

**RED DE INVESTIGACIÓN COOPERATIVA
INFANCIA Y MEDIO AMBIENTE (INMA)**

PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DE PRE-ECLAMPSIA

DEFINICIONES

1. **PRE-ECLAMPSIA**, definida como desarrollo de hipertensión y proteinuria después de la 20 semana de gestación, en mujeres previamente normotensas, considerando como **hipertensión** valores de presión arterial diastólica de 90 mm Hg o superiores medidos en dos ocasiones separadas al menos por 4 horas, o bien valores de 100 mm Hg o superiores medidos una sola vez; la **proteinuria** debe ser ≥ 300 mg en orina de 24 horas, $\geq 2+$ de proteínas medido mediante tira reactiva en dos muestras de orina separadas al menos por 4 horas.
2. **HIPERTENSIÓN CRÓNICA o PRE-EXISTENTE**: valores de presión arterial diastólica de 90 mm Hg o superiores medidos antes del embarazo o antes de la 20 semana de gestación.
3. **HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EL EMBARAZO**: valores de presión arterial sistólica de 140 mm Hg o superiores o de presión arterial diastólica de 90 mm Hg o superiores medidos a partir de la 20 semana de gestación en mujeres previamente normotensas.

DIFERENCIAS ENTRE DEFINICIÓN CLÍNICA Y DEFINICIÓN EN INVESTIGACIÓN

La definición de pre-eclampsia que se sigue habitualmente en clínica es mucho más pragmática y conservadora que la referida arriba, aunque ello aumente la probabilidad de falsos positivos. Esto se debe a que la pre-eclampsia no es una entidad clínica ni etiológica claramente definida, pero que, sin embargo, puede llegar a comportar un alto riesgo para el feto y la madre. Por ello, aunque la diferenciación diagnóstica entre hipertensión inducida por el embarazo y pre-eclampsia depende, según la definición arbitraria antes referida, de la aparición o no de proteinuria, en la clínica, ante la presencia de hipertensión, se valoran otros signos sugestivos de pre-eclampsia, tales como síntomas de sufrimiento o compromiso fetal, hiperuricemia, trombocitopenia así como otras manifestaciones del síndrome HELLP (hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y trombocitopenia). Es por tanto la monitorización en sí de la embarazada más que la proteinuria lo que induce al diagnóstico clínico de pre-eclampsia. Además, muchas pre-eclampsias debutan sólo con hipertensión, sumándose luego la proteinuria.

Por otro lado, aunque la excreción de proteínas en 24 horas sea el estándar de oro, no se suele realizar de forma rutinaria ya que la pre-eclampsia en muchas ocasiones es un ingreso de urgencia que resulta en la inducción del parto a las pocas horas. Lo más habitual es que la proteinuria se valore mediante tiras reactivas. Para el diagnóstico

clínico, la presencia de una sola + de proteinuria junto con hipertensión, produce una alta sospecha de pre-eclampsia, aunque este resultado dé muchos falsos positivos y negativos. Por ello, desde el punto de vista de la investigación, se exige la presencia de 2 determinaciones con 2+ cuando no se ha hecho una orina de 24 horas.

PROPUESTAS

Tras una revisión de las historias clínicas con diagnóstico de pre-eclampsia/ eclampsia en el último año en el Hospital La Fe de Valencia, constatamos lo referido en la sección anterior: la presencia de hipertensión + signos clínicos sugestivos en la monitorización prevalecía frente a la determinación protocolizada de la proteinuria. Ante ello planteamos:

1. Reuniones/ discusión con los obstetras y matronas del hospital para llegar a un consenso sobre los criterios diagnósticos.
2. Solicitar que, en la medida de lo posible, ante toda embarazada que debuta con hipertensión después de la 20 semana se recoja una orina de 24 horas y/o 2 determinaciones mediante tira reactiva separadas al menos por 4 horas.
3. Cualquier embarazada de la cohorte que ingrese por hipertensión debería ser detectada por el equipo investigador en las primeras 24 horas con el fin de poder seguir de forma prospectiva el diagnóstico y manejo clínico.
4. En todos los casos los datos se obtendrán de las historias clínicas e informes de alta.

La clasificación final de los trastornos hipertensivos durante el embarazo quedaría de la siguiente forma:

1. PRE-ECLAMPSIA:

- a. Inicio temprano (<34 semanas): asociado a RCIU, mayor riesgo de recurrencia, mayor riesgo cardiovascular después embarazo
- b. Inicio tardío

2. HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EL EMBARAZO (SIN PROTEINURIA)

- a. Sin condiciones adversas (no síntomas sistémicos ni compromiso fetal)
- b. Con condiciones adversas: convulsiones; presión distólica >110 mm Hg; trombocitopenia; oliguria (<500 ml/día); edema pulmonar; enzimas hepáticas elevadas; náusea y vómitos graves, cefalea, alteraciones visuales; sospecha de abrupcio placentae; síndrome HELLP; RCIU; oligohidramnios; compromiso circulación feto-placentaria (Doppler).

3. HIPERTENSIÓN CRÓNICA o PRE-EXISTENTE

4. HIPERTENSIÓN INCLASIFICABLE: cuando no existe una medición de presión arterial previa a la 20 semana.

Bibliografía

Helewa ME, Burrows RF et al. Report of the Canadian Hypertension Society Consensus Conference: 1. Definitions, evaluation and classification of hypertensive disorders in pregnancy. Canadian Medical Association J 1997;157:715-25.

Higgins JR, de Swiet M. Blood-pressure measurement and classification in pregnancy. Lancet 2001;357:131-35.

Roberts JM, balk JL, Bodnar LM, Belizán JM, Bergel E, martínez A. Nutrient involvement in Preeclampsia. J Nutr 2003;133:1684S-1692S.