

# GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

SERIE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA N° 03-2025

ABRIL 2025

## GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA PREVENCIÓN Y MANEJO DEL TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Guía en Versión Extensa



# PCRIS

PROGRAMA CREACIÓN DE REDES  
INTEGRADAS DE SALUD



## **INSTITUTO NACIONAL DE SALUD**

Diego Rolando Venegas Ojeda  
Presidente Ejecutivo  
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Raúl Alonso Timaná Ruiz  
Director  
CENTRO DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD

David Victorino Jumpa Armas  
Subdirector II  
SUBDIRECCIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

### **PROGRAMA DE INVERSIÓN CREACIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD (PCRIS)**

Raúl Manuel Ugarte González  
Coordinador General  
PROGRAMA DE INVERSIÓN “CREACIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD”  
(PCRIS)

Carlos Hernando Rodríguez Cervantes  
Coordinador  
COMPONENTE 1: DISEÑO DEL MODELO DE ORGANIZACIÓN DE IPRESS EN  
REDES INTEGRADAS DE SALUD

Subdirección de Guías de Práctica Clínica  
Centro de Evaluación de Tecnologías en Salud  
Instituto Nacional de Salud  
Av. Defensores del Morro 2268 (Ex Huaylas) – Chorrillos  
Lima 11, Perú  
Telf. (511) 7481111 Anexo 1909

Esta Guía de Práctica Clínica se desarrolló en respuesta a un requerimiento de la Dirección General de Intervenciones en Salud Pública (DGIESP) del Ministerio de Salud, como parte de la priorización de condiciones de salud para la elaboración de guías de práctica clínica de alcance nacional (Resolución Ministerial N° 362-2024-MINSA).

*El Instituto Nacional de Salud es un Organismo Técnico Especializado del Ministerio de Salud del Perú dedicado a la investigación de los problemas prioritarios de salud y de desarrollo tecnológico. El Instituto Nacional de Salud tiene como mandato el proponer políticas y normas, promover, desarrollar y difundir la investigación científica- tecnológica y brindar servicios de salud en los campos de salud pública, control de enfermedades transmisibles y no transmisibles, alimentación y nutrición, producción de biológicos, control de calidad de alimentos, productos farmacéuticos y afines, salud ocupacional, protección del medio ambiente y salud intercultural, para contribuir a mejorar la calidad de vida de la población. A través de Centro de Evaluación de Tecnología en Salud (CETS), participa en el proceso de elaboración de documentos técnicos, basados en la mejor evidencia disponible, que sirvan como sustento para la aplicación de intervenciones en Salud Pública, la determinación de Políticas Públicas Sanitarias y la Evaluación de Tecnologías Sanitarias.*

*El Programa de Inversión Creación de Redes Integradas de Salud (PCRIS) tiene como objetivo general contribuir al adecuado acceso de la población a servicios de salud oportunos, eficientes y de calidad en el primer nivel de atención. Está conformado por cinco componentes, entre ellos, el Componente 1: Mejoramiento y adecuado diseño del modelo de organización de IPRESS en Redes Integradas de Salud en Lima Metropolitana y regiones priorizadas, cuyo objetivo es contribuir con la modernización del Sistema de Salud, a través de un adecuado modelo organizacional de las IPRESS del primer nivel de atención en términos de gestión, capacidad resolutoria, oportunidad en la intervención, calidad, asignación de recursos; y, mediante la aplicación de un enfoque de Red.*

## **GRUPO ELABORADOR DE LA GUÍA**

### **Expertos temáticos**

#### **Líder del grupo elaborador de la GPC**

- Enrique Guevara Ríos. Médico especialista en ginecología y obstetricia. Instituto Nacional Materno Perinatal.

#### **Expertos clínicos participantes en todas las etapas del desarrollo de la GPC**

- Carlos Francisco Pérez Aliaga. Médico especialista en Ginecología y Obstetricia. Instituto Nacional Materno Perinatal.
- Henry Cayturo Soto. Médico especialista en Ginecología y Obstetricia. Hospital Nacional Hipólito Unanue.
- José Manuel Vílchez Requejo. Médico especialista en Ginecología y Obstetricia. Hospital Nacional Sergio Bernales.
- Pedro Enrique Guevara Gonzalez. Médico especialista en Ginecología y Obstetricia. Hospital Especialidades Básicas La Noria -Trujillo.
- Gloria Soledad Riesco de la Vega. Médico especialista en Ginecología y Obstetricia. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.
- Rosa Mercedes Asmat Aquije. Médico especialista en Ginecología y Obstetricia. Hospital Regional de Ica.

#### **Experto clínico invitado para el ajuste técnico de la GPC**

- Jorge Ivar Bruno Ramos. Médico especialista en Ginecología y Obstetricia. Instituto Nacional Materno Perinatal.
- Adolfo Orlando Herencia Barrios. Médico especialista en Ginecología y Obstetricia. Hospital René Toche Groppo. Seguro Social de Salud - Chincha.

#### **Gestores invitados para el ajuste técnico de la GPC**

- Juan Daniel Aspilcueta Gho. Médico cirujano. Dirección de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud – Ministerio de Salud.
- Nemesio Alfonso Villacorta Bazán. Médico especialista en Ginecología y Obstetricia. Dirección de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud – Ministerio de Salud.
- Paul Muñoz Aguirre. Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Seguro Social de Salud.
- Miguel Armando Zuñiga Olivares. Médico especialista en Ginecología y Obstetricia. Fondo de Aseguramiento en Salud de Policía Nacional del Perú.
- Wilder Vidauro Carpio Montenegro. Médico cirujano. Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones – Seguro Integral de Salud.

### **Equipo metodológico**

- Nicole Ingrid Villagaray Pacheco. Médico cirujano. Centro de Evaluación de Tecnologías en Salud, Instituto Nacional de Salud.
- Julio Cesar Charri Victorio. Médico cirujano. Centro de Evaluación de Tecnologías en Salud, Instituto Nacional de Salud.
- Stefany Salvador Salvador. Obstetra. Centro de Evaluación de Tecnologías en Salud, Instituto Nacional de Salud.
- Luis Felipe Rojas Cama. Médico especialista en Gestión en Salud. Programa “Creación de Redes Integradas de Salud”. Ministerio de Salud.

- Danny Alexander Acosta Quispe. Economista. Centro de Evaluación de Tecnologías en Salud, Instituto Nacional de Salud.

### **Coordinación para el desarrollo de la GPC**

- Karen Viviana Huamán Sánchez. Enfermera. Centro de Evaluación de Tecnologías en Salud, Instituto Nacional de Salud.
- Miguel Angel Arce Huamani. Médico especialista en Administración y Gestión en Salud. Coordinador de Gestión. Centro de Evaluación de Tecnologías en Salud, Instituto Nacional de Salud.
- Jorge Giusepi Huaranga Marcelo. Médico especialista en Medicina Interna. Coordinador Metodológico. Centro de Evaluación de Tecnologías en Salud, Instituto Nacional de Salud.
- Griseld Alejandrina Guimaray Tello. Administradora en salud. Asistente administrativo. Centro de Evaluación de Tecnologías en Salud, Instituto Nacional de Salud.

### **REVISORES**

#### **Revisores externos**

- Mario Fernando León Abad. Médico especialista en Ginecología y Obstetricia. Hospital Santa Rosa – Pueblo Libre.
- Heddy Graciela Torres Manrique. Médico especialista en Ginecología y Obstetricia. Hospital Augusto Hernandez Mendoza. Seguro Social de Salud - Ica.
- Adrian Rodolfo Palomino Herencia. Médico especialista en Ginecología y Obstetricia. Hospital Santa María del Socorro - Ica.

### **DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS**

Todos los integrantes del grupo elaborador, así como las personas que participaron en la revisión de este documento, realizaron una declaración de intereses. Todos los participantes declararon no tener conflictos de interés en relación con los aspectos abordados en esta guía.

### **FINANCIAMIENTO**

La presente Guía de Práctica Clínica fue financiada por el Instituto Nacional de Salud del Perú (INS). La institución no tuvo ningún papel en la selección de las preguntas de la guía ni en la formulación de las recomendaciones.

**Repositorio de guías de práctica clínica:**

<https://www.gob.pe/institucion/ins/informes-publicaciones/tipos/217-guias-de-practica-clinica>



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Los derechos reservados de este documento están protegidos por licencia Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International. Esta licencia permite que la obra pueda ser libremente utilizada sólo para fines académicos y citando la fuente de procedencia. Su reproducción por o para organizaciones comerciales sólo puede realizarse con autorización escrita del Instituto Nacional de Salud, Perú.

**Cita recomendada:**

Instituto Nacional de Salud (Perú). Guía de Práctica Clínica para la prevención y manejo del Trastorno Hipertensivo del Embarazo en el Primer Nivel de Atención Guía en Versión Extensa. Lima: Subdirección de Guías de Práctica Clínica. Centro de Evaluación de Tecnologías en Salud, Instituto Nacional de Salud, abril de 2025. Serie Guías de Práctica Clínica N° 03-2025.

## TABLA DE CONTENIDO

I. LISTA DE PREGUNTAS CLÍNICAS Y RECOMEDACIONES.....	9
I.1 Listado de preguntas y recomendaciones de la GPC .....	9
I.2 Interpretación de las recomendaciones .....	12
I.3 Flujogramas.....	13
II. GENERALIDADES.....	15
II.1 Presentación del problema y fundamentos para la realización de la guía.....	15
II.2 Objetivo y población de la GPC.....	17
II.3 Usuarios y ámbito de la GPC .....	17
III. MÉTODOS.....	18
III.1 Conformación del grupo elaborador de la GPC .....	18
III.2 Declaración de conflictos de interés y derechos de autor .....	19
III.3 Formulación de las preguntas clínicas, preguntas PICO, e identificación de desenlaces .....	19
III.4 Búsqueda de GPC previas .....	20
III.5 Búsqueda y selección de la evidencia para cada pregunta PICO .....	22
III.6 Evaluación del riesgo de sesgo y de la certeza de la evidencia.....	23
III.7 Formulación de las recomendaciones, consideraciones adicionales y BPC .....	24
III.8 Validación de la Guía de Práctica Clínica .....	27
III.9 Revisión externa.....	28
IV. DESARROLLO DE LAS PREGUNTAS Y FORMULACIÓN DE RECOMENDACIONES .	29
IV.1 Pregunta 1. En gestantes ¿cuáles son los factores de riesgo para desarrollar preeclampsia?.....	29
IV.2 Pregunta 2. En gestantes con riesgo para desarrollar preeclampsia ¿se debería brindar ácido acetilsalicílico (AAS) para prevenir preeclampsia?.....	32
IV.3 Pregunta 3. En gestantes con riesgo para desarrollar preeclampsia, ¿se debería brindar calcio para prevenir preeclampsia? .....	44
IV.4 Pregunta 4. En gestantes con hipertensión gestacional o preeclampsia ¿cuál es el manejo inicial? .....	59
V. PLAN DE ACTUALIZACIÓN DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA .....	76
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	77
VII. ANEXOS .....	83

VII.1	Anexo N° 1: Búsqueda y selección de guías de práctica clínica .....	83
VII.2	Anexo N° 2: Búsqueda de la evidencia para cada pregunta clínica .....	87
VII.3	Anexo N° 3: Tablas de evaluación de calidad y riesgo de sesgo en los estudios	103
VII.4	Anexo N° 4: Estimación de uso de recursos .....	179
VII.5	Anexo N° 5: Prioridades de investigación .....	249

**GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA**  
**DEL TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO EN EL PRIMER NIVEL DE**  
**ATENCIÓN**  
**GUÍA EN VERSIÓN EXTENSA**

**I. LISTA DE PREGUNTAS CLÍNICAS Y RECOMENDACIONES**

**I.1 Listado de preguntas y recomendaciones de la GPC**

Enunciado	Tipo	Certeza de la evidencia
<b>Pregunta 1. En gestantes ¿cuáles son los factores de riesgo para desarrollar preeclampsia?</b>		
En gestantes que presenten al menos <b>un factor de riesgo alto</b> o al menos <b>dos factores de riesgo moderado</b> , serán consideradas en <b>riesgo para desarrollar preeclampsia</b> .		
<b>NIVEL DE RIESGO</b>	<b>FACTORES DE RIESGO</b>	
<b>RIESGO ALTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Antecedente de THE (hipertensión gestacional, preeclampsia, eclampsia, síndrome HELLP).</li> <li>- Historia familiar de preeclampsia (madre y/o hermana).</li> <li>- Hipertensión crónica.</li> <li>- Diabetes mellitus tipo 1 o 2.</li> <li>- Gestación actual multifetal (<math>\geq 3</math> fetos).</li> <li>- Enfermedad renal crónica (pérdida de la función renal de leve a severo).</li> <li>- Enfermedad autoinmune (LES, síndrome antifosfolípido, AR).</li> <li>- Obesidad pregestacional (<math>IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2</math>).</li> <li>- Terapia reproductiva asistida en el embarazo actual.</li> <li>- Presión arterial en el embarazo temprano:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• PAS en la primera consulta de 120 - 129 mmHg (con PAD &lt; 80 mmHg).</li> <li>• Primer trimestre PAS <math>\geq 130</math> mmHg o PAD <math>\geq 80</math> mmHg.</li> </ul> </li> </ul>	BPC
<b>RIESGO MODERADO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nuliparidad o primigesta.</li> <li>- Sobrepeso pregestacional o en la primera visita (<math>IMC 25.0 - 29.9 \text{ kg/m}^2</math>).</li> <li>- Edad materna &gt; 35 o &lt; 18 años.</li> <li>- Anemia materna (&lt; 11.0 gr/dL) o enfermedad de células falciformes.</li> <li>- Alguna enfermedad cardiovascular.</li> <li>- Embarazo previo con desenlaces adversos (parto prematuro, BPN, PEG, RCIU o muerte fetal previa).</li> <li>- Diabetes mellitus gestacional actual.</li> <li>- Embarazo actual haya sido concebido con una pareja diferente al embarazo inmediatamente anterior.</li> <li>- Embarazo gemelar actual.</li> <li>- DPP previo.</li> <li>- Vivir en grandes altitudes (&gt; 3000 msnm).</li> </ul>	No aplica

Enunciado		Tipo	Certeza de la evidencia
<b>RIESGO LEVE</b>	- Parto a término previo no complicado y ausencia de factores de riesgo.  <i>Abreviaturas: THE: trastorno hipertensivo del embarazo; LES: lupus eritematoso sistémico; AR: artritis reumatoide; IMC: índice de masa corporal; PAS: presión arterial sistólica; PAD: presión arterial diastólica; BPN: bajo peso al nacer; PEG: pequeño para la edad gestacional; RCIU: retraso del crecimiento intrauterino; DPP: desprendimiento prematuro de placenta y msnm: metros sobre el nivel del mar.</i>		
<b>Pregunta 2. En gestantes con riesgo para desarrollar preeclampsia ¿se debería brindar ácido acetilsalicílico (AAS) para prevenir preeclampsia?</b>			
<p>En gestantes con riesgo de preeclampsia, se recomienda administrar AAS para la prevención de preeclampsia.</p> <p><u>Consideraciones adicionales:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrar 100 mg de AAS vía oral una vez al día, preferiblemente por la noche. Iniciar el tratamiento idealmente entre las 12 a 16 semanas de gestación y continuar hasta las 36 semanas o hasta que la paciente se le diagnostique hipertensión gestacional o preeclampsia, lo que ocurra primero.</li> <li>• Suspender la administración de AAS si la gestante presenta crisis de asma, aparición de sangrado, aumento del tiempo de sangrado, elevación de enzimas hepáticas, urticaria, dolor epigástrico, plaquetopenia o según criterio médico luego de una evaluación individualizada.</li> </ul>		Recomendación fuerte a favor	Moderada (⊕⊕⊕○)
<b>Pregunta 3. En gestantes con riesgo para desarrollar preeclampsia, ¿se debería brindar calcio para prevenir preeclampsia?</b>			
<p>En gestantes con riesgo de preeclampsia, se sugiere administrar calcio para la prevención de preeclampsia.</p> <p><u>Consideraciones adicionales:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrar calcio en su forma de carbonato de calcio de 1250mg por vía oral cada 8 horas, indicado por el médico. Iniciar el tratamiento a partir de las 16 semanas de gestación y continuar hasta las 36 semanas o hasta que la paciente se le diagnostique hipertensión gestacional o preeclampsia, lo que ocurra primero.</li> <li>• Suspender la administración de carbonato de calcio si la gestante presenta náuseas, acidez, diarrea, elevación de enzimas hepáticas, dolor abdominal o según criterio médico luego de una evaluación individualizada.</li> </ul>		Recomendación condicional a favor	Muy Baja (⊕○○○)

Enunciado	Tipo	Certeza de la evidencia
<b>Pregunta 4. En gestantes con hipertensión gestacional o preeclampsia, ¿cuál es el manejo inicial?</b>		
<b>Gestantes con hipertensión gestacional o preeclampsia sin criterios de severidad.</b>		
<b>En gestante con hipertensión gestacional o preeclampsia sin criterios de severidad, ¿se debería brindar tratamiento antihipertensivo?</b> En gestantes con hipertensión gestacional o preeclampsia sin criterios de severidad, se sugiere no brindar antihipertensivos.	Recomendación condicional en contra	Muy Baja (⊕○○○)
En gestantes con hipertensión gestacional o preeclampsia sin criterios de severidad probables, se debe realizar referencia de emergencia a un centro de mayor complejidad de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Referencia de emergencia con vía aérea permeable y vía endovenosa periférica permeable en un brazo.</li> <li>• De ser posible realizar pruebas de laboratorio: Hematocrito, hemoglobina, tiempo de coagulación y de sangría, grupo sanguíneo y factor RH, urea, creatinina, plaquetas, glucosa.</li> </ul>	BPC	No aplica
<b>Gestantes preeclampsia con criterios de severidad</b>		
En gestantes con preeclampsia con criterios de severidad se debe activar la clave azul (iniciar tratamiento antihipertensivo) y realizar referencia de emergencia a un centro de mayor complejidad de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Referencia de emergencia con vía aérea permeable, vía endovenosa periférica en un brazo con ClNa 9% y colocar sonda Foley N°14 con bolsa colectora.</li> <li>• Colocar sulfato de magnesio 10g (5 ampollas al 20%). Pasar 400cc a chorro, luego 30 gotas por minuto. Si no es posible por vía endovenosa. Administrar 2g IM en cada nalga y repetir dosis cada 4 horas. Si aún no llega al establecimiento de referencia.</li> <li>• Si presenta convulsiones, administrar sulfato de magnesio 2g EV lento. Sino es posible sulfato de magnesio, usar diazepam 10mg EV lento.</li> <li>• De ser posible realizar pruebas de laboratorio: Hematocrito, hemoglobina, tiempo de coagulación y de sangría, grupo sanguíneo y factor RH, urea, creatinina, plaquetas, glucosa.</li> </ul>	BPC	No aplica

## I.2 Interpretación de las recomendaciones

### ¿Cómo interpretar la fuerza y dirección de una recomendación?

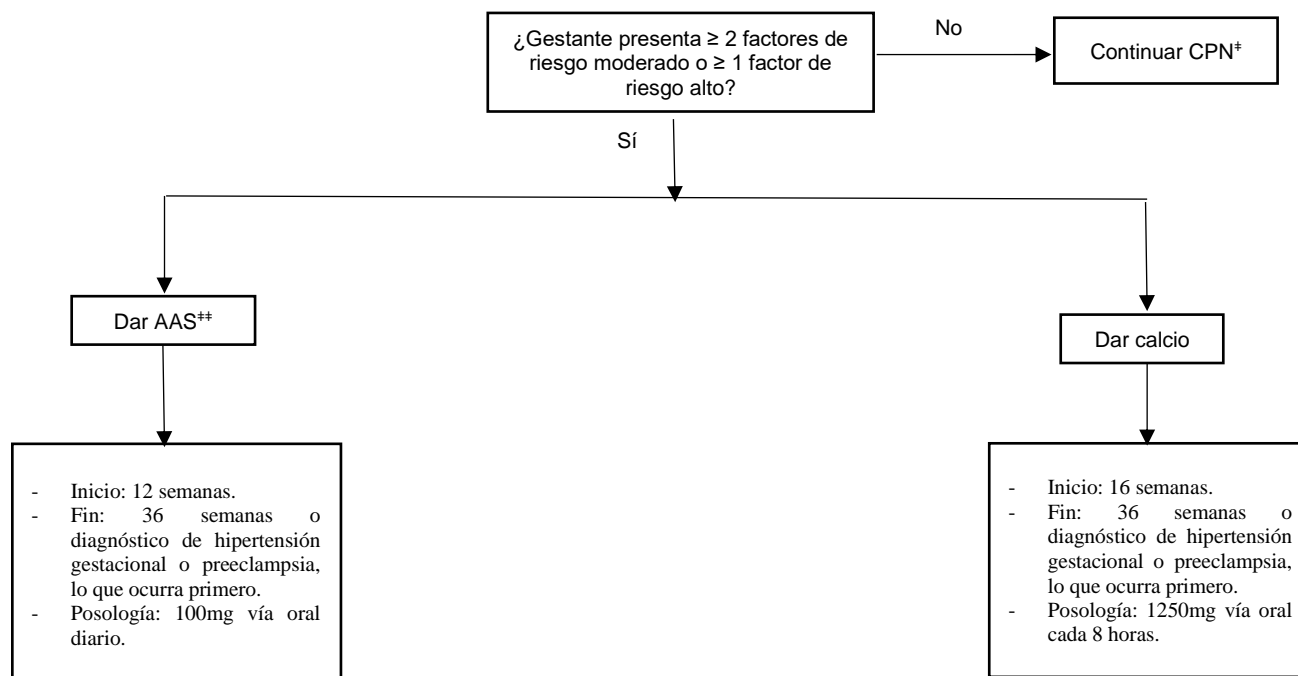
Fuerza y dirección de la recomendación	Significado
Recomendación fuerte (a favor o en contra)	El GEG considera que esta recomendación debe aplicarse en todos o casi todos los casos, excepto en situaciones puntuales y justificadas. Por lo general, este tipo de recomendación se emite cuando los beneficios de una intervención superan ampliamente a los daños.  Se usó el término “ <b>Recomendamos</b> ”.
Recomendación condicional (a favor o en contra)	El GEG considera que esta recomendación es adecuada en la mayoría de los casos, pero implica que la decisión debe ser individualizada. Por lo general, esto puede depender de factores como el contexto clínico, las preferencias del paciente, la disponibilidad de recursos, entre otros criterios relevantes.  Se usó el término “ <b>Sugerimos</b> ”.

### ¿Cómo interpretar la certeza de la evidencia de una recomendación?

Certeza de la evidencia de la recomendación	Significado
Alta (⊕⊕⊕⊕)	Nuestra confianza en la evidencia usada para tomar la decisión es alta.
Moderada (⊕⊕⊕○)	Nuestra confianza en la evidencia usada para tomar la decisión es moderada.
Baja (⊕⊕○○)	Nuestra confianza en la evidencia usada para tomar la decisión es baja.
Muy baja (⊕○○○)	Nuestra confianza en la evidencia usada para tomar la decisión es muy baja.

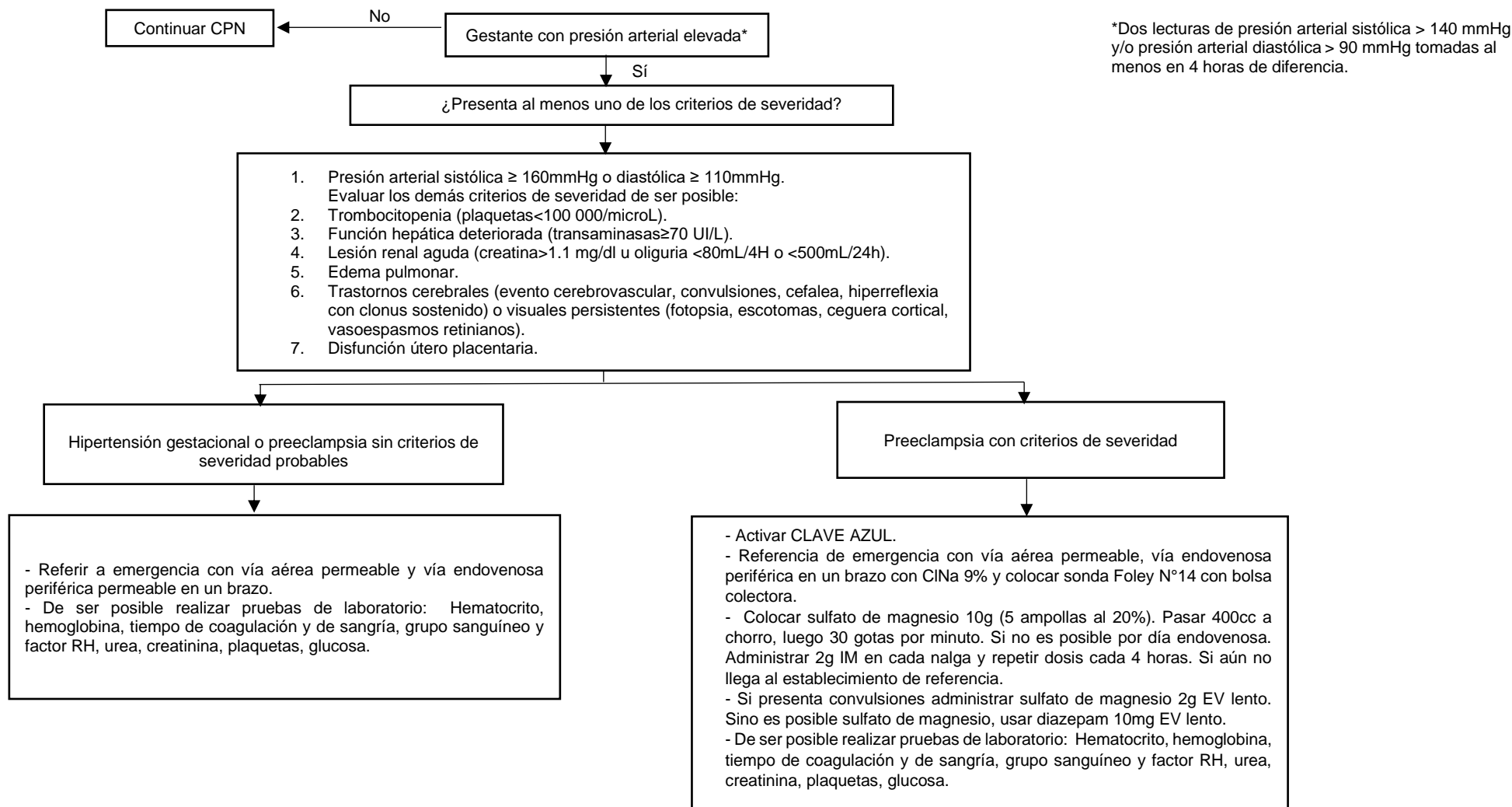
### I.3 Flujogramas

#### I.3.1 Flujograma 1. Ácido acetil salicílico y calcio como medidas preventivas en gestantes del primer nivel de atención.



**Abreviatura:**  
<sup>†</sup>CPN: Control prenatal  
<sup>\*\*</sup>AAS: Ácido acetil salicílico

### I.3.2 Flujoograma 2. Manejo inicial de hipertensión gestacional o preeclampsia en el primer nivel de atención.



## II. GENERALIDADES

### II.1 Presentación del problema y fundamentos para la realización de la guía

Los Trastornos Hipertensivos del Embarazo (THE) representan una importante causa de morbilidad grave y en consecuencia mortalidad materna y perinatal. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que el 14% de mortalidad materna en todo el mundo es debida a los THE (1). La preeclampsia, una de sus formas más graves, ocurre en el 2 a 5% de las mujeres embarazadas y es responsable de alrededor de 76,000 muertes maternas y más de 500,000 muertes fetales y neonatales cada año, siendo mayor el riesgo de desarrollar preeclampsia en países de ingresos bajos y medios que en países con mayores recursos (2–5). En el Perú, la preeclampsia es una de las principales causas de mortalidad materna, representando el 28.7% de las muertes relacionadas en el embarazo, según datos del primer trimestre del año 2018 (6).

