

Pregunta 5. En gestantes con preeclampsia con criterios de severidad, ¿se debería brindar un manejo intervencionista o expectante en cuanto a la resolución del embarazo?

Introducción

A pesar que la preeclampsia ha sido reconocida como una enfermedad hace muchas décadas, la fisiopatología aún no ha sido entendida del todo, es una enfermedad progresiva y no hay tratamiento médico que pueda detener la progresión, por ende, la finalización del embarazo y la remoción de la placenta, son considerados el único método de tratamiento efectivo (68). Sin embargo, los beneficios de la finalización del embarazo deben ser evaluados en base a la edad gestacional.

Por ende, esta pregunta evalúa los beneficios y daños de un abordaje intervencionista, que se refiere a la finalización del embarazo dentro de las 24 a 48 horas, o un abordaje expectante que pretende demorar el parto hasta una edad gestacional más apropiada para el nacimiento del bebé o cuando ya no es posible mantener estable a la gestante (36).

Preguntas PICO abordadas en esta pregunta clínica:

La presente pregunta clínica abordó las siguientes preguntas PICO:

Pregunta PICO N°	Paciente / Problema	Intervención	Comparador	Desenlaces
5.1	Gestantes con preeclampsia con criterios de severidad y edad gestacional menor de 34 semanas	Manejo intervencionista	Manejo expectante	Críticos: <ul style="list-style-type: none"> • Mortalidad Materna • Mortalidad Perinatal • Eclampsia • Síndrome HELLP • Ingreso a UCI o ventilación mecánica (materna o neonatal) Importantes: <ul style="list-style-type: none"> • Preeclampsia Leve o Severa • Hipertensión leve o severa • Peso al nacer
5.2	Gestantes con preeclampsia con criterios de severidad y edad gestacional mayor o igual de 34 semanas	Manejo intervencionista	Manejo expectante	Críticos: <ul style="list-style-type: none"> • Mortalidad Materna • Mortalidad Perinatal • Eclampsia • Síndrome HELLP • Ingreso a UCI o ventilación mecánica (materna o neonatal) Importantes: <ul style="list-style-type: none"> • Preeclampsia Leve o Severa • Hipertensión leve o severa • Peso al nacer

Búsqueda de RS:

Para esta pregunta, se realizó una búsqueda de GPC que tengan RS (**Anexo N° 1**) y se halló que la GPC de la OMS 2018 (69), la GPC NICE 2019 (70) y la GPC del INMP del 2017 (41) realizaron búsquedas sistemáticas para responder a esta pregunta.

La GPC de la OMS 2018 actualizó una RS previamente realizada por el grupo de trabajo de Embarazo y Parto de Cochrane. Dicha RS, Churchill 2018 (37), solo contenía una RS para la población de mujeres de 24 a 34 semanas de gestación.

La GPC de NICE 2019 (70) realizó una revisión sistemática que incluía a todas las mujeres con preeclampsia leve o severa sin excluir por edad gestacional.

Así mismo, la GPC del INMP (41) también usó la RS realizada por el grupo Cochrane, pero una versión previa del 2013.

RS	Puntaje en AMSTAR-2	Fecha de la búsqueda (mes y año)	Número de estudios que responden la pregunta de interés	Desenlaces críticos o importantes que son evaluados por los estudios
Churchill 2018	13/16	Noviembre de 2017	6	<ul style="list-style-type: none"> • Muerte materna • Eclampsia • Síndrome HELLP • Desprendimiento de Placenta • Muerte perinatal • Admisión UCI neonatal • Hemorragia intraventricular o encefalopatía hipóxica isquémica • Falla Renal • Edema Pulmonar
RS GPC NICE 2019	10/16	7 de febrero de 2018	5	<ul style="list-style-type: none"> • Muerte Neonatal • Eclampsia • Síndrome HELLP • Desprendimiento de Placenta • Óbito Fetal • Peso al nacer • Admisión a UCI de neonato

El GEG consideró realizar una búsqueda actualizada de RS, pero no halló ninguna RS actual que respondiera a las preguntas. Se decidió realizar una búsqueda de actualización de ECA. En dicha búsqueda se halló el ECA de Duvekot 2021 (71), el cual ya había sido incluido en la RS de Churchill 2018 (37) en su versión resumen.

