitativa, movimientos fetales, test basal, hemograma completo, función renal, enzimas hepáticas, ecografía (ILA y Doppler umbilical y fetal).
- Dos veces por semana: sedimento, proteinuria cuantitativa, pruebas de coagulación y proteinograma.
- Quincenal: ecografía (biometría fetal).
- Amniocentesis para estudiar la madurez pulmonar si es necesario.

Esquema terapéutico en la preeclampsia grave

El esquema terapéutico de la preeclampsia severa debe contemplar el control de la PA, la prevención de las convulsiones y la finalización de la gestación.

Tratamiento antihipertensivo

El objetivo del tratamiento hipotensor es mantener la PA < 160/110 mmHg y ≥ 140/90 mmHg. Durante el tratamiento inicial con hipotensores y hasta la estabilización, se debe realizar monitorización fetal (TNS) continua, ya que descensos bruscos de la PA pueden condicionar una pérdida del bienestar fetal.

Tratamiento del brote hipertensivo

- Labetalol intravenoso: inyección lenta, durante 1-2 min, de 20 mg. Repetir a los 10 min si no se controla la PA doblando la dosis (20, 40, 80 mg). No

se debe sobrepasar los 220 mg. Se continúa con una perfusión continua a 100 mg/6 h. Si no se consigue controlar la PA, se asocia otro fármaco. Contraindicaciones: insuficiencia cardíaca congestiva, asma y frecuencia cardíaca materna < 60 lat/min.

- Hidralazina intravenosa: bolos de 5 mg, que pueden repetirse a los 10 min si la PA no se ha controlado. Se sigue con perfusión continua en dosis entre 3 y 10 mg/h.

- Nifedipina: 10 mg por vía oral, que se repite en 30 min si es preciso. Posteriormente se sigue con dosis de 10-20 mg/6-8 h. Hay que temer mucha precaución con la asociación con SO₄Mg.

- Nitroprusiato sódico intravenoso: en perfusión continua en dosis de 0,25 µg/kg/min, se aumenta la dosis 0,25 µg/kg/min cada 5 min hasta conseguir la adecuada disminución de la presión. Sólo debe usarse si han fracasado los otros tratamientos o en caso de encefalopatía hipertensiva. Es muy fetotóxico por acumulación de cianida. No se debe administrar durante más de 4 h con feto intraútero.

- Nitroglicerina intravenosa: 5 µg/min en infusión intravenosa, se dobla la dosis cada 5 min hasta una dosis máxima de 100 µg/min. Está relativamente contraindicada en la encefalopatía hipertensiva, ya que puede incrementar el flujo sanguíneo cerebral y la presión intracraneal. Puede causar metahemoglobinemia.

- Diuréticos: sólo están indicados ante la presencia de edema agudo de pulmón, oliguria marcada o insuficiencia cardíaca.

Prevención de las convulsiones: sulfato de magnesio

En dosis de 1-1,5 g/h por vía intravenosa en perfusión continua. Se puede administrar una dosis de ataque inicial de 2-4 g a pasar en 5-10 min. El objetivo es obtener concentraciones plasmáticas de 3,5-7 mEq/l (4,2-8,4 mg/dl). En caso de intoxicación hay que administrar 1 g de gluconato cálcico intravenoso a pasar en 3-4 min (10 ml al 10% de gluconato cálcico).

Durante la administración de SO₄Mg se deberán realizar los siguientes controles:

- Reflejo rotuliano: debe estar presente.
- Frecuencia respiratoria: > 14 respiraciones/min.

- 110**
- Diuresis: > 25-30 ml/h.
 - Es aconsejable el control de la saturación de O₂ mediante pulsioximetría.

El tratamiento se mantendrá las primeras 24-48 h posparto.

Indicaciones de finalización del embarazo independientes de las semanas de gestación

Maternas:

- Trombocitopenia progresiva.
- Persistencia de hipertensión arteria severa a pesar del tratamiento.
- Aparición de signos prodrómicos de eclampsia.
- Eclampsia.
- Deterioro progresivo de la función renal u oligoanuria persistente.
- Deterioro progresivo de la función hepática.
- Aparición de complicaciones maternas graves: hemorragia cerebral, edema pulmonar, rotura hepática, DPPNI.

Fetales:

- Registro cardiotocográfico patológico.
- Perfil biofísico < 4.
- Restricción severa del crecimiento fetal.
- Madurez pulmonar confirmada.

