

RECOMENDACIONES DE LA OMS PARA LA PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO DE LA PREECLAMPSIA Y LA ECLAMPSIA

Consecuencias y medidas

Antecedentes

Casi una décima parte de las muertes maternas en Asia y en África y una cuarta parte de las muertes maternas en América Latina están relacionadas con trastornos hipertensivos del embarazo. Entre los trastornos hipertensivos, la preeclampsia y la eclampsia tienen el mayor impacto en la morbilidad materna y neonatal. Sin embargo, la mayoría de las muertes relacionadas con la preeclampsia y la eclampsia podrían evitarse si las mujeres recibieran asistencia oportuna y efectiva, administrada de acuerdo con estándares basados en las pruebas científicas.

Crterios para el diagnóstico de la preeclampsia y la eclampsia

Preeclampsia:

Comienzo de un nuevo episodio de hipertensión durante el embarazo, caracterizado por:

- Hipertensión persistente (presión arterial diastólica ≥ 90 mm Hg) y
- Proteinuria sustancial (>0.3 g/24 horas).

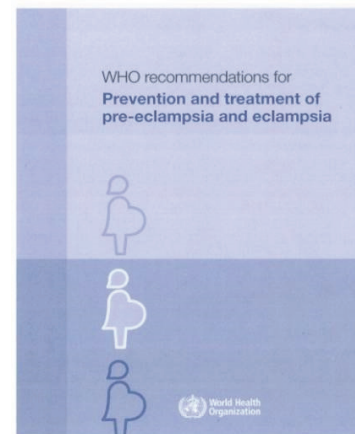
Eclampsia:

- Convulsiones generalizadas, por lo general, además de los criterios relacionados con la preeclampsia.

El objetivo primario de las *Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia* es mejorar la calidad de atención y los resultados para las embarazadas que desarrollan los dos trastornos hipertensivos más peligrosos. Si bien las recomendaciones no constituyen una guía completa, tienen como fin promover prácticas clínicas comprobadas, basadas en pruebas científicas, para el tratamiento de mujeres con preeclampsia y eclampsia.

Contenido de la directriz y proceso de desarrollo

La directriz de la OMS se elaboró de acuerdo con el manual de la OMS titulado *WHO Handbook for Guideline Development*, a través de un proceso que implica: (1) identificación de las preguntas y los resultados prioritarios; (2) obtención de pruebas científicas; (3) valoración, clasificación y síntesis de dichas pruebas; (4) formulación de recomendaciones; y (5) programación de la difusión, implementación, evaluación del impacto y actualización. Además del personal de los Departamentos de Salud reproductiva e investigaciones conexas, Embarazo seguro y Nutrición para la salud y el desarrollo de la OMS, muchas partes interesadas internacionales y expertos externos, incluidos 173 participantes en una consulta en línea y 25 expertos en una consulta técnica, participaron en el proceso de desarrollo de la directriz. Se examinaron rigurosamente las pruebas científicas relacionadas con cada pregunta específica, obtenidas



principalmente de revisiones Cochrane, y se clasificaron de acuerdo con su fortaleza. Del mismo modo, se determinó la fortaleza de cada recomendación en función del grado de las pruebas científicas, así como la magnitud del efecto, el balance entre beneficios y perjuicios, el uso de recursos y la factibilidad.

