

**GOBIERNO
FEDERAL**



SALUD

SEDENA

SEMAR

Guía de Práctica Clínica **GPC**

Intervenciones de Enfermería
en la paciente con Preeclampsia/Eclampsia

Guía de Referencia Rápida

Catálogo Maestro de GPC: **IMSS-586-12**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



ÍNDICE

DEFINICIÓN	3
FACTORES DE RIESGO	3
DIAGNÓSTICO Y CLASIFICACIÓN	3
CRITERIOS DE REFERENCIA.....	5
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.....	6
DIAGRAMA DE FLUJO	13

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

014 Hipertensión gestacional [inducida por el embarazo] con proteinuria significativa

015 Eclampsia

016 Hipertensión materna, no especificada

GPC

Intervenciones de Enfermería en la Paciente con Preeclampsia/Eclampsia

ISBN en trámite

DEFINICIÓN

La preeclampsia es un síndrome multisistémico del embarazo y puerperio, en el que se presenta una reducción de la perfusión sistémica generada por vasoespasmo y activación de los sistemas de coagulación. Se presenta después de la semana 20 de la gestación, durante el parto o en las primeras dos semanas después de éste. El cuadro clínico se caracteriza por hipertensión arterial $\geq 140/90$ mmHg y proteinuria, es frecuente que, además se presente cefalea, acúfenos, fosfenos, edema, dolor abdominal y/o alteraciones de laboratorio.

FACTORES DE RIESGO

- En toda mujer embarazada, se recomienda investigar los siguientes factores de riesgo de preeclampsia: edad mayor de 40 años de edad, antecedente familiar de preeclampsia, primigrávidas, historia de preeclampsia en embarazo previo, embarazo múltiple, índice de masa corporal (IMC) ≥ 35 kg/m², síndrome anti fosfolípido y diabetes mellitus tipo 1. (VER CUADRO 1)
- En la primera consulta de todas las embarazadas, debe realizarse la historia clínica y el examen físico para investigar factores de riesgo de preeclampsia.
- La identificación de factores de riesgo posibilita la clasificación de las mujeres que son elegibles para la atención prenatal de bajo riesgo o bien si hay necesidad de enviar a un servicio especializado. La identificación de estos factores debe iniciar en la primera consulta prenatal y se debe mantener durante todo el proceso de gestación.
- En la actualidad no existe un biomarcador que por sí solo sea clínicamente útil para predecir preeclampsia recurrente, por lo que no se recomienda la indicación rutinaria de una o varias pruebas en forma independiente para predecir preeclampsia.
- No hay bases sólidas para recomendar la determinación del ácido úrico en suero materno, como prueba predictiva de preeclampsia en pacientes no seleccionadas.

DIAGNÓSTICO Y CLASIFICACIÓN

- La preeclampsia es un síndrome que se caracteriza por hipertensión y proteinuria, después de las 20 semanas de gestación, puede estar asociada por un conjunto de signos y síntomas entre los que se incluyen: alteraciones visuales, cefalea, dolor abdominal, náusea, vómito y edema. (ver cuadro II)
- Los criterios diagnósticos de preeclampsia incluyen: presión arterial sistólica ≥ 140 mmHg y presión arterial diastólica ≥ 90 mmHg que ocurre después de las 20 semanas de gestación, en mujeres con

presión arterial previamente normal. (ver cuadro III)