Vía del parto:

- En general se acepta que la vía vaginal es preferible a la cesárea. Para la elección de la vía de parto, habrá que tener en cuenta factores tales como la presentación, las condiciones cervicales, la edad gestacional, etc.
- La inducción no debiera prolongarse más de 24 h.
- Se puede utilizar las prostaglandinas locales para la maduración cervical.
- En las gestantes con preeclampsia severa sería conveniente (si se puede) la realización de una consulta preanestésica previa al parto.
- La anestesia regional (epidural, espinal o combinada) consigue un buen control de la hipertensión y mejora el flujo sanguíneo útero-placentario, por lo que es la técnica de elección en estas pacientes siempre que no existan contraindicaciones.

Control posparto

- Control exhaustivo materno, ya que en la primera semana posparto pueden aparecer nuevas complicaciones graves (eclampsia, amaurosis, etc.).

- Control estricto de líquidos por el riesgo incrementado de exacerbación de la hipertensión y de edema de pulmón en esta fase. Este incremento del riesgo se debe al aumento de la infusión de líquidos durante el periparto (prehidratación para anestesia, administración de varias medicaciones en perfusión continua) y la movilización de líquidos desde el espacio extravascular hacia el intravascular.

- Monitorización de la saturación de O₂.
- Monitorización de la diuresis horaria.

- La hipertensión, después de una fase inicial de mejoría, puede presentar un empeoramiento entre el tercero y el sexto día. Para su control se utilizarán los mismos fármacos utilizados anteparto, ya sea por vía intravenosa u oral, dependiendo de la respuesta y el estado de la paciente.

- El tratamiento antihipertensivo se suspenderá después de 48 h de PA normales.

- El tratamiento con SO₄Mg se mantendrá por un período de 48 h. En casos de normalización de la PA y sin signos prodrómicos de eclampsia, se puede suspender a las 24 h. Si transcurridas 48 h persisten los signos o síntomas prodrómicos, se mantendrá el tratamiento 24 h más.

- La preeclampsia puede presentarse por primera vez en el posparto. Estas pacientes tienen un riesgo aumentado de eclampsia, edema de pulmón, accidentes cerebrovasculares y tromboembolia, por lo que se debe instruir las en la detección de síntomas prodrómicos de eclampsia.

- En caso de cesárea, hay autores que recomiendan una profilaxis de la enfermedad tromboembólica con heparina de bajo peso molecular. La dosis dependerá del peso de la paciente.

- Está contraindicada la utilización de ergotínicos. En caso de hemorragia posparto, se puede utilizar oxitocina o prostaglandinas.

- La reevaluación y clasificación definitiva del cuadro se realizará a las 12 semanas posparto.

- En los casos de preeclampsia grave, eclampsia o síndrome HELLP de inicio precoz (antes de las 34 semanas), se recomienda realizar un estudio de trombofilia.

CONTROL Y TRATAMIENTO DE LA ECLAMPSIA

Conducta general

- Ingreso inmediato (si no estuviese previamente hospitalizada).
- Canalización de vena.
- Mantenimiento de la vía aérea permeable.
- Aspiración de secreciones faríngeas.
- Administrar oxígeno a razón de 6 l/min (mascarilla al 30%).
- Evitar las lesiones maternas (proteger la lengua).

Tratamiento anticonvulsivo con sulfato de magnesio (SO₄Mg)

- Dosis de ataque: 4 g de SO₄Mg por vía intravenosa.
- Dosis de mantenimiento: 2 g/hora de SO₄Mg en perfusión continua.
- Los controles durante el tratamiento serán los mismos que en la preeclampsia grave (reflejos rotulianos, diuresis horaria, magneemia, frecuencia respiratoria).
- En caso de ausencia de respuesta al tratamiento con sulfato de magnesio o si no se dispone de este fármaco, se puede usar alguno de los fármacos siguientes:
 - a) Benzodiacepinas: dosis de ataque: 40 mg de diazepam intravenoso; dosis de mantenimiento: 10 mg/h en perfusión continua.
 - b) Fenitoínas: dosis de ataque: 15 mg/kg intravenosa, a pasar en 1 h; dosis de mantenimiento: 250-500 mg/12 h, oral o intravenosa; concentración terapéutica: 10-20 µg/ml.
 - c) En caso de que las medidas anteriores fallen: barbitúricos de acción corta (tiopental o amobarbital); intubación y curarización.

