
 <p>SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ HOSPITAL DE SAN JOSÉ Colombia</p>	SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ - HOSPITAL DE SAN JOSÉ	
	PRESTACION DE SERVICIOS MEDICO-QUIRÚRGICOS Y HOSPITALARIOS	
	PREECLAMPSIA SEVERA EN UCI	
	Código: AH-GC-139	Fecha de Revisión: 02 de Septiembre de 2015

<p>CONDICION DE ESTUDIO DE LA GUIA: PREECLAMPSIA SEVERA EN UCI</p> <p>CATEGORIA DE LA GUIA DIAGNOSTICO-EVALUACION - TRATAMIENTO</p> <p>ESPECIALIDADES CLINICAS CUIDADOS INTENSIVOS MEDICINA DE URGENCIAS MEDICINA INTERNA MEDICINA MATERNO FETAL GINECOBSTETRICIA</p> <p>USUARIOS DE LA GUIA MEDICOS ENFERMERAS FARMACEUTAS PERSONAL ADMINISTRATIVO HOSPITALARIO</p> <p>POBLACION DIANA PACIENTES PREECLAMPSIA SEVERA QUE REQUIEREN MANEJO EN CUIDADOS INTENSIVOS</p>	<p>FECHA DE ELABORACIÓN: 06 Septiembre de 2008</p>
	<p>APROBADA POR: Reunión del departamento Medicina Critica HSJ.</p>
	<p>FECHA DE APROBACIÓN 27 DE SEPTIEMBRE de 2008.</p>
	<p>PRIMERA REVISIÓN: 06 SEPTIEMBRE 2013</p> <p>SEGUNDA REVISIÓN: 02 SEPTIEMBRE 2015</p>
	<p>GRUPO REVISOR DE LA GUIA VICTOR HUGO NIETO ESTRADA Medico Internista Intensivista HSJ MARIO GOMEZ DUQUE Medico Intensivista. Jefe del postgrado UCI HSJ. MIGUEL CORAL PABON Medico Intensivista. Jefe de la UCI. HSJ</p>
	<p>NÚMERO DE REVISIÓN: 2</p>

 <p>SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ HOSPITAL DE SAN JOSÉ Colombia</p>	SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ - HOSPITAL DE SAN JOSÉ	
	PRESTACION DE SERVICIOS MEDICO-QUIRÚRGICOS Y HOSPITALARIOS	
	PREECLAMPSIA SEVERA EN UCI	
	Código: AH-GC-139	Fecha de Revisión: 02 de Septiembre de 2015

1. INTRODUCCIÓN

Los trastornos hipertensivos del embarazo son responsables directos de una significativa morbilidad tanto materna como perinatal. Se presentan aproximadamente en el 10% de la población gestante. La hipertensión gestacional se presenta por definición después de la semana 20 de gestación sin proteinuria significativa demostrada. La preeclampsia en cambio se caracteriza por la presencia de hipertensión y proteinuria significativa. El término de preeclampsia severa se reserva para cuando se agregan marcadores clínicos y de laboratorio de severidad.

2. OBJETIVOS

- Reconocer los criterios de preeclampsia severa de forma temprana y oportuna.
- Establecer un manejo clínico adecuado a las pacientes con preeclampsia severa embarazadas atendidas en la unidad de cuidados intensivos.
- Aplicar un manejo clínico adecuado a las pacientes desembrazadas por preeclampsia severa en la unidad de cuidado intensivo.