RECOMENDACIONES DE PRÁCTICAS CLÍNICAS PARA LA PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO DE LA PREECLAMPSIA Y LA ECLAMPSIA (PE/E) ¹		
Durante el control prenatal		
✓ Prácticas recomendadas	* Prácticas NO recomendadas	Consecuencia de la práctica
✓ Administración de suplementos de calcio durante el embarazo en áreas donde el consumo de calcio es bajo (<900 mg/día).	* Administración de suplementos de vitamina D durante el embarazo. * Administración de suplementos de calcio durante el embarazo en áreas donde <u>no</u> hay deficiencia de calcio.	Proporcionar calcio a todas las mujeres con bajo consumo de calcio y ácido acetilsalicílico en dosis bajas a grupos seleccionados para la prevención de la PE/E. Si bien los suplementos vitamínicos pueden ser útiles para otras enfermedades, no se debe proporcionar vitaminas C, D o E a embarazadas como parte de una estrategia para la prevención de la PE/E.
✓ Administración de ácido acetilsalicílico en dosis bajas (aspirina, 75 mg) para prevenir la preeclampsia en las mujeres que tienen un riesgo alto de desarrollar la enfermedad.	* Administración de suplementos de vitamina C y vitamina E como monoterapia o combinados.	
✓ Antihipertensivos para embarazadas con hipertensión grave.	* Uso de diuréticos, particularmente los tiazídicos, para la prevención de la preeclampsia y sus complicaciones.	Administrar antihipertensivos, pero no diuréticos, a embarazadas con hipertensión grave.
	* Indicación de reposo en el hogar. * Reposo en cama estricto para las embarazadas con hipertensión (con o sin proteinuria). * Restricción alimentaria de sodio.	No indicar reposo ni restricción alimentaria de sodio a las embarazadas para prevenir la preeclampsia o sus complicaciones.
✓ En mujeres con preeclampsia grave, un feto viable y menos de 37 semanas de gestación, puede considerarse una política de conducta expectante, siempre que no haya hipertensión materna no controlada, disfunción orgánica materna en aumento ni sufrimiento fetal y que puedan monitorearse.		En el caso de una mujer con preeclampsia grave durante un embarazo prematuro (< 37 semanas), los médicos pueden monitorear a la mujer si: (1) la presión arterial se encuentra bajo control; (2) no hay sufrimiento fetal; y (3) no hay signos de disfunción orgánica materna. Se debe realizar un monitoreo continuo durante este período de conducta expectante.
Durante el trabajo de parto y el parto		
✓ Prácticas recomendadas	Consecuencia de la práctica	
✓ Inducción del trabajo de parto en mujeres con preeclampsia grave cuando por su edad gestacional el feto no es viable o es poco probable que alcance la viabilidad en el plazo de una o dos semanas.	Acelerar el parto para mujeres con preeclampsia grave lejos del término, independientemente de que el feto sea viable.	
✓ Acelerar el parto para mujeres con preeclampsia grave a término.		

¹ Puede encontrarse un informe completo de las recomendaciones en las *Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia* (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241548335_eng.pdf), y puede encontrarse un listado completo de las pruebas científicas que respaldan estas recomendaciones en las *Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia: Base de las pruebas científicas* (http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/WHO_RHR_11.25_eng.pdf).

RECOMENDACIONES DE PRÁCTICAS CLÍNICAS PARA LA PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO DE LA PREECLAMPSIA Y LA ECLAMPSIA (PE/E) ¹	
✓ Prácticas recomendadas	Consecuencia de la práctica
✓ Administración de sulfato de magnesio, con preferencia a otros anticonvulsivos, para prevenir la eclampsia en mujeres con preeclampsia grave.	El sulfato de magnesio es el anticonvulsivo preferido para mujeres con preeclampsia o eclampsia graves. Si es posible, administrar un tratamiento completo con sulfato de magnesio a mujeres con eclampsia o preeclampsia grave. Si la administración de un tratamiento completo no es posible, estas mujeres deben recibir la dosis de impregnación de sulfato de magnesio, y se las debe trasladar de inmediato a un establecimiento asistencial de nivel superior para que reciban tratamiento adicional.
✓ Administración de sulfato de magnesio, con preferencia a otros anticonvulsivos, para el tratamiento de mujeres con eclampsia.	
✓ Tratamiento completo con sulfato de magnesio por vía intravenosa o intramuscular para la prevención y el tratamiento de la eclampsia.	
✓ En los ámbitos donde no es posible administrar el tratamiento completo con sulfato de magnesio, usar la dosis de impregnación de sulfato de magnesio seguida del traslado inmediato a un establecimiento asistencial de nivel superior para mujeres con preeclampsia o eclampsia graves.	
Durante la asistencia posparto	
✓ Prácticas recomendadas	Consecuencia de la práctica
✓ Administración continua de antihipertensivos durante el período posparto para mujeres tratadas con antihipertensivos durante la asistencia prenatal.	Tratar a las mujeres con antihipertensivos durante el período posparto si: (1) tienen hipertensión posparto grave; o (2) recibieron tratamiento con antihipertensivos durante el embarazo.
✓ Antihipertensivos para mujeres con hipertensión posparto grave.	