- Se debe abandonar el uso del término hipertensión inducida por el embarazo, ya que su significado en la práctica clínica no es claro.
- Las mujeres embarazadas deben ser informadas de los síntomas de la pre-eclampsia grave, ya que pueden estar asociados con pobres resultados del embarazo para la madre o el bebé. Los síntomas incluyen cefalea, visión borrosa, vómitos y edema de la cara, las manos o los pies.
- No se debe emplear el edema como uno de los signos cardinales de la preeclampsia.
- El diagnóstico de preeclampsia grave, se considera cuando o más de los siguientes criterios esta presente: presión arterial sistólica ≥ 160 mmHg y presión arterial diastólica ≥ 110 mmHg en dos ocasiones con una diferencia de 6 horas mientras el paciente se encuentra con reposo, proteinuria de 5 g o mayor en orina de 24 horas o $\geq 3+$ en tira reactiva en dos muestras al azar recolectadas con 4 horas de diferencia, oliguria (menos de 500 mL de orina en 24 horas), trastornos cerebrales o visuales, edema pulmonar o cianosis, dolor epigástrico o en el cuadrante superior derecho, alteración de la función hepática, trombocitopenia, retardo del crecimiento intrauterino. (ver cuadro IV)
- Los criterios diagnósticos del síndrome de HELLP (anemia hemolítica microangiopática, elevación de enzimas hepáticas y trombocitopenia) incluyen: presencia de fragmentos de eritrocitos en un frotis de sangre periférica, deshidrogenasa láctica mayor de 600 U/L, bilirrubina total mayor de 1.2 mg/dL, aspartato aminotransferasa mayor de 70 U/L y trombocitopenia $< 100,000$ plaquetas/mm³. (ver cuadro V)
- El diagnóstico de hipertensión arterial se debe realizar con base en la medición de la presión arterial en un consultorio o un hospital.
- Se recomienda realizar una segunda medición de la presión arterial en casa, ante la posibilidad de hipertensión de "bata blanca".
- En las mujeres con hipertensión preexistente, se recomienda determinar la creatinina sérica, el potasio en suero y un examen general de orina durante etapas tempranas del embarazo.
- La hipertensión en el embarazo debe ser definida como una presión arterial diastólica ≥ 90 mmHg, con base en el promedio de al menos dos mediciones, tomadas en el mismo brazo.
- En el caso de documentar dos mediciones sucesivas de presión arterial diastólica ≥ 90 mmHg, se requiere una evaluación médica.
- Toda mujer embarazada con una presión arterial sistólica ≥ 140 mmHg, requiere vigilancia estrecha ante la posibilidad de desarrollar hipertensión diastólica.
- Ante una presión arterial sistólica ≥ 140 mmHg pero < 160 mmHg y una presión arterial diastólica < 90 mmHg, asociadas a una prueba de orina con tira reactiva negativa para proteinuria, se debe investigar si existen factores de riesgo para presión arterial sistólica elevada transitoria (por ejemplo, el estrés, el ejercicio toma reciente de cafeína).
- La hipertensión grave debe ser definida como una presión arterial sistólica ≥ 160 mmHg o una presión arterial diastólica ≥ 110 mmHg.
- Ante la evidencia de hipertensión grave, con o sin proteinuria, se requiere evaluación médica de la paciente en un entorno hospitalario y consulta con un obstetra.
- Ante la paciente con hipertensión grave, se recomienda realizar una segunda medición de la presión arterial en 15 minutos para su confirmación.
- Antes de la toma de la presión arterial, la paciente debe haber reposado al menos durante 10 minutos y no haber consumido tabaco o cafeína en los 30 minutos previos.
- Se recomienda utilizar un brazalete de tamaño apropiado para el brazo de la paciente, es decir,

longitud de 1,5 veces la circunferencia del brazo, debido a que si este es muy pequeño, las mediciones de la presión arterial pueden sobreestimarse.