3. METODOLOGÍA

El documento actual, es una revisión de la Guía Preeclampsia severa en UCI, creada en el 2008, para la Unidad de Cuidados intensivos del Hospital San José centro, y revisada por última vez en Septiembre del 2013. La técnica utilizada fue la adopción de guías de práctica clínica existentes en la literatura mundial. Se realizó una búsqueda sistemática de la literatura, con la recuperación de guías internacionales en el tema de trastornos hipertensivos en el embarazo, y específicamente en el manejo de la preeclampsia y la eclampsia. Las guías fueron evaluadas utilizando el instrumento **AGREE II** (The Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation); y se seleccionaron las guías de mayor puntaje. En caso de que información necesaria para las recomendaciones no fuera encontradas en guías, sino en metanálisis o revisiones sistemáticas, el grupo investigador seleccionó la evidencia de mayor calidad, de acuerdo a las escala **GRADE** (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation). Las recomendaciones relevantes para cumplir los objetivos de esta guía, son presentados en esta documento. Para la estrategia de búsqueda, se utilizó una pregunta por cada recomendación, basada en la estrategia **PICO** (población, intervención, comparación y resultados). Se revisó la literatura partir de la fecha de la ultima revisión de la guía.

4. DEFINICIÓN:



Existen cuatro categorías dentro de los trastornos hipertensivos asociados al embarazo:

1. Hipertensión crónica (preexistente).
2. Hipertensión gestacional.
3. Preeclampsia.
4. Otros efectos hipertensivos(1).

Hipertensión crónica (preexistente)

Es un estado definido como hipertensión arterial presente antes del embarazo o que se desarrolla antes de la semana 20 de gestación.

- Con condiciones comorbidas: por ejemplo, Diabetes mellitus tipo I o tipo II, enfermedad renal crónica, presentes antes del embarazo. Que requieren un control estricto de las cifras tensionales fuera del contexto del embarazo, por su relación con desenlaces cardiovasculares desfavorables.
- Con evidencia de Preeclampsia. También es conocido como preeclampsia superimpuesta, y es definido por la presencia de uno o más de los siguientes: Hipertensión resistente (necesidad de 3 antihipertensivos después de la semana 20 para el control óptimo de la presión arterial), Nueva proteinuria o empeoramiento de previa, o una complicación severa de órgano(1).

Hipertensión Gestacional

Esta es definida como Hipertensión que se desarrolla a la semana 20.

- Con condiciones comorbidas: por ejemplo, Diabetes mellitus tipo I o tipo II, enfermedad renal crónica, presentes antes del embarazo. Que requieren un control estricto de las cifras tensionales fuera del contexto del embarazo, por su relación con desenlaces cardiovasculares desfavorables.
- Con evidencia de Preeclampsia. La preeclampsia puede aparecer semanas después del inicio de la hipertensión gestacional.

Preeclampsia:

Es el estado que se caracteriza por hipertensión gestacional (Sistólica >140 o diastólica > 90 mmhg) y proteinuria significativa, después de la semana 20 del embarazo, incluso durante el parto o en el puerperio. También es preeclampsia cuando existe hipertensión en el embarazo y un criterio de severidad o complicación de órgano, aun cuando no haya proteinuria demostrada en un primer momento. Proteinuria significativa es una concentración de proteínas igual o mayor a 300 mg en orina de 24 horas, o al menos una cruz en la tira reactiva (30 mg/ mmol o más) en una muestra aleatoria de orina o cuando el cociente de proteínas urinarias sobre creatinina urinaria es ≥ 30 mg/mmol(1).



Preeclampsia severa o preeclampsia con criterios de severidad:

Es un tipo de preeclampsia con uno o más de los siguientes criterios:

Síntomas maternos:

- Cefalea persistente, inusual o de novo, alteraciones visuales, epigastralgia
- Dolor en hipocondrio derecho severo, edema agudo pulmonar, o cualquier signo materno de disfunción orgánica.
- Hipertensión severa (sistólica > 160 o diastólica > 110 mmHg).
- Sospecha de desprendimiento placentario.
- Oliguria

Alteraciones de laboratorio:

- Elevación de creatinina sérica (> 1.1 mg/dl),
- Incremento de AST o ALT (> 70 IU/L) o deshidrogenasa láctica.
- Disminución de plaquetas < 100,000/mm³.
- Proteinuria de 0.5 gramos en 24 horas o 3+ en parcial de orina aislado en 2 tomas separadas 4 horas.