Tratamiento hipotensor

- Se aplicará el mismo tratamiento expuesto para la preeclampsia grave.
- Una vez conseguida la estabilización neurológica y hemodinámica, se debe obtener una muestra de sangre arterial para determinar el equilibrio acidobá-

sico y los gases. También es recomendable practicar un estudio radiológico de tórax para descartar una aspiración.

111

Finalización del embarazo

- Con la mayor urgencia posible y siempre dentro de las primeras 48 h tras las convulsiones, aunque siempre después de la estabilización hemodinámica de la paciente.
- La presencia de patrones patológicos de la FCF durante la crisis convulsiva no es indicación de cesárea urgente, ya que habitualmente se recuperan a los 3-15 min. Sin embargo, si estos cambios persisten tras la estabilización de la paciente, hay que sospechar un desprendimiento de placenta o una pérdida del bienestar fetal.

Fluidoterapia

- Monitorización estricta de las entradas y salidas.
- Administrar 500 ml de suero fisiológico o Ringer lactato antes de la anestesia regional o el inicio del tratamiento hipotensor.
- Perfusión de mantenimiento recomendada: 85-100 ml/h.

Control de complicaciones

- Las complicaciones asociadas a la eclampsia incluyen: edema pulmonar, insuficiencia cardíaca, desprendimiento de placenta, CID y síndrome HELLP.
- La realización de estudios de imagen (TAC, RNM) no está indicada en todas las gestantes eclámpsicas. Sólo se debería realizarlas a las gestantes que presenten focalidad neurológica o coma prolongado.

CONTROL Y TRATAMIENTO DEL SÍNDROME HELLP

El síndrome HELLP se debe considerar una variante de la preeclampsia grave.

112 Criterios diagnósticos

Aunque existen 2 clasificaciones, se propone seguir la del grupo de Sibai (1986).

a) Síndrome HELLP completo:

– Trombocitos, < 100.000/ μ l.

– Aumento de la lactatodeshidrogenasa > 600 IU/l.

– GOT > 72 U/l.

b) Síndrome HELLP incompleto: sólo 1 o 2 de los 3 criterios.

Aspectos generales del tratamiento del síndrome HELLP

a) Ingreso hospitalario.

b) Estabilización del estado materno:

– Profilaxis de las convulsiones con SO_4Mg (misma pauta que en la preeclampsia grave).

– Tratamiento de la hipertensión arterial severa (misma pauta que en la preeclampsia grave).

– Dexametasona intravenosa: 10 mg/12 h. No existe consenso en su utilización anteparto. Aunque se ha demostrado sus beneficios en la corrección temporal de diversos parámetros maternos (plaquetas, enzimas hepáticas, etc.), debido a los posibles efectos adversos fetales que se han descrito con la utilización de dosis altas de corticoides, no se recomienda, en general, su utilización anteparto por períodos superiores a 48-72 h.

– Fluidoterapia: igual pauta que en la preeclampsia grave.

c) Evaluación del estado fetal: test basal, perfil biofísico, biometrías ecográficas fetales y Doppler umbilical y fetal.

d) Indicación de finalización inmediata de la gestación:

– Recuento de plaquetas < 50.000/ μ l.

– Mismas indicaciones que en la preeclampsia grave.

Conducta durante el parto y el posparto en el síndrome HELLP

En líneas generales son aplicables al síndrome HELLP las recomendaciones comentadas en el apartado de la preeclampsia grave. No obstante, existen

unas peculiaridades que se comentan a continuación:

Hemoterapia

– Transfusiones de plaquetas: administrar 10 concentrados justo antes del parto cuando el recuento de plaquetas sea < 40.000/ μ l en caso de cesárea o < 20.000/ μ l en caso de parto vaginal. En las primeras 24 h posparto es recomendable administrar plaquetas si los recuentos son inferiores a los citados.

– Si se necesita una transfusión de hematíes, es recomendable realizar una cobertura antibiótica durante 48 h.

Corticoterapia

– Dexametasona (10 mg/12 h intravenosa): reiniciar a las 12 h posparto (o al diagnóstico en casos de síndrome HELLP de inicio en el posparto). El tratamiento se prolongará hasta que las plaquetas alcancen valores > 100.000/ μ l. Posteriormente se reducirá la dosis a 5 mg/12 h durante 2 días, y se suspenderá transcurrido ese tiempo.

Cesárea

– La laparotomía media infraumbilical se asocia a menos complicaciones que la incisión de Pfannestiel. No obstante, con recuentos de plaquetas > 50.000/ μ l, se puede optar por esta última incisión. En cualquier caso, es recomendable dejar un drenaje subaponeurótico.