La placentación inadecuada caracterizada por una alteración en la remodelación de las arterias espirales uterinas y un desarrollo deficiente de las vellosidades son la base patogénica de la preeclampsia temprana, asociada a disfunción endotelial sistémica y una respuesta inflamatoria exacerbada (7).

Esta Guía de Práctica Clínica (GPC) ha sido desarrollado con el objetivo de estandarizar recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible para la prevención y manejo del Trastorno Hipertensivo del Embarazo en el primer nivel de atención.

Esta guía fue realizada por el Centro de Evaluación de Tecnologías en Salud del Instituto Nacional de Salud.

#### **Definiciones operacionales de los Trastornos Hipertensivos del Embarazo:**

##### 1. Hipertensión crónica:

Presión arterial mayor o igual a 140 mmHg la sistólica y/o  $\geq 90$  mmHg la diastólica, confirmada antes del embarazo o antes de las 20 semanas de gestación. Puede deberse a hipertensión esencial (idiopática) o a una causa secundaria como hiperaldosteronismo primario, feocromocitoma, apnea obstructiva del sueño, estenosis de la arteria renal o síndrome de Cushing (8,9).

##### 2. Hipertensión gestacional:

Aparición de hipertensión (presión arterial sistólica [PAS]  $\geq 140$  mmHg y/o presión arterial diastólica [PAD]  $\geq 90$  mmHg) en dos ocasiones con un intervalo de al menos cuatro horas. Se presenta sin proteinuria y sin criterios de severidad de preeclampsia. Inicia luego de las 20 semanas de gestación, en una mujer que previamente tenía una presión arterial normal y sin ninguna característica materna o fetal de preeclampsia; que suele regresar a los valores de presión arterial normales en los siguientes 3 meses posteriores al parto (8,10–12).

### 3. Preeclampsia:

Es un trastorno gestacional asociado a la aparición de hipertensión arterial que ocurre en la mayoría de los casos luego de las 20 semanas de gestación y cerca al parto; y que además se acompaña de proteinuria.

#### 3.1. Preeclampsia sin criterios de severidad:

Se clasificará como gestante con preeclampsia sin criterios de severidad cuando la PAS se encuentre entre 140 a 160 mmHg y PAD entre 90 a 110 mmHg, en al menos 2 ocasiones, con al menos un intervalo de tiempo de 4 horas, en una mujer con PA previamente normal. Además, la paciente debe de tener proteinuria más de 300mg en una prueba de recolección 24 horas o una relación proteína/creatina  $\geq 0.3$ , o lectura de orina  $\geq 2+$ ; y ausencia de daño de órganos blanco-maternos como el hígado, riñón, pulmón, cerebro, hematológica o disfunción uteroplacentaria (9,10).

#### 3.2. Preeclampsia con criterios de severidad:

Se clasificará como gestante con preeclampsia con criterios de severidad cuando la PAS sea mayor o igual a 160 mmHg o la PAD sea mayor o igual a 110 mmHg; en al menos 2 ocasiones, medido en un intervalo de tiempo de 15 a 30 minutos (esto podría ser confirmado en un intervalo de tiempo menor).

Además también se clasificará a las pacientes con preeclampsia con criterios de severidad si la paciente tiene PAS mayor o igual a 140 mmHg y/o PAD mayor o igual a 90 mmHg y presente al menos uno de los siguientes criterios de daño de órgano blanco-maternos (10,13,14):

- Trombocitopenia (plaquetas  $< 100\ 000/\text{microL}$ ).
- Función hepática deteriorada: TGO o TGP  $\geq 70\text{UI/L}$ , o dolor persistente en cuadrante superior derecho o epigástrico que no responde a la medicación y que no se explica por otro diagnóstico.
- Lesión renal aguda: creatina sérica  $> 1.1\text{mg/dl}$ , u oliguria  $< 80\text{mL}/4\text{H}$  o  $< 500\text{mL}/24\text{h}$ .
- Edema pulmonar.
- Trastornos cerebrales (evento cerebrovascular, convulsiones, cefalea, hiperreflexia con clonus sostenido) o visuales persistentes (fotopsia, escotomas, ceguera cortical, vasoespasmio retiniano).
- Disfunción útero placentaria: DPP, desbalance angiogénico, RCIU asociado a Doppler anormal de arteria umbilical, Doppler de la arteria umbilical anormal, óbito fetal.

### 4. Eclampsia:

Aparición de crisis convulsivas tónico-clónicas, focales o multifocales de aparición reciente en una gestante que podría o no tener diagnóstico de preeclampsia previa y en ausencia de otras condiciones como epilepsia, isquemia e infarto cerebral, hemorragia intracraneal o consumo de drogas que puedan explicar las

convulsiones. En la mayoría de los casos, es precedida por signos premonitorios de irritación cerebral como cefaleas occipitales o frontales intensas y persistentes, visión borrosa, fotofobia y alteración del estado mental. No obstante, puede presentarse sin signos ni síntomas de advertencia y puede ocurrir antes, durante o después del parto (10).

#### 5. Síndrome HELLP:

Variante severa de la preeclampsia que incluye hemólisis, lactato deshidrogenasa (LDH) mayor de 600 UI/L, aspartato aminotransferasa (AST) y alanina aminotransferasa (ALT) elevadas en más del doble del límite superior de lo normal y el recuento de plaquetas inferior a 100 000/microL (10–12).

## II.2 Objetivo y población de la GPC

### Objetivo

Brindar a los profesionales de salud recomendaciones informadas en la evidencia para la toma de decisiones sobre la prevención y manejo del trastorno hipertensivo del embarazo en el primer nivel de atención.

### Población diana

Gestantes con Trastornos Hipertensivos del Embarazo del primer nivel de atención.

## II.3 Usuarios y ámbito de la GPC

### Usuarios de la GPC

La guía está dirigida a todo el personal de salud que tenga a su cargo la atención integral de trastornos hipertensivos del embarazo en gestantes: médicos especialistas en ginecología obstetricia, médicos cirujanos, obstetras, nutricionistas, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales, tecnólogos médicos, u otro profesional de la salud que brinda atención a estas pacientes, así como profesionales gestores responsables de tomar decisiones a nivel institucional, regional o nacional, con el fin de facilitar el proceso de implementación.

### Ámbito de aplicación

La presente guía de práctica clínica tiene como ámbito de aplicación los establecimientos de salud de las Redes Integradas de Salud (RIS), de las Direcciones Regionales de Salud, de las Gerencias Regionales de Salud o las que hagan sus veces a nivel regional, que realicen prevención y manejo del trastorno hipertensivo del embarazo en el primer nivel de atención. Así mismo, servirá como referente para los demás establecimientos de salud del Seguro Social de Salud (EsSalud), de las Instituciones Armadas, de la Policía Nacional del Perú, así como para los establecimientos de salud privados y otros prestadores que brinden atenciones de salud en todo el país.

### **Aspectos no cubiertos**

La presente guía no cubre el diagnóstico y manejo especializado de Hipertensión gestacional o preeclampsia. Tampoco cubre el diagnóstico y tratamiento de gestantes con Síndrome HELLP y Eclampsia.

### **Procedimiento por estandarizar**

**Nombre:** Hipertensión gestacional.

**Código CIE-10:** O13.0

**Nombre:** Preeclampsia.

**Código CIE-10:** O14.0

## **III. MÉTODOS**

### **III.1 Conformación del grupo elaborador de la GPC**

El Grupo Elaborador de la GPC (GEG) estuvo conformado por profesionales de salud con experticia en el manejo de la condición de salud abordada en la GPC y con conocimiento directo del ámbito sanitario donde se pretende implementar, quienes fueron designados por la Dirección General de Intervenciones en Salud Pública (DGIESP) del Ministerio de Salud. Los expertos temáticos estuvieron a cargo de definir el alcance y objetivo de la GPC, formulación de las preguntas clínicas y graduación de los desenlaces, evaluación e interpretación de la evidencia identificada, así como de brindar aportes relevantes acerca de la misma, formular las recomendaciones y participar en la redacción de la GPC.

A través del Programa de Inversión “Creación de Redes Integradas de Salud” del Ministerio de Salud (PCRIS), se convocó a metodólogos con experiencia en la metodología de elaboración de GPC quienes integraron el equipo metodológico para el ajuste de las preguntas clínicas, la búsqueda, selección, evaluación de riesgo de sesgo, síntesis y determinación de certeza de la evidencia identificada, soporte metodológico a los expertos temáticos para la formulación de las recomendaciones y redacción de la versión extensa de la GPC.

Así mismo, se convocó a metodólogos del Centro de Evaluación de Tecnología en Salud (CETS) con experiencia en la metodología de elaboración de GPC quienes integraron el equipo metodológico para el ajuste de las preguntas clínicas, la búsqueda, selección, evaluación de riesgo de sesgo, síntesis y determinación de certeza de la evidencia identificada, soporte metodológico a los expertos temáticos para la formulación de las recomendaciones y redacción de la versión extensa anexos metodológicos y versión corta de la GPC.

Para la planificación y gestión del proceso de elaboración de la guía, se convocó a un profesional de salud, especialista en gestión en salud y con experiencia en el desarrollo de guías de práctica clínica.

### III.2 Declaración de conflictos de interés y derechos de autor

Todos los integrantes del grupo elaborador, así como los revisores de la GPC, efectuaron una declaración de intereses previo a su participación en el desarrollo de la GPC, la cual pudo ser actualizada en caso surgieran nuevos intereses no informados en la declaración inicial. Se empleó un formulario estándar adaptado del modelo incluido en el Documento Técnico Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica aprobado por el Ministerio de Salud con Resolución Ministerial N° 414-2015 (9), que incluye la declaración de intereses económicos personales, intereses económicos no personales, e intereses no económicos personales.

Todos los intereses declarados fueron evaluados por el equipo metodológico y por el CETS, con el fin de establecer la participación plena, si se consideró que los intereses declarados no afectaban la independencia de las decisiones y actividades de la persona en el desarrollo de la GPC; y en caso de identificar un potencial conflicto de interés, se decidió la participación condicionada (ej. participación con voz pero no voto, o censura en los diálogos deliberativos que involucren decisiones que pudieran colisionar con el conflicto identificado), o la exclusión definitiva del participante en las etapas de desarrollo de la GPC.

Todos los integrantes del grupo elaborador, así como las profesionales que participaron en la revisión de la GPC declararon no tener conflictos de interés en relación con los aspectos abordados en esta guía.

Asimismo, los integrantes del equipo elaborador cedieron los derechos de autor de la presente GPC al Centro de Evaluación de Tecnologías en Salud (CETS).

### III.3 Formulación de las preguntas clínicas, preguntas PICO, e identificación de desenlaces

En concordancia con los objetivos y alcances de esta GPC, el GEG realizó discusiones periódicas para formular un listado de preguntas clínicas que aborden las decisiones más importantes que debe tomar el personal de salud con respecto al ámbito de la GPC.

Una vez elaborada la lista definitiva de preguntas clínicas, se formularon las preguntas en formato PICO (*Population, Intervention, Comparator, Outcome*) para cada pregunta clínica, teniendo en cuenta que cada pregunta clínica puede albergar una o más preguntas PICO, y que cada pregunta PICO tuvo una población e intervención (o exposición) definidas.

Finalmente, el GEG, en base a la revisión de la literatura y su experiencia, elaboró una lista de desenlaces (*outcomes*) por cada pregunta PICO, los cuales fueron calificados por el GEG usando un puntaje de 1 a 9, para poder categorizarlos en: desenlaces poco importantes (con puntaje promedio menor a 4), desenlaces importantes (con puntaje promedio mayor o igual a 4, pero menor a 7), y desenlaces críticos (con puntaje promedio de 7 o más). Los desenlaces para cada pregunta se presentan en la descripción de las preguntas PICO de cada pregunta clínica.

Para la toma de decisiones en el proceso de elaboración de esta GPC, se seleccionaron los desenlaces importantes y críticos.

### III.4 Búsqueda de GPC previas

Se realizó una búsqueda sistemática de guías de práctica clínica relacionadas a los trastornos hipertensivos del embarazo en buscadores o repositorios como: Trip Database, MEDLINE/PubMed, Google Scholar, Google, la Base Internacional de Guías GRADE (BIGG), Guidelines International Network: G-I-N Library ; así como, en los sitios web de los principales organismos elaboradores de GPC como: National Institute for Health and Care Excellence (NICE) de Reino Unido, Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud de España (guiasalud.es), el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) de Colombia, Guías Clínicas AUGÉ del Ministerio de Salud de Chile, World Health Organization, American College of Physicians (ACP), Canadian Medical Association Infobase of Clinical Practice Guidelines, Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Canadá (SOGS, por sus siglas en inglés), U.S. Preventive Services Task Force, Queensland Clinical Guidelines (Australia), Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, Ministerio de Salud Pública de Ecuador, Ministerio de Salud Argentina, Instituto mexicano del seguro social e Instituto de Evaluación de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI).

La búsqueda se efectuó el 03 de febrero de 2025 y se utilizaron los siguientes términos: "preeclampsia", "hipertensión en el embarazo", "enfermedades hipertensivas en el embarazo", "guías de práctica clínica" y en sus términos respectivos en inglés.

Posteriormente se revisaron las guías obtenidas a través de la búsqueda sistemática a fin de identificar aquellas que cumplieran con los siguientes criterios:

- Año de publicación no mayor a 5 años.
- Coincide con el alcance de la guía a desarrollar (población diana, aspectos clínicos cubiertos, intervenciones consideradas, ámbito de aplicación).
- Describe el proceso de desarrollo de la guía y brinda información sobre la conformación del grupo elaborador.
- Se han registrado y abordado los conflictos de interés del grupo elaborador.
- Aborda preguntas claras y bien definidas: se pueden identificar los componentes PICO de cada pregunta.
- Se realizó una búsqueda sistemática de la literatura en MEDLINE, y TRIPDATABASE, y las estrategias de búsqueda están disponibles para cada una de las preguntas.
- Se emiten recomendaciones y es posible identificar la evidencia que las respalda (cada recomendación está enlazada a una descripción de la evidencia y/o tabla de evidencia).
- Idealmente, emplea la metodología GRADE para calificar la certeza de la evidencia y las tablas de evidencia (Perfil de evidencia o Resumen de hallazgos) están disponibles.

Se identificaron 5 GPC cumplieron con los criterios previamente señalados, por lo que fueron evaluadas por dos metodólogos de forma independiente, empleando el

instrumento *Appraisal of Guidelines Research and Evaluation II (AGREE II)* a fin de seleccionar aquellas GPC que fueran de buena calidad metodológica, es decir, que alcanzaron un puntaje mayor de 90% en la evaluación global y mayor del 60% en cada uno de los siguientes dominios: Alcance y objetivo (Dominio 1), Rigor en la elaboración (Dominio 3) y aplicabilidad (Dominio 5). Las cuales fueron las siguientes:

- Drug treatment for non-severe hypertension in pregnancy. World Health Organization. Geneva, 2020 (15).
- Guía de práctica clínica para la prevención y manejo de la enfermedad hipertensiva del embarazo. Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación. Perú, 2021 (13).
- Hypertension in pregnancy: diagnosis and management. National Institute for Health and Care Excellence. Inglaterra, 2019 (16).
- Calcium supplementation during pregnancy for the prevention of pre-eclampsia and its complications. World Health Organization. Geneva, 2018 (17)
- Drug treatment for severe hypertension in pregnancy. World Health Organization, 2018 (18).

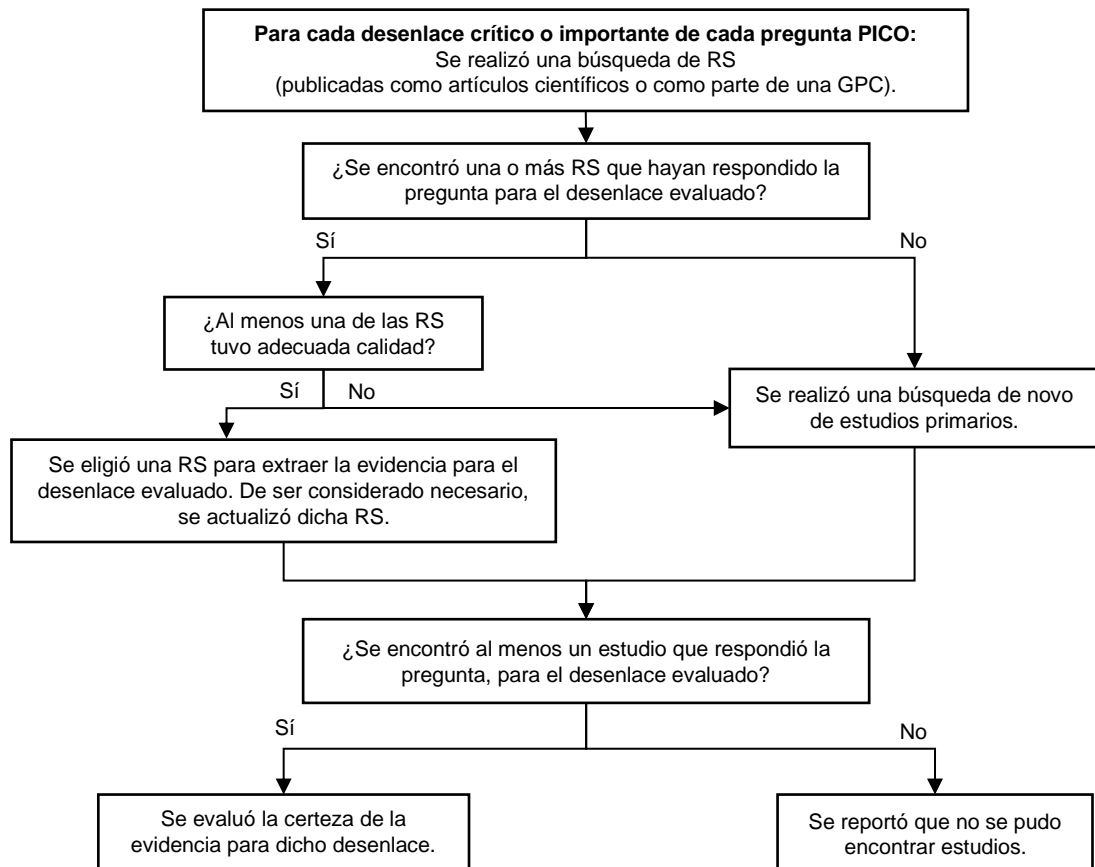
Los resultados de la búsqueda y selección de las GPC se encuentran disponibles en el **Anexo No 1**.

### III.5 Búsqueda y selección de la evidencia para cada pregunta PICO

Para cada pregunta PICO (en base a sus desenlaces críticos o importantes), se realizó la búsqueda y selección de la evidencia, siguiendo los siguientes pasos (que se detallarán posteriormente):

1. Se buscaron revisiones sistemáticas (RS) realizadas como parte de alguna GPC o publicadas como artículos científicos.
2. Cuando no se encontró ninguna RS de adecuada calidad que responda a nuestra PICO, se realizó una RS de *novo*.
3. Cuando se encontró RS que respondieron a nuestro PICO y calidad aceptable, se eligió una RS por cada uno de los desenlaces críticos e importantes priorizados.
4. Si la RS elegida realizó su búsqueda sistemática con una antigüedad mayor de 2 años, se evaluó la necesidad de actualizar la RS según el criterio del GEG.

Este proceso de selección de la evidencia se muestra en el siguiente flujograma:



A continuación, se detallan los procesos realizados para la búsqueda y selección de la evidencia:

#### i. Búsqueda de RS realizadas dentro de las GPC

Se revisó si alguna de las GPC identificadas realizó una RS para cada una de las preguntas PICO planteadas por el GEG. Para ello, se tomaron en cuenta las RS realizadas por las GPC incluidas en el subtítulo **III.4 (búsqueda de GPC previas)**.

## ii. Búsqueda de RS publicadas como artículos científicos

Para cada una de las preguntas PICO planteadas por el GEG, se realizó una búsqueda sistemática de RS que respondan la pregunta y que hayan sido publicadas como artículos científicos. Esta búsqueda fue realizada en las bases de datos PubMed, CENTRAL, EMBASE y LILACS. Posteriormente, se escogieron aquellas RS que hayan cumplido con los criterios de inclusión de cada pregunta PICO. Los términos de búsqueda y las listas de RS incluidas y excluidas para cada pregunta PICO se muestran en el **Anexo N° 2**.

## iii. Selección de la evidencia para la toma de decisiones para cada pregunta

Para cada pregunta PICO, se listaron las RS encontradas que hayan respondido dicha pregunta (ya sea RS realizadas por alguna GPC, o RS publicadas como artículos científicos).

Para cada desenlace crítico o importante, cuando no se encontraron RS de calidad aceptable a criterio del GEG, se realizó una búsqueda sistemática de *novo* de estudios primarios en MEDLINE/PubMed. Los términos de búsqueda, criterios de inclusión, y número de estudios encontrados en estas búsquedas de *novo* se detallan en el **Anexo N° 2**.

Cuando para un desenlace se encontró al menos una RS de calidad aceptable a criterio del GEG, se procedió a seleccionar una RS, que idealmente fue aquella que tuvo: la más alta calidad evaluada con la herramienta *A Measurement Tool to Assess systematic Reviews-II (AMSTAR-II)* (19), la más reciente fecha en la que realizó su búsqueda bibliográfica, y el mayor número de estudios encontrados.

Una vez seleccionada una RS, el GEG decidió si era pertinente actualizar dicha RS, considerando para ello:

- El tiempo que ha transcurrido desde la búsqueda realizada por la RS y la velocidad de producción científica de estudios en el tema (2 años en aquellos temas en los que la producción científica es abundante, 5 años en aquellos temas en los que la producción científica es limitada).
- La actualidad de la pregunta (pues para algunas preguntas ya no se realizan estudios).
- La certeza de los resultados de la RS (optando por actualizar aquellas RS cuyos estimados globales tuvieran una baja o muy baja certeza de la evidencia).

## III.6 Evaluación del riesgo de sesgo y de la certeza de la evidencia

### i. Evaluación de riesgo de sesgo

Para cada uno de los estudios primarios seleccionados, el GEG determinó si era necesario realizar la evaluación de riesgo de sesgo. Esta evaluación fue por lo general realizada cuando la RS seleccionada no realizó la evaluación de los estudios que incluyó, o cuando la RS seleccionada realizó dicha evaluación pero ésta no fue de calidad o fue hecha para varios desenlaces y esperablemente el

resultado de la evaluación cambiaría al enfocarnos en el desenlace que se estuviera evaluando (por ejemplo, el riesgo de sesgo por no realizar el cegamiento de los evaluadores sería diferente para el desenlace “dolor” que para el desenlace “muerte”).

Las evaluaciones realizadas para identificar el riesgo de sesgo de los estudios primarios se muestran en el **Anexo N° 3**.

Las herramientas usadas para evaluar el riesgo de sesgo fueron:

- Los ECA fueron evaluados usando la herramienta de riesgo de sesgo de Cochrane (20).
- Los estudios observacionales fueron evaluados usando la herramienta de Newcastle-Ottawa (21).
- Los estudios de diagnóstico fueron evaluados usando la herramienta QUADAS-2 (22).

## ii. Evaluación de la certeza de la evidencia

Para evaluar la certeza de la evidencia, se siguió la metodología GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*). La certeza de la evidencia según esta metodología se basa en 9 aspectos: tipo de estudio, riesgo de sesgo, inconsistencia, evidencia indirecta, imprecisión, sesgo de publicación, tamaño de efecto, relación dosis-respuesta, y efecto de confusores (los tres últimos aspectos son evaluados en estudios observacionales) (23). Finalmente, la certeza de la evidencia para cada desenlace evaluado pudo ser alta, moderada, baja, y muy baja.

Para resumir la evaluación de la certeza de la evidencia, se usaron tablas de *Summary of Findings* para cada pregunta PICO. Para aquellos desenlaces para los cuales no se contó con una tabla de perfil de evidencias GRADE previa (publicada en la RS o GPC seleccionada para dicha pregunta PICO), se elaboraron estas tablas. De lo contrario, se evaluó si se podían usar estas tablas o se debían elaborar nuevas tablas. Se elaboraron nuevas tablas cuando se sospechó que la tabla previa no correspondía a nuestro contexto o presentaba inconsistencias.

En cada pregunta PICO, luego de asignar el nivel de certeza de la evidencia para todos sus desenlaces de interés, se le asignó a la pregunta PICO el nivel de certeza más bajo alcanzado por alguno de estos desenlaces.

## III.7 Formulación de las recomendaciones, consideraciones adicionales y BPC

Para la formulación de las recomendaciones, el GEG realizó reuniones periódicas, en las cuales los metodólogos presentaron la evidencia recolectada para cada una de las preguntas clínicas, en base a la cual los especialistas clínicos determinaron las recomendaciones. Cuando no se alcanzó consenso para alguna recomendación, se procedió a realizar una votación y llegar a una decisión por mayoría simple.

Se calcularon los efectos absolutos para cada desenlace (diferencias de riesgos para desenlaces dicotómicos, o diferencias de medias para desenlaces numéricos). Para el cálculo de las diferencias de riesgos, se consideró que la incidencia del desenlace en el grupo comparador fue la reportada por el cuerpo de la evidencia, salvo se mencione lo contrario para alguna pregunta.

La elaboración de las recomendaciones de la presente GPC estuvo en base a la metodología *Evidence to Decision* (EtD) (23,24) que valora: beneficios, daños, certeza, valoración de los desenlaces, uso de recursos, equidad, aceptabilidad y factibilidad; para las intervenciones u opciones a ser evaluadas. Para la presente GPC, el GEG consideró que no era imperativo realizar búsquedas sistemáticas de costos, de valoración de los *outcomes* por los pacientes, ni de factibilidad de implementación.

Teniendo todo esto en cuenta, se estableció la dirección (a favor o en contra) y la fuerza (fuerte o condicional) de cada recomendación (25).

Para las preguntas que, en opinión del GEG, no pudieron ser contestadas con la evidencia actual (debido a que la pregunta no podía responderse en base a evidencias, a que el contexto local para esta pregunta era tan particular que la evidencia disponible no sería útil, u otros motivos), no se formularon recomendaciones sino puntos de BPC.

### Significado de los niveles de certeza de la evidencia y de la fuerza de la recomendación

Enunciado	Significado
Certeza de la evidencia del resultado de un desenlace	
Alta (⊕⊕⊕⊕)	Estamos muy seguros de que el efecto real de la intervención se aproxima al efecto estimado en los estudios. "Al dar la intervención en lugar del comparador, <b>estamos seguros que ...</b> "
Moderada (⊕⊕⊕○)	Confiamos moderadamente en la estimación del efecto: lo más probable es que el efecto real se aproxime al estimado en los estudios, pero es posible que sea sustancialmente diferente. "Al dar la intervención en lugar del comparador, <b>probablemente ...</b> "
Baja (⊕⊕○○)	Nuestra confianza en la estimación del efecto es limitada: es posible que el efecto real se aproxime al estimado en los estudios, pero es probable que sea sustancialmente diferente. "Al dar la intervención en lugar del comparador, <b>podría ser que ...</b> "
Muy baja (⊕○○○)	Tenemos muy poca confianza en la estimación del efecto: lo más probable es que el verdadero efecto sea sustancialmente diferente del estimado en los estudios. "Al dar la intervención en lugar del comparador, <b>la evidencia es muy incierta sobre ...</b> "
Certeza de la evidencia de una recomendación	
Alta (⊕⊕⊕⊕)	Nuestra confianza en la evidencia usada para tomar la decisión es alta.
Moderada (⊕⊕⊕○)	Nuestra confianza en la evidencia usada para tomar la decisión es moderada.