Otros efectos Hipertensivos


Elevaciones transitorias de la presión arterial Pueden presentarse por estímulos ambientales o por el dolor del trabajo de parto, por ejemplo:

- **Efecto hipertensivo de bata blanca:** elevación en el consultorio de la presión arterial, pero es consistentemente normal en el medio ambulatorio.
- **Efecto hipertensivo enmascarado.** Es consistentemente normal en el consultorio, pero la presión arterial se eleva en el ambiente del paciente(1).

4.1 FISIOPATOLOGIA

La preeclampsia es una enfermedad multisistémica, por la afección de un órgano común: El endotelio. El daño en el sistema endotelial materno, resulta en la liberación de diversas sustancias maternas, por la placenta hipoperfundida, que conllevan a la activación de múltiples componentes de la cascada de coagulación, con el desarrollo de vasoespasmo secundario y una redistribución del fluido intravascular, que resulta en el síndrome clínico característico.

La preeclampsia es un trastorno primario de la circulación útero placentaria. Existe un cambio morfológico de tipo estructural en las arterias umbilicales, con pérdida de las uniones intercelulares, hay distensión del retículo endoplasmico y aumento de las organelas en las células endoteliales.

 <p>SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ HOSPITAL DE SAN JOSÉ Colombia</p>	SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ - HOSPITAL DE SAN JOSÉ		
	PRESTACION DE SERVICIOS MEDICO-QUIRÚRGICOS Y HOSPITALARIOS		
	PREECLAMPSIA SEVERA EN UCI		
	Código: AH-GC-139	Fecha de Revisión: 02 de Septiembre de 2015	Versión: 02 Página: 5 de 16

La circulación fetoplacentaria es sensible al control vasomotor humoral, se han descrito cambios funcionales y morfológicos asociados a preeclampsia. Se presenta una producción deficitaria de vasodilatadores como Prostaciclina y factor relajante derivado del endotelio (PGE2), y anomalías estructurales placentarias, incluyendo infartos, o reducción en el número de cotiledones con arterialización deficitaria de las vellosidades terciarias.

Dentro de la etiología se plantea la inhibición de la migración intravascular del trofoblasto; limitándose a las arterias espirales. Esta alteración se complementa con fenómenos de aterosclerosis, deposito de inmunoglobulinas y complemento, así como de fibrina y agregación plaquetaria con formación de coágulos(2).

5. ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA:

5.1 FACTORES DE RIESGO


A continuación se listan los factores de riesgo mas importantes asociados a preeclampsia(3):

- Preeclampsia en el ultimo embarazo
- Primigestante
- Edad materna mayor 35 años
- Obesidad
- Diabetes/IRC/Cardiopatía
- Infección del tracto urinario
- Embarazo múltiple

5.2 CLINICA:

La preeclampsia severa en cuidados intensivos, debe considerarse como un cuadro de disfunción orgánica múltiple (DOM). A mayor órganos comprometidos por la entidad, el riesgo de morbimortalidad se aumenta de forma ostensible, las manifestaciones clínicas dependerán del sistema comprometido y son asociados al fenómeno de vasoespasmo(4):

- Cefalea persistente.
- Alteraciones en la percepción visual.
- Dolor epigástrico con o sin náuseas y vómitos.
- Alteraciones en el estado mental.
- Tinnitus.
- Edema patológico.
- Signos de compromiso fetal por preeclampsia: oligohidramnios, restricción del crecimiento intra-uterino, alteración bienestar fetal.

 <p>SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ HOSPITAL DE SAN JOSÉ Colombia</p>	SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ - HOSPITAL DE SAN JOSÉ	
	PRESTACION DE SERVICIOS MEDICO-QUIRÚRGICOS Y HOSPITALARIOS	
	PREECLAMPSIA SEVERA EN UCI	
	Código: AH-GC-139	Fecha de Revisión: 02 de Septiembre de 2015

5.3 EXAMEN FÍSICO, SOLICITUD DE PARACLINICOS Y EXAMENES ADICIONALES.

Al ingresar una paciente a la unidad de cuidados intensivos con preeclampsia severa, se debe realizar un examen físico clínico y paraclínico por sistemas exhaustivo, en búsqueda de signos no manifiestos. Iniciar con la evaluación correcta de signos vitales, principalmente la presión arterial, estimar ganancia diaria de peso y presencia de edema periférico patológico, pasando por el examen riguroso de cada sistema u órgano, se debe hacer énfasis en la auscultación cardiopulmonar, en busca de agregados anormales pulmonares y en el examen neurológico completo, que debe incluir fondo de ojo.