- La paciente debe estar sentada con un soporte en la espalda y semi-reclinada en un ángulo de 45°, con el brazo apoyado a la altura del corazón.
- Se recomienda utilizar, de preferencia, un baumanómetro de mercurio; los métodos automatizados deberán usarse con precaución y calibrarlos periódicamente para reducir la toma de mediciones erróneas.
- En el caso de que se haya empleado un dispositivo automatizado para la toma de la presión arterial en la primera medición, la segunda medición se debe realizar con un esfigmomanómetro de mercurio o un dispositivo aneroide.
- La presión sistólica se evaluará a la auscultación del primer sonido claro (fase I de Korotkoff) y la presión diastólica cuando el sonido desaparezca (fase V de Korotkoff).
- La presión arterial debe medirse en ambos brazos, y se tomarán en cuenta las cifras registradas en el brazo con niveles más elevados.
- Si las cifras de la presión arterial se encuentran levemente elevadas, conviene confirmarlas con otra toma en 4-6 horas (tiempo no mayor de siete días).
- En toda mujer embarazada debe investigarse la presencia de proteinuria, es posible emplear tira reactiva, y utilizar como umbral mayor a 1+ ($\geq 2+$ o $\geq 3+$) para incrementar la exactitud en la predicción de la proteinuria significativa.
- Cuando la tira reactiva determine un umbral de proteinuria (≥ 2 o $\geq 3+$) que correlacione con ≥ 300 mg/24 h, es preferible confirmarla en orina de 24 h.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- El traslado a una unidad médica debe efectuarse cumpliendo un conjunto de requisitos mínimos para la seguridad de la paciente con preeclampsia grave y su hijo. Uno de los aspectos esenciales será que la presión arterial se encuentre en niveles aceptables y estables (sistólica menor de 160 mmHg y diastólica menor de 110 mmHg).
- Uno de los aspectos de mayor importancia a tener en cuenta para el traslado de la paciente, es que previo, el médico establezca un contacto directo con la institución a la que será trasladada, para notificar las condiciones en que se encuentra y confirmar que será recibida.
- Las unidades de primer nivel deben tener un sistema organizado de seguimiento y revisión periódica de pacientes con hipertensión arterial.
- Se recomienda atención en un primer nivel de atención, a las pacientes primigrávidas sin factores de riesgo para preeclampsia (bajo riesgo).
- Si durante la valoración, la enfermera de atención prenatal identifica factores de riesgo, alteraciones clínicas o de laboratorio (biometría hemática, examen general de orina y glucemia o proteínas en orina con tira reactiva), signos y/o síntomas de alarma, deberá referir a la embarazada con el médico familiar en primer nivel.
- Se recomienda comunicar en forma clara y completa los signos y síntomas de preeclampsia para promover la autorreferencia de la paciente.
- Se recomienda referencia inmediata a un especialista en ginecoobstetricia o al segundo nivel a toda paciente con riesgo alto de preeclampsia.
- Se recomienda la referencia inmediata al tercer nivel, de preferencia antes de la semana 20, en

aquellas pacientes con riesgo alto de preeclampsia, comorbilidad asociada, preeclampsia previa y 2 o más factores de riesgo.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