Evidencia por cada desenlace:

PICO 5.1: Manejo intervencionista vs manejo expectante en gestaciones de menos de 34 semanas:

Se evaluaron los siguientes desenlaces:

- Mortalidad materna:
 - Para este desenlace se contó con dos RS: la de Churchill 2018 (37) y de la GPC de NICE 2019 (70).
 - Se decidió tomar como referencia la RS de Churchill 2018 (37), debido a que incluyó más estudios y obtuvo un mayor puntaje en la evaluación de la calidad metodológica.
 - Para este desenlace, la RS de Churchill 2018 (37) incluyó 2 ECAS (n=320). La población fueron gestantes con 28 a 34 semanas de gestación con preeclampsia con criterios de severidad, o

- hipertensión gestacional severa o preeclampsia superimpuesta. En ellas, se comparó el manejo intervencionista (parto entre las siguientes 24 a 72 horas y maduración fetal) contra el manejo expectante (parto solo por indicación materna o fetal o al alcanzar las 34 semanas)
- El GEG actualizó la búsqueda de ECA y no halló nuevos estudios para este desenlace.
- **Eclampsia:**
 - Para este desenlace se contó con dos RS: la de Churchill 2018 (37) y de la GPC de NICE 2019 (70).
 - Se decidió tomar como referencia la RS de Churchill 2018 (37), debido a que incluyó más estudios y obtuvo un mayor puntaje en la evaluación de la calidad metodológica.
 - Para este desenlace, la RS de Churchill 2018 (37) incluyó 2 ECAS (n=359).
 - La población, intervención y comparador fueron previamente descritos.
 - El desenlace de eclampsia fue definido como la presencia de estados convulsivos.
 - El GEG actualizó la búsqueda de ECA y no halló nuevos estudios para este desenlace.
 - **Síndrome HELLP:**
 - Para este desenlace se contó con dos RS: la de Churchill 2018 (37) y de la GPC de NICE 2019 (70).
 - Se decidió tomar como referencia la RS de Churchill 2018 (37), debido a que incluyó más estudios y obtuvo un mayor puntaje en la evaluación de la calidad metodológica.
 - Para este desenlace, la RS de Churchill 2018 (37) incluyó 2 ECAS (n=359).
 - La población, intervención y comparador fueron previamente descritos.
 - Síndrome HELLP fue definido como la presencia de hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y plaquetas bajas.
 - El GEG actualizó la búsqueda de ECA y no halló nuevos estudios para este desenlace.
 - **Edema Pulmonar:**
 - Para este desenlace se contó la RS: la de Churchill 2018 (37).
 - Para este desenlace, la RS de Churchill 2018 (37) incluyó 3 ECAS (n=415).
 - La población, intervención y comparador fueron previamente descritos.
 - Edema pulmonar fue definido como el diagnóstico clínico de líquido en los pulmones.
 - El GEG actualizó la búsqueda de ECA y no halló nuevos estudios para este desenlace.
 - **Falla renal:**
 - Para este desenlace se contó la RS: la de Churchill 2018 (37).
 - Para este desenlace, la RS de Churchill 2018 (37) incluyó 3 ECAS (n=397).
 - La población, intervención y comparador fueron previamente descritos.
 - Falla renal fue definido como el diagnóstico de falla renal.
 - El GEG actualizó la búsqueda de ECA y no halló nuevos estudios para este desenlace.
 - **Desprendimiento de Placenta:**
 - Para este desenlace se contó la RS: la de Churchill 2018 (37).
 - Para este desenlace, la RS de Churchill 2018 (37) incluyó 4 ECAS (n=453).
 - La población, intervención y comparador fueron previamente descritos.
 - Desprendimiento de placenta fue definido como el diagnóstico de separación de placenta de las paredes uterinas.
 - El GEG actualizó la búsqueda de ECA y no halló nuevos estudios para este desenlace.