– No se recomienda la exploración del hígado durante la cesárea por el riesgo de rotura de posibles hematomas subcapsulares.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA

El control de la paciente con hipertensión arterial crónica se realizará de forma ambulatoria. Es conveniente la colaboración del nefrólogo o del especialista que lleve el control de la paciente para el adecuado manejo del caso.

Tratamiento hipotensor

- Metildopa: 250 mg/8-12 h, aumentando hasta 500 mg/6 h si fuera preciso. Esperar la respuesta a partir del segundo día.
- Labetalol: 50-600 mg/6 h.
- Hidralazina: 10-50 mg/6 h. Puede asociarse a cualquiera de las medicaciones anteriores.
- Nifedipina: 10-20 mg/6-8 h.
- No se recomienda el uso de atenolol ni de los inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina.

La necesidad de aumentar las dosis de los hipotensores administrados previamente debe hacernos sospechar el desarrollo de una preeclampsia injertada.

Control

- Vigilancia semanal de la PA.
- Proteinuria semanal a partir de la semana 20.

Finalización de la gestación

A término.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Abalos E, Duley L, Steyn DW, Henderson-Smart DJ. Antihypertensive drug therapy for mild to moderate hypertension during pregnancy (Cochrane Review). En: The Cochrane Library, issue 1. Chichester: John Wiley & Son; 2004.
- Ayala DE, Hermida RC, Mojón A, Fernández JR, Iglesias M. Circadian blood pressure variability in healthy and complicated pregnancies. *Hypertension*. 1997;30:603-10.
- Brown MA, Buddle ML, Farrell T, Davis G, Jones M. Randomised trial of management of hypertensive pregnancies by Korotkoff phase IV or phase V. *Lancet*. 1998;352:777-81.
- Duley L, Henderson-Smart D, Knight M, King J. Antiplatelet drugs for prevention of pre-eclampsia and its consequences: systematic review. *BMJ*. 2001;322:329-33.
- Duley L, Henderson-Smart D. Magnesium sulphate versus diazepam for eclampsia. (Cochrane Review). En: The Cochrane Library, issue 1. Chichester: John Wiley & Son; 2004.
- Eclampsia Trial Collaborative Group. Which anticonvulsant for women with eclampsia? Evidence from the collaborative eclampsia trial. *Lancet*. 1995;345:1455-63.
- Helewa ME, Burrows RF, Smith J, Williams K, Brain P, Rabkin SW. Report of the Canadian Hypertension Society Consensus Conference: 1. Definitions, evaluation and classifications of hypertensive disorders in pregnancy. *Can Med Assoc J*. 1997;157:715-25.
- Meyer NL, Mercer BM, Friedman SA, Sibai BM. Urinary dipstick protein: a poor predictor of absent or severe proteinuria. *Am J Obstet Gynecol*. 1994;170:137-41.
- Moutquin JM, Garner PR, Burrows RF, Rey E, Helewa ME, Lange IR, et al. Report of the Canadian Hypertension Society Consensus Conference: 2. Nonpharmacologic management and prevention of hypertensive disorders in pregnancy. *Can Med Assoc J*. 1997;157:907-19.
- Report of the National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 2000;183:S1-22.
- Rey E, LeLorier J, Burgess E, Lange IR, Leduc L. Report of the Canadian Hypertension Society Consensus Conference: 3. Pharmacologic treatment of hypertensive disorders in pregnancy. *Can Med Assoc J*. 1997;157:1245-54.
- The Magpie Trial Collaboration Group. Do women with pre-eclampsia, and their babies, benefit from magnesium sulphate? The Magpie Trial: a randomised placebo controlled trial. *Lancet*. 2002;359:1877-90.
- Van Pampus MG, Dekker GA, Wolf H, Huijgens PC, Koopman MMW, von Blomberg BME, et al. High prevalence of hemostatic abnormalities in women with a history of severe preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol*. 1999;180:1146-50.

Los Protocolos Asistenciales en Ginecología y Obstetricia y los Protocolos de Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia pretenden contribuir al buen hacer profesional de todos los ginecólogos, especialmente los más alejados de los grandes hospitales y clínicas universitarias. Presentan métodos y técnicas de atención clínica aceptadas y utilizadas por especialistas en cada tema. Estos protocolos no deben interpretarse de forma rígida ni excluyente, sino que deben servir de guía para la atención individualizada a las pacientes. No agotan todas las posibilidades ni pretenden sustituir a los protocolos ya existentes en departamentos y servicios hospitalarios.