- El objetivo principal del manejo de la preeclampsia deberá siempre estar orientado a la seguridad materna, reducción de los factores de riesgo, detección oportuna de complicaciones obstétricas.
- En la consulta prenatal de todas las embarazadas, después de la semana 20 de gestación, debe incluirse la determinación de la presión arterial y la proteinuria.
- Posterior a las 20 semanas de gestación, en cada evaluación prenatal se debe identificar la presencia de hipertensión, proteinuria, cefalea, alteraciones visuales, dolor epigástrico, vómitos, disminución de los movimientos fetales y retardo en el crecimiento fetal.
- Las enfermeras deben aprovechar toda oportunidad apropiada para tomar la presión arterial de los adultos con el fin de facilitar la detección precoz de la hipertensión.
- Se debe promover la asistencia al control prenatal en todas las mujeres embarazadas, para la detección temprana de preeclampsia.
- Entre las intervenciones de enfermería relacionadas con el diagnóstico, riesgos de la alteración de la diada materno fetal, se recomienda: revisar el historial obstétrico para valorar factores de riesgo de preeclampsia, determinar el grado de conocimiento que la paciente tiene de su patología, fomentar la expresión de sentimientos y miedos a cerca del bienestar fetal y seguridad personal, instruir a la paciente en técnicas de autocuidado para aumentar las posibilidades de un resultado saludable, recomendar que asista a la atención médica inmediata cuando detecte disminución de movimientos fetales 4 o más contracciones por hora antes de las 37 semanas de gestación, cefalea, trastornos visuales, dolor epigástrico, rápida ganancia de peso con edema y enseñarle a contar los movimientos fetales.
- La enfermera de atención prenatal debe generar una relación de confianza y estimular la participación de la familia, como red social de apoyo.
- En la consulta prenatal, la vigilancia de las pacientes con riesgo, incluidas las primigrávidas, debe ser al menos cada tres semanas, entre las 24 y 32 semanas.
- Se debe promover el adiestramiento del personal que realiza la toma de la presión arterial, para asegurar el apego a la técnica correcta y valorar periódicamente la variabilidad inter-observador.
- Al momento de tomar la presión arterial de las pacientes, las enfermeras deben utilizar la técnica correcta, el tamaño apropiado del brazalete y un equipo correctamente calibrado.
- A todas las pacientes debe comunicárseles de una manera clara y comprensible, los síntomas y signos de alarma de la preeclampsia, para promover la auto-referencia inmediata y prevenir complicaciones.
- Existe evidencia insuficiente para recomendar el reposo o reducción de la actividad física, tanto en casa como en el hospital, para prevenir preeclampsia y sus complicaciones. La elección del reposo debe ser una cuestión de elección personal.
- En aquellas mujeres con preeclampsia que están hospitalizadas, no se recomienda el reposo absoluto en cama.
- Entre las intervenciones efectivas en el segundo nivel para pacientes de riesgo moderado está la evaluación Doppler de las arterias uterinas, si se cuenta con recursos de calidad y la vigilancia del crecimiento fetal.

- La paciente con preeclampsia leve, seleccionada y clasificada después de su estancia hospitalaria, puede atenderse en forma ambulatoria, con vigilancia semanal en la consulta, como una medida efectiva y segura.
- En las mujeres con embarazo <34 semanas, se debe considerar el manejo expectante de la preeclampsia, particularmente en unidades médicas con la capacidad de dar atención a recién nacidos prematuros.
- La atención conservadora del embarazo menor de 34 semanas, complicado por preeclampsia leve, mejora el pronóstico del feto.
- En las mujeres con embarazo ≥ 37 semanas que tienen preeclampsia leve o grave
- , se debe considerar la terminación del embarazo.
- La administración prenatal de corticosteroides es una intervención terapéutica que se debe considerar para todas las mujeres que presentan preeclampsia antes de las 34 semanas de gestación.
- Ante la paciente con preeclampsia leve, se recomienda vigilancia del crecimiento fetal por ultrasonido cada tres semanas para valorar la curva. Sólo en caso de restricción del crecimiento intrauterino realizar un perfil biofísico completo y Doppler en la arteria umbilical, cerebral media y ductus venoso.
- No se recomienda utilizar antioxidantes como una intervención preventiva en preeclampsia.
- Los suplementos de calcio (al menos 1 g / día, por vía oral) se recomienda para las mujeres con baja ingesta de calcio (<600 mg / d).
- No se recomienda la administración de vitamina C y E, para prevenir la preeclampsia y otros desenlaces materno-fetal adversos.
- No se recomienda la administración de precursores de prostaglandinas, suplementos con magnesio o zinc, como intervenciones para la prevención de preeclampsia.
- No se recomienda la restricción de sal en la dieta durante el embarazo, la restricción calórica durante el embarazo para mujeres con sobrepeso, la administración de vitaminas C y E o diuréticos como la tiazida, como intervenciones para prevenir la preeclampsia y sus complicaciones en mujeres con riesgo bajo.
- En mujeres con riesgo elevado de preeclampsia, se recomienda la administración de dosis bajas de aspirina (75-100 mg / d) antes de acostarse, idealmente previo al embarazo o antes de las 16 semanas de gestación.
- La elección de antihipertensivo requiere considerar la experiencia del médico y la familiaridad con un medicamento en particular, considerando los efectos adversos.
- El tratamiento antihipertensivo inicial para el manejo de la hipertensión grave, puede incluir nifedipina en cápsulas o tableta o hidralazina, con el propósito de reducir la presión arterial sistólica menor a 160 mmHg y la presión arterial diastólica menor a 110 mmHg.
- El tratamiento antihipertensivo para el manejo de la hipertensión arterial entre 140–159/90–109 mmHg, puede incluir alfa metildopa, beta bloqueadores (metoprolol, propranolol) y bloqueadores de los canales del calcio.
- En mujeres con hipertensión no grave (140–159/90–109 mmHg) sin comorbilidad asociada, el tratamiento antihipertensivo debe ser empleado para mantener una presión arterial sistólica entre 130–155 mmHg y una presión arterial diastólica entre 80–105 mmHg.
- En mujeres con hipertensión no grave (140–159/90–109 mmHg) con comorbilidad asociada, el tratamiento antihipertensivo debe ser empleado para mantener una presión arterial sistólica entre 130–139 mmHg y una presión arterial diastólica entre 80–89 mmHg.