Paraclínicos de ingreso y monitoreo en cuidados intensivos: Hemograma completo, transaminasas, láctico deshidrogenasa, Nitrógeno ureico, Creatinina, electrolitos séricos, tiempos de coagulación, conteo de plaquetas, radiografía de tórax. Estudios adicionales se deben solicitar según el sistema u órgano comprometido: tomografía cerebral y/o resonancia magnética cerebral si se sospecha patologías vasculares del sistema nervioso, Ecocardiograma sin hay clínica de disfunción ventricular, tromboelastografía por sospecha de disfunción cualitativa de los componentes del sistema de la coagulación, ecografía abdominal por sospecha hematoma hepático espontaneo.

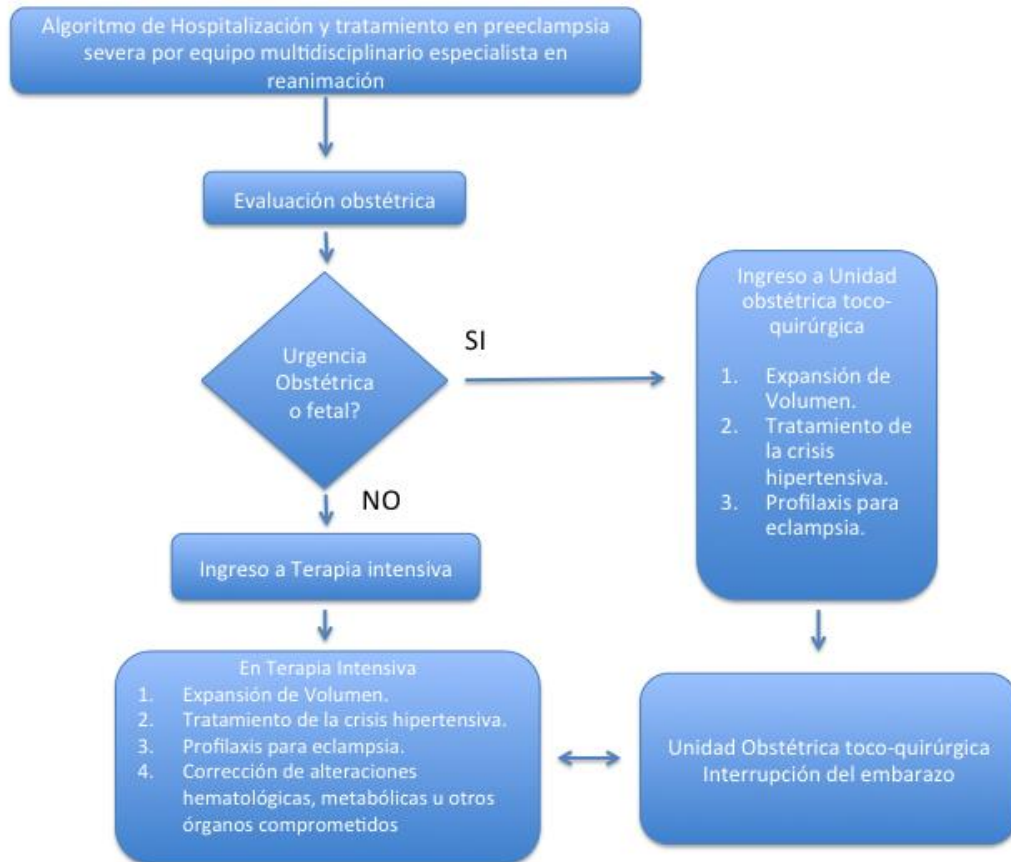
La evaluación materna no debe excluirse de la monitorización del estado fetal, esta debe incluir biometría para estimar el peso fetal, y las relaciones biométricas, valoración del líquido amniótico, pruebas de bienestar fetal iniciando con una monitoría sin stress y de acuerdo al resultado y en cada caso en particular será necesario complementar la valoración con el perfil biofísico fetal y/o el doppler fetoplacentario(4).