- Muerte perinatal:
 - Para este desenlace se contó con la RS de Churchill 2018 (37).
 - Para este desenlace, la RS de Churchill 2018 (37) incluyó 2 ECAS (n=343).
 - La población, intervención y comparador fueron previamente descritos.
 - El GEG actualizó la búsqueda de ECA y no halló nuevos estudios para este desenlace.
- Admisión a UCI neonatal:
 - Para este desenlace se contó con dos RS: la de Churchill 2018 (37) y de la GPC de NICE 2019 (70).
 - Se decidió tomar como referencia la RS de Churchill 2018 (37), debido a que incluyó más estudios y obtuvo un mayor puntaje en la evaluación de la calidad metodológica.
 - Para este desenlace, la RS de Churchill 2018 (37) incluyó 3 ECAS (n=400).
 - La población, intervención y comparador fueron previamente descritos.
 - Admisión a UCI fue definido como el requerimiento del neonato de ingresar a UCI.
 - El GEG actualizó la búsqueda de ECA y no halló nuevos estudios para este desenlace.
- Peso al nacer:
 - Para este desenlace se contó con la RS de la GPC de NICE 2019 (70).
 - Para este desenlace, la RS de la GPC de NICE 2019 (70) incluyó 3 ECAS (n=338).
 - La población fueron gestantes con menos de 34 semanas de gestación.
 - La intervención fue la inducción del parto
 - El comparador fue el manejo expectante.
 - Peso al nacer fue definido como el resultado que arroja la balanza al pesar al RN.
 - El GEG actualizó la búsqueda de ECA y no halló nuevos estudios para este desenlace.
- Hemorragia intraventricular o encefalopatía hipóxica isquémica:
 - Para este desenlace se contó con la RS de Churchill 2018 (37).
 - Para este desenlace, la RS de Churchill 2018 (37) incluyó 2 ECAS (n=537).
 - La población, intervención y comparador fueron previamente descritos.
 - El desenlace fue definido como el diagnóstico de Hemorragia intraventricular y/o encefalopatía hipóxica isquémica.
 - El GEG actualizó la búsqueda de ECA y no halló nuevos estudios para este desenlace.

PICO 5.2: Manejo intervencionista vs manejo expectante en gestaciones de mayor o igual de 34 semanas

- No se halló evidencia directa para este subgrupo. El GEG tomó como referencia indirecta la evidencia de la subpoblación de menores de 34 semanas.

Tabla de Resumen de Evidencia (*Summary of Findings, SoF*):

Manejo intervencionista vs manejo expectante en gestaciones de menos de 34 semanas							
<p>Autores: GPC OMS 2020 – GPC NICE 2019– Naysha Becerra-Chauca</p> <p>Bibliografía por desenlace:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Mortalidad materna: RS Churchill 2018 ● Eclampsia: RS Churchill 2018 ● Síndrome HELLP: RS Churchill 2018 ● Edema Pulmonar: RS Churchill 2018 ● Falla Renal: RS Churchill 2018 ● Desprendimiento de Placenta: RS Churchill 2018 ● Mortalidad Perinatal: RS Churchill 2018 ● Admisión a UCI neonatal: RS Churchill 2018 ● Hemorragia intraventricular o encefalopatía hipóxica isquémica: RS Churchill 2018 ● Peso al nacer: GPC NICE 2019 							
Beneficios:							
Desenlaces (outcomes)	Número y Tipo de estudios	Manejo expectante	Manejo Intervencionista	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Importancia
Mortalidad materna	2 ECA	0/161 (0%)	0/159 (0%)	No estimable	No estimable	⊕⊕○○ BAJA ^{a,b}	CRÍTICO
Eclampsia	2 ECA	1/180 (0,6%)	1/179 (0,6%)	RR 0,098 (0,06 a 15,58)	0 menos por 1,000 (5 menos a 81 más)	⊕○○○ MUY BAJA ^{c,d}	CRÍTICO
Síndrome HELLP	2 ECA	20/180 (11,1%)	22/179 (12,3%)	RR 1,09 (0,62 a 1,91)	10 más por 1,000 (2 menos a 101 más)	⊕⊕○○ BAJA ^{c,e}	CRÍTICO
Edema Pulmonar	3 ECA	3/210 (1,4%)	1/205 (0,4%)	RR 0,45 (0,07 a 3,00)	8 menos por 1,000 (13 menos a 29 más)	⊕○○○ MUY BAJA ^{c,f}	CRÍTICO
Falla Renal	3 ECA	4/198 (2%)	1/199 (0,5%)	RR 0,32 (0,05 a 1,99)	14 menos por 1,000 (19 menos a 20 más)	⊕○○○ MUY BAJA ^{c,f}	CRÍTICO
Desprendimiento de placenta	4 ECA	17/228 (7,5%)	7/225 (3,1%)	RR 0,42 (0,18 a 0,96)	43 menos 1,000 (61 menos a 3 menos)	⊕⊕○○ BAJA ^{g,h}	CRÍTICO
Daños:							
Desenlaces (outcomes)	Número y Tipo de estudios	Manejo expectante	Manejo intervencionista	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Importancia
Muerte perinatal	2ECA	18/171 (10,5%)	20/172 (11,6%)	RR 1,11 (0,62 a 1,99)	12 más por 1,000 (40 menos a 104 más)	⊕⊕○○ BAJA ^{e,i}	CRÍTICO
Admisión a UCI neonatal	3 ECAS	149/202 (73,8%)	156/198 (78,8%)	RR 1,19 (0,89 a 1,60)	140 más 1,000 (81 menos a 443 más)	⊕⊕○○ BAJA ^{f,d}	CRÍTICO
Hemorragia intraventricular o encefalopatía hipóxica isquémica	2 ECAS	17/259 (6,6%)	38/278 (13,7%)	RR 1,94 (1,15 a 3,29)	62 más por 1,000 (10 más a 150 más)	⊕⊕⊕○ MODERADA ^c	CRÍTICO