Baja (⊕⊕○○)	Nuestra confianza en la evidencia usada para tomar la decisión es baja.
Muy baja (⊕○○○)	Nuestra confianza en la evidencia usada para tomar la decisión es muy baja.
<b>Fuerza de la recomendación</b>	
Recomendación fuerte (a favor o en contra)	El GEG considera que esta recomendación debe aplicarse en todos o casi todos los casos, excepto en situaciones puntuales y justificadas. Por lo general, este tipo de recomendación se emite cuando los beneficios de una intervención superan ampliamente a los daños.  Se usó el término <b>“Recomendamos”</b>
Recomendación condicional (a favor o en contra)	El GEG considera que esta recomendación es adecuada en la mayoría de los casos, pero implica que la decisión debe ser individualizada. Por lo general, esto puede depender de factores como el contexto clínico, las preferencias del paciente, la disponibilidad de recursos, entre otros criterios relevantes.  Se usó el término <b>“Sugerimos”</b>

Finalmente, de creerlo necesario, se emitirán consideraciones y/o buenas prácticas clínicas (BPC), para las cuales no se efectúa una evaluación de la certeza de la evidencia ni se aplica el marco EtD. Estas pautas deben distinguirse claramente de las recomendaciones. Las consideraciones son enunciados que apoyan la interpretación de las recomendaciones y pueden abarcar los subdominios de la estructura PICO (paciente/población, intervenciones, comparadores, desenlaces), así como las condiciones que enmarcan una o más recomendaciones específicas. Estos enunciados se justifican citando la evidencia correspondiente, como otras GPC, ensayos clínicos, entre otros.

De manera similar, las BPC deben estar debidamente justificadas en base a los siguientes criterios (26,27), para ser considerados como tal:

- No pueden ser incluidas en la GPC como preguntas clínicas, debido a que luego de realizar una búsqueda preliminar (al menos de RS y ECA) no se encontró evidencia directa o la evidencia directa es muy difícil de encontrar y no es concluyente (lo cual debe argumentarse comentando la evidencia indirecta o directa de haberla).
- Es una pauta accionable (debe orientar una decisión).
- Es una pauta relevante y necesaria para la práctica clínica actual (para ello, se pueden citar otras guías o protocolos que consensuen que esta es una práctica usual).
- Existen razones claras para pensar que su implementación resulta en un gran beneficio para el paciente (lo cual se debe argumentar claramente).

Además, se diseñaron los flujogramas que resumen las principales recomendaciones de la GPC.

### III.8 Validación de la Guía de Práctica Clínica

- **Ajuste Técnico con expertos clínicos**

Los asistentes a esta reunión de validación con expertos clínicos se exponen a continuación:

- Jorge Ivar Bruno Ramos.
  - Médico especialista en Ginecología y Obstetricia.
  - Instituto Nacional Materno Perinatal.
- Adolfo Orlando Herencia Barrios.
  - Médico especialista en Ginecología y Obstetricia.
  - Hospital René Toche Groppo. Seguro Social de Salud (EsSalud).

- **Ajuste Técnico con gestores**

Los asistentes a esta reunión de validación gestores se exponen a continuación:

- Juan Daniel Aspilcueta Gho.
  - Médico cirujano.
  - Dirección de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud (DSARE - MINSA).
- Nemesio Alfonso Villacorta Bazán.
  - Médico especialista en Ginecología y Obstetricia.
  - Dirección de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud (DSARE - MINSA).
- Paul Muñoz Aguirre.
  - Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
  - Seguro Social de Salud (EsSalud).
- Miguel Armando Zuñiga Olivares.
  - Médico especialista en Ginecología y Obstetricia.
  - Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú (SALUDPOL).
- Wilder Vidauro Carpio Montenegro.
  - Médico cirujano.
  - Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones – Seguro Integral de Salud.

### III.9 Revisión externa

El GEG decidió que la revisión externa se llevaría a cabo convocando a los siguientes expertos:

- **Revisores clínicos**
  - Mario Fernando León Abad.
    - Médico especialista en Ginecología y Obstetricia.
    - Hospital Santa Rosa – Pueblo Libre.
  - Heddy Graciela Torres Manrique.
    - Médico especialista en Ginecología y Obstetricia.
    - Hospital Augusto Hernández Mendoza – EsSalud, Ica.
  - Adrian Rodolfo Palomino Herencia.
    - Médico especialista en Ginecología y Obstetricia.
    - Hospital Santa María del Socorro - Ica.

## IV. DESARROLLO DE LAS PREGUNTAS Y FORMULACIÓN DE RECOMENDACIONES

### IV.1 Pregunta 1. En gestantes ¿cuáles son los factores de riesgo para desarrollar preeclampsia?

#### Introducción

La placentación anormal, influenciada por la inmunidad y mecanismos de inadaptación de la placenta, es un paso inicial en la etiología y desarrollo de la preeclampsia. Sin embargo, no existe un único mecanismo responsable de su aparición (28,29).

Por ello, existe un consenso internacional sobre la importancia de evaluar el riesgo de preeclampsia desde las primeras etapas del embarazo, con el objetivo de identificar a las gestantes en riesgo e implementar medidas preventivas, como la administración de ácido acetilsalicílico, para reducir su incidencia y/o gravedad. En entornos con recursos limitados, se ha propuesto un enfoque de evaluación contingente basado principalmente en factores de riesgo clínicos (30). Estos factores siguen siendo fundamentales para la predicción de la preeclampsia. Un estudio reciente, que analizó 17 GPC, identificó 78 factores de riesgo, clasificados según su fuerza de asociación y nivel de certeza (31). Estos incluyen los comúnmente considerados en la mayoría de las GPC, obtenidos a partir de la historia clínica, el examen físico, pruebas de laboratorio e imágenes (32).

A pesar de estos avances, aún no hay un consenso en nuestro país sobre su aplicación. En ese sentido, el Grupo Elaborador de Guías (GEG) ha priorizado la estandarización de los factores de riesgo a considerar en la identificación del riesgo de preeclampsia, clasificándolos en factores de alto, moderado y bajo riesgo.

#### Preguntas PICO abordadas en esta pregunta clínica:

La presente pregunta clínica abordó la siguiente pregunta PICO:

Pregunta PICO N°	Paciente o problema	Exposición / comparador	Desenlaces
1	Gestantes	Factores de riesgo / -	• Desarrollo de preeclampsia

#### Búsqueda de RS

Para esta pregunta, se realizó una búsqueda de *novo* de revisiones sistemáticas en las principales bases de datos (MEDLINE/PubMed, CENTRAL, EMBASE y LILACS). Se priorizó la búsqueda de RS, que hayan sido elaboradas como parte de alguna guía de práctica clínica (GPC) (**Anexo N° 1**) o publicadas como artículos científicos (**Anexo N° 2**). Sin embargo, no se encontró una RS de estudios observacionales que evalúen medidas de asociación adecuadamente. Por ese motivo, se decidió emitir un punto de buena práctica clínica en base a los consensos establecidos en las GPC.

## Buenas Prácticas Clínicas (BPC)

Justificación	BPC	
<p><b>Evidencia:</b> En el desarrollo de esta guía de práctica clínica (GPC), se revisaron exhaustivamente las directrices nacionales: GPC del Instituto Nacional Materno Perinatal del 2023 (13), GPC del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación – EsSalud del 2021 (9), así como las guías a nivel regional y mundial: GPC de Trastornos Hipertensivos del Embarazo – Ecuador de 2016 (33), GPC de Detección, Diagnóstico y Tratamiento de las Enfermedades Hipertensivas del Embarazo del Instituto Mexicano del Seguro Social de 2017 (34), GPC de la US <i>Preventive Services Task Force</i> del 2021 (35), GPC de <i>National Institute for Health and Care Excellence</i> (NICE) de 2023 (16), GPC de la <i>Society of Obstetrician and Gynaecologists of Canadá</i> (SOGC) del 2022 (36), GPC de <i>The American College Of Obstetricians and Gynecologists</i> de 2020, GPC de WHO <i>Recommendations on Maternal Health</i> de 2017 (37), <i>Clinical Guidance Safer Care Victoria – Australia</i> de 2024 (12) y la Guía de Asistencia Práctica de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) de 2020 (38).</p> <p>Asimismo, se utilizó un estudio que sirvió como referencia para consignar y clasificar los factores de riesgo para desarrollar preeclampsia (31). Este estudio hizo una revisión de los factores de riesgo establecidos en 17 GPC y los clasificó como definitivos, probables, posibles y no significante.</p> <p>El GEG evaluó cada uno de los factores incluidos y clasificados según el nivel de riesgo, priorizando aquellos que se pueden identificar en el primer</p>	<p>En gestantes que presenten al menos <b>un factor de riesgo alto</b> o al menos <b>dos factores de riesgo moderado</b>, serán consideradas en riesgo para desarrollar preeclampsia.</p>	
	<p><b>NIVEL DE RIESGO</b></p>	<p><b>FACTORES DE RIESGO</b></p>
	<p><b>RIESGO ALTO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Antecedente de THE (hipertensión gestacional, preeclampsia, eclampsia, síndrome HELLP).</li> <li>- Historia familiar de preeclampsia (madre y/o hermana).</li> <li>- Hipertensión crónica.</li> <li>- Diabetes mellitus tipo 1 y 2.</li> <li>- Gestación actual multifetal (<math>\geq 3</math> fetos).</li> <li>- Enfermedad renal crónica (pérdida de la función renal de leve a severo).</li> <li>- Enfermedad autoinmune (LES, síndrome antifosfolípido, AR)</li> <li>- Obesidad pregestacional (<math>IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2</math>)</li> <li>- Terapia reproductiva asistida en el embarazo actual</li> <li>- Presión arterial en el embarazo temprano:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• PAS en la primera consulta de 120 - 129 mmHg (con PAD &lt; 80 mmHg)</li> <li>• Primer trimestre PAS <math>\geq 130</math> mmHg o PAD <math>\geq 80</math> mmHg</li> </ul> </li> </ul>
	<p><b>RIESGO MODERADO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nuliparidad o primigesta.</li> <li>- Sobrepeso pregestacional o en la primera visita (<math>IMC 25.0 - 29.9 \text{ kg/m}^2</math>).</li> <li>- Edad materna <math>&gt; 35</math> o <math>&lt; 18</math> años.</li> <li>- Anemia materna (<math>&lt; 11.0 \text{ gr/dL}</math>) o enfermedad de células falciformes.</li> <li>- Alguna enfermedad cardiovascular.</li> <li>- Embarazo previo con desenlaces adversos (parto prematuro, BPN, PEG, RCIU o muerte fetal previa).</li> <li>- Diabetes mellitus gestacional actual.</li> <li>- Embarazo actual haya sido concebido con una pareja diferente al embarazo inmediatamente anterior.</li> <li>- Embarazo gemelar actual.</li> <li>- DPP previo.</li> <li>- Vivir en grandes altitudes (<math>&gt; 3000</math> msnm).</li> </ul>

<p>nivel de atención y en la población peruana.</p> <p>En consecuencia, el panel de trabajo emitió una BPC para la identificación y clasificación de factores de riesgo para el desarrollo de preeclampsia.</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="719 208 906 300"> <p><b>RIESGO LEVE</b></p> </td> <td data-bbox="906 208 1380 300"> <p>- Parto a término previo no complicado y ausencia de factores de riesgo</p> </td> </tr> </table> <p><i>Abreviaturas: THE: trastorno hipertensivo del embarazo; LES: lupus eritematoso sistémico; AR: artritis reumatoide; IMC: índice de masa corporal; PAS: presión arterial sistólica; PAD: presión arterial diastólica; BPN: bajo peso al nacer; PEG: pequeño para la edad gestacional; RCIU: retraso del crecimiento intrauterino; DPP: desprendimiento prematuro de placenta y msnm: metros sobre el nivel del mar.</i></p>	<p><b>RIESGO LEVE</b></p>	<p>- Parto a término previo no complicado y ausencia de factores de riesgo</p>
<p><b>RIESGO LEVE</b></p>	<p>- Parto a término previo no complicado y ausencia de factores de riesgo</p>		

## IV.2 Pregunta 2. En gestantes con riesgo para desarrollar preeclampsia ¿se debería brindar ácido acetilsalicílico (AAS) para prevenir preeclampsia?

### Introducción

Los trastornos hipertensivos del embarazo afectan a aproximadamente el 10% de las gestaciones, siendo la preeclampsia la complicación más frecuente, con una incidencia del 2 al 4% de los embarazos (38). Esta condición está vinculada a cerca de 50,000 muertes maternas anuales y a una cifra 10 veces mayor de muertes fetales y neonatales a nivel mundial, constituyéndose como una de las principales causas de morbilidad materno-fetal (39,40).

Entre las complicaciones maternas y fetales más prevalentes se incluyen el desprendimiento prematuro de placenta (DPP), la restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) y la muerte fetal o intrauterina, con una incidencia del 25% y 4% en los casos de preeclampsia, respectivamente (42).

Dada la relevancia de estas complicaciones, se han planteado intervenciones dedicadas a prevenir la preeclampsia en mujeres con factores de riesgo, entre ellas el uso de ácido acetilsalicílico (AAS) en bajas dosis como tratamiento profiláctico, cuya eficacia ha sido evaluada en múltiples ensayos clínicos, metaanálisis y estudios observacionales (39–41).

En este contexto, el GEG consideró relevante evaluar los beneficios y daños de brindar AAS para la prevención de la preeclampsia.

### Preguntas PICO abordadas en esta pregunta clínica

La presente pregunta clínica abordó la siguiente pregunta PICO:

Pregunta PICO N°	Paciente o problema	Intervención / comparador	Desenlaces
2	Gestantes con riesgo de desarrollar preeclampsia.	Ácido acetilsalicílico / No ácido acetilsalicílico o placebo.	<p><u>CRÍTICOS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad materna.</li> <li>• Mortalidad neonatal.</li> <li>• Preeclampsia.</li> <li>• RCIU.</li> </ul> <p><u>IMPORTANTES:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Parto pretérmino.</li> <li>• Riesgo de DPP.</li> <li>• Hemorragia posparto.</li> <li>• Reacciones adversas del AAS.</li> </ul>

### Búsqueda de RS

Para esta pregunta, se realizó la búsqueda en las siguientes bases de datos: MEDLINE/PubMed, CENTRAL, EMBASE y LILACS. Se encontró 1 GPC de Task Force et al., 2021 (11) que cuenta con información proporcionada por esta GPC con una recomendación de utilidad obtenida por su RS Henderson et al., 2021. El grupo de metodólogos consideró que podría haber nueva evidencia disponible desde la fecha de búsqueda de la RS de Henderson et al., 2021 (mayo del 2020), por lo que se realizó una

búsqueda de RS desde esa fecha hasta el 03 de febrero del 2025, que hayan evaluado alguno de los desenlaces críticos o importantes abordados en esta pregunta PICO.

No se encontraron nuevas RS por lo que se consideró la RS Henderson et al., 2021 (11). A continuación, se resume las características de la RS encontrada (**Anexo N° 2 y 3**):

RS	Puntaje en AMSTAR-2 *	Fecha de la búsqueda (mes y año)	Desenlaces críticos o importantes que son evaluados por los estudios (número de estudios por cada desenlace)
Henderson et al., 2021 (11)	15/16	Febrero 2025	<p><u>CRÍTICOS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad materna.</li> <li>• Mortalidad neonatal.</li> <li>• Preeclampsia.</li> <li>• Restricción del crecimiento intrauterino.</li> </ul> <p><u>IMPORTANTES:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Parto pretérmino.</li> <li>• Riesgo de desprendimiento de placenta.</li> <li>• Hemorragia posparto.</li> <li>• Reacciones adversas al medicamento.</li> </ul>

\*El puntaje del AMSTAR-2 se detalla en el **Anexo N° 3**.

### Evidencia por cada desenlace

Se evaluaron los siguientes desenlaces:

- Mortalidad materna
  - No se encontró evidencia para este desenlace.
- Mortalidad neonatal
  - Para este desenlace se contó con una RS de Henderson et al., 2021 (11). Para este desenlace se incluyó 11 ECAs (n=13 860).
  - Para este desenlace los ECAs de RS de Henderson et al., 2021 tuvo las siguientes características:
    - La **población** del estudio de Henderson et al., 2021 fueron personas embarazadas con riesgo de preeclampsia (basado en características sociodemográficas personales, antecedentes médicos, pruebas diagnósticas o modelos de predicción de riesgo) que no han presentado efectos adversos previos ni tienen contraindicaciones para la aspirina en dosis baja.
    - La **intervención** evaluada consistió en la administración de ácido acetilsalicílico con un inicio de tratamiento tan temprano como 11 a 12 semanas y un tiempo de suspensión, frecuentemente, hasta el parto, con un rango de la dosis entre 50 a 150 mg diarios.

- El **comparador** evaluado consistió en la administración de placebo en todos los estudios a excepción de un estudio que asignó el comparador como haber recibido atención habitual sin placebo.
    - El **desenlace** se consideró como la mortalidad neonatal o muerte fetal intrauterina.
- Preeclampsia
  - Para este desenlace se contó con una RS de Henderson et al., 2021 (11). Para este desenlace se incluyó 16 ECAs (n=14 093).
  - Para este desenlace los ECAs de RS de Henderson et al., 2021 tuvo las siguientes características:
    - La **población** del estudio de Henderson et al., 2021 fueron personas embarazadas con riesgo de preeclampsia (basado en características sociodemográficas personales, antecedentes médicos, pruebas diagnósticas o modelos de predicción de riesgo) que no han presentado efectos adversos previos ni tienen contraindicaciones para la aspirina en dosis baja.
    - La **intervención** evaluada consistió en la administración de ácido acetilsalicílico con un inicio de tratamiento tan temprano como 11 a 12 semanas y un tiempo de suspensión, frecuentemente, hasta el parto, con un rango de la dosis entre 50 a 150 mg diarios.
    - El **comparador** evaluado consistió en la administración de placebo en todos los estudios a excepción de un estudio que asignó el comparador como haber recibido atención habitual sin placebo.
    - El **desenlace** de preeclampsia fue definido como PAS  $\geq$  140 mmHg y/o PAD  $\geq$  90 mmHg al menos 2 ocasiones con un intervalo de 4 horas, desarrollado después de las 20 semanas de gestación; proteinuria  $\geq$ 300 mg en 24 horas o 2 resultados de prueba tira reactiva de  $\geq$ 2+.
- Restricción de crecimiento intrauterino (RCIU)
  - Para este desenlace se contó con una RS de Henderson et al., 2021 (11). Para este desenlace se incluyó 16 ECAs (n=14 385).
  - Para este desenlace los ECAs de RS de Henderson et al., 2021 tuvo las siguientes características:
    - La **población** del estudio de Henderson et al., 2021 fueron personas embarazadas con riesgo de preeclampsia (basado en características sociodemográficas personales, antecedentes médicos, pruebas diagnósticas o modelos de predicción de riesgo) que no han presentado efectos adversos previos ni tienen contraindicaciones para la aspirina en dosis baja.
    - La **intervención** evaluada consistió en la administración de ácido acetilsalicílico con un inicio de tratamiento tan temprano como 11 a 12 semanas y un tiempo de suspensión, frecuentemente, hasta el parto, con un rango de la dosis entre 50 a 150 mg diarios.

- El **comparador** evaluado consistió en la administración de placebo en todos los estudios a excepción de un estudio que asignó el comparador como haber recibido atención habitual sin placebo.
    - El **desenlace** de RCIU se define como menor de percentil 10 o peso al nacer menor a -2 desviaciones estándar.
  - Parto pretérmino
    - Para este desenlace se contó con una RS de Henderson et al., 2021 (11). Para este desenlace se incluyó 13 ECAs (n=13 619).
    - Para este desenlace los ECAs de RS de Henderson et al., 2021 tuvo las siguientes características:
      - La **población** del estudio de Henderson et al., 2021 fueron personas embarazadas con riesgo de preeclampsia (basado en características sociodemográficas personales, antecedentes médicos, pruebas diagnósticas o modelos de predicción de riesgo) que no han presentado efectos adversos previos ni tienen contraindicaciones para la aspirina en dosis baja.
      - La **intervención** evaluada consistió en la administración de ácido acetilsalicílico con un inicio de tratamiento tan temprano como 11 a 12 semanas y un tiempo de suspensión, frecuentemente, hasta el parto, con un rango de la dosis entre 50 a 150 mg diarios.
      - El **comparador** evaluado consistió en la administración de placebo en todos los estudios a excepción de un estudio que asignó el comparador como haber recibido atención habitual sin placebo.
      - El **desenlace** de parto pretérmino fue definido como parto antes de las 37 semanas de gestación.
  - Desprendimiento prematuro de placenta (DPP)
    - Para este desenlace se contó con una RS de Henderson et al., 2021 (11). Para este desenlace se incluyó 10 ECAs (n=24 970).
    - Para este desenlace los ECAs de RS de Henderson et al., 2021 tuvo las siguientes características:
      - La **población** del estudio de Henderson et al., 2021 fueron personas embarazadas con riesgo de preeclampsia (basado en características sociodemográficas personales, antecedentes médicos, pruebas diagnósticas o modelos de predicción de riesgo) que no han presentado efectos adversos previos ni tienen contraindicaciones para la aspirina en dosis baja.
      - La **intervención** evaluada consistió en la administración de ácido acetilsalicílico con un inicio de tratamiento tan temprano como 11 a 12 semanas y un tiempo de suspensión, frecuentemente, hasta el parto, con un rango de la dosis entre 50 a 150 mg diarios.
      - El **comparador** evaluado consistió en la administración de placebo en todos los estudios a excepción de un estudio que asignó el comparador como haber recibido atención habitual sin placebo.

- El **desenlace** de reducción de DPP (ya sea con diagnóstico clínico: sangrado vaginal, sensibilidad uterina, o examen placentario) no es influido por el uso de AAS.
- Hemorragia posparto
  - Para este desenlace se contó con una RS de Henderson et al., 2021 (11). Para este desenlace se incluyó 9 ECAs (n=23 133).
  - Para este desenlace los ECAs de RS de Henderson et al., 2021 tuvo las siguientes características:
    - La **población** del estudio de Henderson et al., 2021 fueron personas embarazadas con riesgo de preeclampsia (basado en características sociodemográficas personales, antecedentes médicos, pruebas diagnósticas o modelos de predicción de riesgo) que no han presentado efectos adversos previos ni tienen contraindicaciones para la aspirina en dosis baja.
    - La **intervención** evaluada consistió en la administración de ácido acetilsalicílico con un inicio de tratamiento tan temprano como 11 a 12 semanas y un tiempo de suspensión, frecuentemente, hasta el parto, con un rango de la dosis entre 50 a 150 mg diarios.
    - El **comparador** evaluado consistió en la administración de placebo en todos los estudios a excepción de un estudio que asignó el comparador como haber recibido atención habitual sin placebo.
    - El **desenlace** de hemorragia posparto (mayor o igual a 500 ml de pérdida sanguínea) no es influido por el uso de AAS.
- Eventos adversos al medicamento
  - Para este desenlace no se halló evidencia, sin embargo, se contó con un ECA de Short et al., 2021 (42), con una población de gestantes en general, sin preeclampsia (n= 11 976). Tuvo las siguientes características:
    - La **población** estuvo conformada por gestantes. Por lo que la población no corresponde a nuestra pregunta PICO.
    - La **intervención** fue brindar AAS en baja dosis.
    - El **comparador** fue placebo o no brindar AAS.
    - El **desenlace** de eventos adversos maternos fue definido como erupción cutánea o urticaria, gastritis, sangrado vaginal y otros eventos adversos menores (resfrío, tos o fiebre, dolor o malestar abdominal y cefalea).
  - Si bien la población del estudio estuvo conformada por gestantes, no se especificó si tenían o no riesgo de preeclampsia por lo que el GEG decidió no considerarlo como parte de la evidencia.

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

<p><b>Población:</b> Gestante con riesgo de preeclampsia.  <b>Intervención:</b> Ácido acetilsalicílico.  <b>Comparador:</b> No tratamiento/placebo.  <b>Autor:</b> Luis Felipe Rojas Cama.  <b>Bibliografía por desenlace:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Mortalidad materna:</b> No se encontró evidencia para este desenlace.</li> <li>• <b>Mortalidad neonatal:</b> RS de Henderson et al., 2021 (11).</li> <li>• <b>Preeclampsia:</b> RS de Henderson et al., 2021 (11).</li> <li>• <b>RCIU:</b> RS de Henderson et al., 2021 (11).</li> <li>• <b>Parto pretérmino:</b> RS de Henderson et al., 2021 (11).</li> <li>• <b>Riesgo de DPP:</b> RS de Henderson et al., 2021 (11).</li> <li>• <b>Hemorragia posparto:</b> RS de Henderson et al., 2021 (11).</li> <li>• <b>Reacción adversa al medicamento:</b> No se encontró evidencia para este desenlace.</li> </ul>								
Desenlaces	Importancia	Número y Tipo de estudios	Intervención: AAS	Comparación: No AAS / placebo	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Interpretación*
<b>BENEFICIOS</b>								
Mortalidad materna	CRÍTICO	No se encontró evidencia para este desenlace.						
Mortalidad neonatal	CRÍTICO	11 ECA (n=13 860)	147/6916 (2.1%)	185/6944 (2.7%)	RR: 0.79 (0.66 a 0.96)	6 menos por 1 000** (de 9 menos a 1 menos)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	Por cada 1000 gestantes a las que le brindemos AAS en lugar de placebo / no dar AAS, se evita entre 1 a 9 muertes neonatales.
Preeclampsia	CRÍTICO	16 ECA (n=14 093)	657/7043 (9.3%)	794/7050 (11.3%)	RR: 0.85 (0.75 a 0.95)	17 menos por 1 000** (de 28 menos a 6 menos)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	Por cada 1000 gestantes a las que le brindemos AAS en lugar de placebo / no dar AAS, se evita entre 6 a 28 casos de preeclampsia.
RCIU	CRÍTICO	16 ECA (n=14 385)	650/7180 (9.1%)	747/ 7205 (10.4%)	RR: 0.87 (0.79 a 0.96)	13 menos por 1 000** (de 22 menos a 4 menos)	⊕⊕⊕○ MODERADA <sup>a</sup>	Por cada 1000 gestantes a las que le brindemos AAS en lugar de placebo / no dar AAS, probablemente se evite entre 4 a 22 casos de RCIU.
Parto pretérmino	IMPORTANTE	13 ECA (n=13 619)	1341/6810 (19.7%)	1525/6809 (22.4%)	RR: 0.80 (0.67 a 0.95)	45 menos por 1 000** (de 74 menos a 11 menos)	⊕⊕⊕○ MODERADA <sup>b</sup>	Por cada 1000 gestantes a las que le brindemos AAS en lugar de placebo / no dar AAS, probablemente se evite entre 11 a 74 casos de parto pretérmino.

Riesgo de DPP	IMPORTANTE	10 ECA (n=24 970)	154/12464 (1.2%)	133/12506 (1.1%)	<b>RR: 1.15</b> (0.76 a 1.72)	<b>2 más por 1 000**</b> (de 3 menos a 8 más)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	Al brindar AAS en lugar de placebo / no dar AAS, no modificaremos los eventos de DPP.
<b>DAÑOS</b>								
Hemorragia posparto	IMPORTANTE	9 ECA (n=23 133)	1662/11562 (14.4%)	1611/11571 (13.9%)	<b>RR: 1.03</b> (0.94 a 1.12)	<b>4 más por 1 000**</b> (de 8 menos a 17 más)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	Al brindar AAS en lugar de placebo / no dar AAS, no modificaremos los eventos de hemorragia posparto.
<p><b>AAS:</b> ácido acetil salicílico; <b>IC:</b> Intervalo de confianza; <b>ECA:</b> ensayo clínico aleatorizado; <b>RR:</b> Riesgo relativo; <b>RCIU:</b> restricción del crecimiento intrauterino; <b>DPP:</b> Desprendimiento prematuro de placenta.</p> <p>* Se usan términos estandarizados de acuerdo con la certeza de la evidencia: alta = ningún término, moderada = probablemente, baja = podría ser, muy baja = podría ser aunque la evidencia es incierta.</p> <p>** Dato calculado por el grupo metodológico.</p>								
<p><b>Explicaciones de la certeza de evidencia:</b></p> <p>a. RS de Henderson 2021 para RCIU refiere un <math>I^2</math> de 41.24%, por tanto, se disminuyó un nivel de certeza por inconsistencia (<math>I^2</math> entre 40% a 80%).</p> <p>b. RS Henderson 2021 para parto pretérmino refiere un <math>I^2</math> de 48.71%, por tanto, se disminuyó un nivel de certeza por inconsistencia (<math>I^2</math> entre 40% a 80%).</p>								

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

### Presentación

<b>Pregunta 2: En gestantes con riesgo para desarrollar preeclampsia ¿se debería brindar ácido acetilsalicílico (AAS) para prevenir preeclampsia?</b>	
<b>Población:</b>	Gestantes con riesgo para preeclampsia
<b>Intervención:</b>	Brindar ácido acetilsalicílico
<b>Comparador:</b>	No brindar o dar placebo
<b>Desenlaces:</b>	<p><b>CRÍTICOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad materna.</li> <li>• Mortalidad neonatal.</li> <li>• Preeclampsia.</li> <li>• Restricción del crecimiento intrauterino.</li> </ul> <p><b>IMPORTANTES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Parto pretérmino.</li> <li>• Riesgo de desprendimiento de placenta.</li> <li>• Hemorragia posparto.</li> <li>• Reacciones adversas del medicamento.</li> </ul>
<b>Escenario:</b>	IPRESS del primer nivel de atención.
<b>Perspectiva:</b>	Recomendación clínica poblacional.
<b>Potenciales conflictos de interés:</b>	Los miembros del GEG manifestaron no tener conflictos de interés con respecto a esta pregunta.