- No se debe utilizar inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) y los bloqueadores del receptor de angiotensina. No se recomienda el uso de atenolol y prazosina.
- A las pacientes con preeclampsia grave, enviadas a una unidad de tercer nivel de atención, se les debe elaborar un plan de atención individualizado.
- La administración de sulfato de magnesio es una intervención de probada eficacia que debe incorporarse para prevenir la eclampsia. El tratamiento no debe suspenderse después de la primera crisis convulsiva, porque también es efectivo para prevenir la recurrencia.
- Entre las intervenciones de enfermería relacionadas con el manejo de las convulsiones, se recomienda: mantener vía aérea abierta, permanecer con el paciente durante la crisis, canalizar una vía intravenosa, según proceda, comprobar el estado neurológico, vigilar los signos vitales, registrar la duración de la crisis, registrar las características de la crisis, administrar la medicación prescrita, si es el caso, comprobar la duración y características del período post-ictal.
- Entre las intervenciones de enfermería relacionadas con el diagnóstico, deterioro del intercambio gaseoso, se recomienda: monitorizar la frecuencia, profundidad y esfuerzo respiratorio, monitorizar los signos vitales y la saturación de oxígeno, verificar la permeabilidad de la vía aérea, aspirando secreciones o extrayendo algún cuerpo extraño, si fuera el caso, observar piel y mucosas para detectar cianosis y monitorizar los efectos de la sedación y los analgésicos en el patrón respiratorio.
- Los profesionales de enfermería deben estar familiarizados con dosis y vías de administración de los medicamentos utilizados en el tratamiento de las pacientes con eclampsia; el sulfato de magnesio utilizado para prevenir las crisis convulsivas puede presentar toxicidad, por lo que se deberán conocer los datos que sugieran intoxicación por magnesio (ausencia de reflejo patelar) y tener disponible el antídoto (gluconato de calcio).
- Las pacientes con preeclampsia leve o grave y embarazo de término son aptas para la terminación inmediata del embarazo como la medida terapéutica más efectiva.
- En las mujeres con cualquier trastorno hipertensivo del embarazo, se debe considerar el parto vaginal a menos que exista una indicación obstétrica para realizar una cesárea.
- Si el parto vaginal está previsto y el cuello uterino es desfavorable, se recomienda realizar la maduración cervical para aumentar la probabilidad de un parto vaginal exitoso.
- Se debe realizar una determinación de cuenta plaquetaria en todas las mujeres con trastornos hipertensivos del embarazo que ingresan a sala de expulsión o quirófano.
- La analgesia regional y/o anestesia, son apropiados en las mujeres con un recuento de plaquetas > 75 x 10⁹/L, a menos que exista una coagulopatía, trombocitopenia y administración de un agente antiplaquetario o anticoagulante.
- En mujeres con preeclampsia, se debe limitar la administración de líquidos por vía intravenosa y oral, para evitar el riesgo de edema pulmonar.
- Entre las intervenciones de enfermería relacionadas con el diagnóstico exceso de volumen de líquidos, se recomienda: peso diario de la paciente, evaluar la localización y la extensión del edema, mantener vía periférica permeable, registrar el llenado capilar, monitorizar las condiciones de las mucosas y la turgencia de la piel, así como de la ingesta y la excreción.
- En las mujeres con preeclampsia grave, se deben limitar los líquidos de mantenimiento a 80 ml/hora a menos que existan otras pérdidas por ejemplo, hemorragia.
- La tromboprolifaxis puede ser considerada en mujeres con preeclampsia, especialmente tras el reposo en cama durante más de cuatro días o después de cesárea.
- En toda paciente con trastornos hipertensivos del embarazo cuya presión arterial se mantiene elevada posterior al alta hospitalaria se les debe dar un plan de seguimiento médico.