6. ORIENTACIÓN TERAPEUTICA (Plan terapéutico):

- Las pacientes con hipertensión crónica (preexistente) que estaban recibiendo alguna medicación antihipertensiva antes del embarazo deben continuarla. Las únicas drogas absolutamente contraindicadas son los inhibidores de la enzima convertidora (ECA) y los bloqueadores ganglionares.
- Se debe iniciar medicación antihipertensiva en los trastornos hipertensivos del embarazo cuando cumpla criterios de hipertensión severa, o en los casos con hipertensión leve si coexistan factores de alto riesgo para el desarrollo de complicaciones maternas o fetales.
- También esta indicado el tratamiento antihipertensivo en las pacientes en las que se encuentre presión arterial diastólica mayor de 90 (100) mmHg en el segundo trimestre(1).



En casos de preeclampsia severa se debe establecer un protocolo racional de tratamiento, es necesario trasladar a una unidad de cuidados intensivos con los recursos necesarios para una óptima vigilancia materna y fetal. A continuación se adjunta un flujograma de decisiones para lograr los mejores desenlaces.



Tomado y adaptado de Instrumentos de la Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento de la preeclampsia y eclampsia en el embarazo, parto y puerperio. José A Hernández-Pacheco.



Recomendaciones	Nivel de Evidencia/fuerza de la Recomendación.	Fuente	
Las mujeres con alguno de los siguientes factores de riesgo deben ser consideradas de alto riesgo para desarrollar preeclampsia: preeclampsia en embarazos previos, diabetes, hipertensión gestacional, nefropatía, enfermedad autoinmune, embarazo múltiple, primigestas, mayores de 40 años, intervalo intergenésico mayor de 10 años, IMC de 35 kg/m ² o mayor en la primera consulta e historia familiar de preeclampsia	Punto de buena práctica	SOGC Guía de Práctica Clínica 2008(5)	
El tratamiento de la preeclampsia y eclampsia requiere de la integración del equipo interdisciplinario en el momento del diagnóstico, contar con un protocolo de diagnóstico y tratamiento (Código de Emergencia en preeclampsia y eclampsia) que incluye la interconsulta a los servicios tratantes e incluir las vías de referencia intrahospitalaria	Punto de buena práctica	SOGC Guía de Práctica Clínica 2008	
En mujeres sin comorbilidad, la terapia antihipertensiva puede estar indicada para mantener la presión diastólica entre 80 y 105 mmHg y sistólica entre 130-155 mmHg.	IIIC	SOGC Guía de Práctica Clínica 2008	Global strategy por the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Update 2015
En mujeres con condiciones comórbidas (por ejemplo: diabetes tipo 1 y 2, enfermedad renal o cualquier otra indicación para terapia antihipertensiva fuera del embarazo) la terapia antihipertensiva debe utilizarse para mantener la presión	IIIC		



SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ - HOSPITAL DE SAN JOSÉ		
PRESTACION DE SERVICIOS MEDICO-QUIRÚRGICOS Y HOSPITALARIOS		
PREECLAMPSIA SEVERA EN UCI		
Código: AH-GC-139	Fecha de Revisión: 02 de Septiembre de 2015	Versión: 02
		Página: 9 de 16

sistólica entre 130-139 mmHg y la presión diastólica de entre 80 y 89 mmHg

La terapia antihipertensiva se recomienda iniciar con cualquiera de los siguientes fármacos:

- a) Metildopa
- b) Labetalol
- c) Betabloqueadores (metoprolol, y propranolol)
- d) Calcio antagonistas (nifedipina, nicardipina)

IA

IA

IB

IA

SOGC Guía de Práctica Clínica 2008

Retirar los fármacos del grupo de los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (incrementa el riesgo de anomalías renales) y atenolol (se asocia con restricción del crecimiento) en mujeres con este tratamiento antes del embarazo al realizarse diagnóstico de embarazo

II-2E

I-D

SOGC Guía de Práctica Clínica 2008

El tratamiento antihipertensivo durante el embarazo en mujeres con hipertensión Severa, ya sea hipertensión gestacional o preeclampsia debe iniciarse en todos los casos.