### Evaluación de cada criterio

<b>1. Magnitud de los beneficios:</b>						
¿Cuán sustanciales son los beneficios ocasionados al brindar la intervención frente a brindar el comparador?						
Juicio	Evidencia					Consideraciones adicionales
	Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Número y Tipo de estudios	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Trivial</li> <li>○ Pequeño</li> <li>○ Moderado</li> <li>● Grande</li> <li>○ Varía</li> <li>○ Se desconoce</li> </ul>	Mortalidad neonatal	11 ECA (n=13,860)	RR 0.79 (0,66 a 0,96)	6 menos por 1000 (de 9 menos a 1 menos)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	En gestantes con riesgo para preeclampsia, los <b>beneficios</b> de brindar la intervención en lugar del comparador se consideraron grandes (puesto que los efectos deseables para los desenlaces críticos e importantes fueron calificados por el panel como beneficio grande).
	Preeclampsia	16 ECA (n=14,093)	RR: 0,85 (0,75 a 0,95)	17 menos por 1000 (de 28 menos a 6 menos)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	
	RCIU	16 ECA (n=14,385)	RR: 0,87 (0,79 a 0,96)	13 menos por 1000 (de 22 menos a 4 menos)	⊕⊕⊕○ MODERADA	
	Parto pretérmino	13 ECA (n=13,619)	RR: 0,80 (0,67 a 0,95)	45 menos por 1000 (de 74 menos a 11 menos)	⊕⊕⊕○ MODERADA	
	Riesgo de DPP	10 ECA (n=24,970)	RR: 1,15 (0,76 a 1,72)	2 más por 1000 (de 3 menos a 8 más)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	

	Mortalidad materna	No se encontró evidencia para el desenlace				
<b>2. Magnitud de los daños:</b>						
¿Cuán sustanciales son los daños ocasionados al brindar la intervención frente a brindar el comparador?						
<b>Juicio</b>	<b>Evidencia</b>				<b>Consideraciones adicionales</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Grande</li> <li>○ Moderado</li> <li>○ Pequeño</li> <li>● Trivial</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Varía</li> <li>○ Se desconoce</li> </ul>	<b>Desenlaces (tiempo de seguimiento)</b>	<b>Número y Tipo de estudios</b>	<b>Efecto relativo (IC 95%)</b>	<b>Diferencia (IC 95%)</b>	<b>Certeza</b>	
	Hemorragia posparto	9 ECA (n=23,133)	RR: 1,03 (0,94 a 1,12)	4 más por 1000 (de 8 menos a 17 más)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	<p>En gestantes con riesgo para preeclampsia, los <b>daños</b> de brindar la intervención en lugar del comparador se consideraron triviales (puesto que los efectos para los desenlaces no fueron estadísticamente significativos y el panel consideró por mayoría simple que la magnitud de los efectos indeseables es trivial).</p>
	Eventos adversos del medicamento	No se encontró evidencia para el desenlace				
<b>3. Certeza de la evidencia:</b>						
¿Cuál es la certeza general de la evidencia?						
<b>Juicio</b>	<b>Evidencia</b>				<b>Consideraciones adicionales</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Muy baja</li> <li>○ Baja</li> <li>● Moderada</li> <li>○ Alta</li> <li>○ Ningún estudio incluido</li> </ul>	<b>Desenlaces (tiempo de seguimiento)</b>	<b>Importancia</b>	<b>Certeza</b>		<p>Entre los desenlaces críticos, 2 de 4 criterios se calificaron como alta, un desenlace crítico se consideró como moderada y no se encontró evidencia para uno. Se consideró la certeza de evidencia <b>moderada</b>, por ser la menor calificación.</p>	
	Mortalidad materna	CRÍTICO	No se encontró evidencia			
	Mortalidad neonatal	CRÍTICO	⊕⊕⊕⊕ ALTA			
	Preeclampsia	CRÍTICO	⊕⊕⊕⊕ ALTA			
	RCIU	CRÍTICO	⊕⊕⊕○ MODERADA			
	Parto pretérmino	IMPORTANTE	⊕⊕⊕○ MODERADA			
	Riesgo de DPP	IMPORTANTE	⊕⊕⊕⊕ ALTA			
	Hemorragia posparto	IMPORTANTE	⊕⊕⊕⊕ ALTA			
	Eventos adversos del medicamento	IMPORTANTE	No se encontró evidencia			
<b>4. Información disponible de los desenlaces:</b>						
¿Se contó con evidencia para todos los desenlaces importantes/críticos para los pacientes?						
<b>Juicio</b>	<b>Evidencia</b>				<b>Consideraciones adicionales</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ No</li> <li>● Sí</li> </ul>	<b>Desenlaces (tiempo de seguimiento)</b>	<b>Importancia</b>	<b>Certeza</b>		<p>El GEG consideró que <b>sí</b> se consideraron la mayoría de los desenlaces críticos / importantes para los pacientes, a excepción de un desenlace crítico "mortalidad materna" y un desenlace importante "eventos adversos del medicamento".</p>	
	Mortalidad materna	CRÍTICO	No se encontró evidencia			
	Mortalidad neonatal	CRÍTICO	⊕⊕⊕⊕ ALTA			
	Preeclampsia	CRÍTICO	⊕⊕⊕⊕ ALTA			
	RCIU	CRÍTICO	⊕⊕⊕○ MODERADA			
	Parto pretérmino	IMPORTANTE	⊕⊕⊕○ MODERADA			
	Riesgo de DPP	IMPORTANTE	⊕⊕⊕⊕ ALTA			

Hemorragia posparto	IMPORTANTE	⊕⊕⊕⊕ ALTA
Eventos adversos del medicamento	IMPORTANTE	No se encontró evidencia

**5. 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"> <li>○ Favorece al comparador</li> <li>○ Probablemente favorece al comparador</li> <li>○ No favorece a la intervención ni al comparador</li> <li>○ Probablemente favorece a la intervención</li> <li>● Favorece a la intervención</li> <li>○ Varía</li> <li>○ Se desconoce</li> </ul>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Criterio</th> <th>Juicio</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Beneficios</td> <td>Grande</td> </tr> <tr> <td>Daños</td> <td>Trivial</td> </tr> <tr> <td>Desenlaces importantes para los pacientes</td> <td>Sí</td> </tr> <tr> <td>Certeza de la evidencia</td> <td>Moderada</td> </tr> </tbody> </table>	Criterio	Juicio	Beneficios	Grande	Daños	Trivial	Desenlaces importantes para los pacientes	Sí	Certeza de la evidencia	Moderada	Debido a que los beneficios fueron considerados como grandes y los daños como triviales, y si se consideraron la mayoría los desenlaces críticos para los pacientes y con una certeza de evidencia moderada, entonces el panel consideró que el balance de los efectos <b>favorece a la intervención.</b>
	Criterio	Juicio										
	Beneficios	Grande										
	Daños	Trivial										
	Desenlaces importantes para los pacientes	Sí										
Certeza de la evidencia	Moderada											

**6. Uso de recursos (costos):**  
 ¿Qué tan grandes son los requerimientos de recursos (costos) de la intervención frente al comparador para un paciente (de ser una enfermedad crónica, usar el costo anual)?

Juicio	Evidencia					Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La intervención implica costos extensos con respecto al comparador</li> <li>○ La intervención implica costos moderados con respecto al comparador</li> <li>● Intervención y comparador implican costos similares (diferencias pequeñas)</li> <li>○ La intervención implica ahorros moderados con respecto al comparador</li> <li>○ La intervención implica ahorros extensos respecto al comparador</li> </ul>	<b>Desenlaces</b>	<b>Costo de la intervención por paciente</b>	<b>Costo del comparador por paciente</b>	<b>Diferencia en costo anual por paciente (S/)</b>	<b>Diferencia Total por 100 personas al año (S/)</b>	Tomando en cuenta los costos del uso de recursos, el GEG opina que el ácido acetilsalicílico genera <b>implican costos similares</b> de recursos frente al placebo para una gestante con riesgo de preeclampsia.
	Uso de recurso	S/ 4.27	S/ 0	S/ 4.27	S/ 426.56	
	Tratamiento para la preeclampsia	S/ 373.06	S/ 453.29	- S/ 80.23	-S/8022.76	
	Tratamiento para el RCIU	S/ 144.19	S/ 148.94	- S/4.75	- S/475.35	
	Eventos adversos	S/ 36.35	S/ 35.96	S/0.39	S/38.69	
	<b>Costo Total</b>			- S/80.33	- S/8032.85	
	<b>UIT</b>			-0.02		

7. Aceptabilidad: ¿La intervención es aceptable para el personal de salud y los pacientes?		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ No</li> <li>○ Probablemente no</li> <li>○ Probablemente sí</li> <li>● Sí</li> <li>○ Varía</li> <li>○ Se desconoce</li> </ul>	No se encontraron estudios locales para este criterio.	Por consenso, el GEG consideró que el uso de ácido acetilsalicílico <b>si</b> es aceptable para el personal de salud y los pacientes.
8. Factibilidad: ¿La intervención es factible de implementar?		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ No</li> <li>○ Probablemente no</li> <li>○ Probablemente sí</li> <li>● Sí</li> <li>○ Varía</li> <li>○ Se desconoce</li> </ul>	<b>Disponibilidad y restricciones:</b> El ácido acetil salicílico está disponible en el petitorio nacional, y su uso no está restringido a la indicación de un especialista.	<b>Disponibilidad real:</b> El GEG consideró que este fármaco <b>si</b> es factible de implementar.

### Resumen de los juicios

	JUICIOS					
	Se desconoce	Trivial	Pequeño	Moderado	Grande	
<b>BENEFICIOS</b>	Se desconoce	Trivial	Pequeño	Moderado	Grande	
<b>DAÑOS</b>	Se desconoce	Grande	Moderado	Pequeño	Trivial	
<b>CERTEZA GLOBAL DE LA EVIDENCIA</b>	Ningún estudio incluido	Muy baja	Baja	Moderada	Alta	
<b>INFORMACIÓN DISPONIBLE PARA LOS DESENLACES</b>		No			Sí	
<b>BALANCES DE LOS BENEFICIOS Y DAÑOS</b>	Se desconoce	Favorece al comparador	Probablemente favorece al comparador	No favorece a la intervención ni al comparador	Probablemente favorece a la intervención	Favorece a la intervención
<b>USO DE RECURSOS</b>		La intervención implica costos extensos con respecto al comparador	La intervención implica costos moderados con respecto al comparador	Intervención y comparador implican costos similares (diferencias pequeñas)	La intervención implica ahorros moderados respecto al comparador	La intervención implica ahorros extensos con respecto al comparador
<b>ACEPTABILIDAD</b>		No	Probablemente no	Probablemente sí	Sí	
<b>FACTIBILIDAD</b>		No	Probablemente no	Probablemente sí	Sí	
<b>RECOMENDACIÓN FINAL</b>	No emitir recomendación	Recomendación fuerte a favor del comparador	Recomendación condicional a favor del comparador	Recomendación condicional a favor de la intervención o del comparador	Recomendación condicional a favor de la intervención	Recomendación fuerte a favor de la intervención

## Recomendaciones y consideraciones

Justificación de la dirección y fuerza de la recomendación	Recomendación y consideraciones adicionales
<p><b>Dirección:</b> En gestantes con riesgo de desarrollar preeclampsia, los beneficios de administrar AAS en lugar de placebo / no dar AAS, fueron considerados grande y que los daños fueron evaluados como trivial. Por lo tanto, el balance de los efectos favoreció el uso de la intervención. En consecuencia, se emitió una recomendación <b>a favor</b> del uso de ácido acetilsalicílico.</p> <p><b>Fuerza:</b> Debido a que la certeza global de la evidencia fue moderada, esta recomendación es <b>fuerte</b>.</p> <p><u>Consideraciones adicionales:</u></p> <p>El GEG consideró, por cuestiones de aceptabilidad y factibilidad, que la dosis a recomendar es de 100 mg de AAS al día, dado que el rango en la mayoría de las GPC y ECA estaba entre 60 a 150 mg. Con respecto al inicio del tratamiento la evidencia muestra que iniciar el tratamiento preventivo antes de finalizar el remodelado de las arterias espirales uterinas, que suele suceder antes de las 16 semanas, reduce el riesgo de preeclampsia significativamente (43), y que debe ser continuado hasta antes de las 37 semanas de gestación lo que reduciría la incidencia de preeclampsia hasta un 63% (40), y al momento de dormir, puesto que su uso ha mostrado regular la presión arterial medida de forma convencional o ambulatoria (44,45).</p> <p>La suspensión del tratamiento preventivo con AAS se basó en las recomendaciones de US Preventive Services Task Force (46).</p>	<p>En gestantes con riesgo de preeclampsia, se recomienda administrar AAS para la prevención de preeclampsia.</p> <p><u>Consideraciones adicionales:</u></p> <p><b>Recomendación fuerte a favor de la intervención.</b></p> <p><b>Certeza de la evidencia: Moderada.</b></p> <p>⊕⊕⊕○</p> <p><u>Consideraciones adicionales:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Administrar 100 mg de AAS vía oral una vez al día, preferiblemente por la noche e indicado por el médico. Iniciar el tratamiento idealmente entre las 12 a 16 semanas de gestación y continuar hasta las 36 semanas o se realice un diagnóstico de hipertensión gestacional o preeclampsia, lo que ocurra primero.</li> <li>- Suspender la administración de AAS si la gestante presenta ataques de asma, aparición de sangrado y/o aumento del tiempo de sangrado, elevación de enzimas hepáticas, urticaria y dolor epigástrico o según criterio médico luego de una evaluación individualizada.</li> </ul>

### IV.3 Pregunta 3. En gestantes con riesgo para desarrollar preeclampsia, ¿se debería brindar calcio para prevenir preeclampsia?

#### Introducción

La preeclampsia es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materno-fetal a nivel mundial, especialmente en países con recursos limitados (3,4). Esta condición, caracterizada por hipertensión arterial mayor de 140/90mmHg después de la semana 20 de gestación, puede derivar en complicaciones graves como eclampsia, síndrome HELLP, desprendimiento placentario y restricción del crecimiento intrauterino (3,10). Su impacto en la salud materna y fetal subraya la importancia de estrategias eficaces para su prevención, ya que actualmente no existe un tratamiento curativo más allá del parto. Identificar medidas preventivas basadas en evidencia es crucial para reducir la incidencia y las consecuencias adversas de esta patología.

El calcio ha sido propuesto como una intervención potencialmente efectiva para la prevención de la preeclampsia, particularmente en mujeres con dietas bajas de calcio (10,16,17). Su papel en la regulación de la presión arterial y la función endotelial sugiere un posible beneficio en la reducción del riesgo de desarrollar esta condición. Sin embargo, la evidencia disponible aún presenta variabilidad en los resultados, lo que hace necesario brindar recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible para el uso de calcio en gestantes con riesgo de preeclampsia, con el fin de estandarizar las prácticas clínicas y mejorar los resultados maternos y perinatales.

Por lo anterior mencionado el GEG consideró relevante evaluar los beneficios y daños de brindar calcio para la prevención de la preeclampsia.

#### Preguntas PICO abordadas en esta pregunta clínica:

La presente pregunta clínica abordó las siguientes preguntas PICO:

Pregunta PICO N°	Paciente o problema	Intervención / comparador	Desenlaces
3	Gestantes con riesgo para preeclampsia.	Calcio/ No Calcio o dar placebo.	<u>CRÍTICOS:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad materna</li> <li>• Mortalidad neonatal</li> <li>• Preeclampsia</li> <li>• Eclampsia</li> <li>• Síndrome HELLP</li> <li>• Parto pretérmino</li> </ul> <u>IMPORTANTES:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipertensión gestacional</li> <li>• Eventos adversos no serios maternos</li> </ul>

## Búsqueda de RS:

Para esta pregunta, se encontró una GPC de la OMS et al., 2018 (18) en la búsqueda de GPC. La información proporcionada por esta GPC cuenta con una recomendación de utilidad por su RS Hofmeyr et al., 2018 (47). El grupo de metodólogos consideró que podría haber nueva evidencia disponible desde la fecha de búsqueda de la RS Hofmeyr et al., 2018 (18 de setiembre del 2017), por lo que se realizó una búsqueda de RS a partir desde esa fecha hasta el 03 de febrero del 2025. Se priorizó la búsqueda de RS que incluyeran metaanálisis de ECA y/o estudios observacionales. (Anexo N° 2). En esta búsqueda se encontró una RS de Sun et al., 2019 (48). Finalmente se decidió considerar la RS de Hofmeyr et al., 2018 (47), la RS de Sun et al., 2019 (48) y la RS de Kongwattanakul et al., 2024 (49).

RS	Puntaje en AMSTAR-2 *	Fecha de la búsqueda (mes y año)	Desenlaces críticos o importantes que son evaluados por los estudios (número de estudios por cada desenlace)
Kongwattanakul et al., 2024 (49)	16/16	Diciembre 2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eventos adversos no serios maternos (3 ECA)</li> </ul>
Sun et al., 2019 (48).	15/16	Octubre 2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preeclampsia (25 ECA)</li> <li>• Hipertensión gestacional (19 ECA)</li> </ul>
Hofmeyr et al., 2018 (47).	16/16	Septiembre 2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad materna (1 ECA)</li> <li>• Mortalidad neonatal (11 ECA)</li> <li>• Eclampsia (3 ECA)</li> <li>• Síndrome HELLP (2 ECA)</li> <li>• Parto pretérmino (11 ECA)</li> </ul>

\*El puntaje del AMSTAR-2 se detalla en el Anexo N° 3.

El riesgo de sesgo de cada estudio incluido y evaluado en cada RS se detalla en el **Anexo N° 3**.

## Evidencia por cada desenlace

Se evaluaron los siguientes desenlaces:

- **Mortalidad materna**
  - Para este desenlace se contó con una RS Hofmeyr et al., 2018 (47). Para este desenlace se incluyó 1 ECA (n= 8 312).
  - Para este desenlace, el ECA de RS Hofmeyr et al., 2018 tuvo las siguientes características:
    - La **población** estuvo conformada por gestantes con riesgo para desarrollar preeclampsia. Se consideró riesgo cuando tenía las características de adolescente o mayor a los 40 años, antecedente de preeclampsia, aumento de la sensibilidad de angiotensina II y antecedente de hipertensión arterial.
    - La **intervención** fue calcio elemental a dosis altas ( $\geq 1g$ ) diario.
    - El **comparador** fue placebo.
    - El **desenlace** de mortalidad materna fue definido como el número de defunciones durante el tiempo de observación de cada estudio.

- Mortalidad neonatal
  - Para este desenlace se contó con una RS Hofmeyr et al., 2018 (47). Para este desenlace se incluyó 11 ECAs (n= 15 665).
  - Para este desenlace, los ECAs de RS Hofmeyr et al., 2018 tuvo las siguientes características:
    - La **población** estuvo conformada por gestantes con riesgo para desarrollar preeclampsia. Se consideró riesgo cuando tenía las características de adolescente o mayor a los 40 años, antecedente de preeclampsia, aumento de la sensibilidad de angiotensina II y antecedente de hipertensión arterial.
    - La **intervención** fue calcio elemental a dosis altas ( $\geq 1g$ ) diario.
    - El **comparador** fue placebo.
    - El **desenlace** de mortalidad neonatal fue definido como el número de defunciones antes del alta hospitalaria.
  
- Preeclampsia
  - Para este desenlace se contó con una RS Sun et al., 2019 (48). Para este desenlace se incluyó 25 ECAs (n=27 770).
  - Para este desenlace, los ECAs de RS Sun et al., 2019 tuvo las siguientes características:
    - La **población** estuvo conformada por gestantes con alto y bajo riesgo para desarrollar preeclampsia. Se consideró riesgo cuando presentó al menos una de las siguientes características: mayor de 35 años, menor de 17 años, nuliparidad (18-30 años) con bajo estado socioeconómico, nuliparidad con prueba positiva de sensibilidad a la angiotensina, obesidad, presión arterial media alta  $>85$  mmHg.
    - La **intervención** fue calcio elemental o carbonato de calcio diario.
    - El **comparador** fue placebo.
    - El **desenlace** de preeclampsia fue definido como PAS  $\geq 140$ mmHg y PAD  $\geq 90$ mmHg y proteinuria  $> 0.3g$ .
  
- Eclampsia
  - Para este desenlace se contó con una RS Hofmeyr et al., 2018 (47). Para este desenlace se incluyó 3 ECAs (n=13 425).
  - Para este desenlace, los ECAs de RS Hofmeyr et al., 2018 tuvo las siguientes características:
    - La **población** estuvo conformada por gestantes con riesgo para desarrollar preeclampsia. Definido riesgo cuando sea adolescente o mayor a los 40 años, antecedente de preeclampsia, aumento de la sensibilidad de angiotensina II y antecedente de hipertensión arterial.
    - La **intervención** fue calcio elemental a dosis altas ( $\geq 1g$ ) diario.
    - El **comparador** fue placebo.
    - El **desenlace** de eclampsia fue definido como la presencia de estados convulsivos como crisis convulsivas tónico-clónicas, focales o multifocales de aparición reciente en una gestante.

- Síndrome HELLP
  - Para este desenlace se contó con una RS Hofmeyr et al., 2018 (47). Para este desenlace se incluyeron 2 ECAs (n=12 901).
  - Para este desenlace, los ECAs de RS Hofmeyr et al., 2018 tuvo las siguientes características:
    - La **población** estuvo conformada por gestantes con riesgo para desarrollar preeclampsia. Definido riesgo cuando sea adolescente o mayor a los 40 años, antecedente de preeclampsia, aumento de la sensibilidad de angiotensina II y antecedente de hipertensión arterial.
    - La **intervención** fue calcio elemental a dosis altas ( $\geq 1g$ ) diario.
    - El **comparador** fue placebo.
    - El **desenlace** de síndrome HELLP fue definido como el número de casos que presento síndrome de hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y trombocitopenia.
  
- Parto pretérmino
  - Para este desenlace se contó con una RS Hofmeyr et al., 2018 (47). Para este desenlace se incluyó 11 ECAs (n=15 275).
  - Para este desenlace, los ECAs de RS Hofmeyr et al., 2018 tuvo las siguientes características:
    - La **población** estuvo conformada por gestantes con riesgo para desarrollar preeclampsia. Definido riesgo cuando sea adolescente o mayor a los 40 años, antecedente de preeclampsia, aumento de la sensibilidad de angiotensina II y antecedente de hipertensión arterial.
    - La **intervención** fue calcio elemental diario.
    - El **comparador** fue placebo.
    - El **desenlace** de parto pretérmino fue definido como el número de partos antes de las 37 semanas de gestación.
  
- Hipertensión gestacional
  - Para este desenlace se contó con una RS Sun et al., 2019 (48). Para este desenlace se incluyeron 19 ECAs (n=24 534).
  - Para este desenlace, los ECAs de RS Sun et al., 2019 tuvo las siguientes características:
    - La **población** estuvo conformada por gestantes con alto y bajo riesgo para desarrollar preeclampsia. Se consideró de riesgo cuando se presentó al menos un factor de riesgo: mayor de 35 años, menor de 17 años, nuliparidad (18-30 años) con bajo estado socioeconómico, nuliparidad con prueba positiva de sensibilidad a la angiotensina, obesidad, presión arterial media alta  $>85$  mmHg.
    - La **intervención** fue calcio elemental o carbonato de calcio diario.
    - El **comparador** fue placebo.
    - El **desenlace** de hipertensión gestacional fue definido como PAS  $\geq 140$  mmHg y/o PAD  $\geq 90$  mmHg después de las 20 semanas de gestación.

- Eventos adversos no serios maternos
  - Para este desenlace, se contó con una RS Kongwattanakul et al., 2024 (49) con una población de gestantes en general. Para este desenlace se incluyeron 3 ECAs (n= 8 882).
  - Para este desenlace, los ECAs de RS Kongwattanakul et al., 2024 tuvo las siguientes características:
    - La **población** estuvo conformada por gestantes.
    - La **intervención** fue brindar calcio elemental en sus formas de carbonato de calcio, gluconato de calcio o lactato de calcio en cualquier dosis y régimen.
    - El **comparador** fue placebo o no brindar calcio.
    - El **desenlace** de eventos adversos no serios maternos fue definido como síntomas gastrointestinales (náusea, ácidos y diarrea), cálculos biliares, cefalea, vómitos, lumbalgia, dolor vaginal y urinario, dispepsia y dolor abdominal.
  - Si bien la población del estudio estuvo conformada por gestantes, no se especificó si tenían o no riesgo de preeclampsia.

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

<p><b>Población:</b> Gestantes con riesgo para preeclampsia.  <b>Intervención:</b> Brindar calcio.  <b>Comparador:</b> No brindar calcio o dar placebo.  <b>Autor:</b> Luis Rojas-Cama, Nicole Villagaray-Pacheco.  <b>Bibliografía por desenlace:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Mortalidad materna:</b> RS de Hofmeyr et al., 2018 (47).</li> <li>• <b>Mortalidad neonatal:</b> RS de Hofmeyr et al., 2018 (47).</li> <li>• <b>Preeclampsia:</b> RS de Sun et al., 2019 (48).</li> <li>• <b>Eclampsia:</b> RS de Hofmeyr et al., 2018 (47).</li> <li>• <b>Síndrome HELLP:</b> RS de Hofmeyr et al., 2018 (47).</li> <li>• <b>Parto pretérmino:</b> RS de Hofmeyr et al., 2018 (47).</li> <li>• <b>Hipertensión gestacional:</b> RS de Sun et al., 2019 (48).</li> </ul>								
Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Número y Tipo de estudios	Intervención: Calcio	Comparación: No calcio / placebo	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Interpretación*
<b>BENEFICIOS</b>								
Mortalidad materna	CRÍTICO	1 ECA (n=8 312)	1/4 151 (0.0%)	6/4 161 (0.1%)	RR: 0.17 (0.02 a 1.39)	1 menos por 1 000** (de 1 menos a 1 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b</sup>	Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre dar y no dar calcio con respecto a la mortalidad materna, aunque la evidencia es incierta.
Mortalidad neonatal	CRÍTICO	11 ECA (n=15 665)	183/7 821 (2.3%)	205/7 844 (2.6%)	RR: 0.90 (0.74 a 1.09)	3 menos por 1 000** (de 7 menos a 2 más)	⊕⊕⊕○ MODERADA <sup>c</sup>	Probablemente no hay una diferencia estadísticamente significativa entre dar y no dar calcio con respecto la mortalidad neonatal.
Preeclampsia	CRÍTICO	25 ECA (n=27 770)	742/13 869 (5.4%)	970/13 901 (7.0%)	RR: 0.51 (0.40 a 0.64)	34 menos por 1 000** (de 42 menos a 25 menos)	⊕⊕⊕○ MODERADA <sup>d</sup>	Por cada 1 000 gestantes a las que brindemos calcio en lugar de no dar, probablemente causemos 34 casos de preeclampsia menos.