Medidas del programa

El objetivo final de esta directriz es mejorar la calidad de atención y los resultados de salud relacionados con la preeclampsia y la eclampsia. Las recomendaciones, especialmente aquellas que implican un cambio respecto de la práctica anterior, requerirán medidas a nivel nacional, de los distritos y local. Se deben tomar las siguientes medidas:

1. Revisar los protocolos o las pautas nacionales para incluir prácticas basadas en las pruebas científicas.

El método de cada país para promover el uso de las recomendaciones debe adaptarse al contexto nacional y local específico. La revisión de pautas nacionales existentes debe ser un proceso bien programado y participativo, basado en el consenso, y se debe realizar cualquier modificación en forma explícita y transparente, y sobre la base de una justificación clara. El proceso de revisión debe incluir estos pasos:

- Convocar a un grupo de trabajo nacional compuesto por expertos clínicos reconocidos pertenecientes a organismos gubernamentales, instituciones educativas médicas y de enfermería/partería, organizaciones profesionales, organizaciones no gubernamentales (ONG) clave y otros expertos para revisar las recomendaciones de la OMS y considerar qué adaptaciones son necesarias para el contexto local.
- Elaborar protocolos clínicos claros y prácticos que reflejen las recomendaciones.
- Desarrollar una orientación clara y práctica para los trabajadores comunitarios de la salud.
- Asegurarse de que las políticas, incluidas las descripciones del puesto de trabajo, reflejen las nuevas recomendaciones.
 - Asegurarse de que todos los asistentes de parto capacitados estén autorizados para administrar sulfato de magnesio y antihipertensivos para la preeclampsia y la eclampsia graves.
 - Asegurarse de que los trabajadores comunitarios de la salud capacitados estén autorizados para asesorar y proporcionar calcio en áreas con deficiencia de calcio.

- Orientar a las partes interesadas gubernamentales y de las ONG y a los líderes de opinión clave respecto de las recomendaciones y sus consecuencias para la práctica en los centros y las comunidades.
 - Asegurarse de que las partes interesadas a nivel nacional, de los distritos y de la comunidad estén incluidas en la orientación.
 - Asegurarse de que se distribuyan copias de la directriz actual a todos los centros e instituciones educativas.

2. Promover los componentes esenciales que ayudan a asegurar un ambiente favorable.

Deben ponerse en prácticas procesos y procedimientos seleccionados, a fin de asegurar un ambiente favorable para la implementación de las recomendaciones.

- Se deben incluir en la lista de medicamentos esenciales medicamentos como el sulfato de magnesio, el gluconato de calcio y los antihipertensivos (como labetalol, hidralazina, nifedipina o metildopa), así como las formulaciones apropiadas de calcio y ácido acetilsalicílico.
- Los presupuestos y los sistemas de suministro deben facilitar un acceso inmediato y continuo a medicamentos y suministros esenciales. Cada centro donde se proporcione asistencia prenatal o de trabajo de parto y parto debe contar con:
 - Esfigmomanómetros y estetoscopios que funcionen;
 - Antihipertensivos apropiados como labetalol, hidralazina, nifedipina o metildopa;
 - Sulfato de magnesio y gluconato de calcio;
 - Jeringas de 10 ml y de 20 ml;
 - Solución fisiológica normal o solución IV de lactato sódico compuesta;
 - Herramientas auxiliares para la administración de sulfato de magnesio; y
 - Un paquete para el tratamiento de la eclampsia, que incluya todos los medicamentos y el equipo necesarios (jeringa, hisopos, vía intravenosa, etc.), como solución práctica para facilitar la acción rápida.
- El personal sanitario debe estar comprometido con prácticas clínicas basadas en las pruebas científicas.
 - Las habilidades de control prenatal deben incluir el suministro de suplementos preventivos.
 - Todos los prestadores de salud que brinden asistencia a embarazadas o a mujeres en trabajo de parto deben poder detectar y tratar la preeclampsia y la eclampsia, a fin de prevenir que las mujeres con preeclampsia desarrollen eclampsia. Los prestadores también necesitarán las habilidades para inducir el trabajo de parto, realizar un parto quirúrgico o derivar a las mujeres que necesiten un nivel de asistencia superior.
 - Los prestadores de salud deben evitar el uso de tratamientos y medicamentos que se haya demostrado que no son efectivos o que son potencialmente perjudiciales, y deben condenar estas prácticas en sus centros y entre sus colegas.
- Se deben establecer servicios basados en las pruebas científicas en los ámbitos más periféricos que brindan asistencia a embarazadas y a mujeres en trabajo de parto, a fin de asegurar un acceso equitativo a los servicios y de ayudar a iniciar la asistencia de apoyo de emergencia lo antes posible cuando se detectan complicaciones.