Muy baja/fuerte

WHO
Recomendaciones para la prevención y tratamiento de la preeclampsia y eclampsia 2011(6)

Todas las mujeres durante el embarazo con preeclampsia severa deben recibir sulfato de magnesio como profilaxis de eclampsia

Alta/fuerte

WHO
Recomendaciones para la prevención y tratamiento de la preeclampsia y eclampsia 2011

El esquema recomendado de sulfato de magnesio en preeclampsia severa es el del "Collaborative Eclampsia trial": Dosis inicial de 4 g IV en 5 minutos seguido de infusión de 1 g/h y mantener por 24 h. La recurrencia de convulsión puede ser tratada con una nueva dosis de 2-4 g en cinco minutos por vía intravenosa

Moderada/fuerte

Punto de buena práctica

WHO
Recomendaciones para la prevención y tratamiento de la preeclampsia y eclampsia 2011



SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ
HOSPITAL DE SAN JOSÉ
Cesarina

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ - HOSPITAL DE SAN JOSÉ

PRESTACION DE SERVICIOS MEDICO-QUIRÚRGICOS Y HOSPITALARIOS

PREECLAMPSIA SEVERA EN UCI

Código:
AH-GC-139

Fecha de Revisión:
02 de Septiembre de 2015

Versión: **02**
Página: **10 de 16**

En pacientes que cursan con alteración de la barrera hematoencefálica y emergencia hipertensiva, por ejemplo en sangrado del sistema nervioso central.

La presión arterial debe reducirse gradualmente, con la intención de mantener la presión de perfusión cerebral y evitar hipoperfusión cerebral. La meta es reducir la presión arterial media no más de un 15%. En ambos casos, el labetalol es el fármaco de primera elección.

Punto de buena práctica

Guías Alemanas para el manejo de las crisis hipertensivas 2011(8)

El tratamiento inicial de una emergencia hipertensiva debe ser en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Punto de buena práctica

El término colapso materno se define como un evento agudo que involucra al sistema cardiorrespiratorio y/o cerebral que resulta en una disminución o ausencia del estado de conciencia (potencialmente mortal) en cualquier estadio del embarazo y hasta seis semanas después del nacimiento. Las causas de colapso materno con mayor riesgo son la eclampsia y la hemorragia intracraneal, esta última puede deberse a hipertensión sistólica no controlada, o ruptura de aneurismas, malformaciones arteriovenosas.

Punto de buena práctica

RCOG colapso materno, embarazo y puerperio(9)

En presencia de paro cardiorrespiratorio deben iniciarse las maniobras de soporte básico de vida y soporte avanzado de acuerdo al algoritmo de paro cardíaco en situaciones especiales en las Guías de la American Heart Association. Con la secuencia

I++

American Heart Association (AHA)(10)



SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ - HOSPITAL DE SAN JOSÉ		
PRESTACION DE SERVICIOS MEDICO-QUIRÚRGICOS Y HOSPITALARIOS		
PREECLAMPSIA SEVERA EN UCI		
Código: AH-GC-139	Fecha de Revisión: 02 de Septiembre de 2015	Versión: 02
		Página: 11 de 16

C-A-B. La compresión de la vena cava inferior producida por el útero reduce el retorno venoso y puede precipitar el paro en la paciente en estado crítico

I-C

Todos los casos de colapso materno deben ser ingresados a la Unidad de Cuidados Intensivos. Son indicaciones de ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos mujeres con hipertensión crónica, hipertensión gestacional o preeclampsia severa si existe una o más de las siguientes condiciones:

Punto de buena práctica

NICE Clinical Guideline 2011(7)