Peso al nacer	3 ECAS	170	168	-	DM 182.08 g menos (441.7 menos a 77.54 más)	⊕○○○ MUY BAJA j,k,l,m	IMPORTANTE
<p>IC: Intervalo de confianza; RR: Razón de riesgo, DM: Diferencia de medias</p> <p>Explicaciones de riesgo de sesgo:</p> <p>a. Limitaciones en el diseño del estudio (no cegamiento), se disminuyó un nivel.</p> <p>b. No se reportaron eventos, se disminuyó un nivel</p> <p>c. Limitaciones en el diseño del estudio (no cegamiento) por uno de los estudios. Se disminuyó un nivel.</p> <p>d. Baja tasa de evento, pequeño tamaño de muestra y amplio intervalo de confianza que cruza la línea de no evento. Se disminuyó dos niveles.</p> <p>e. Amplio intervalo de confianza. Se disminuyó un nivel</p> <p>f. Pequeño número de eventos con amplio intervalo de confianza que cruza la línea de no efecto. Se disminuyó dos niveles.</p> <p>g. Se decide disminuir un nivel por riesgo de sesgo debido a que los dos estudios que aportan más al metaanálisis presentan riesgo incierto de sesgo por sesgo de selección.</p> <p>h. Se decide disminuir un nivel por imprecisión debido a que el intervalo de confianza es amplio y atraviesa el punto de corte de 0.75.</p> <p>i. Limitaciones en el diseño del estudio. Se disminuyó un nivel de evidencia.</p> <p>j. La calidad de la evidencia fue disminuida por riesgo de sesgo incierto en generación aleatoria de la secuencia, ocultamiento de la secuencia, cegamiento, datos incompletos y sesgo de reporte.</p> <p>k. La calidad de la evidencia fue disminuida porque el I2 era mayor a 75%.</p> <p>l. La calidad fue disminuida por imprecisión debido a que el IC cruzó el límite de diferencia mínimamente importante ($350 \times \pm 0.5 = \pm 175$)</p> <p>m. La calidad fue disminuida porque del 5% al 7% de las mujeres incluidas no presentaba preeclampsia.</p>							

Tabla de la Evidencia a la Decisión (Evidence to Decision, EtD):

Presentación:

Pregunta 5: En gestantes con preeclampsia con criterios de severidad, ¿Se debería brindar un manejo intervencionista o un manejo expectante en cuanto a la resolución del embarazo?	
Población:	Gestantes con preeclampsia con criterios de severidad y gestación de menos de 34 semanas
Intervención y comparador:	Manejo intervencionista vs manejo expectante
Desenlaces principales:	<ul style="list-style-type: none"> • Críticos: <ul style="list-style-type: none"> • Mortalidad Materna • Eclampsia • Síndrome HELLP • Edema Pulmonar • Falla Renal • Desprendimiento de Placenta • Mortalidad Perinatal • Admisión a UCI neonatal • Hemorragia intraventricular o encefalopatía hipóxica isquémica • Importantes: <ul style="list-style-type: none"> • Peso al nacer
Escenario:	EsSalud
Perspectiva:	Recomendación clínica – poblacional
Conflictos de intereses:	Los miembros del GEG manifestaron no tener conflictos de interés con esta pregunta

Evaluación:

Beneficios:					
¿Cuán sustanciales son los beneficios ocasionados al brindar la intervención frente a brindar el comparador?					
Juicio	Evidencia				Consideraciones adicionales
<input type="radio"/> Trivial <input type="radio"/> Pequeño <input checked="" type="radio"/> Moderado <input type="radio"/> Grande <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce	Desenlaces (outcomes)	Número y Tipo de estudios	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	La evidencia señala que el manejo intervencionista para gestantes de 24 a 34 semanas tendría beneficio al disminuir el riesgo de desprendimiento prematuro de placenta; sin embargo, no tendría beneficio en otros desenlaces como desarrollo de eclampsia, HELLP o morbilidad severa como edema pulmonar y falla renal. El GEG considera que la disminución de riesgo de desprendimiento de placenta representa un beneficio importante tanto para la madre como para el feto, por ende, decide que los
	Mortalidad materna	2 ECA	No estimable	No estimable	
	Eclampsia	2 ECA	RR 0,098 (0,06 a 15,58)	0 menos por 1,000 (5 menos a 81 más)	
	Síndrome HELLP	2 ECA	RR 1,09 (0,62 a 1,91)	10 más por 1,000 (2 menos a 101 más)	

	Edema Pulmonar	3 ECA	RR 0,45 (0,07 a 3,00)	8 menos por 1,000 (13 menos a 29 más)	beneficios del manejo intervencionista sobre el expectante son moderados.
	Falla Renal	3 ECA	RR 0,32 (0,05 a 1,99)	14 menos por 1,000 (19 menos a 20 más)	
	Desprendimiento de Placenta	4 ECA	RR 0,42 (0,18 a 0,96)	43 menos por 1,000 (61 menos a 3 menos)	

Daños:

¿Cuán sustanciales son los daños ocasionados al brindar la intervención frente a brindar el comparador?

Juicio	Evidencia				Consideraciones adicionales
	Desenlaces (outcomes)	Número y Tipo de estudios	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	
<input type="radio"/> Grande <input checked="" type="radio"/> Moderado <input type="radio"/> Pequeño <input type="radio"/> Trivial <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce	Muerte perinatal	2ECA	RR 1,11 (0,62 a 1,99)	12 más por 1,000 (40 menos a 104 más)	En base a la evidencia, el manejo intervencionista no tendría impacto en muerte perinatal, o admisión a UCI neonatal, o en el peso al nacer. Sin embargo, tendría mayor riesgo de hemorragia intraventricular o encefalopatía hipóxica isquémica. Por ende, el GEG considera que los daños del manejo intervencionista en comparación con el manejo expectante serían moderados.
	Admisión a UCI neonatal	3 ECAS	RR 1,19 (0,89 a 1,60)	140 más por 1,000 (81 menos a 443 más)	
	Hemorragia intraventricular o encefalopatía hipóxica isquémica	2 ECAS	RR 1,94 (1,15 a 3,29)	62 más por 1,000 (10 más a 150 más)	
	Peso al nacer	3 ECAS	-	DM 182.08 g menos (441.7 menos a 77.54 más)	

Certeza de la evidencia:

¿Cuál es la certeza general de la evidencia?

Juicio	Evidencia			Consideraciones adicionales
	Desenlaces (outcomes)	Certeza	Importancia	
<input checked="" type="radio"/> Muy baja <input type="radio"/> Baja <input type="radio"/> Moderada <input type="radio"/> Alta <input type="radio"/> No se evaluaron estudios	Mortalidad materna	⊕⊕○○ BAJA ^{a,b}	CRÍTICO	Entre los desenlaces críticos, se consideró el que tuvo menor certeza de evidencia (muy baja).
	Eclampsia	⊕○○○ MUY BAJA ^{c,d}	CRÍTICO	
	Síndrome HELLP	⊕⊕○○ BAJA ^{c,e}	CRÍTICO	
	Edema Pulmonar	⊕○○○ MUY BAJA ^{c,f}	CRÍTICO	
	Falla Renal	⊕○○○ MUY BAJA ^{c,f}	CRÍTICO	
	Desprendimiento de Placenta	⊕⊕○○ BAJA ^{g,h}	CRÍTICO	
	Muerte perinatal	⊕⊕○○ BAJA ^{e,i}	CRÍTICO	