3. Usar procesos participativos para cambiar la conducta de los prestadores con respecto a las prácticas basadas en las pruebas científicas.

- Los prestadores de salud y otras partes interesadas clave pertenecientes al gobierno y a las ONG deben participar en el proceso de desarrollo y de adaptación de pautas.
- Los prestadores deben participar en el establecimiento de estándares de asistencia basados en las pruebas científicas y en la evaluación del progreso hacia el logro de los estándares.

- Las competencias necesarias para lograr estos estándares deben enseñarse en la educación previa al servicio y deben incluirse en la capacitación en servicio en los centros y en las comunidades, según sea necesario. Es posible que se deban desarrollar o revisar planes de estudio, que se deban desarrollar materiales de enseñanza y que se deba capacitar a docentes y a capacitadores.
- Los recordatorios de telemedicina e informática y el apoyo en las decisiones, la evaluación y la retroalimentación, y la supervisión de apoyo deben fomentar la mejora continua en la administración de asistencia de calidad y deben reconocer la calidad cuando se logra.
- Pueden reclutarse organizaciones y redes profesionales para apoyar la implementación de pautas basadas en pruebas científicas.
- Debe haber herramientas auxiliares disponibles para que los prestadores recuerden los protocolos y los procedimientos.

4. Monitorear y evaluar la implementación de las pautas.

- Los sistemas de monitoreo y evaluación deben incluir indicadores apropiados que sean examinados en forma no punitiva y que puedan utilizarse para guiar el desarrollo, la administración y la ampliación de servicios. Idealmente, debe monitorearse la implementación de las recomendaciones en el nivel de los servicios de salud. Se pueden complementar los datos con un análisis secundario de las bases de datos clínicas o administrativas. Se requieren indicadores claramente definidos y podrían asociarse con objetivos determinados a nivel local. En este contexto, se sugiere un indicador crítico:
 - La proporción de mujeres con preeclampsia o eclampsia graves que reciben terapia con sulfato de magnesio (calculada como la cantidad de mujeres con preeclampsia/eclampsia graves que reciben sulfato de magnesio dividida por la cantidad total de mujeres que presentan preeclampsia/eclampsia graves) (*Recomendaciones de la OMS*).
- Deben considerarse otros indicadores de complicaciones maternas agudas graves, cuando sea viable. Por ejemplo:
 - La proporción de mujeres con preeclampsia que tienen hipertensión grave y que reciben un antihipertensivo dividida por la cantidad total de mujeres con preeclampsia que tienen hipertensión grave.
- Estos indicadores proporcionan una medición global del uso de sulfato de magnesio como la terapia preferida para la eclampsia y del uso apropiado de antihipertensivos. También se recomienda el uso de otros indicadores de procesos determinados a nivel local, en particular para la evaluación del uso preventivo de sulfato de magnesio y del cumplimiento con el protocolo local durante las fases de impregnación y de mantenimiento.

Este programa y el informe fueron posibles gracias al generoso apoyo del pueblo estadounidense a través de la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), bajo los términos del Acuerdo de Cooperación GHS-A-00-08-00002-000. Los contenidos son responsabilidad del Programa Integrado de Salud Materna e Infantil (MCHIP, por sus siglas en inglés) y no reflejan necesariamente las opiniones de USAID o del Gobierno de los Estados Unidos.

MCHIP es el principal programa de salud materna, neonatal e infantil del Departamento para la Salud Mundial de USAID. MCHIP apoya programas en distintas áreas tales como salud materna, neonatal e infantil, inmunización, planificación familiar (PF), malaria y VIH/SIDA; y fomenta sólidamente las oportunidades para la integración entre ellas. Las áreas técnicas de corte-transversal incluyen agua, sanidad, higiene, salud urbana y fortalecimiento de los sistemas de salud.