Eclampsia	CRÍTICO	3 ECA (n=13 425)	21/6 719 (0.3%)	29/6 706 (0,4%)	RR: 0.73 (0.41 a 1.27)	1 menos por 1000** (de 3 menos a 1 más)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	No hay una diferencia estadísticamente significativa entre dar y no dar calcio con respecto a la eclampsia.
Parto pretérmino	CRÍTICO	11 ECA (n=15 275)	722/7 620 (9.5%)	795/7 655 (10.4%)	RR: 0.76 (0.60 a 0.97)	25 menos por 1 000** (de 42 menos a 3 menos)	⊕⊕○○ BAJA <sup>c,d</sup>	Por cada 1 000 personas a las que brindemos calcio en lugar de no dar, podríamos causar 25 parto pretérmino menos.
Hipertensión gestacional	IMPORTANTE	19 ECA (n= 24 534)	2,137/12 751 (16.8%)	2,477/12 778 (19.4%)	RR: 0.70 (0.60 a 0.82)	58 menos por 1 000** (de 78 menos a 35 menos)	⊕⊕⊕⊕ MODERADA <sup>d</sup>	Por cada 1 000 personas a las que brindemos calcio en lugar de no dar, probablemente causemos 58 hipertensión gestacional menos.
Síndrome HELLP	CRÍTICO	1 ECA (n= 8 312)	9/4 151 (0.2%)	4/4161 (0.1%)	RR: 2.26 (0.70 a 7.32)	1 más por 1 000** (de 0 menos a 6 más)	⊕⊕⊕⊕ MODERADA <sup>e</sup>	Probablemente no hay una diferencia estadísticamente significativa entre dar y no dar calcio con respecto al síndrome HELLP.
<b>DAÑOS</b>								
Eventos adversos no serios maternos (Síntomas gastrointestinales)	IMPORTANTE	1 ECA (n= 52)	4/25 (16%)	2/27 (7.40%)	RR: 2.16 (0.43 a 10.78)	86 más por 1 000** (de 42 menos de 724 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,f</sup>	Probablemente no hay una diferencia estadísticamente significativa entre dar y no dar calcio con respecto a síntomas gastrointestinales.
Eventos adversos no serios maternos (Cálculos biliares)	IMPORTANTE	1 ECA (n= 518)	8/257 (3.11%)	6/261 (2.29%)	RR: 1.35 (0.48 a 3.85)	8 más por 1 000** (de 12 menos a 66 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,f</sup>	Probablemente no hay una diferencia estadísticamente significativa entre dar y no dar calcio con respecto a cálculos biliares.

Eventos adversos no serios maternos (Cefalea, vómitos, lumbalgia, dolor vaginal y urinario, dispepsia y dolor abdominal)	IMPORTANTE	1 ECA (n= 16 929)	764/4 151 (18.40%)	751/4 161 (18.04%)	RR: 1.02 (0.93 a 1.12)	4 más por 1 000** (de 13 menos a 22 más)	⊕⊕⊕⊖ MODERADO <sup>d,f</sup>	Probablemente no hay una diferencia estadísticamente significativa entre dar y no dar calcio con respecto a cefalea, vómitos, lumbalgia, dolor vaginal y urinario, dispepsia y dolor abdominal.
--	------------	-------------------	--------------------	--------------------	------------------------	--	------------------------------	---

IC: Intervalo de confianza; RR: Riesgo relativo, DM: Diferencia de medias.

\*Se usan términos estandarizados de acuerdo con la certeza de la evidencia: alta = ningún término, moderada = probablemente, baja = podría ser, muy baja = podría ser aunque la evidencia es incierta.

\*\* Dato calculado por el grupo metodológico.

**Explicaciones de la certeza de evidencia:**

- a. Imprecisión: El intervalo de confianza cruza dos umbrales establecidos de 0.75 y 1.25 (se disminuye 2 niveles).
- b. Evidencia indirecta: La población no corresponde con la PICO planteada. Incluye población con alta y baja ingesta de calcio (se disminuye 1 nivel).
- c. Moderado riesgo de sesgo en 50-70% de los estudios (se disminuye 1 nivel).
- d. Inconsistencia: I<sup>2</sup> entre 40% a 80% (se disminuye 1 nivel).
- e. Imprecisión: El intervalo de confianza cruza el umbral establecido de 1.25 (se disminuye 1 nivel).
- f. Evidencia indirecta: La población no corresponde con la PICO planteada. No se especificó si tenían o no riesgo de preeclampsia (se disminuye 1 nivel).

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

### Presentación

<b>Pregunta 3: En gestantes con riesgo para desarrollar preeclampsia, ¿se debería brindar calcio para prevenir preeclampsia?</b>	
<b>Población:</b>	Gestantes con riesgo para desarrollar preeclampsia
<b>Intervención:</b>	Brindar calcio
<b>Comparador:</b>	No brindar o placebo
<b>Desenlaces:</b>	<p><u>CRÍTICOS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad materna</li> <li>• Mortalidad neonatal</li> <li>• Preeclampsia</li> <li>• Eclampsia</li> <li>• Síndrome HELLP</li> <li>• Parto pretérmino</li> </ul> <p><u>IMPORTANTES:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipertensión gestacional</li> <li>• Eventos adversos no serios maternos</li> </ul>
<b>Escenario:</b>	IPRESS del primer de atención
<b>Perspectiva:</b>	Recomendación clínica poblacional
<b>Potenciales conflictos de interés:</b>	Los miembros del GEG manifestaron no tener conflictos de interés con respecto a esta pregunta

### Evaluación de cada criterio

1. Magnitud de los beneficios:						
¿Cuán sustanciales son los beneficios ocasionados al brindar la intervención frente a brindar el comparador?						
Juicio	Evidencia				Consideraciones adicionales	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Trivial</li> <li>○ Pequeño</li> <li>● Moderado</li> <li>○ Grande</li> <li>○ Varía</li> <li>○ Se desconoce</li> </ul>	<b>Desenlaces (tiempo de seguimiento)</b>	<b>Número y Tipo de estudios</b>	<b>Efecto relativo (IC 95%)</b>	<b>Diferencia (IC 95%)</b>	<b>Certeza</b>	
	Mortalidad materna	1 ECA (n=8 312)	RR:0.17 (0.02 a 1.39)	1 menos por 1 000 (de 1 menos a 1 más)	⊕○○○ MUY BAJA	El GEG consideró por mayoría como beneficios moderados debido a que la certeza de la evidencia fue considerada alta en un desenlace crítico y moderados en tres desenlaces críticos, y los tamaños de los efectos para tres de los desenlaces fueron estadísticamente significativos.
	Mortalidad neonatal	11 ECA (n=15 665)	RR: 0.9 (0.74 a 1.09)	3 menos por 1 000 (de 7 menos a 2 más)	⊕⊕⊕○ MODERADA	
	Preeclampsia	25 ECA (n=27 770)	RR:0.51 (0.40 a 0.64)	34 menos por 1 000 (de 42 menos a 25 menos)	⊕⊕⊕○ MODERADA	
	Eclampsia	3 ECA (n=13 425)	RR:0.73 (0.41 a 1.27)	1 menos por 1 000 (de 3 menos a 1 más)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	
	Parto pretérmino	11 ECA (n=15 275)	RR: 0.76 (0.6 a 0.97)	25 menos por 1 000 (de 42 menos a 3 menos)	⊕⊕○○ BAJA	
	Hipertensión gestacional	19 ECA (n= 24 534)	RR: 0.70 (0.60 a 0.82)	58 menos por 1 000 (de 78 menos a 35 menos)	⊕⊕⊕○ MODERADA	
	Síndrome HELLP	1 ECA (n= 8 312)	RR: 2.26 (0.75 a 7.32)	1 más por 1 000 (de 0 menos a 6 más)	⊕⊕⊕○ MODERADA	

2. Magnitud de los daños:						
¿Cuán sustanciales son los daños ocasionados al brindar la intervención frente a brindar el comparador?						
Juicio	Evidencia					Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Grande</li> <li>○ Moderado</li> <li>○ Pequeño</li> <li>● Trivial</li> <li>○ Varía</li> <li>○ Se desconoce</li> </ul>	<b>Desenlaces (tiempo de seguimiento)</b>	<b>Número y Tipo de estudios</b>	<b>Efecto relativo o (IC 95%)</b>	<b>Diferencia (IC 95%)</b>	<b>Certeza</b>	El GEG consideró por mayoría como daños triviales debido a que el tamaño del efecto para el desenlace no fue estadísticamente significativo.
	Eventos adversos no serios maternos (Síntomas gastrointestinales)	1 ECA (n= 52)	RR: 2.16 (0.43 a 10.78)	<b>86 más por 1 000**</b> (de 42 menos de 724 más)	⊕○○○ MUY BAJA	
	Eventos adversos no serios maternos (Cálculos biliares)	1 ECA (n= 518)	RR: 1.35 (0.48 a 3.85)	<b>8 más por 1 000**</b> (de 12 menos a 66 más)	⊕○○○ MUY BAJA	
	Eventos adversos no serios maternos (Cefalea, vómitos, lumbalgia, dolor vaginal y urinario, dispepsia y dolor abdominal)	1 ECA (n= 16 929)	RR: 1.02 (0.93 a 1.12)	<b>4 más por 1 000**</b> (de 13 menos a 22 más)	⊕⊕⊕○ MODERADA	
3. Certeza de la evidencia:						
¿Cuál es la certeza general de la evidencia?						
Juicio	Evidencia					Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Muy baja</li> <li>○ Baja</li> <li>○ Moderada</li> <li>○ Alta</li> <li>○ Ningún estudio incluido</li> </ul>	<b>Desenlaces (tiempo de seguimiento)</b>	<b>Importancia</b>	<b>Certeza</b>			Entre los desenlaces críticos, se consideró la menor certeza de evidencia (muy baja).
	Mortalidad materna	CRÍTICO	⊕○○○ MUY BAJA			
	Mortalidad neonatal	CRÍTICO	⊕⊕⊕○ MODERADA			
	Preeclampsia	CRÍTICO	⊕⊕⊕○ MODERADA			
	Eclampsia	CRÍTICO	⊕⊕⊕⊕ ALTA			
	Parto pretérmino	CRÍTICO	⊕⊕○○ BAJA			
	Síndrome HELLP	CRÍTICO	⊕⊕⊕○ MODERADA			

4. Información disponible de los desenlaces:																																			
¿Se contó con evidencia para todos los desenlaces importantes/críticos para los pacientes?																																			
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales																																	
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> No</li> <li><input checked="" type="radio"/> Sí</li> </ul>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Desenlaces (tiempo de seguimiento)</th> <th>Importancia</th> <th>Certeza</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mortalidad materna</td> <td>CRÍTICO</td> <td>⊕○○○ MUY BAJA</td> </tr> <tr> <td>Mortalidad neonatal</td> <td>CRÍTICO</td> <td>⊕⊕○○ MODERAD</td> </tr> <tr> <td>Preeclampsia</td> <td>CRÍTICO</td> <td>⊕⊕○○ MODERADA</td> </tr> <tr> <td>Eclampsia</td> <td>CRÍTICO</td> <td>⊕⊕⊕⊕ ALTA</td> </tr> <tr> <td>Parto pretérmino</td> <td>CRÍTICO</td> <td>⊕⊕○○ BAJA</td> </tr> <tr> <td>Síndrome HELLP</td> <td>CRÍTICO</td> <td>⊕⊕○○ MODERADA</td> </tr> <tr> <td>Hipertensión gestacional</td> <td>IMPORTANTE</td> <td>⊕⊕○○ MODERADA</td> </tr> <tr> <td>Eventos adversos no serios maternos (Síntomas gastrointestinales)</td> <td>IMPORTANTE</td> <td>⊕○○○ MUY BAJA</td> </tr> <tr> <td>Eventos adversos no serios maternos (Cálculos biliares)</td> <td>IMPORTANTE</td> <td>⊕○○○ MUY BAJA</td> </tr> <tr> <td>Eventos adversos no serios maternos (Cefalea, vómitos, lumbalgia, dolor vaginal y urinario, dispepsia y dolor abdominal)</td> <td>IMPORTANTE</td> <td>⊕⊕⊕○ MODERADO</td> </tr> </tbody> </table>	Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Certeza	Mortalidad materna	CRÍTICO	⊕○○○ MUY BAJA	Mortalidad neonatal	CRÍTICO	⊕⊕○○ MODERAD	Preeclampsia	CRÍTICO	⊕⊕○○ MODERADA	Eclampsia	CRÍTICO	⊕⊕⊕⊕ ALTA	Parto pretérmino	CRÍTICO	⊕⊕○○ BAJA	Síndrome HELLP	CRÍTICO	⊕⊕○○ MODERADA	Hipertensión gestacional	IMPORTANTE	⊕⊕○○ MODERADA	Eventos adversos no serios maternos (Síntomas gastrointestinales)	IMPORTANTE	⊕○○○ MUY BAJA	Eventos adversos no serios maternos (Cálculos biliares)	IMPORTANTE	⊕○○○ MUY BAJA	Eventos adversos no serios maternos (Cefalea, vómitos, lumbalgia, dolor vaginal y urinario, dispepsia y dolor abdominal)	IMPORTANTE	⊕⊕⊕○ MODERADO	<p>El GEG consideró que sí se consideraron los desenlaces importantes/críticos para los pacientes dado que se contaba con la mayoría de los desenlaces.</p>
	Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Certeza																																
	Mortalidad materna	CRÍTICO	⊕○○○ MUY BAJA																																
	Mortalidad neonatal	CRÍTICO	⊕⊕○○ MODERAD																																
	Preeclampsia	CRÍTICO	⊕⊕○○ MODERADA																																
	Eclampsia	CRÍTICO	⊕⊕⊕⊕ ALTA																																
	Parto pretérmino	CRÍTICO	⊕⊕○○ BAJA																																
	Síndrome HELLP	CRÍTICO	⊕⊕○○ MODERADA																																
	Hipertensión gestacional	IMPORTANTE	⊕⊕○○ MODERADA																																
	Eventos adversos no serios maternos (Síntomas gastrointestinales)	IMPORTANTE	⊕○○○ MUY BAJA																																
	Eventos adversos no serios maternos (Cálculos biliares)	IMPORTANTE	⊕○○○ MUY BAJA																																
Eventos adversos no serios maternos (Cefalea, vómitos, lumbalgia, dolor vaginal y urinario, dispepsia y dolor abdominal)	IMPORTANTE	⊕⊕⊕○ MODERADO																																	
5. 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"> <li><input type="radio"/> Favorece al comparador</li> <li><input type="radio"/> Probablemente favorece al comparador</li> <li><input type="radio"/> No favorece a la intervención ni al comparador</li> <li><input checked="" type="radio"/> Probablemente favorece a la intervención</li> <li><input type="radio"/> Favorece a la intervención</li> <li><input type="radio"/> Varía</li> <li><input type="radio"/> Se desconoce</li> </ul>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Criterio</th> <th>Juicio</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Beneficios</td> <td>Moderado</td> </tr> <tr> <td>Daños</td> <td>Trivial</td> </tr> <tr> <td>Desenlaces importantes para los pacientes</td> <td>Sí</td> </tr> <tr> <td>Certeza de la evidencia</td> <td>Muy Baja</td> </tr> </tbody> </table>	Criterio	Juicio	Beneficios	Moderado	Daños	Trivial	Desenlaces importantes para los pacientes	Sí	Certeza de la evidencia	Muy Baja	<p>Debido a que los beneficios fueron considerados como moderados y los daños como triviales, sí se consideraron todos los desenlaces críticos para los pacientes y con una certeza muy baja, entonces el panel consideró que el balance de los efectos probablemente favorece a la intervención.</p>																							
Criterio	Juicio																																		
Beneficios	Moderado																																		
Daños	Trivial																																		
Desenlaces importantes para los pacientes	Sí																																		
Certeza de la evidencia	Muy Baja																																		

6. Uso de recursos (costos):					
¿Qué tan grandes son los requerimientos de recursos (costos) de la intervención frente al comparador para un paciente (de ser una enfermedad crónica, usar el costo anual)?					
Juicio	Evidencia				Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La intervención implica costos extensos con respecto al comparador</li> <li>○ La intervención implica costos moderados con respecto al comparador</li> <li>● Intervención y comparador implican costos similares (diferencias pequeñas)</li> <li>○ La intervención implica ahorros moderados con respecto al comparador</li> <li>○ La intervención implica ahorros extensos respecto al comparador</li> </ul>	<b>Desenlaces</b>	<b>Costo de la intervención por paciente</b>	<b>Costo del comparador por paciente</b>	<b>Diferencia en costo anual por paciente (S/)</b>	<b>Diferencia Total por 100 personas al año (S/)</b>
	<b>Uso de recurso</b>	S/ 15.60	S/ 0	S/ 15.60	S/ 1 560.49
	<b>Tratamiento para la preeclampsia</b>	S/ 216.61	S/ 280.80	-S/ 64.18	S/ 6 418.21
	<b>Tratamiento para la eclampsia</b>	S/ 74.26	S/ 99.02	-S/ 24.75	S/ 2 475.40
	<b>Tratamiento para el Síndrome HELLP</b>	S/ 49.51	S/ 24.75	S/ 46.33	S/ 4 633.224
	<b>Eventos adversos</b>	S/ 21.28	S/ 16.40	S/ 4.87	S/ 487.10
	<b>Costo Total</b>				-S/ 22.13
<b>UIT</b>				-0.004	
Tomando en cuenta los costos del uso de recursos y del manejo de las complicaciones y eventos adversos priorizados, el GEG consideró que la intervención y el comparador tendrían costos similares.					
7. Aceptabilidad:					
¿La intervención es aceptable para el personal de salud y los pacientes?					
Juicio	Evidencia				Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ No</li> <li>○ Probablemente no</li> <li>○ Probablemente sí</li> <li>● Sí</li> <li>○ Varía</li> <li>○ Se desconoce</li> </ul>					El GEG consideró que el uso de calcio sí sería aceptable por el personal de salud y pacientes.
8. Factibilidad:					
¿La intervención es factible de implementar?					
Juicio	Evidencia				Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ No</li> <li>○ Probablemente no</li> <li>○ Probablemente sí</li> <li>● Sí</li> <li>○ Varía</li> <li>○ Se desconoce</li> </ul>	<b>Disponibilidad y restricciones:</b> El carbonato de calcio está disponible en el petitorio nacional, y su uso no está restringido a la indicación de un especialista.				<b>Disponibilidad real:</b> El GEG consideró que este fármaco está disponible en la mayoría de IPRESS del primer nivel de atención, por lo que su implementación es factible.

### Resumen de los juicios

	JUICIOS					
<b>BENEFICIOS</b>	Se desconoce	Trivial	Pequeño		Moderado	Grande
<b>DAÑOS</b>	Se desconoce	Grande	Moderado		Pequeño	Trivial
<b>CERTEZA GLOBAL DE LA EVIDENCIA</b>	Ningún estudio incluido	Muy baja	Baja		Moderada	Alta
<b>INFORMACIÓN DISPONIBLE PARA LOS DESENLACES</b>		No				Sí
<b>BALANCES DE LOS BENEFICIOS Y DAÑOS</b>	Se desconoce	Favorece al comparador	Probablemente favorece al comparador	No favorece a la intervención ni al comparador	Probablemente favorece a la intervención	Favorece a la intervención
<b>USO DE RECURSOS</b>		La intervención implica costos extensos con respecto al comparador	La intervención implica costos moderados con respecto al comparador	Intervención y comparador implican costos similares (diferencias pequeñas)	La intervención implica ahorros moderados respecto al comparador	La intervención implica ahorros extensos con respecto al comparador
<b>ACEPTABILIDAD</b>		No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí
<b>FACTIBILIDAD</b>		No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí
<b>RECOMENDACIÓN FINAL</b>	No emitir recomendación	Recomendación fuerte a favor del comparador	Recomendación condicional a favor del comparador	Recomendación condicional a favor de la intervención o del comparador	Recomendación condicional a favor de la intervención	Recomendación fuerte a favor de la intervención

### Recomendaciones y consideraciones

Justificación de la dirección y fuerza de la recomendación	Recomendación y consideraciones adicionales
<p><b>Dirección:</b> En gestantes con riesgo de preeclampsia, los beneficios de administrar calcio fueron considerados moderados debido a tener la mitad de sus resultados estadísticamente significativos con una certeza de la evidencia moderada. Además, los daños fueron evaluados como triviales ya que no hubo diferencia en brindar calcio debido, con una certeza de evidencia moderada. Por lo tanto, el balance de los efectos probablemente favoreció el uso de la intervención. En consecuencia, se emitió una recomendación <b>a favor</b> del uso del calcio.</p>	<p>En gestantes con riesgo de preeclampsia, se sugiere administrar calcio para la prevención de preeclampsia.</p> <p><b>Recomendación condicional a favor de la intervención</b>  <b>Certeza de la evidencia: Muy Baja</b>                      ⊕○○○</p> <p><u>Consideraciones adicionales:</u>                      - Administrar calcio en su forma de carbonato de calcio de 1 250mg por vía oral cada 8 horas, indicado por el médico. Iniciar el tratamiento a partir de las 16 semanas de gestación y</p>

**Fuerza:** Debido a que la certeza global de la evidencia fue muy baja, esta recomendación fue **condicional**.

Consideraciones adicionales:

El GEG consideró administrar calcio en su forma de carbonato de calcio con una dosis de 1 250mg por ser una dosis disponible en el petitorio nacional e iniciar el tratamiento a partir de las 16 semanas de gestación, según la recomendación de guías de práctica clínica (10,16) Además, suspender el uso de carbonato de calcio en gestantes en caso se presentará eventos adversos del medicamento según RS de Kongwattanakul 2024 (49).

continuar hasta las 36 semanas o se realice un diagnóstico de hipertensión gestacional o preeclampsia, lo que ocurra primero.

- Suspender la administración de carbonato de calcio si la gestante presenta náuseas, acidez, diarrea, elevación de enzimas hepáticas, dolor abdominal o según criterio médico luego de una evaluación individualizada.

#### IV.4 Pregunta 4. En gestantes con hipertensión gestacional o preeclampsia ¿cuál es el manejo inicial?

##### Gestantes con hipertensión gestacional o preeclampsia sin criterios de severidad

##### En gestantes con hipertensión gestacional o preeclampsia sin criterios de severidad, ¿se debería brindar tratamiento antihipertensivo?

##### Introducción

Los antihipertensivos, como los antagonistas de calcio, alfa-agonistas y betabloqueadores, son medicamentos fundamentales en el tratamiento de los trastornos hipertensivos del embarazo (15,18), ya que contribuyen a la prevención de complicación de complicaciones maternas y seguridad de estos medicamentos (53,54).

En casos de hipertensión gestacional o preeclampsia sin criterios de severidad, estos antihipertensivos se han utilizado para controlar la presión arterial (10,16,38). Sin embargo, hay incertidumbre sobre su uso debido a la evidencia incierta de beneficios materno-fetales. Además, mantener una presión arterial en rangos más elevados en la madre podría ser fisiológicamente adecuado durante el embarazo y favorecer la perfusión placentaria (52). Por otro lado, la disminución excesiva de la presión arterial podría comprometer la perfusión uteroplacentaria, aumentando el riesgo de restricción del crecimiento intrauterino y otros problemas fetales (52).

Por lo anterior mencionado el GEG consideró relevante evaluar los beneficios y daños de brindar calcio para la prevención de la preeclampsia.

##### Preguntas PICO abordadas en esta pregunta clínica

La presente pregunta clínica abordó las siguientes preguntas PICO:

Pregunta PICO N°	Paciente o problema	Intervención / comparador	Desenlaces
4	Gestantes con hipertensión gestacional o preeclampsia sin criterios de severidad.	Antihipertensivo / No antihipertensivo o placebo.	<b>CRÍTICOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad materna</li> <li>• Mortalidad neonatal</li> <li>• Eclampsia</li> <li>• Preeclampsia sin criterios de severidad</li> <li>• Preeclampsia con criterios de severidad</li> <li>• Eventos adversos serios maternos</li> </ul>

			<u>IMPORTANTES:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eventos adversos no serios maternos</li> <li>• Admisión a UCI neonatal.</li> <li>• APGAR &lt;7</li> <li>• Pequeño para edad gestacional</li> <li>• Parto pretérmino</li> </ul>
--	--	--	---

### Búsqueda de RS

Para esta pregunta, se encontró una GPC de la OMS et al., 2018 en la búsqueda de GPC. La información proporcionada por esta GPC cuenta con una recomendación de utilidad por su RS et al., Hofmeyr et al., 2018. El grupo de metodólogos consideró que podría haber nueva evidencia disponible desde la fecha de búsqueda de la RS Hofmeyr et al., 2018 (18 de setiembre del 2017), por lo que se realizó una búsqueda de RS a partir desde esa fecha hasta el 03 de febrero del 2025, que hayan evaluado alguno de los desenlaces críticos o importantes abordados en esta pregunta PICO.

Se encontró una RS publicada como artículo científico: Abalos et al., 20218 (53). A continuación, se resume las características de la RS encontrada (**Anexo N° 2 y 3**):

RS	Puntaje AMSTAR-2*	Fecha de la búsqueda	Desenlaces que son evaluados por los estudios
Abalos et al., 2018 (53)	16/16	Desde el inicio de los tiempos hasta setiembre del 2017	<u>CRÍTICOS:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad materna (5 ECA).</li> <li>• Mortalidad neonatal (6 ECA).</li> <li>• Eclampsia (7 ECA).</li> <li>• Preeclampsia sin criterios de severidad (23 ECA).</li> <li>• Preeclampsia con criterios de severidad (20 ECA).</li> <li>• Eventos adversos no serios maternos (2 ECA).</li> </ul> <u>IMPORTANTES:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Admisión a UCI neonatal (10 ECA).</li> <li>• Pequeño para edad gestacional (21 ECA).</li> <li>• Parto pretérmino (15 ECA).</li> </ul>

\*El puntaje del AMSTAR-2 se detalla en el Anexo N° 3

## Evidencia por cada desenlace

Se evaluaron los siguientes desenlaces:

- Mortalidad materna
  - Para este desenlace se contó con una RS Abalos et al., 2018 (53). Para este desenlace se incluyó 5 ECA (n= 525).
  - Para este desenlace, los ECAs de RS Abalos et al., 2018 tuvo las siguientes características:
    - La **población** fueron gestantes con hipertensión gestacional o preeclampsia sin criterios de severidad.
    - La **intervención** fue el uso de antihipertensivo (estos incluían alfa-agonistas [metildopa], betabloqueadores [oxprenolol, metropolol], bloqueadores de canales de calcio [nifedipiino]).
    - El **comparador** evaluado consistió en la administración de placebo en todos los estudios a excepción de un estudio que asignó el comparador como haber recibido atención habitual sin placebo.
    - El **desenlace** de mortalidad materna fue definido como el fallecimiento de la gestante.
- Mortalidad neonatal
  - Para este desenlace se contó con una RS Abalos et al., 2018 (53). Para este desenlace se incluyó 6 ECA (n= 692).
  - Para este desenlace, los ECAs de RS Abalos et al., 2018 tuvo las siguientes características:
    - La **población** fueron gestantes con hipertensión gestacional o preeclampsia sin criterios de severidad.
    - La **intervención** fue el uso de antihipertensivo (estos incluían alfa-agonistas [metildopa], betabloqueadores [oxprenolol, metropolol], bloqueadores de canales de calcio [nifedipiino]).
    - El **comparador** fue placebo o no uso de antihipertensivos.
    - El **desenlace** de mortalidad neonatal fue definido como el fallecimiento del neonato en los primeros 28 días, se excluyó aborto espontáneo y nacimiento de un niño muerto.
- Eclampsia
  - Para este desenlace se contó con una RS Abalos et al., 2018 (53). Para este desenlace se incluyó 7 ECAs (n= 713).
  - Para este desenlace, los ECAs de RS Abalos et al., 2018 tuvo las siguientes características:
    - La **población** fueron gestantes con hipertensión gestacional o preeclampsia sin criterios de severidad.
    - La **intervención** fue el uso de antihipertensivo (estos incluían alfa-agonistas, betabloqueadores y bloqueadores de canales de calcio).
    - El **comparador** fue placebo o no uso de antihipertensivos.
    - El **desenlace** de eclampsia fue definido como la presencia de estados convulsivos.

- Preeclampsia sin criterios de severidad
  - Para este desenlace se contó con una RS Abalos et al., 2018 (53). Para este desenlace se incluyó 23 ECAS (n=2 851).
  - Para este desenlace, los ECAs de RS Abalos et al., 2018 tuvo las siguientes características:
    - La **población** fueron gestantes con hipertensión gestacional o preeclampsia sin criterios de severidad.
    - La **intervención** fue el uso de antihipertensivo (estos incluían alfa-agonistas, betabloqueadores, bloqueadores de canales de calcio, vasodilatadores, ketanserina, trinitrato de glicerilo, furosemida o sildenafil).
    - El **comparador** fue placebo o no uso de antihipertensivos.
    - El **desenlace** de preeclampsia sin criterios de severidad fue definido preeclampsia con nueva proteinuria (1+ o más o 300 mg/24 horas).
  