1. Eclampsia
2. Síndrome de HELLP
3. Choque hemorrágico
4. Hiperkalemia e hipokalemia que no responde a manejo médico
5. Oliguria severa
6. Trastornos de coagulación que no responden a tratamiento
7. Tratamiento con antihipertensivos intravenosos
8. Estabilización inicial de hipertensión severa
9. Evidencia de falla cardiaca
10. Alteraciones neurológicas

El límite de viabilidad fetal dependerá del centro de atención y de la capacidad y recursos con los que se cuente para atención de recién nacidos con prematuridad extrema, de acuerdo a las condiciones maternas, fetales y obstétricas

Punto de buena práctica

La administración de líquidos no se debe realizar de manera rutinaria en casos de oliguria (< 15 mL/kg/h), ya que la oliguria es común en pacientes con preeclampsia, particularmente postparto. Hay que tener en cuenta que la administración

III-D

SOGC Guía de Práctica Clínica 2008



de oxitocina y la liberación de hormona antidiurética posterior al procedimiento quirúrgico condicionan oliguria

En caso de oliguria persistente, no se recomienda el uso de dopamina o furosemida

I-D

SOGC Guía de Práctica
Clínica 2008

La colocación de un acceso venoso central no se recomienda de manera rutinaria, y si éste fuese colocado, se debe utilizar como parte del monitoreo integral y no para realizar diagnósticos.

II-B

SOGC Guía de Práctica
Clínica 2008

El cateterismo de la arteria pulmonar no se recomienda a menos que haya

III-D

Una indicación específica asociada, y éste debe ser colocado en la unidad de cuidados intensivos.

III-B

SOGC Guía de Práctica
Clínica 2008

En mujeres tratadas antenatalmente con antihipertensivos, se recomienda continuar con el tratamiento antihipertensivo en el postparto

Muy bajo/fuerte

WHO
Recomendaciones para la
prevención y tratamiento
de la preeclampsia y
eclampsia 2011

En los cuidados posteriores al nacimiento

1. En caso de existir urgencia o emergencia hipertensiva los cuidados idealmente

Deben realizarse en la Unidad de cuidados intensivos.

2. Los cuidados deben prolongarse hasta la remisión de la afección a órgano Blanco.

3. Considere el retiro de los medicamentos antihipertensivos cuando la TA sea menor a 140/90mmhg.

Punto de buena
práctica



La hipertensión postparto severa debe tratarse con antihipertensivos para mantener una TA sistólica < 160 mmHg y una TA diastólica < 110 mmHg

II-2B

SOGC Guía de Práctica
Clínica 2008

Los agentes antihipertensivos aceptados durante la lactancia son: nifedipino de liberación prolongada, labetalol, metildopa, captopril y enalapril.

III-B

SOGC Guía de Práctica
Clínica 2008

No deben utilizarse antiinflamatorios no esteroideos en hipertensión postparto si la hipertensión es de difícil control o si hay oliguria, creatinina elevada o plaquetas menores a 50 x 10⁹/L.

III-I

SOGC Guía de Práctica
Clínica 2008

Se debe considerar la tromboprofilaxis postparto en mujeres con preeclampsia, En especial en aquellas con reposo en cama antenatal por más de cuatro días o después de cesárea.

III

SOGC Guía de Práctica
Clínica 2008

No se debe administrar heparina de bajo peso molecular en el postparto hasta Después de dos horas del retiro de catéter peridural.

III-B

SOGC Guía de Práctica
Clínica 2008

Todas las mujeres con preeclampsia deben ser educadas acerca de los riesgos cardiovasculares a largo plazo y los riesgos de recurrencia de la enfermedad en un próximo embarazo

Punto de buena
práctica



Anexo 1. Medicamentos en crisis hipertensivas. Dosis y efectos colaterales.

Medicamento	Dosis	Efectos Colaterales
Labetalol	20 mg en bolo hasta 40 mg cada 10 a 15 minutos, o en infusión 1 a 2 mg/minuto	Náusea, vómito, se ha reportado bradicardia neonatal
Nitroglicerina	En infusión continua a dosis de 0.25 a 5 µg/kg/minuto.	Nauseas, vomitos, cefalea.
Nitro prusiato de sodio	En infusión continua a dosis de 0.5 a 10 µg/kg/minuto.	Náusea, y en dosis altas riesgo de intoxicación con tiozanatos o cianuro

Anexo 2. Protocolo de sulfato de magnesio en UCI.