- Las mujeres deben ser informadas de que los intervalos entre embarazos de $< 2 \geq 10$ años, se asocian con preeclampsia recurrente.
- Nifedipina, alfa metildopa, captopril y enalapril, son antihipertensivos aceptables para su uso en la lactancia materna.
- A las mujeres que han presentado trastornos hipertensivos del embarazo, se les debe informar que pueden tener un mayor riesgo de desarrollar hipertensión o enfermedad cardiovascular en etapas posteriores de la vida.

CUADRO I. FACTORES DE RIESGO DE PREECLAMPSIA

- Factores obstétricos maternos: nuliparidad, antecedente de pre-eclampsia, embarazo múltiple, hipertensión gestacional, embarazo molar.
- Comórbidos materno: hipertensión crónica, enfermedad vascular/ endotelial / renal pregestacional, diabetes pregestacional
- Factores genéticos maternos: anticuerpos anti fosfolípidos, Factor V Leiden mutación (resistencia a la proteína C)
- Factores de estilo de vida maternos: obesidad, tabaquismo
- Otros factores maternos: raza África-Americana, edad >40 años

Fuente: Turner JA. Diagnosis and management of pre-eclampsia: an update. Int J Womens Health 2010;2:327-337

CUADRO II. FISIOPATOLOGÍA: POTENCIALES SIGNOS Y SÍNTOMAS DE PREECLAMPSIA

Sistema nervioso central: cefalea, alteración de la visión, hiperexcitabilidad, hiperreflexia y convulsiones (eclampsia).

Sistema cardiovascular: estado hiperdinámico temprano que puede cambiar a elevada resistencia vascular total, depleción del volumen intravascular.

Sistema respiratorio: edema faringo-laríngeo, aumento del riesgo de edema pulmonar debido a la disminución de la presión oncótica coloide y el aumento de permeabilidad vascular.

Sistema hematológico: hipercoagulabilidad, activación plaquetaria con consumo microvascular, activación del sistema fibrinolítico.

Sistema renal: disminución de la tasa de filtración glomerular, aumento de la proteinuria, aumento de ácido úrico, oliguria.

Hepático: aumento de transaminasas en suero, edema hepático / dolor en el cuadrante abdominal superior derecho, ruptura de la cápsula de Glisson con hemorragia hepática.

Sistema Endocrino: Desequilibrio de la prostaciclina con respecto al tromboxano; alteración del sistema renina-angiotensina-aldosterona.

Sistema uteroplacentario: persistencia de un circuito de alta resistencia con disminución del flujo sanguíneo, restricción del crecimiento intrauterino, oligohidroamnios.