	Admisión a UCI neonatal	⊕⊕○○ BAJA ^{t,d}	CRÍTICO	
	Hemorragia intraventricular o encefalopatía hipóxica isquémica	⊕⊕⊕○ MODERADA ^c	CRÍTICO	
	Peso al nacer	⊕○○○ MUY BAJA ^{i,k,l,m}	IMPORTANTE	
Desenlaces importantes para los pacientes:				
¿La tabla SoF considera todos los desenlaces importantes para los pacientes?				
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales		
<ul style="list-style-type: none"> ○ No ○ Probablemente no ● Probablemente sí ○ Sí 		<p>Los desenlaces evaluados son muy importantes para los pacientes; sin embargo, tomando en cuenta que el manejo intervencionista obliga a que el parto sea de manera prematura, no se han evaluado todos los desenlaces a largo plazo en el bebé como ceguera, función cerebral u otros.</p> <p>Por ende, el GEG considera que probablemente sí se han evaluado todos los desenlaces importantes para los pacientes.</p>		
Balance de los efectos:				
¿El balance entre beneficios y daños favorece a la intervención o al comparador? (tomar en cuenta los beneficios, daños, certeza de la evidencia y la presencia de desenlaces importantes)				
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales		
<ul style="list-style-type: none"> ○ Favorece al comparador ○ Probablemente favorece al comparador ○ No favorece a la intervención ni al comparador ○ Probablemente favorece a la intervención ● Favorece a la intervención ○ Varía ○ Se desconoce 	<p>La evidencia señala que el manejo intervencionista y el manejo expectante tendría similares efectos maternos, a excepción del menor riesgo de desprendimiento de placenta, mientras que el manejo intervencionista tiene mayor riesgo de Hemorragia intraventricular o encefalopatía hipóxica isquémica.</p>	<p>El GEG considera que, en pacientes con preeclampsia con criterios de severidad, el balance de los beneficios sobre los daños sería a favor del manejo intervencionista debido a que un manejo expectante podría aumentar el riesgo de progresión de enfermedad y complicaciones no solo en la madre, sino también en el bebé.</p>		
Uso de recursos:				
¿Qué tan grandes son los requerimientos de recursos (costos) de la intervención frente al comparador?				
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales		
<ul style="list-style-type: none"> ○ Costos extensos ○ Costos moderados ○ Costos y ahorros insignificantes ○ Ahorros moderados ○ Ahorros extensos ● Varía ○ Se desconoce 	<p>- El manejo intervencionista puede finalizar en parto vaginal o cesárea, tiene como resultado un RN prematuro que necesita de diferentes recursos materiales y humanos, y que tendría mayor riesgo de Hemorragia intraventricular o encefalopatía hipóxica isquémica, lo que generaría mayor costo.</p> <p>- Sin embargo, el manejo expectante puede también finalizar en parto vaginal o cesárea y la evidencia no es lo suficientemente certera para conocer el resultado materno y neonatal de ello, podría requerir mayor costo debido a la atención de complicaciones maternas y neonatales.</p>	<p>El GEG considera que, debido a la incertidumbre de los resultados, el costo del manejo intervencionista en comparación el manejo expectante variaría de mujer a mujer.</p>		
Equidad:				
¿Cuál sería el impacto en la equidad en salud de preferir la intervención en lugar del comparador? (Equidad: favorecer a poblaciones vulnerables como mayores de edad, personas de escasos recursos económicos, personas que viven en contextos rurales, personas que tienen escaso acceso a los servicios de salud, etc.)				
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales		
<ul style="list-style-type: none"> ○ Reducido ○ Probablemente reducido ○ Probablemente no tenga impacto ○ Probablemente incrementa la equidad 	<p>El manejo intervencionista conllevaría a que todas las gestantes sean atendidas en establecimientos de 3º nivel.</p> <p>El manejo expectante conlleva a que las mujeres, probablemente, no sean trasladadas a establecimientos de 3º nivel hasta que el parto sea inminente, o que el manejo de la gestante sea diferente de acuerdo a el contexto geográfico donde vive.</p>	<p>El GEG considera que la necesidad de traslado a establecimiento de 3º nivel de atención para manejo intervencionista haría que la equidad incrementa debido a que se procuraría que todas reciban un mismo nivel de atención.</p>		