- Preeclampsia con criterios de severidad
  - Para este desenlace se contó con una RS Abalos et al., 2018 (53). Para este desenlace se incluyó 20 ECAS (n=2 558).
  - Para este desenlace, los ECAs de RS Abalos et al., 2018 tuvo las siguientes características:
    - La **población** fueron gestantes con hipertensión gestacional o preeclampsia sin criterios de severidad.
    - La **intervención** fue el uso de antihipertensivo (estos incluían alfa-agonistas, betabloqueadores, bloqueadores de canales de calcio, vasodilatadores, ketanserina, trinitrato de glicerilo, furosemida o sildenafil).
    - El **comparador** fue placebo o no uso de antihipertensivos.
    - El **desenlace** de preeclampsia con criterios de severidad fue definido como PAS 170mmHg o más, o PAD de 110 mmHg o más. También se incluyeron los ensayos en los que la definición no estaba clara, o en los que el valor de corte era hasta 10 mmHg inferior.
  
- Eventos adversos serios maternos
  - No se halló evidencia para este desenlace.
  
- Eventos adversos no serios maternos
  - Para este desenlace se contó con una RS Abalos et al., 2018 (53). Para este desenlace se incluyó 20 ECAS (n=2 558).
  - Para este desenlace, los ECAs de RS Abalos et al., 2018 tuvo las siguientes características:
    - La **población** fueron gestantes con hipertensión gestacional o preeclampsia sin criterios de severidad.
    - La **intervención** fue el uso de antihipertensivo (estos incluían alfa-agonistas, betabloqueadores, bloqueadores de canales de calcio,

- vasodilatadores, ketanserina, trinitrato de glicerilo, furosemida o sildenafil).
      - El **comparador** fue placebo o no uso de antihipertensivos.
      - El **desenlace** de eventos adversos no serios maternos fue definido como eventos secundarios leves o moderados.
- Admisión a UCI materna
  - No se halló evidencia para este desenlace.
- Admisión a UCI neonatal
  - Para este desenlace se contó con una RS de Abalos et al., 2018 (53). Para este desenlace se incluyó 10 ECAS (n=1 570).
  - Para este desenlace, los ECAs de RS de Abalos et al., 2018 tuvo las siguientes características:
    - La **población** fueron gestantes con hipertensión gestacional o preeclampsia sin criterios de severidad.
    - La **intervención** fue el uso de antihipertensivo (estos incluían alfa-agonistas, betabloqueadores, bloqueadores de canales de calcio, vasodilatadores, ketanserina, trinitrato de glicerilo, furosemida o sildenafil).
    - El **comparador** fue placebo o no uso de antihipertensivos.
    - El **desenlace** de admisión a UCI neonatal fue definido como el ingreso del neonato a la unidad de cuidados intensivos.
- APGAR<7
  - No se halló evidencia para este desenlace.
- Pequeño para edad gestacional
  - Para este desenlace se contó con una RS de Abalos et al., 2018 (53). Para este desenlace se incluyó 21 ECAS (n=2 686).
  - Para este desenlace, los ECAs de RS de Abalos et al., 2018 tuvo las siguientes características:
    - La **población** fueron gestantes con hipertensión gestacional o preeclampsia sin criterios de severidad.
    - La **intervención** fue el uso de antihipertensivo (estos incluían alfa-agonistas, betabloqueadores, bloqueadores de canales de calcio, vasodilatadores, ketanserina, trinitrato de glicerilo, furosemida o sildenafil).
    - El **comparador** fue placebo o no uso de antihipertensivos.
    - El **desenlace** de pequeño para edad gestacional fue cuando es menor al percentil 10 correspondiente a su edad gestacional.
- Parto pretérmino
  - Para este desenlace se contó con una RS de Abalos et al., 2018 (53). Para este desenlace se incluyó 15 ECAS (n=2 141).

- Para este desenlace, los ECAs de RS de Abalos et al., 2018 tuvo las siguientes características:
  - La **población** fueron gestantes con hipertensión gestacional o preeclampsia sin criterios de severidad.
  - La **intervención** fue el uso de antihipertensivo (estos incluían alfa-agonistas, betabloqueadores, bloqueadores de canales de calcio, vasodilatadores, ketanserina, trinitrato de glicerilo, furosemida o sildenafil).
  - El **comparador** fue placebo o no uso de antihipertensivos.
  - El **desenlace** de parto pretérmino fue definido como el parto antes de las 37 semanas de gestación.

### Tabla de Resumen de la Evidencia (Summary of Findings – SoF)

<p><b>Población:</b> Gestante con hipertensión gestacional o preeclampsia sin criterios de severidad.  <b>Intervención:</b> Antihipertensivo.  <b>Comparador:</b> placebo/no antihipertensivo.  <b>Autora:</b> Nicole Villagaray-Pacheco.  <b>Bibliografía por desenlace:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Mortalidad materna:</b> Abalos et al., 2018 (53).</li> <li>• <b>Mortalidad neonatal:</b> Abalos et al., 2018 (53).</li> <li>• <b>Eclampsia:</b> Abalos et al., 2018 (53).</li> <li>• <b>Preeclampsia sin criterios de severidad:</b> Abalos et al., 2018 (53).</li> <li>• <b>Preeclampsia con criterios de severidad:</b> Abalos et al., 2018 (53).</li> <li>• <b>Eventos adversos serios maternos:</b> No encontró evidencia para este desenlace.</li> <li>• <b>Eventos adversos no serios maternos:</b> Abalos et al., 2018 (53).</li> <li>• <b>Admisión a UCI materna:</b> No encontró evidencia para este desenlace.</li> <li>• <b>Admisión a UCI neonatal:</b> Abalos et al., 2018 (53).</li> <li>• <b>APGAR&lt;7:</b> No encontró evidencia para este desenlace.</li> <li>• <b>Pequeño para edad gestacional:</b> Abalos et al., 2018 (53).</li> <li>• <b>Parto pretérmino:</b> Abalos et al., 2018 (53).</li> </ul>								
Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Número y Tipo de estudios	Intervención: Antihipertensivo	Comparación: No antihipertensivo/ placebo	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Interpretación*
<b>BENEFICIOS</b>								
Mortalidad materna	CRÍTICO	5 ECA (n=525)	2/289 (0.7%)	1/236 (0.4%)	<b>RR: 1.11</b> (0.18 a 7.02)	<b>0 menos por 1 000**</b> (de 3 menos a 26 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b,c</sup>	Al brindar antihipertensivos en lugar de no dar, podría ser que no modifiquemos la mortalidad materna, aunque la evidencia es incierta.
Mortalidad neonatal	CRÍTICO	6 ECA (n=692)	4/338 (1.2%)	8/354 (2.3%)	<b>RR: 0.60</b> (0.19 a 1.87)	<b>9 menos por 1 000**</b> (de 18 menos a 20 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,c</sup>	Al brindar antihipertensivos en lugar de no dar, podría ser que no modifiquemos la mortalidad neonatal,

								aunque la evidencia es incierta.
Eclampsia	CRÍTICO	7 ECA (n=713)	2/365 (0.5%)	5/348 (1.4%)	RR: 0.52 (0.13 a 2.06)	7 menos por 1 000** (de 12 menos a 15 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,c</sup>	Al brindar antihipertensivos en lugar de no dar, podría ser que no modifiquemos la eclampsia, aunque la evidencia es incierta.
Preeclampsia sin criterios de severidad	CRÍTICO	23 ECA (n=2 851)	251/1 476 (17%)	255/1 375 (18.5%)	RR: 0.92 (0.75 a 1.14)	15 menos por 1 000** (de 46 menos a 26 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,d</sup>	Al brindar antihipertensivos en lugar de no dar, podría ser que no modifiquemos la preeclampsia sin criterios de severidad, aunque la evidencia es incierta.
Preeclampsia con criterios de severidad	CRÍTICO	20 ECA (n=2 558)	125/1 336 (9.4%)	242/1 222 (19.8%)	RR:0.49 (0.40 a 0.60)	101 menos por 1 000** (de 119 menos a 79 menos)	⊕○○○ BAJA <sup>a</sup>	Al brindar antihipertensivos en lugar de no dar, podría ser que no modifiquemos la preeclampsia con criterios de severidad, aunque la evidencia es incierta.
Admisión a UCI materna	IMPORTANTE	No se encontró evidencia para este desenlace.						
Admisión a UCI neonatal	IMPORTANTE	10 ECA (n=1 570)	226/796 (28.4%)	220/774 28.4%	RR: 1.01 (0.83 a 1.22)	3 más por 1 000** (de 48 menos a 63 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b</sup>	Al brindar antihipertensivos en lugar de no dar, podría ser que no modifiquemos la admisión a UCI neonatal, aunque la evidencia es incierta.
APGAR<7	IMPORTANTE	No se encontró evidencia para este desenlace.						

Pequeño par edad gestacional	IMPORTANTE	21 ECA (n=2 686)	215/1 410 15.2%	194/ 1 276 15.2%	<b>RR: 0.96</b> (0.78 a 1.18)	<b>6 menos por 1 000**</b> (de 33 menos a 27 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b</sup>	Al brindar antihipertensivos en lugar de no dar, podría ser que no modifiquemos pequeño para edad gestacional, aunque la evidencia es incierta.
Parto pretérmino	IMPORTANTE	15 ECA (n=2 141)	414/430 96.3%	415/440 94.3%	<b>RR: 0.96</b> (0.83 a 1.12)	<b>38 menos por 1 000**</b> (de 160 menos a 113 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b</sup>	Al brindar antihipertensivos en lugar de no dar, podría ser que no modifiquemos el parto pretérmino, aunque la evidencia es incierta.
<b>DAÑOS</b>								
Eventos adversos serios maternos	CRÍTICO	No se encontró evidencia para este desenlace.						
Eventos adversos serios maternos no	IMPORTANTE	1 ECA <sup>+</sup> (25)	0/13 (0%)	0/12 (0%)	No estimable	No estimable	⊕⊕○○ BAJA <sup>a</sup>	No estimable
		1 ECA <sup>**</sup> (185)	25/91 (27.5%)	27/94 (28.7%)	<b>RR: 0.96</b> (0.60 a 1.52)	<b>11 menos por 1 000**</b> (de 115 menos a 149 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>e,c,f</sup>	Al brindar antihipertensivos en lugar de no dar, podría ser que no modifiquemos los eventos adversos no serios maternos, aunque la evidencia es incierta.
<p><b>IC:</b> Intervalo de confianza; <b>RR:</b> Razón de riesgo, <b>DM:</b> Diferencia de medias</p> <p>*Se usan términos estandarizados de acuerdo con la certeza de la evidencia: alta = ningún término, moderada = probablemente, baja = podría ser, muy baja = podría ser, aunque la evidencia es incierta.</p> <p>**Dato calculado por el grupo metodológico.</p> <p><sup>+</sup> Alfa-agonista.</p> <p><sup>**</sup> Bloqueadores de calcio.</p> <p>Explicaciones de la certeza de evidencia:</p>								

- a. *Alto riesgo de sesgo en más de la mitad de los estudios (se disminuye 2 niveles).*
- b. *inconsistencia:  $I^2$  40-80% (se disminuye 1 nivel).*
- c. *Imprecisión: El intervalo de confianza cruza dos umbrales establecidos de 0.75 y 1.25 (se disminuye 2 niveles).*
- d. *Imprecisión: El intervalo de confianza cruza el umbral establecido de 0.75 (se disminuye 1 nivel).*
- e. *Moderado riesgo de sesgo (se disminuye 1 nivel).*
- f. *Evidencia indirecta: Se considera otro medicamento diferente al Nifedipino del grupo de los calcio antagonistas (se disminuye 2 niveles).*

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

### Presentación

<b>Pregunta 4. En gestantes con hipertensión gestacional o preeclampsia sin criterios de severidad, ¿se debería brindar tratamiento antihipertensivo?</b>	
<b>Población:</b>	Gestantes del primer nivel de atención
<b>Intervención:</b>	Antihipertensivo
<b>Comparador:</b>	No dar antihipertensivo
<b>Desenlaces:</b>	<p><u>CRÍTICOS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad materna.</li> <li>• Mortalidad neonatal.</li> <li>• Eclampsia.</li> <li>• Preeclampsia sin criterios de severidad.</li> <li>• Preeclampsia con criterios de severidad.</li> <li>• Eventos adversos serios maternos.</li> </ul> <p><u>IMPORTANTES:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eventos adversos no serios maternos.</li> <li>• Admisión a UCI materna.</li> <li>• Admisión a UCI neonatal.</li> <li>• APGAR&lt;7.</li> <li>• Pequeño para edad gestacional.</li> <li>• Parto pretérmino.</li> </ul>
<b>Contexto:</b>	IPRESS del primer nivel de atención
<b>Perspectiva:</b>	Recomendación clínica poblacional
<b>Potenciales conflictos de interés:</b>	Los miembros del GEG manifestaron no tener conflictos de interés con respecto a esta pregunta

Evaluación de cada criterio

1. Magnitud de los beneficios:					
¿Cuán sustanciales son los beneficios de la intervención frente al comparador?					
Juicio	Evidencia				Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Trivial</li> <li>○ Pequeño</li> <li>○ Moderado</li> <li>○ Grande</li> <li>○ Varía</li> <li>○ Se desconoce</li> </ul>	Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Número y Tipo de estudios	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza
	Mortalidad Materna	5 ECA (n=525)	RR: 1.11 (0.18 a 7.02)	0 menos por 1000 (de 3 menos a 26 más)	⊕○○○ MUY BAJA
	Mortalidad neonatal	6 ECA (n=692)	RR: 0.60 (0.19 a 1.87)	9 menos por 1000 (de 18 menos a 20 más)	⊕○○○ MUY BAJA
	Eclampsia	7 ECA (n=713)	RR:0.52 (0.13 a 2.06)	7 menos por 1000 (de 12 menos a 15 más)	⊕○○○ MUY BAJA
	Preeclampsia sin criterios de severidad	23 ECA (n=2 851)	RR: 0.92 (0.75 a 1.14)	15 menos por 1000 (de 46 menos a 26 más)	⊕○○○ MUY BAJA
	Preeclampsia con criterios de severidad	20 ECA (n=2 558)	RR: 0.49 (0.4 a 0.6)	0 menos por 1000 (de 119 menos a 79 menos)	⊕⊕○○ BAJA
	Admisión a UCI materna	No se encontró evidencia para este desenlace			
	Admisión a UCI neonatal	10 ECA (n= 1 570)	RR: 1.01 (0.83 a 1.22)	3 más por 1000 (de 48 menos a 63 más)	⊕○○○ MUY BAJA
	APGAR<7	No se encontró evidencia para este desenlace			
	Pequeño para edad gestacional	21 ECA (n=2 686)	RR: 0.96 (0.78 a 1.18)	40 menos por 1000 (de 76 menos a 17 más)	⊕○○○ MUY BAJA
Parto pretérmino	15 ECA (n=2 141)	RR: 0.96 (0.83 a 1.12)	11 menos por 1000 (de 74 menos a 33 más)	⊕○○○ MUY BAJA	

El GEG consideró por mayoría como beneficios triviales debido a que la certeza de la evidencia fue considerada muy baja en la mayoría de los desenlaces críticos, y los tamaños de los efectos para la mayoría de los desenlaces fueron no estadísticamente significativos.

2. Magnitud de los daños: ¿Cuán sustanciales son los daños de la intervención frente al comparador?							
Juicio	Evidencia					Consideraciones adicionales	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Trivial</li> <li>○ Pequeño</li> <li>○ Moderado</li> <li>○ Grande</li> <li>○ Se desconoce</li> </ul>	Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Número y Tipo de estudios	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	El GEG consideró por mayoría como daños triviales debido a que el tamaño del efecto del desenlace fue no estadísticamente significativo y para el otro desenlace no se pudo estimar. Además, la certeza de la evidencia fue considerada baja y muy baja.	
	Eventos adversos serios maternos	No se encontró evidencia para este desenlace					
	Eventos adversos no serios maternos (Alfa agonista)	1 ECA (n= 25)	No estimable	No estimable	⊕○○○ BAJA		
	Eventos adversos no serios maternos (Bloqueadores de calcio)	1 ECA (N=185)	RR: 0.96 (0.6 a 1.52)	11 menos por 1000 (de 115 menos a 149 más)	⊕○○○ MUY BAJA		
3. Certeza global de la evidencia: ¿Cuál es la certeza global de la evidencia?							
Juicio	Evidencia					Consideraciones adicionales	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Muy baja</li> <li>○ Baja</li> <li>○ Moderada</li> <li>○ Alta</li> <li>○ Ningún estudio incluido</li> </ul>	Desenlaces (tiempo de seguimiento)		Importancia	Certeza		Entre los desenlaces críticos, se consideró la menor certeza de evidencia (muy baja).	
	Mortalidad Materna		CRÍTICO	⊕○○○ MUY BAJA			
	Mortalidad neonatal		CRÍTICO	⊕○○○ MUY BAJA			
	Eclampsia		CRÍTICO	⊕○○○ MUY BAJA			
	Preeclampsia sin criterios de severidad		CRÍTICO	⊕○○○ MUY BAJA			
	Preeclampsia con criterios de severidad		CRÍTICO	⊕⊕○○ BAJA			
4. Información disponible de los desenlaces: ¿La tabla SoF considera todos los desenlaces críticos e importantes para los pacientes?							
Juicio	Evidencia					Consideraciones adicionales	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ No</li> <li>● Sí</li> </ul>	Desenlaces (tiempo de seguimiento)		Importancia	Certeza		El GEG consideró que sí se consideraron los desenlaces importantes/críticos para los pacientes dado que se contaba con la mayoría de los desenlaces.	
	Mortalidad Materna		CRÍTICO	⊕○○○ MUY BAJA			
	Mortalidad neonatal		CRÍTICO	⊕○○○ MUY BAJA			
	Eclampsia		CRÍTICO	⊕○○○ MUY BAJA			

	Preeclampsia sin criterios de severidad	CRÍTICO	⊕⊕○○ MUY BAJA	
	Preeclampsia con criterios de severidad	CRÍTICO	⊕⊕○○ BAJA	
	Eventos adversos serios maternos	IMPORTANTE	No se encontró evidencia	
	Eventos adversos no serios maternos	IMPORTANTE	⊕○○○ MUY BAJA	
	Admisión a UCI materna	IMPORTANTE	No se encontró evidencia	
	Admisión a UCI neonatal	IMPORTANTE	⊕○○○ MUY BAJA	
	APGAR<7	IMPORTANTE	No se encontró evidencia	
	Pequeño para edad gestacional	IMPORTANTE	⊕○○○ MUY BAJA	
	Parto pretérmino	IMPORTANTE	⊕○○○ MUY BAJA	
<b>5. Balance de los beneficios y daños:</b>				
¿El balance entre beneficios y daños favorece a la intervención o al comparador?				
Juicio	Evidencia		Consideraciones adicionales	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Favorece a la intervención</li> <li>○ Probablemente favorece a la intervención</li> <li>○ No favorece a la intervención ni al comparador</li> <li>○ Probablemente favorece al comparador</li> <li>● Favorece al comparador</li> <li>○ Varía</li> <li>○ Se desconoce</li> </ul>	<b>Criterios</b>	<b>Juicio</b>		Debido a que los beneficios fueron considerados como triviales y los daños como triviales, sí se consideraron todos los desenlaces críticos para los pacientes y con una certeza muy baja, entonces el panel consideró que el balance de los efectos probablemente favorece al comparador ya que brindar antihipertensivos de manera innecesaria a la gestante podría causar eventos adversos.
	Beneficios	Triviales		
	Daños	Triviales		
	Información disponible de los desenlaces	Sí		
	Certeza de la evidencia	Muy baja		

6. Uso de recursos (costos):						
¿Qué tan grandes son los requerimientos de recursos (costos) de dar antihipertensivos frente a no dar antihipertensivos frente a una paciente?						
Juicio	Evidencia					Consideraciones adicionales
<p>○ La intervención implica costos extensos con respecto al comparador</p> <p>○ La intervención implica costos moderados con respecto al comparador</p> <p>● La intervención implican costos similares (diferencias pequeñas)</p> <p>○ La intervención implica ahorros moderados con respecto al comparador</p> <p>○ La intervención implica ahorros extensos respecto al comparador</p>	<b>Desenlaces (Nifedipino)</b>	<b>Costo de la intervención por paciente</b>	<b>Costo del comparador por paciente</b>	<b>Diferencia en costo anual por paciente (S/)</b>	<b>Diferencia Total por 100 personas al año (S/)</b>	<p>Tomando en cuenta los costos del uso de recursos y del manejo de las complicaciones y eventos adversos priorizados, el GEG consideró que la intervención y el comparador tendrían costos similares.</p>
	Uso de recurso	S/ 1.54	S/ 0	S/ 1.54	S/ 154.20	
	Tratamiento para la eclampsia	S/ 123.77	S/ 346.56	-S/ 222.79	-S/ 22 278.61	
	Tratamiento para la preeclampsia sin criterios de severidad	S/ 681.93	S/ 742.11	-S/ 60.17	-S/ 6 017.07	
	Tratamiento para la preeclampsia con criterios de severidad	S/ 2 314.50	S/ 4 901.29	-S/ 2 586.79	-S/ 258 679.42	
	Eventos adversos	S/ 5.39	S/ 0	S/ 5.39	S/ 538.60	
	<b>Costo Total</b>			-S/ 2 862.82	-S/ 286 282.30	
	<b>UIT</b>			-0.535		
	<b>Desenlaces (Metildopa)</b>	<b>Costo de la intervención por paciente</b>	<b>Costo del comparador por paciente</b>	<b>Diferencia en costo anual por paciente (S/)</b>	<b>Diferencia total por 100 personas al año (S/)</b>	
	Uso de tecnología	S/ 2.03	S/ 0	S/2.03	S/203.23	
	Tratamiento para la Eclampsia	S/ 123.77	S/ 346.56	-S/ 222.79	- S/ 22 278.61	
	Tratamiento para la Preeclampsia sin criterios de severidad	S/ 681.93	S/ 742.11	- S/ 60.17	- S/ 6 017.07	
	Tratamiento para la Preeclampsia con criterios de severidad	S/ 2 314.50	S/ 4 901.29	- S/ 2 586.79	- S/ 258 679.42	
	<b>Costo Total</b>			-S/ 2 86.72	-S/ 286 771.87	
	<b>UIT</b>			-0.536		

7. Aceptabilidad: ¿Dar antihipertensivos es aceptable para el personal de salud y los pacientes?		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> <li>● No</li> <li>○ Probablemente no</li> <li>○ Probablemente sí</li> <li>○ Sí</li> </ul>	No se encontraron estudios locales de equidad para este criterio. Se tomó como válido los aportes del grupo panel.	El GEG consideró que el uso de antihipertensivos no sería aceptable por la evidencia incierta.
8. Factibilidad: ¿La Histerectomía tipo A es factible de implementar?		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ No</li> <li>● Probablemente no</li> <li>○ Probablemente sí</li> <li>○ Sí</li> </ul>	<b>Disponibilidad y restricciones:</b> Los antihipertensivos están disponibles en el petitorio nacional, y su uso no está restringido a la indicación de un especialista.	<b>Disponibilidad real:</b> El GEG consideró que estos fármacos probablemente no estarían disponible en la mayoría de IPRESS del primer nivel de atención.

### Resumen de los juicios

	JUICIOS					
	Se desconoce	Trivial	Pequeño		Moderado	Grande
<b>BENEFICIOS</b>	Se desconoce	Trivial	Pequeño		Moderado	Grande
<b>DAÑOS</b>	Se desconoce	Grande	Moderado		Pequeño	Trivial
<b>CERTEZA GLOBAL DE LA EVIDENCIA</b>	Ningún estudio incluido	Muy baja	Baja		Moderada	Alta
<b>INFORMACIÓN DISPONIBLE PARA LOS DESENLACES</b>		No				Sí
<b>BALANCES DE LOS BENEFICIOS Y DAÑOS</b>	Se desconoce	Favorece al comparador	Probablemente favorece al comparador	No favorece a la intervención ni al comparador	Probablemente favorece a la intervención	Favorece a la intervención
<b>USO DE RECURSOS</b>		La intervención implica costos extensos con respecto al comparador	La intervención implica costos moderados con respecto al comparador	Intervención y comparador implican costos similares (diferencias pequeñas)	La intervención implica ahorros moderados respecto al comparador	La intervención implica ahorros extensos con respecto al comparador
<b>ACEPTABILIDAD</b>		No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí
<b>FACTIBILIDAD</b>		No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí
<b>RECOMENDACIÓN FINAL</b>	No emitir recomendación	Recomendación fuerte a favor del comparador	Recomendación condicional a favor del comparador	Recomendación condicional a favor de la intervención o del comparador	Recomendación condicional a favor de la intervención	Recomendación fuerte a favor de la intervención

## Recomendaciones y consideraciones adicionales

Justificación de la dirección y fuerza de la recomendación	Recomendación y consideraciones adicionales
<p><b>Dirección:</b> En gestantes con hipertensión gestacional o preeclampsia sin criterios de severidad, los beneficios de brindar antihipertensivos en lugar de no brindar fueron considerados triviales (debido a que la mayoría de los desenlaces tuvieron resultados no significativos). Además, los daños fueron considerados triviales (debido a que todos los desenlaces tuvieron resultados no significativos). Por lo tanto, no hay mayor beneficio de brindar antihipertensivos y el balance de los efectos favorece al comparador, a fin de evitar eventos adversos. En consecuencia, se emitió una recomendación en contra de la intervención.</p> <p><b>Fuerza:</b> Debido a que la certeza global de la evidencia fue muy baja, esta recomendación fue <b>condicional</b>.</p>	<p>En gestantes con hipertensión gestacional o preeclampsia sin criterios de severidad, se sugiere no brindar antihipertensivos.</p> <p><b>Recomendación condicional en contra de la intervención</b></p> <p><b>Certeza de la evidencia: Muy baja</b></p> <p>⊕○○○</p>

## Buenas Prácticas Clínicas (BPC)

Justificación	BPC
<p><b>Evidencia:</b></p> <p>El GEG consideró necesario incluir una Buena Práctica Clínica (BPC) para gestantes atendidas en el primer nivel de atención con hipertensión gestacional o preeclampsia sin criterios de severidad probables, basada en los criterios de manejo hospitalario de trastornos hipertensivos de la Guía de Práctica Clínica del Instituto Nacional de la Materno Perinatal del 2023 en el cual se indica manejo hospitalario para las gestantes con manifestación inicial de PA ≥ 140/90 y/o criterios clínicos y/o antecedentes de riesgo (13)</p>	<p>En gestantes con hipertensión gestacional o preeclampsia sin criterios de severidad probables, se debe realizar referencia de emergencia a un centro de mayor complejidad de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Referencia de emergencia con vía aérea permeable y vía endovenosa periférica permeable en un brazo.</li> <li>• De ser posible realizar pruebas de laboratorio: Hematocrito, hemoglobina, tiempo de coagulación y de sangría, grupo sanguíneo y factor RH, urea, creatinina, plaquetas, glucosa.</li> </ul>

## Gestantes con preeclampsia con criterios de severidad

En el primer nivel de atención, la atención se centra en la identificación temprana, diagnóstico probable, manejo inicial y referencia adecuada de pacientes con preeclampsia con criterios de severidad. El manejo inicial de una paciente con criterios de severidad

consiste en la **administración de sulfato de magnesio** para prevenir convulsiones de acuerdo con lo indicado en la clave azul. Considerando que el alcance del primer nivel de atención se limita al manejo inicial y estabilización de las pacientes mas no al tratamiento definitivo de la enfermedad, el grupo elaborador de la guía decidió plantear un punto de buena práctica clínica para el manejo de gestantes con preeclampsia con criterios de severidad:

Justificación	BPC
<p><b>Evidencia:</b> El GEG consideró necesario incluir una Buena Práctica Clínica (BPC) para gestantes atendidas en el primer nivel de atención con preeclampsia con criterios de severidad, basada en la Clave Azul del Manejo estandarizado de las emergencias obstétricas y neonatales del Ministerio de Salud (54).</p>	<p>En gestantes con preeclampsia con criterios de severidad, se debe activar la clave azul (iniciar tratamiento antihipertensivo) y realizar referencia de emergencia a un centro de mayor complejidad de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Referencia de emergencia con vía aérea permeable, vía endovenosa periférica en un brazo con CINA 9% y colocar sonda Foley N°14 con bolsa colectora.</li> <li>• Colocar sulfato de magnesio 10g (5 ampollas al 20%). Pasar 400cc a chorro, luego 30 gotas por minuto. Si no es posible por día endovenosa. Administrar 2g IM en cada nalga y repetir dosis cada 4 horas. Si aún no llega al establecimiento de referencia.</li> <li>• Si presenta convulsiones administrar sulfato de magnesio 2g EV lento. Sino es posible sulfato de magnesio, usar diazepam 10mg EV lento.</li> <li>• De ser posible realizar pruebas de laboratorio: Hematocrito, hemoglobina, tiempo de coagulación y de sangría, grupo sanguíneo y factor RH, urea, creatinina, plaquetas, glucosa.</li> </ul>

## V. PLAN DE ACTUALIZACIÓN DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

La presente GPC tiene una vigencia de cinco años. Al acercarse al fin de este período, se procederá a realizar una RS de la literatura para su actualización, luego de la cual se decidirá si se actualiza la presente GPC o se procede a realizar una nueva versión.

## VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia [Internet]. WHO recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 [citado 24 de febrero de 2025] p. 41. Report No.: 9789243548333. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/138405>
2. Poon LC, Shennan A, Hyett JA, Kapur A, Hadar E, Divakar H, et al. The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) Initiative on Preeclampsia (PE): A Pragmatic Guide for First Trimester Screening and Prevention. Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet [Internet]. 2019 [citado 15 de febrero de 2025];145(Suppl 1):1-33. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6944283/>
3. Villar J, Say L, Gulmezoglu AM, et al. Eclampsia and pre-eclampsia: A health problem for 2000 years. Post L, Walk J, eds. Pre-Eclampsia. London: RCOG Press; 2003.
4. Ronsmans C, Graham WJ. Maternal mortality: who, when, where, and why. The Lancet [Internet]. septiembre de 2006 [citado 24 de febrero de 2025];368(9542):1189-200. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S014067360669380X>
5. Kuklina EV, Ayala C, Callaghan WM. Hypertensive Disorders and Severe Obstetric Morbidity in the United States. Obstet Gynecol [Internet]. junio de 2009 [citado 24 de febrero de 2025];113(6):1299-306. Disponible en: <https://journals.lww.com/00006250-200906000-00016>
6. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Análisis y situación de salud. Situación epidemiológica de la mortalidad materna en el Perú a la SE 52 -2023 [Internet]. [citado 24 de febrero de 2025]. Disponible en: [https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin\\_202452\\_02\\_172028\\_0.pdf](https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_202452_02_172028_0.pdf)
7. Thomopoulos C, Hitij JB, De Backer T, Gkaliagkousi E, Kreutz R, Lopez-Sublet M, et al. Management of hypertensive disorders in pregnancy: a Position Statement of the European Society of Hypertension Working Group 'Hypertension in Women'. J Hypertens [Internet]. julio de 2024 [citado 24 de febrero de 2025];42(7):1109. Disponible en: [https://journals.lww.com/jhypertension/abstract/2024/07000/management\\_of\\_hypertensive\\_disorders\\_in\\_pregnancy\\_.1.aspx](https://journals.lww.com/jhypertension/abstract/2024/07000/management_of_hypertensive_disorders_in_pregnancy_.1.aspx)
8. Society of Obstetric Medicine of Australia and New Zealand (SOMANZ). Hypertension in Pregnancy Guideline 2023 [Internet]. SOMANZ; 2023 [citado el 14 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.somanz.org/hypertension-in-pregnancy-guideline-2023/>.
9. Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación. Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Manejo de la Enfermedad Hipertensiva del Embarazo: Guía en Versión Extensa. Lima: EsSalud. 2021;

10. Gestational hypertension and preeclampsia. ACOG Practice Bulletin No. 222. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2020;135:e237–60.
11. Henderson JT, Vesco KK, Senger CA, Thomas RG, Redmond N. Aspirin Use to Prevent Preeclampsia and Related Morbidity and Mortality: Updated Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force. Evidence Synthesis No. 205. AHRQ Publication No. 21-05274-EF-1. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2021.
12. Safer Care Victoria. Hypertension in Pregnancy Guideline [Internet]. Victoria: Maternity eHandbook; 2024 [citado el 14 de febrero de 2025] Disponible en: <https://www.safercare.vic.gov.au/clinical-guidance/maternity>.
13. Ministerio de Salud. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología. 2023. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/institucional/guias/1590593033>.
14. Hospital de Emergencias Villa El Salvador. Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos Hipertensivos del Embarazo y sus complicaciones en el Hospital de Emergencias Villa El Salvador [Internet]. [citado 11 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/7153926/6137805-guia-de-practica-clinica-para-el-diagnostico-y-tratamiento-de-los-trastornos-hipertensivos-del-embarazo-y-sus-complicaciones.pdf?v=1730321270>
15. World Health Organization. WHO recommendations on drug treatment for non-severe hypertension in pregnancy [Internet]. [citado 24 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/333816/9789240008793-eng.pdf?sequence=1>
16. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Hypertension in pregnancy: Diagnosis and management. NICE guideline [NG133]. London: NICE; 2019. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng133>.
17. World Health Organization. WHO recommendation. Calcium supplementation during pregnancy for the prevention of pre-eclampsia and its complications [Internet]. [citado 24 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/277235/9789241550451-eng.pdf?sequence=1>
18. World Health Organization. WHO recommendations. Drug treatment for severe hypertension in pregnancy [Internet]. [citado 24 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/277234/9789241550437-eng.pdf?sequence=1>

19. Beverley J Shea, Barnaby C Reeves. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare intervention, or both [Internet]. 2017 [citado 24 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/bmj/358/bmj.j4008.full.pdf>
20. Higgins JPT, Altman DG, Gotzsche PC, Juni P. The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trial. BMJ. 2011; 343:d5928 [Internet]. 2011 [citado 24 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/bmj/343/bmj.d5928.full.pdf>
21. Sterne JAC, Hernán MA, Reeves BC. ROBINS-1: a tool for assessing risk of bias in non-randomised studies of interventions [Internet]. [citado 24 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/bmj/355/bmj.i4919.full.pdf>
22. Whiting PF, Rutjes AWS, Westwood ME, Mallett S, Deeks JJ, Reitsma JB, et al. QUADAS-2: A Revised Tool for the Quality Assessment of Diagnostic Accuracy Studies. Ann Intern Med [Internet]. 18 de octubre de 2011 [citado 24 de febrero de 2025];155(8):529-36. Disponible en: <https://www.acpjournals.org/doi/full/10.7326/0003-4819-155-8-201110180-00009>
23. Andrews JC, Schünemann HJ, Oxman AD, Pottie K, Meerpohl JJ, Coello PA, et al. GRADE guidelines: 15. Going from evidence to recommendation—determinants of a recommendation's direction and strength. J Clin Epidemiol [Internet]. 1 de julio de 2013 [citado 24 de febrero de 2025];66(7):726-35. Disponible en: [https://www.jclinepi.com/article/S0895-4356\(13\)00054-1/fulltext](https://www.jclinepi.com/article/S0895-4356(13)00054-1/fulltext)
24. Alonso-Coello P, Schünemann HJ, Moberg J, Brignardello-Petersen R, Akl EA, Davoli M, et al. Marcos GRADE de la evidencia a la decisión (EtD): un enfoque sistemático y transparente para tomar decisiones sanitarias bien informadas. 1: Introducción. Gac Sanit [Internet]. 1 de marzo de 2018 [citado 24 de febrero de 2025];32(2):166.e1-166.e10. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911117301218>
25. Andrews J, Guyatt G, Oxman AD, Alderson P, Dahm P, Falck-Ytter Y, et al. GRADE guidelines: 14. Going from evidence to recommendations: the significance and presentation of recommendations. J Clin Epidemiol [Internet]. 1 de julio de 2013 [citado 24 de febrero de 2025];66(7):719-25. Disponible en: [https://www.jclinepi.com/article/S0895-4356\(12\)00138-2/fulltext](https://www.jclinepi.com/article/S0895-4356(12)00138-2/fulltext)
26. Guyatt G, Oxman AD, Sultan S, Brozek J, Glasziou P, Alonso-Coello P, et al. GRADE guidelines: 11. Making an overall rating of confidence in effect estimates for a single outcome and for all outcomes. J Clin Epidemiol [Internet]. 1 de febrero de 2013 [citado 24 de febrero de 2025];66(2):151-7. Disponible en: [https://www.jclinepi.com/article/S0895-4356\(12\)00025-X/fulltext](https://www.jclinepi.com/article/S0895-4356(12)00025-X/fulltext)

27. Dewidar O, Lotfi T, Langendam MW, Parmelli E, Saz Parkinson Z, Solo K, et al. Good or best practice statements: proposal for the operationalisation and implementation of GRADE guidance. *BMJ Evid-Based Med* [Internet]. junio de 2023 [citado 24 de febrero de 2025];28(3):189-96. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10313969/>
28. Shamsi U, Saleem S, Nishter N. Epidemiology and risk factors of preeclampsia; an overview of observational studies. *Al Ameen J Med Sci*. 2013;6(4):292–300.
29. Cotechini T, Komisarenko M, Sperou A, Macdonald-Goodfellow S, Adams MA, Graham CH. Inflammation in rat pregnancy inhibits spiral artery remodeling leading to fetal growth restriction and features of preeclampsia. *J Exp Med*. 2014;211(1):165-79. Disponible en: <https://doi.org/10.1084/jem.20130295>.
30. Poon LC, Shennan A, Hyett JA, Kapur A, Hadar E, Divakar H, et al. The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) Initiative on Preeclampsia (PE): A Pragmatic Guide for First Trimester Screening and Prevention. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet*. 2019;145(Suppl 1):1-33.
31. Elawad T, Scott G, Bone JN, Elwell H, Lopez CE, Filippi V, et al. Risk factors for preeclampsia in clinical practice guidelines: Comparison with the evidence. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2024;131(1):46-62. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.17320>.
32. Henderson JT, Vesco KK, Senger CA, Thomas RG, Redmond N. Aspirin Use to Prevent Preeclampsia and Related Morbidity and Mortality: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. 28 de septiembre de 2021;326(12):1192-206.
33. Ministerio de Salud Pública. Trastornos hipertensivos del embarazo. Guía de Práctica Clínica (GPC). Segunda edición; Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2016. Disponible en: <http://salud.gob.ec>.
34. Detección, Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades Hipertensivas del Embarazo. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, IMSS; 2017.
35. US Preventive Services Task Force. Aspirin Use to Prevent Preeclampsia and Related Morbidity and Mortality: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2021;326(12):1186–1191. doi:10.1001/jama.2021.14781.
36. Magee LA, Pels A, Helewa M, Rey E, von Dadelszen P, Canadian Hypertensive Disorders of Pregnancy (HDP) Working Group. Guideline No. 426: Hypertensive disorders of pregnancy: Diagnosis, prediction, prevention, and management. *J Obstet Gynaecol Can* [Internet]. 2022 Aug [cited 2025 jan 28];44(8):774-803.e3. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2022.04.918>.

37. WHO recommendations on maternal health: guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee. Geneva: World Health Organization; 2017 (WHO/MCA/17.10). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
38. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Trastornos hipertensivos en la gestación. *Prog Obstet Ginecol* 2020;63:244-272. Disponible en: <https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n4/GAP-Trastornos%20hipertensivos%20gestacion.pdf>.
39. Wertaschnigg D, Reddy M, Mol BWJ, da Silva Costa F, Rolnik DL. Evidence-Based Prevention of Preeclampsia: Commonly Asked Questions in Clinical Practice. *J Pregnancy*. 2019;2675101. doi: 10.1155/2019/2675101.
40. Rolnik DL, Wright D, Poon LC, O’Gorman N, Syngelaki A, de Paco Matallana C, et al. Aspirin versus Placebo in Pregnancies at High Risk for Preterm Preeclampsia. *N Engl J Med*. 2017;377(7):613-622. doi: 10.1056/NEJMoa1704559.
41. Roberge S, Bujold E, Nicolaides KH. Aspirin for the prevention of preterm and term preeclampsia: systematic review and metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2018;218(3):287-293.e1. doi: 10.1016/j.ajog.2017.11.561.
42. Short VL, Hoffman M, Metgud M, Kavi A, Goudar SS, Okitawutshu J, et al. Safety of daily low-dose aspirin use during pregnancy in low-income and middle-income countries. *Am J Obstet Gynecol Glob Rep* 2021;1(1):100003. doi: 10.1016/j.xagr.2021.100003.
43. Roberge S, Nicolaides K, Demers S, Hyett J, Chaillet N, Bujold E. The role of aspirin dose on the prevention of preeclampsia and fetal growth restriction: systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2017; 216:110.e6–120.e6.
44. Ayala DE, Ucieda R, Hermida RC. Chronotherapy with low-dose aspirin for prevention of complications in pregnancy. *Chronobiol Int*. 2013 Mar;30(1-2):260-79. doi: 10.3109/07420528.2012.717455.
45. Espeche WG, Minetto J, Salazar MR. Utilización de aspirina 100 mg/día para prevenir Preeclampsia, en embarazos de alto riesgo, en una cohorte de Argentina. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba*. 2022;79(1):4-9. Spanish. doi: 10.31053/1853.0605.v79.n1.32783.
46. US Preventive Services Task Force. Aspirin Use to Prevent Preeclampsia and Related Morbidity and Mortality: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2021;326(12):1186–1191. doi:10.1001/jama.2021.14781.
47. Hofmeyr GJ, Lawrie TA, Atallah ÁN, Torloni MR. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2018 [citado 24 de febrero de 2025];2018(10). Disponible en: <https://www.readcube.com/articles/10.1002%2F14651858.cd001059.pub5>

48. Sun X, Li H, He X, Li M, Yan P, Xun Y, et al. The association between calcium supplement and preeclampsia and gestational hypertension: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Hypertens Pregnancy* [Internet]. 3 de abril de 2019 [citado 24 de febrero de 2025];38(2):129-39. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/10641955.2019.1593445>
49. Kongwattanakul K, Duangkum C, Ngamjarus C, Lumbiganon P, Cuthbert A, Weeks J, et al. Calcium supplementation (other than for preventing or treating hypertension) for improving pregnancy and infant outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 19 de noviembre de 2024;11(11):CD007079.
50. WHO recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia [Internet]. [citado 24 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548335>
51. WHO recommendations on maternal health: guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee. Geneva: World Health Organization; 2017 (WHO/MCA/17.10). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
52. Rana S, Lemoine E, Granger JP, Karumanchi SA. Preeclampsia: Pathophysiology, Challenges, and Perspectives. *Circ Res*. 29 de marzo de 2019;124(7):1094-112.
53. Abalos E, Duley L, Steyn DW, Gialdini C. Antihypertensive drug therapy for mild to moderate hypertension during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 1 de octubre de 2018 [citado 24 de febrero de 2025];2018(10):CD002252. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6517078/>
54. Manejo estandarizado de las emergencias obstétricas y neonatales [Internet]. [citado 24 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/322070-manejo-estandarizado-de-las-emergencias-obstetricas-y-neonatales>

## VII. ANEXOS

### VII.1 Anexo N° 1: Búsqueda y selección de guías de práctica clínica

El 03 de febrero de 2025, se realizó la búsqueda de guías de práctica clínica.

#### Detalles de la búsqueda:

#### Reporte de búsqueda electrónica en repositorios y organismos elaboradores

Repositorios y organismos elaboradores	Términos de búsqueda	Observaciones	Identificadas para evaluación
Base Internacional de Guías GRADE (BIGG)	Preeclampsia OR hypertension pregnancy	-	5
BIGG-REC: Recomendaciones GRADE de OPS/OMS para el ODS-3	Preeclampsia	-	1
Guidelines International Network: G-I-N Library	Preeclampsia OR hypertension pregnancy	En finés	0
MAGICapp	Preeclampsia	-	0
National Institute for Clinical Excellence (NICE)	Preeclampsia	-	1
World Health Organization	Preeclampsia OR hypertension pregnancy	-	2
Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)	Preeclampsia	-	0
American College of Physicians (ACP)	Preeclampsia OR hypertension pregnancy	-	0
Canadian Medical Association Infobase of Clinical Practice Guidelines	Preeclampsia OR hypertension OR hypertension pregnancy	-	0
SOGS (Society of Obstetrician and Gynaecologists of Canada)	Preeclampsia	-	1
U.S. Preventive Services Task Force	Preeclampsia OR hypertension pregnancy	-	1
Queensland Clinical Guidelines (Australia)	Preeclampsia OR hypertension pregnancy	-	1
ACOG (The American college of Obstetricians and Gynecologists)	Preeclampsia OR hypertension pregnancy	-	2
GuíaSaludGuía Salud - Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud, España	Preeclampsia o hipertensión en el embarazo	-	0

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia	Preeclampsia o hipertensión en el embarazo	-	0
Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS), Colombia	Preeclampsia o hipertensión en el embarazo	-	0
Ministerio de Salud de Chile	Preeclampsia o hipertensión en el embarazo	Año 2018	1
Ministerio de Salud Pública de Ecuador	Preeclampsia o trastornos hipertensivos del embarazo	Año 2016	1
Ministerio de Salud de Argentina	Preeclampsia o hipertensión en el embarazo	Año 2007	1
Instituto mexicano del seguro social	Preeclampsia o hipertensión en el embarazo	Año 2017	1
Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI)	Preeclampsia o hipertensión en el embarazo	-	1

### Reporte de búsqueda electrónica en bases de datos

<b>Base de datos</b>		MEDLINE/PubMed
<b>Plataforma</b>		MEDLINE/PubMed
<b>Fecha de búsqueda</b>		03/02/2025
<b>Rango de fecha de búsqueda</b>		Desde inicios de los tiempos a 03/02/2025
N°	Estrategia de búsqueda	Resultado
#1	"Guideline"[pt] OR "practice guideline"[pt] OR "consensus development conference"[pt] OR "consensus development conference, NIH"[pt] OR guideline*[ti] OR standards[ti] OR consensus*[ti] OR recommendat*[ti] OR guideline*[cn] OR standards[cn] OR consensus*[cn] OR recommendat*[cn] OR "practice parameter"*[ti] OR "position statement"*[ti] OR "practice bulletin"*[ti] OR "policy statement"*[ti] OR CPG[ti] OR CPGs[ti] OR "best practice"*[ti] OR (care[ti] AND (path[ti] OR paths[ti] OR pathway[ti] OR pathways[ti] OR map[ti] OR maps[ti] OR plan[ti] OR plans[ti] OR standard[ti])) OR ((critical[ti] OR clinical[ti] OR practice[ti] AND (path[ti] OR paths[ti] OR pathway[ti] OR pathways[ti] OR protocol*[ti])) OR (algorithm*[ti] AND (pharmacotherap*[ti] OR chemotherap*[ti] OR chemotreatment*[ti] OR therap*[ti] OR treatment*[ti] OR intervention*[ti])) OR (algorithm*[ti] AND (screening[ti] OR examination[ti] OR test[ti] OR tested[ti] OR testing[ti] OR assessment*[ti] OR diagnosis[ti] OR diagnoses[ti] OR diagnosed[ti] OR diagnosing[ti])) OR guideline*[ot] OR standards[ot] OR consensus*[ot] OR recommendat*[ot] OR "practice parameter"*[ot] OR "position statement"*[ot] OR "practice bulletin"*[ot] OR "policy statement"*[ot] OR CPG[ot] OR CPGs[ot] OR "best practice"*[ot] OR (care[ot] AND (path[ot] OR paths[ot] OR pathway[ot] OR pathways[ot] OR map[ot] OR maps[ot] OR plan[ot] OR plans[ot] OR standard[ot])) OR ((critical[ot] OR clinical[ot] OR practice[ot] AND (path[ot] OR paths[ot] OR pathway[ot] OR pathways[ot] OR protocol*[ot])) OR (algorithm*[ot] AND (pharmacotherap*[ot] OR chemotherap*[ot] OR therap*[ot] OR treatment*[ot] OR intervention*[ot])) OR (algorithm*[ot] AND (screening[ot] OR examination[ot] OR test[ot] OR	325,829

	tested[ot] OR testing[ot] OR assessment*[ot] OR diagnosis[ot] OR diagnoses[ot] OR diagnosed[ot] OR diagnosing[ot]) OR (("Systematic review"[ti] OR "systematic review"[pt] OR "systematic review"[ot]) AND ("practice guideline"*[tiab] OR "treatment guideline"*[tiab] OR "clinical guideline"*[tiab] OR "guideline recommendation"*[tiab]))	
#2	("pre-eclampsia"[MeSH Terms] OR "preeclampsia"[Title/Abstract] OR "pre-eclampsia"[Title/Abstract] OR "hypertension, pregnancy induced"[MeSH Terms] OR "gestational hypertension"[Title/Abstract] OR "hypertensive disorders of pregnancy"[Title/Abstract])	63,637
#3	#1 AND #2	642
#4	#1 AND #2 AND (y_5[Filter])	244

<b>Base de datos</b>		TRIPDATABASE
<b>Plataforma</b>		<a href="https://www.tripdatabase.com/">https://www.tripdatabase.com/</a>
<b>Fecha de búsqueda</b>		03/02/2025
<b>Rango de fecha de búsqueda</b>		Desde inicio de los tiempos a 03/02/2025
<b>Filtro</b>		Guidelines
Nº	Estrategia de búsqueda	Resultado
#1	("pre-eclampsia" OR preeclampsia OR "gestational hypertension" OR "hypertensive disorders of pregnancy")	319
#2	("pre-eclampsia" OR preeclampsia OR "gestational hypertension" OR "hypertensive disorders of pregnancy") from_date:2019	227
#3	((("pre-eclampsia" OR preeclampsia OR "gestational hypertension" OR "hypertensive disorders of pregnancy") AND "practice guideline") NOT "ultrasound" from_date:2020	66

### Guías identificadas a partir de la búsqueda electrónica

Nº	Elaborador	Nombre de la GPC	País / región	Año de publicación
1	World Health Organization Department of Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health and Ageing	WHO recommendations on maternal health: guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee	Global	2023
2	The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada/	Guideline No. 426: Hypertensive Disorders of Pregnancy: Diagnosis, Prediction, Prevention, and Management	Canadá	2022
3	Organización Mundial de la Salud	WHO recommendations on antiplatelet agents for the prevention of pre-eclampsia	Global	2021
4	Queensland Clinical Guidelines	Hypertension and pregnancy	Australia	2021
5	Organización Mundial de la Salud	WHO recommendations on drug treatment for non-severe hypertension in pregnancy	Global	2020

6	Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación	Guía de práctica clínica para la prevención y manejo de la enfermedad hipertensiva del embarazo	Perú	2021
7	NICE (National Institute for health and Care Excellence)	Hypertension in pregnancy: diagnosis and management	Inglaterra	2019
8	Organización Mundial de la Salud	Calcium supplementation during pregnancy for the prevention of pre-eclampsia and its complications	Global	2018
9	Organización Mundial de la Salud	WHO recommendations: drug treatment for severe hypertension in pregnancy	Global	2018
10	Instituto Nacional Materno Perinatal	Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología	Perú	2023
11	Ministerio de Salud Pública del Ecuador	Trastornos hipertensivos del embarazo. Guía de Práctica Clínica	Ecuador	2015
12	Instituto Mexicano del Seguro Social	Detección, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades hipertensivas del embarazo	México	2017
13	The American College of Obstetricians and Gynecologists	Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists. Gestational Hypertension and Preeclampsia	EE. UU	2020
14	Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia	Guías de Asistencia Práctica. Trastornos hipertensivos en la gestación.	España	2020

### Evaluación de los criterios de preselección de las guías identificadas.

Criterio de preselección	GPC 1	GPC 2	GPC 3	GPC 4	GPC 5	GPC 6	GPC 7	GPC 8	GPC 9	GPC 10
1. ¿Ha transcurrido un tiempo $\leq 5$ años desde la publicación de la GPC?	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
2. ¿Coincide con el alcance de la guía a desarrollar?	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
3. ¿Se describe el proceso de desarrollo de la guía y brinda información sobre la conformación del grupo elaborador?	No	No	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si
4. ¿Se han registrado y abordado los conflictos de interés del grupo elaborador?	No	No	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si
5. ¿Aborda preguntas claras y bien definidas (se pueden identificar los componentes PICO)?	No	No	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si
6. Realizó una búsqueda sistemática de la literatura en al menos dos de las siguientes bases de datos: MEDLINE, EMBASE y CENTRAL, y las estrategias de búsqueda están disponibles para cada una de las preguntas.	No	No	Si	No	No	Si	Si	Si	Si	Si
7. ¿Se emiten recomendaciones y es posible identificar la evidencia que las respalda: Cada recomendación está enlazada a una descripción de la evidencia y/o tabla de evidencia?	No	No	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si
8. Ideal: ¿Emplea la metodología GRADE para calificar la certeza de la evidencia y las tablas de evidencia están disponibles?	No	No	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si

Criterio de preselección	GPC 1	GPC 2	GPC 3	GPC 4	GPC 5	GPC 6	GPC 7	GPC 8	GPC 9	GPC 10
Elegible para evaluación mediante AGREE II	No	No	Si	No	No	Si	Si	Si	Si	Si

## Evaluación de la calidad de las GPC preseleccionadas mediante la herramienta AGREE II.

Dominios del AGREE II	Puntaje (%)					
	GPC 3	GPC 6	GPC 7	GPC 8	GPC 9	GPC 10
1. Alcance y objetivos	94	94	94	94	89	94
2. Participación de los implicados	78	89	94	89	89	89
3. Rigor en la elaboración	88	81	90	96	83	79
4. Claridad de la presentación	72	78	83	83	78	83
5. Aplicabilidad	67	92	75	71	79	75
6. Independencia editorial	75	92	92	92	92	83
Evaluación Global	78	88	88	88	85	84
<b>CONCLUSIÓN*</b>	Seleccionada	Seleccionada	Seleccionada	Seleccionada	Seleccionada	Seleccionada

\* Seleccionada / No seleccionada

## VII.2 Anexo N° 2: Búsqueda de la evidencia para cada pregunta clínica

Para las preguntas planteadas, se buscaron documentos cuya versión a texto completo se encuentre en español o inglés.