Fuente: Turner JA. Diagnosis and management of pre-eclampsia: an update. Int J Womens Health 2010;2:327-337

CUADRO III. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE PRE-ECLAMPSIA

Presentación de los síntomas después de las 20 semanas de gestación con remisión 6-12 semanas después del parto

Preeclampsia leve:

- Hipertensión: (PAS $\geq$ 140 /mmHg o PAD $\geq$ 90 mmHg), puede ser superpuesta a hipertensión crónica.
- Proteinuria: ($\geq$ 300 mg/24 horas o aumento significativo desde el valor basal)

Preeclampsia grave si uno o más de los siguientes:

- PAS sostenida $\geq$ 160 mmHg o PAD $\geq$ 110 mmHg (medida al menos dos veces, con seis horas de diferencia)
- Evidencia de otro daño de órganos diana:
 - Deterioro de la función renal, incluyendo proteinuria en rango nefrótico, proteinuria $\geq$ 3 g/24 horas o 3+ en tira reactiva de orina u oliguria súbita, especialmente con elevación de creatinina $\uparrow$.
 - Alteración de sistema nervioso central (alteración de la visión, cefalea).
 - Edema pulmonar (3% de los pacientes).
 - Disfunción hepática.
 - Dolor epigástrico / dolor en el cuadrante superior derecho (estiramiento de la cápsula hepática).
 - Trombocitopenia (15% -30% de los pacientes).
 - HELLP (puede ocurrir sin proteinuria).
 - Evidencia de compromiso fetal (retardo en el crecimiento, oligohidroamnios)

Abreviaturas: HELLP (hemólisis, elevación de enzimas hepáticas, trombocitopenia, PAS: presión arterial sistólica, PAD: presión arterial diastólica.

Fuente: Turner JA. Diagnosis and management of pre-eclampsia: an update. Int J Womens Health 2010;2:327-337

CUADRO IV. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA PREECLAMPSIA GRAVE

● PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA ≥ 160 mmHg o DIASTÓLICA DE 110 mm Hg POR LO MENOS EN DOS OCASIONES, CON SEIS HORAS DE DIFERENCIA EN REPOSO.
● PROTEINURIA ≥ 5 g EN UNA MUESTRA DE ORINA DE 24 HORAS O 3 + O MÁS EN DOS MUESTRAS DE ORINA RECOGIDAS AL AZAR POR LO MENOS CON CUATRO HORAS DE DIFERENCIA.
● CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES SIGNOS Y SÍNTOMAS ASOCIADOS: ➤ TRASTORNOS CEREBRALES O VISUALES ➤ DOLOR EPIGÁSTRICO O EN EL CUADRANTE SUPERIOR DERECHO ➤ RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO FETAL ➤ INSUFICIENCIA HEPÁTICA ➤ OLIGURIA <500 ML EN 24 HORAS ➤ EDEMA PULMONAR ➤ TROMBOCITOPENIA

***UNO O MÁS DE LOS CRITERIOS DEBEN ESTAR PRESENTES.**

Fuente: Leeman L, Fontaine P. Hypertensive disorders of pregnancy. Am Fam Physician 2008;78:93-100.

CUADRO V. CRITERIOS DE LABORATORIO PARA EL DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE HELLP

Hemólisis	Frotis anormal de sangre periférica (esquistocitos y células espinosas)
Enzimas hepáticas elevadas	Bilirrubina sérica $\geq 1,2$ mg por dL (21 mmol por litro) LDH > 600 U por litro, AST (TGO) y ALT (TGP) elevadas
Conteo bajo de plaquetas	<100,000 por mm^3 ($100 \times 10^9/\text{L}$) o Clase 1: ≤ 50.000 por mm^3 ($50 \times 10^9/\text{L}$) Clase 2: > 50.000 pero ≤ 100.000 por mm^3 Clase 3: > 100.000 pero <150.000 por mm^3

ALT= alanina aminotransferasa, AST = aspartato transaminasa; HELLP = hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y bajo recuento de plaquetas;

Fuente: Leeman L, Fontaine P. Hypertensive disorders of pregnancy. Am Fam Physician 2008;78:93-100.

DIAGRAMA DE FLUJO