<ul style="list-style-type: none"> ● Incrementa la equidad ○ Varía ○ Se desconoce 		
Aceptabilidad: ¿La intervención es aceptable para el personal de salud y los pacientes?		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> ○ No ○ Probablemente no ○ Probablemente sí ● Sí ○ Varía ○ Se desconoce 	<p>La finalización del embarazo es el tratamiento definitivo de la preeclampsia (72), el tiempo de la finalización del embarazo depende de varios factores entre ellos la condición materna y la edad gestacional.</p> <p>La preocupación a este nivel es que la preeclampsia severa puede convertirse en eclampsia o síndrome HELLP, y por otro lado las consecuencias de un RN prematuro.</p>	<p>Personal de salud: El GEG considera que el equipo de atención aceptaría un manejo intervencionista para salvaguardar la vida de la madre y del neonato.</p> <p>Pacientes: Debido a que el manejo intervencionista pondría fin a la preeclampsia y sus posibles consecuencias en la madre y sus bebés, el GEG considera que las pacientes aceptarían el manejo intervencionista.</p> <p>Por ende, el GEG considera que sí sería aceptada.</p>
Factibilidad: ¿La intervención es factible de implementar?		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> ○ No ○ Probablemente no ○ Probablemente sí ● Sí ○ Varía ○ Se desconoce 		<p>El GEG considera que ambas intervenciones son factibles; sin embargo, señala que el manejo expectante requeriría que la gestante se mantenga en un ambiente especial, idealmente en área de cuidados intensivos obstétricos, y con recurso humano que se mantenga monitorizándola de cerca, situación que dificulta la factibilidad de dicha estrategia en ciertos contextos geográficos.</p>

Resumen de los juicios:

	JUICIOS						
BENEFICIOS	Trivial	Pequeño		Moderado	Grande	Varía	Se desconoce
DAÑOS	Grande	Moderada		Pequeño	Trivial	Varía	Se desconoce
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	Muy baja	Baja		Moderada	Alta	Ningún estudio incluido	
CONSIDERA TODOS LOS DESENLACES IMPORTANTES	No	Posiblemente no		Posiblemente sí	Sí		
BALANCE DE BENEFICIOS / DAÑOS	Favorece al comparador	Probablemente favorece al comparador	No favorece a la intervención ni al comparador	Probablemente favorece a la intervención	Favorece a la intervención	Varía	Se desconoce
USO DE RECURSOS	Costos extensos	Costos moderados	Costos y ahorros despreciables	Ahorros moderados	Ahorros extensos	Varía	Se desconoce
EQUIDAD	Reducido	Probablemente reducido	Probablemente ningún impacto	Probablemente aumentado	Aumentado	Varía	Se desconoce
ACEPTABILIDAD	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí	Varía	Se desconoce

FACTIBILIDAD	JUICIOS						
	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí	Varía	Se desconoce
RECOMENDACIÓN FINAL: SI LA PREGUNTA ES SOBRE USAR O NO UNA INTERVENCIÓN	Recomendación fuerte en contra de la intervención	Recomendación condicional en contra de la intervención		Recomendación condicional a favor de la intervención	Recomendación fuerte a favor de la intervención	No emitir recomendación	

Recomendaciones y justificación:

Justificación de la dirección y fuerza de la recomendación	Recomendación
<p>Dirección: En gestante con preeclampsia y criterios de severidad con menos de 34 semanas de gestación, el GEG considera que los potenciales beneficios del abordaje intervencionista probablemente superan los posibles daños, y que la factibilidad del manejo intervencionista es mayor que el abordaje expectante debido a que éste último requiere de recursos humanos y materiales para la monitorización materno-fetal estricta que probablemente no están disponibles en todas las regiones. No se halló evidencia para gestantes con preeclampsia y criterios de severidad con 34 a más semanas de gestación, pero el GEG consideró que debido a que la edad gestacional es mayor, los daños sobre el bebé serían menores y el balance de efectos seguiría favoreciendo el abordaje intervencionista. Por ende, se decide emitir una recomendación a favor del manejo intervencionista.</p> <p>Se decide además incluir una “observación” en la que se aclara que, por ser una recomendación condicional, el manejo expectante puede darse en casos muy seleccionados.</p> <p>Fuerza: Debido a que la certeza de la evidencia es muy baja, se emite una recomendación condicional.</p>	<p>En gestantes con preeclampsia con criterios de severidad, sugerimos brindar un manejo intervencionista y finalizar el embarazo dentro de las 24 a 48 horas siguientes al diagnóstico.</p> <p><i>Observación:</i> Un grupo estrictamente seleccionado de mujeres con preeclampsia con criterios de severidad puede tener un manejo expectante si, a criterio médico, el estado materno-fetal lo permite y se cuenta con los recursos humanos y materiales necesarios para el monitoreo estricto de la condición materno-fetal. El manejo intervencionista incluye la maduración fetal.</p> <p>Recomendación condicional Certeza de la evidencia: Muy baja (⊕⊖⊖⊖)</p>