1. Dosis inicial

Solución glucosa al 5% aforar a 100 mL más 4 g de sulfato de magnesio, infundir de 5 a 10 minutos intravenoso

2. Dosis de mantenimiento

Solución glucosada al 5%, 500 cm³ y agregar 8 a 10 g de sulfato de magnesio y Mantener la infusión a 1 gramo por hora por 24 horas.

Precaución en mujeres tratadas con bloqueadores neuromusculares, miastenia gravis o Bloqueo cardiaco.

La concentración sérica de terapéuticos de magnesio es de 1.7 a 3.5 mmol/L.

Medir niveles de magnesio en sangre si existe insuficiencia renal u oliguria.

Si hay convulsiones persistentes administrar 2 g adicionales en cinco minutos

Reducir la dosis a 0.5 g/hora o suspender si existe alteración de la función renal

Efectos colaterales:

- Hipotensión por reducción de las resistencias vasculares sistémicas
- Náusea y vómito
- Rubor
- Sed
- Debilidad

Monitoreo durante la infusión:

- Signos vitales
- Reflejos osteotendinosos, utilice reflejo patelar o del bíceps en caso de bloqueo epidural
- Registro electrocardiográfico y cardiotocográfico continuo en embarazos ≥ 26 semanas
- Balance de líquidos estricto
- Vigilar diuresis


Síntomas de sobredosis: Reflejos osteotendinosos ausentes, depresión respiratoria, colapso cardiaco

Manejo de la sobredosis Detener la infusión, iniciar resucitación. Administrar 1 g de gluconato de calcio en cinco minutos hasta que revierta la depresión respiratoria o el bloqueo cardiaco

Tomar electrocardiograma para identificar bloqueo cardiaco.

8. BIBLIOGRAFIA

1. Magee LA, Pels A, Helewa M, Rey E, von Dadelszen P, Group CHDoPHW. Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy. 2014;4(2):105-45.
2. LaMarca B, Cornelius D, Wallace K. Elucidating immune mechanisms causing hypertension during pregnancy. Physiology (Bethesda). 2013;28(4):225-33.
3. English FA, Kenny LC, McCarthy FP. Risk factors and effective management of preeclampsia. Integr Blood Press Control. 2015;8:7-12.

 <p>SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ HOSPITAL DE SAN JOSÉ Ginecología</p>	SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ - HOSPITAL DE SAN JOSÉ	
	PRESTACION DE SERVICIOS MEDICO-QUIRÚRGICOS Y HOSPITALARIOS	
	PREECLAMPSIA SEVERA EN UCI	
	Código: AH-GC-139	Fecha de Revisión: 02 de Septiembre de 2015

4. Duhig KE, Shennan AH. Recent advances in the diagnosis and management of pre-eclampsia. F1000Prime Rep. 2015;7:24.
5. Aleksandrov NA, Fraser W, Audibert F. Diagnosis, management, and evaluation of hypertensive disorders of pregnancy. J Obstet Gynaecol Can. 2008;30(11):1000; author reply -1.
6. WHO. WHO Recommendations for Prevention and Treatment of Pre-Eclampsia and Eclampsia. Geneva: World Health Organization; 2011. WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee.
7. National Institute for Health and Clinical Excellence. NICE clinical guideline. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence Hypertension in pregnancy the management of hypertensive disorders during pregnancy. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; August 2010 (revised reprint January 2011).
8. Van den Meiracker AH, Dutch guidelines for the management of hypertensive crisis-2011 revision. Nether J Med. 2011; 69: 248-55.
9. The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Maternal Collapse in Pregnancy and the Puerperium. Green-top Guideline No. 56. January 2011.
10. Vanden Hoek T, Morrison L, Shuster M. Part 12: Cardiac Arrest in Special Situations: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation. 2010; 122; S829-61.