Puntos de BPC:

El GEG consideró relevante emitir los siguientes puntos de BPC al respecto de la pregunta clínica desarrollada:

Justificación	Punto de BPC
<p>El GEG decidió incluir las recomendaciones de la GPC para la prevención y manejo del Parto Pretérmino de EsSalud del 2018 (73) sobre maduración fetal y neuroprotección en partos prematuros como puntos de BPC para la presente GPC.</p>	<p>En mujeres que tienen una edad gestacional confiable de 24⁺⁰ a 33⁺⁶ semanas, en quienes el parto pretérmino es considerado inminente (como en mujeres con preeclampsia con criterios de severidad) y no haya evidencia clínica de infección, brindar corticoides prenatales.</p> <p>Cuando se decida administrar corticoides prenatales, brindar un ciclo de dexametasona IM (6mg cada 12 horas hasta completar 4 dosis) o de betametasona IM (12mg cada 24 horas hasta completar 2 dosis).</p> <p>No se administrará una segunda dosis de sulfato de magnesio para neuroprotección fetal a las mujeres que ya hayan recibido dosis de sulfato de magnesio para prevención y/o recurrencia de eclampsia.</p>
<p>El GEG consideró importante emitir un BPC para las gestantes con menos de 37 semanas de gestación y preeclampsia sin criterios de severidad, o hipertensión gestacional, o hipertensión crónica. En base a los consensos del Colegio Americano de Ginecólogos y Obstetras (ACOG 2019) (6) y los ensayos clínicos de HYPITAT (74, 75), el GEG considera que esta población puede beneficiarse de manejo expectante.</p>	<p>En gestantes con menos de 37 semanas y preeclampsia sin criterios de severidad, o hipertensión gestacional, o hipertensión crónica, la finalización del embarazo se manejará de manera expectante hasta cumplir las 37 semanas, o hasta que la gestante desarrolle preeclampsia con criterios de severidad, o hasta que exista alguna indicación adicional para la finalización del embarazo (cualquiera que ocurra primero).</p>
<p>El GEG consideró importante emitir un BPC para las gestantes con 37 semanas o más de gestación y preeclampsia sin criterios de severidad, o hipertensión gestacional, o hipertensión crónica. En base a los consensos del Colegio Americano de Ginecólogos y Obstetras (ACOG 2020) (6) y los ensayos clínicos de HYPITAT (74, 75), el GEG considera que esta población puede beneficiarse de manejo intervencionista.</p>	<p>En gestantes con 37 semanas de gestación a más, y preeclampsia sin criterios de severidad, hipertensión gestacional o hipertensión crónica, se finalizará el embarazo dentro de las 24 a 48 horas.</p>

<p>El GEG consideró importante emitir un BPC para la población con eclampsia y síndrome de HELLP, que, debido a lo crítico de su estado, y en concordancia con el consenso de ACOG (6), la guía de la Sociedad Polaca de Cardiología y de Ginecología y Obstetricia (76), y la guía de Nueva Zelanda (36), debe finalizarse la gestación de inmediato, independientemente de la edad gestacional.</p>	<p>En gestantes con eclampsia o síndrome HELLP, se finalizará la gestación independientemente de la edad gestacional.</p>
<p>El GEG considera importante señalar la vía de parto priorizada debe ser la vía vaginal a menos que exista alguna contraindicación para ella. No se deberá considerar a la preeclampsia, por sí sola, como justificación para una cesárea, no existe evidencia aún de que la vía de parto en gestantes con preeclampsia impacte en la madre o el bebé, la RS de Amorin 2017 (77) no encontró estudios que compararan el parto vaginal contra parto por cesárea.</p>	<p>La vía de parto priorizada deberá ser la vía vaginal. La preeclampsia por sí sola no es una indicación de parto por cesárea a menos que exista alguna contraindicación que comprometa a la madre y/o al feto.</p>