Abreviaturas:

- **RS:** Revisiones sistemáticas
- **ECA:** Ensayos clínicos aleatorizados
- **EO:** Estudios observacionales

### Pregunta 1. En gestantes, ¿cuáles son los factores de riesgo para desarrollar preeclampsia?

Resumen de la búsqueda por cada pregunta PICO:

Esta pregunta clínica tuvo 1 pregunta PICO, cuyas características se resumen a continuación:

Pregunta PICO N°	Paciente o problema	Exposición / comparador	Desenlaces
1	Gestantes	Factores de riesgo / -	• Desarrollo de preeclampsia

Estrategias de las búsquedas realizadas y listado de las citas evaluadas:

Para responder dicha pregunta PICO, se realizó una búsqueda bibliográfica:

Código	Preguntas PICO	Tipo de búsqueda y tipos de estudios buscados	Fechas de búsqueda (desde, hasta)	Número de citas identificadas en cada fuente	PICO	Citas evaluadas a texto completo	Artículos incluidos
A	Búsqueda para la pregunta PICO N° 1	Búsqueda de novo de RS	Desde el inicio de los tiempos a enero 2025	<ul style="list-style-type: none"> <li>MEDLINE/PubMed: 108</li> <li>CENTRAL: 100</li> <li>EMBASE: 392</li> <li>LILACS:32</li> <li>Total de citas después de excluir duplicados: 561</li> </ul>	PICO N° 1	7	0

A continuación, se presentará la estrategia de búsqueda y las listas de citas incluidas y excluidas para cada una:

**Búsqueda de RS para la pregunta PICO N° 1:**

Estrategia de búsqueda:

Base de datos: MEDLINE/PubMed			
Fecha de búsqueda: 28 de enero 2025			
Filtros:			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ninguno</li> </ul>			
N°	Descripción	Estrategia de búsqueda	Resultado
#1	Población	((((((((pregnant women[MeSH Terms]) OR (pregnant woman[MeSH Terms]) OR (woman, pregnant[MeSH Terms]) OR (women, pregnant[MeSH Terms]) OR (pregnant people*[Title/Abstract]) OR (pregnant person[Title/Abstract]) OR (pregnant woman[Title/Abstract]) OR (pregnant women[Title/Abstract]))) OR ((high risk pregnancy[MeSH Terms] OR (high-risk pregnanc*[Title/Abstract])) AND (((hypertension, pregnancy induced[MeSH Terms] OR (hypertensions, pregnancy induced[MeSH Terms]) OR (Pregnancy-Induced Hypertens*[Title/Abstract]) OR (Gestational Hypertens*[Title/Abstract]) OR (Pregnancy Transient Hypertens*[Title/Abstract]))))	10 720
#2	Exposición	((((((((risk factor[MeSH Terms]) OR (Risk factor[Title/Abstract]) OR (Population at risk[Title/Abstract]) OR (Populations at risk[Title/Abstract]) OR (Risk score*[Title/Abstract]) OR (Risk factor score*[Title/Abstract]) OR (Health correlate*[Title/Abstract]) OR (Social risk factor*[Title/Abstract]))	1 228 972
#3	Desenlace	(((hypertension, pregnancy induced[MeSH Terms] OR (hypertensions, pregnancy induced[MeSH Terms]) OR (Pregnancy-Induced Hypertens*[Title/Abstract]) OR (Gestational Hypertens*[Title/Abstract]) OR (Pregnancy Transient Hypertens*[Title/Abstract]))	50 075
#4	Tipo de estudio	(((("Meta-Analysis as Topic"[MeSH] OR meta analy*[TIAB] OR metaanaly*[TIAB] OR "Meta-Analysis"[PT] OR "Systematic Review"[PT] OR "Systematic Reviews as Topic"[MeSH] OR systematic review*[TIAB] OR systematic overview*[TIAB] OR "Review Literature as Topic"[MeSH]) OR (cochrane[TIAB] OR embase[TIAB] OR psychlit[TIAB]	638 710

		OR psyclit[TIAB] OR psychinfo[TIAB] OR psycinfo[TIAB] OR cinahl[TIAB] OR cinhal[TIAB] OR "science citation index"[TIAB] OR bids[TIAB] OR cancerlit[TIAB] OR (reference list*[TIAB] OR bibliograph*[TIAB] OR hand-search*[TIAB] OR "relevant journals"[TIAB] OR manual search*[TIAB] OR (("selection criteria"[TIAB] OR "data extraction"[TIAB] AND "Review"[PT])) NOT ("Comment"[PT] OR "Letter"[PT] OR "Editorial"[PT] OR ("Animals"[MeSH] NOT ("Animals"[MeSH] AND "Humans"[MeSH])))	
#5	Término P+E+O	#1 AND #2 AND #3	1 693
#6	Término final	#1 AND #2 AND #3 AND #4	108
<b>Base de datos: CENTRAL</b>			
Fecha de búsqueda: 28 de enero 2025			
Filtros:			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cochrane reviews</li> </ul>			
	<b>Descripción</b>	<b>Estrategia de búsqueda</b>	<b>Resultado</b>
#1	Población	(((((([mh "pregnant women"]) OR ([mh "pregnant woman"]) OR ([mh "woman, pregnant"]) OR ([mh "women, pregnant"]) OR (("pregnant" NEXT people*:ti,ab)) OR ("pregnant person":ti,ab)) OR ("pregnant woman":ti,ab) OR ("pregnant women":ti,ab)))) OR (([mh "high risk pregnancy"]) OR ("high-risk" NEXT pregnanc*:ti,ab))	21 053
#2	Exposición	(((((([mh "risk factor"]) OR ("Risk factor":ti,ab)) OR ("Population at risk":ti,ab)) OR ("Populations at risk":ti,ab)) OR ("Risk" NEXT score*:ti,ab)) OR ("Risk factor" NEXT score*:ti,ab)) OR ("Health" NEXT correlate*:ti,ab)) OR ("Social risk" NEXT factor*:ti,ab))	57 857
#3	Desenlace	((([mh "hypertension, pregnancy induced"]) OR ([mh "hypertensions, pregnancy induced"])) OR ("Pregnancy-Induced" NEXT Hypertens*:ti,ab)) OR ("Gestational" NEXT Hypertens*:ti,ab)) OR ("Pregnancy Transient" NEXT Hypertens*:ti,ab))	2 844
#4	Término final	#1 AND #2 AND #3	100
<b>Base de datos: EMBASE</b>			
Fecha de búsqueda: 28 de enero de 2024			
Filtros:			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Systematic reviews</li> </ul>			
	<b>Descripción</b>	<b>Estrategia de búsqueda</b>	<b>Resultado</b>
#1	Población	(((((('pregnant women'/exp) OR ('pregnant woman'/exp)) OR ('woman, pregnant'/exp)) OR ('women, pregnant'/exp)) OR ('pregnant people*:ti,ab)) OR ('pregnant person':ti,ab)) OR ('pregnant woman':ti,ab) OR ('pregnant women':ti,ab)))) OR ('high risk pregnancy'/exp) OR ('high-risk pregnanc*:ti,ab))	232 208
#2	Exposición	(((((('risk factor'/exp) OR ('Risk factor':ti,ab)) OR ('Population at risk':ti,ab)) OR ('Populations at risk':ti,ab)) OR ('Risk score*:ti,ab)) OR ('Risk factor score*:ti,ab)) OR ('Health correlate*:ti,ab)) OR ('Social risk factor*:ti,ab))	1 732 279
#3	Desenlace	((('hypertension, pregnancy induced'/exp) OR ('hypertensions, pregnancy induced'/exp)) OR ('Pregnancy-Induced Hypertens*:ti,ab)) OR ('Gestational Hypertens*:ti,ab)) OR ('Pregnancy Transient Hypertens*:ti,ab))	110 619
#4	Tipo de publicación	((('Meta-Analysis as Topic'/exp OR 'meta analy*:ti,ab OR metaanaly*:ti,ab OR term:it OR term:it OR 'Systematic Reviews as Topic'/exp OR 'systematic review*:ti,ab OR	1 054 057

		'systematic overview*':ti,ab OR 'Review Literature as Topic'/exp) OR (cochrane:ti,ab OR embase:ti,ab OR psychlit:ti,ab OR psyclit:ti,ab OR psychinfo:ti,ab OR psycinfo:ti,ab OR cinahl:ti,ab OR cinhal:ti,ab OR 'science citation index':ti,ab OR bids:ti,ab OR cancerlit:ti,ab) OR ('reference list*':ti,ab OR bibliograph*':ti,ab OR hand-search*':ti,ab OR 'relevant journals':ti,ab OR 'manual search*':ti,ab) OR (('selection criteria':ti,ab OR 'data extraction':ti,ab) AND term:it)) NOT (term:it OR term:it OR term:it OR (Animals/exp NOT (Animals/exp AND Humans/exp))))	
#5	Término P+E+O	#1 AND #2 AND #3	5 231
#6	Término final	#1 AND #2 AND #3 AND #4	392
<b>Base de datos: LILACS</b>			
Fecha de búsqueda: 28 de enero de 2024			
Filtros: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Guía de práctica clínica</li> <li>• Revisiones sistemáticas</li> <li>• Periodo de búsqueda: 2015 – 2025</li> </ul>			
	<b>Descripción</b>	<b>Estrategia de búsqueda</b>	<b>Resultado</b>
#1	Término P+E+O	(Mujeres Embarazadas) OR (Hipertensión Inducida en el Embarazo) OR (Preeclampsia) AND (Factores de Riesgo)	32

Listado de citas evaluadas a texto completo y **excluidas**:

N°	Estudio	Razón por la cual se excluyó
<b>PICO N° 1</b>		
1	Elawad T, Scott G, Bone JN, Elwell H, Lopez CE, Filippi V, et al. Risk factors for pre-eclampsia in clinical practice guidelines: Comparison with the evidence. BJOG Int J Obstet Gynaecol. 2024;131(1):46-62. Disponible en: <a href="https://doi.org/10.1111/1471-0528.17320">https://doi.org/10.1111/1471-0528.17320</a>	No incluye población latinoamericana
2	Magee LA, Smith GN, Bloch C, Côté AM, Jain V, Nerenberg K, et al. Guideline No. 426: Hypertensive Disorders of Pregnancy: Diagnosis, Prediction, Prevention, and Management. J Obstet Gynaecol Can. 2022;44(5):547-571.e1. Disponible en: <a href="https://doi.org/10.1016/j.jogc.2022.03.002">https://doi.org/10.1016/j.jogc.2022.03.002</a>	No incluye población latinoamericana
3	Thomopoulos C, Salamalekis G, Kintis K, Andrianopoulou I, Michalopoulou H, Skalis G, et al. Risk of hypertensive disorders in pregnancy following assisted reproductive technology: overview and meta-analysis. J Clin Hypertens. 2017;19(2):173-83. Disponible en: <a href="https://doi.org/10.1111/jch.12945">https://doi.org/10.1111/jch.12945</a>	No incluye población latinoamericana
4	Spracklen CN, Smith CJ, Saftlas AF, Robinson JG, Ryckman KK. Maternal Hyperlipidemia and the Risk of Preeclampsia: a Meta-Analysis. Am J Epidemiol. 2014;180(4):346-58. Disponible en: <a href="https://doi.org/10.1093/aje/kwu145">https://doi.org/10.1093/aje/kwu145</a>	No tiene desenlaces de interés
5	Guan HB, Wei Y, Wang LL, Qiao C, Liu CX. Prenatal Selective Serotonin Reuptake Inhibitor Use and Associated Risk for Gestational Hypertension and Preeclampsia: A Meta-Analysis of Cohort Studies. J Womens Health. 2018;27(6):791-800. Disponible en: <a href="https://doi.org/10.1089/jwh.2017.6642">https://doi.org/10.1089/jwh.2017.6642</a>	No tiene desenlaces de interés

6	Poster Abstracts of the ISPD 16th International Conference on Prenatal Diagnosis and Therapy. Prenat Diagn. 2012;32(s1):36-128. Disponible en: <a href="https://doi.org/10.1111/j.1097-0223.2012.03905.x">https://doi.org/10.1111/j.1097-0223.2012.03905.x</a>	Resumen de posters
7	Rocha RS, Gurgel Alves JA, Bezerra Maia e Holanda Moura S, Araujo Júnior E, Martins WP, Vasconcelos CTM, et al. Comparison of three algorithms for prediction preeclampsia in the first trimester of pregnancy. Pregnancy Hypertens. 2017;10:113-7. Disponible en: <a href="https://doi.org/10.1016/j.preghy.2017.07.146">https://doi.org/10.1016/j.preghy.2017.07.146</a>	Tipo de estudio inadecuado

Listado de citas evaluadas a texto completo e **incluidas**:

N°	Estudio	Diseño
<b>PICO N° 1:</b>		
-	---	---

## Pregunta 2. En gestantes con riesgo para desarrollar preeclampsia ¿se debería brindar ácido acetilsalicílico (AAS) para prevenir preeclampsia?

Resumen de la búsqueda por cada pregunta PICO:

Esta pregunta clínica tuvo 1 pregunta PICO, cuyas características se resumen a continuación:

Pregunta PICO N°	Paciente o problema	Intervención / Comparador	Desenlaces
2	Gestantes con riesgo para preeclampsia	Brindar ácido acetilsalicílico / No brindar o dar placebo	<u>CRÍTICOS</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad materna</li> <li>• Mortalidad neonatal</li> <li>• Preeclampsia</li> <li>• RCIU</li> </ul> <u>IMPORTANTE</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Parto pretérmino</li> <li>• Riesgo de DPP</li> <li>• Hemorragia posparto</li> <li>• Reacciones adversas del AAS</li> </ul>

Estrategias de las búsquedas realizadas y listado de las citas evaluadas:

Para responder dicha pregunta PICO, se realizó una búsqueda bibliográfica:

Código	Preguntas PICO	Tipo de búsqueda y tipos de estudios buscados	Fechas de búsqueda (desde, hasta)	Número de citas identificadas en cada fuente	PICO	Citas evaluadas a texto completo	Artículos incluidos
A	Búsqueda para la pregunta a PICO N° 2	Búsqueda de novo de RS	Desde el inicio de los tiempos a 03 de febrero 2025	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MEDLINE/PubMed: 75</li> <li>• EMBASE: 86</li> <li>• LILACS: 16</li> </ul>	PICO N° 2	25	1

A continuación, se presentará la estrategia de búsqueda y las listas de citas incluidas y excluidas para cada una:

### Búsqueda de RS para la pregunta PICO N° 2:

Estrategia de búsqueda:

<b>Base de datos: MEDLINE/PubMed</b>			
Fecha de búsqueda: 18 febrero 2025			
Rango de búsqueda: 18/02/2020 a 03/02/2025 (filtro: últimos 5 años)			
Filtros:			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ninguno</li> </ul>			
	Descripción	Término	Resultado
#1	Población + Intervención	("pre-eclampsia"[MeSH Terms] OR "preeclampsia"[Title/Abstract] OR "pre-eclampsia"[Title/Abstract]) AND ("salicylic acid"[MeSH Terms] OR "aspirin"[Title/Abstract])	641,154
#2	Tipo de estudio	((("Meta-Analysis as Topic"[MeSH] OR meta analy*[TIAB] OR metaanaly*[TIAB] OR "Meta-Analysis"[PT] OR "Systematic Review"[PT] OR "Systematic Reviews as Topic"[MeSH] OR systematic review*[TIAB] OR systematic overview*[TIAB] OR "Review Literature as Topic"[MeSH]) OR (cochrane[TIAB] OR embase[TIAB] OR psychlit[TIAB] OR psyclit[TIAB] OR psychinfo[TIAB] OR psycinfo[TIAB] OR cinahl[TIAB] OR cinhal[TIAB] OR "science citation index"[TIAB] OR bids[TIAB] OR cancerlit[TIAB]) OR (reference list*[TIAB] OR bibliograph*[TIAB] OR hand-search*[TIAB] OR "relevant journals"[TIAB] OR manual search*[TIAB]) OR ((("selection criteria"[TIAB] OR "data extraction"[TIAB]) AND "Review"[PT])) NOT ("Comment"[PT] OR "Letter"[PT] OR "Editorial"[PT] OR ("Animals"[MeSH] NOT ("Animals"[MeSH] AND "Humans"[MeSH])))	1,490
#3	P + I + TP	#1 AND #2	176
#4	Término final	#1 AND #2 (y_5[Filter])	75
<b>Base de datos: EMBASE</b>			
Fecha de búsqueda: 03/02/2025			
Filtros:			
Rango de búsqueda: 18/02/2020 a 18/02/2025 (filtro: últimos 5 años)			
	Descripción	Término	Resultado
#1	Población + intervención	(pre-eclampsia/exp OR preeclampsia: ti,ab OR pre-eclampsia:ti,ab) AND ('salicylic acid'/exp OR aspirin:ti,ab)	2,653
#2	Tipo de publicación	((('meta-analysis (topic)'/exp OR 'meta-analysis'/exp OR (meta NEXT/1 analy*):ab,ti OR metaanaly*.:ab,ti OR 'systematic review (topic)'/exp OR 'systematic review'/exp OR (systematic NEXT/1 review*):ab,ti OR (systematic NEXT/1 overview*):ab,ti) OR (cancerlit:ab,ti OR cochrane:ab,ti OR embase:ab,ti OR psychlit:ab,ti OR psyclit:ab,ti OR psychinfo:ab,ti OR psycinfo:ab,ti OR cinahl:ab,ti OR cinhal:ab,ti OR 'science citation index':ab,ti OR bids:ab,ti) OR ((reference NEXT/1 list*):ab,ti OR bibliograph*.:ab,ti OR hand-search*.:ab,ti OR (manual NEXT/1 search*):ab,ti OR 'relevant journals':ab,ti) OR ((('data extraction':ab,ti OR 'selection criteria':ab,ti) AND review/it)) NOT (letter/it OR editorial/it OR ('animal'/exp NOT ('animal'/exp AND 'human'/exp)))	900,632
#3	P + I + TP	#1 AND #2	340
#4	Término final	#4 AND [2020-2025]/py	133

Base de datos: LILACS			
Fecha de búsqueda: 03 de febrero de 2025			
Filtros:			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guía de práctica clínica</li> <li>• Revisiones sistemáticas</li> <li>• Periodo de búsqueda: 2020 – 2025</li> </ul>			
#1	Término P+I	(Mujeres Embarazadas) OR (Hipertensión inducida en el embarazo) OR (Preeclampsia) AND (aspirina)	13

Listado de citas evaluadas a texto completo y **excluidas**:

N°	Estudio	Razón por la cual se excluyó
<b>PICO N° 2: Búsqueda A</b>		
1	Man R, Hodgetts Morton V, Devani P, Morris RK. Aspirin for preventing adverse outcomes in low risk nulliparous women with singleton pregnancies: A systematic review and meta-analysis. <i>Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.</i> 2021 Jul;262:105-112. doi: 10.1016/j.ejogrb.2021.05.017. Epub 2021 May 11. PMID: 34010722.	Otra población
2	D'Antonio F, Khalil A, Rizzo G, Fichera A, Herrera M, Buca D, et al. Aspirin for prevention of preeclampsia and adverse perinatal outcome in twin pregnancies: a systematic review and meta-analysis. <i>American J Obstet Gynecol MFM [Internet].</i> 2023;5(2).	Otra población
3	Zen M, Haider R, Simmons D, Peek M, Nolan CJ, Padmanabhan S, et al. Aspirin for the prevention of pre-eclampsia in women with pre-existing diabetes: Systematic review. <i>Aust New Zealand J Obstet Gynaecol.</i> 2022;62(1):12–21.	Otra población
4	Wang Y, Guo X, Obore N, Ding H, Wu C, Yu H. Aspirin for the prevention of preeclampsia: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled studies. <i>Front Cardiovasc Med [Internet].</i> 2022;9.	Otro desenlace
5	Mkhize PZ, Phoswa WN, Khaliq OP, Dorsamy V, Moodley J. Aspirin in the prevention of preeclampsia: A protocol for systematic review and meta analysis. <i>Medicine (Baltimore).</i> 2021 Dec 3;100(48):e27916. doi: 10.1097/MD.00000000000027916. PMID: 35049195; PMCID: PMC9191338.	Otro diseño
6	Choi YJ, Shin S. Aspirin Prophylaxis During Pregnancy: A Systematic Review and Meta-Analysis. <i>Am J Prev Med.</i> 2021;61(1):e31–45.	Otro desenlace
7	Davidson KW, Barry MJ, Mangione CM, Cabana M, Caughey AB, Davis EM, et al. Aspirin Use to Prevent Preeclampsia and Related Morbidity and Mortality: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. <i>JAMA.</i> 2021;326(12):1186–91.	Otro diseño
8	Murphy L, Saldanha I, Sawyer K, Gupta M, Figueroa HM, Chauhan SP, et al. Association between aspirin use during pregnancy and gestational diabetes: A systematic review and meta-analysis. <i>Am J Obstet Gynecol.</i> 2022;226(1):S385.	Otra población
9	Murphy L, Saldanha IJ, Sawyer K, Gupta M, Mendez-Figueroa H, Burwick R, Chauhan SP, Wagner SM. Association Between Low-Dose Aspirin and Development of Gestational Diabetes: A Systematic Review and Meta-Analysis. <i>J Obstet Gynaecol Can.</i> 2022 Sep;44(9):997-1003. doi: 10.1016/j.jogc.2022.05.008. Epub 2022 May 28. PMID: 35636626.	Otra población
10	Chen WY, Sun SF. Clinical efficacy of low-dose aspirin combined with calcium in preventing preeclampsia: A systematic review and meta-analysis. <i>Medicine (Baltimore).</i> 2023;102(34):e34620.	Otra intervención
11	Di Girolamo R, Alameddine S, Khalil A, Santilli F, Rizzo G, Maruotti GM, et al. Clinical practice guidelines on the use of aspirin in	Otro tipo de publicación

	pregnancy: Systematic review. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2023;282:64–71.	
12	Kontovazainitis CG, Gialamprinou D, Katsaras GN, Pouliakis A, Theodoridis T, Mitsiakos G. Combined Anticoagulant Therapy for Prevention of Preeclampsia and Small for Gestational Age Neonates: A Systematic Review and Meta-analysis. Am J Perinatol. 2023 Dec;40(16):1745-1764. doi: 10.1055/a-1785-9032. Epub 2022 Mar 2. PMID: 35235957.	Otra población
13	Ghesquiere L, Guerby P, Marchant I, Kumar N, Zare M, Foisy MA, et al. Comparing aspirin 75 to 81 mg vs 150 to 162 mg for prevention of preterm preeclampsia: systematic review and meta-analysis. American J Obstet Gynecol MFM [Internet]. 2023;5(7).	Otro diseño
14	Hamadeh R, Mohsen A, Kobeissy F, Karouni A, Akoum H. C-Reactive Protein for Prediction or Early Detection of Pre-Eclampsia: A Systematic Review. Gynecol Obstet Invest. 2021;86(1-2):13-26. doi: 10.1159/000515530. Epub 2021 Apr 26. PMID: 33902044.	Otra intervención
15	Van Doorn R, Mukhtarova N, Flyke IP, Lasarev M, Kim K, Hennekens CH, Hoppe KK. Dose of aspirin to prevent preterm preeclampsia in women with moderate or high-risk factors: A systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2021 Mar 9;16(3):e0247782. doi: 10.1371/journal.pone.0247782. PMID: 33690642; PMCID: PMC7943022.	Otro desenlace
16	Wu C, Li L, Zhang J, Song Y. Efficacy and safety of low-dose aspirin combined with low-molecular-weight heparin in treatment of preeclampsia: a meta-analysis and systematic review. Arch Med Sci. 2022;18(6):1525–34.	Otra intervención
17	Guerby P, Fillion A, O'Connor S, Bujold E. Heparin for preventing adverse obstetrical outcomes in pregnant women with antiphospholipid syndrome, a systematic review and meta-analysis. J Gynecol Obstet Hum Reprod [Internet]. 2021;50(2).	Otra intervención
18	Yan X, Wang D, Yan P, Li H. Low molecular weight heparin or LMWH plus aspirin in the treatment of unexplained recurrent miscarriage with negative antiphospholipid antibodies: A meta-analysis of randomized controlled trial. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2022;268:22–30.	Otra intervención
19	Richards EMF, Giorgione V, Stevens O, Thilaganathan B. Low-dose aspirin for the prevention of superimposed preeclampsia in women with chronic hypertension: a systematic review and meta-analysis. Am J Obstet Gynecol. 2023;228(4):395–408.	Otra población
20	Garza-Galvan ME, Ferrigno AS, Campos-Zamora M, Bain PA, Easter SR, Kim J, et al. Low-dose aspirin use in the first trimester of pregnancy and odds of congenital anomalies: A meta-analysis of randomized controlled trials. Int J Gynecol Obstet. 2023;160(2):526–37.	Otra población
21	Cruz-Lemini M, Vázquez JC, Ullmo J, Llurba E. Low-molecular-weight heparin for prevention of preeclampsia and other placenta-mediated complications: a systematic review and meta-analysis. Am J Obstet Gynecol. 2022 Feb;226(2S):S1126-S1144.e17. doi: 10.1016/j.ajog.2020.11.006. Epub 2021 Apr 20. PMID: 34301348.	Otra intervención
22	Chen J, Huai J, Yang H. Low-molecular-weight heparin for the prevention of preeclampsia in high-risk pregnancies without thrombophilia: a systematic review and meta-analysis. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2024;24(1).	Otra intervención
23	Zheng L, Xia B, Yuan Y, Wang Y, Wang Y. Low-molecular-weight heparin in addition to low-dose aspirin for preventing preeclampsia and its complications: A systematic review and meta-analysis.	Otra intervención
24	Rivera-Félix LM, Cruzado-Ulloa FA, Quiñones-Colchado ER, Cuya-Candela E, Fernández-Domínguez SA, Miranda-Prada AS. Prophylactic use of aspirin for the prevention of preeclampsia and its	Otro tipo de publicación

	complications in high and moderate risk pregnancies. Indicación profiláctica de aspirina para prevención de preeclampsia y sus complicaciones en embarazos de alto y moderado riesgo. 2023;91(5):324–43.	
25	Henderson JT, Vesco KK, Senger CA, Thomas RG, Redmond N. Aspirin Use to Prevent Preeclampsia and Related Morbidity and Mortality [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2021 Sep. Report No.: 21-05274-EF-1. PMID: 34644040.	Otro tipo de publicación

Listado de citas evaluadas a texto completo e **incluidas**:

N°	Estudio	Diseño
<b>PICO N° 2: Búsqueda A</b>		
1	Henderson JT, Vesco KK, Senger CA, Thomas RG, Redmond N. Aspirin Use to Prevent Preeclampsia and Related Morbidity and Mortality: Updated Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force. Evidence Synthesis No. 205. AHRQ Publication No. 21-05274-EF-1. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2021.	RS

### **Pregunta N° 3: En gestantes con riesgo para desarrollar preeclampsia ¿se debería brindar calcio para prevenir preeclampsia?**

Resumen de la búsqueda por cada pregunta PICO:

Esta pregunta clínica tuvo 1 pregunta PICO, cuyas características se resumen a continuación:

Pregunta PICO N°	Paciente o problema	Intervención / comparador	Desenlaces
3	Gestantes con riesgo para preeclampsia	Brindar calcio/ No brindar o dar placebo	<u>Críticos:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad materna</li> <li>• Mortalidad neonatal</li> <li>• Preeclampsia</li> <li>• Eclampsia</li> <li>• Síndrome HELLP</li> <li>• Parto pretérmino</li> </ul> <u>Importantes:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipertensión gestacional</li> <li>• Eventos adversos no serios maternos</li> </ul>

Estrategias de las búsquedas realizadas y listado de las citas evaluadas:

Para responder dicha pregunta PICO, se realizaron finalmente dos búsquedas bibliográficas:

Código	Preguntas PICO	Tipo de búsqueda y tipos de estudios buscados	Fechas de búsqueda (desde, hasta)	Número de citas identificadas en cada fuente	PICO	Citaciones evaluadas a texto completo	Artículos incluidos
A	Búsqueda para las preguntas PICO N° 3	Búsqueda a partir del 18 de septiembre del 2017 de la RS	Desde el 18 de setiembre del 2017 al 03 de febrero del 2025	<ul style="list-style-type: none"> <li>MEDLINE/PubMed: 15</li> <li>EMBASE: 90</li> </ul>	PICO N° 3	24	3

A continuación, se presentará la estrategia de búsqueda y las listas de citas incluidas y excluidas para cada una:

### Búsqueda de RS para la pregunta PICO N° 3:

Estrategia de búsqueda:

Base de datos: MEDLINE/PubMed		
Fecha de búsqueda: 03 de febrero de 2025		
Filtros:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Rango de fecha: 18/09/2017 a 03/02/225</li> </ul>		
	Descripción	Término
#1	Población	("pre-eclampsia"[MeSH Terms] OR "preeclampsia"[Title/Abstract] OR "pre-eclampsia"[Title/Abstract]) AND ("calcium"[MeSH Terms])
#2	Tipo de estudio	("Meta-Analysis as Topic"[MeSH Terms] OR "meta analy*" [Title/Abstract] OR "metaanaly*" [Title/Abstract] OR "Meta-Analysis"[Publication Type] OR "Systematic Review"[Publication Type] OR "Systematic Reviews as Topic"[MeSH Terms] OR "systematic review*" [Title/Abstract] OR "systematic overview*" [Title/Abstract] OR "Review Literature as Topic"[MeSH Terms] OR ("cochrane"[Title/Abstract] OR "embase"[Title/Abstract] OR "psychlit"[Title/Abstract] OR "psyclit"[Title/Abstract] OR "psychinfo"[Title/Abstract] OR "psycinfo"[Title/Abstract] OR "cinahl"[Title/Abstract] OR "cinhal"[Title/Abstract] OR "science citation index"[Title/Abstract] OR "bids"[Title/Abstract] OR "cancerlit"[Title/Abstract] OR ("reference list*" [Title/Abstract] OR "bibliograph*" [Title/Abstract] OR "hand search*" [Title/Abstract] OR "relevant journals"[Title/Abstract] OR "manual search*" [Title/Abstract]) OR ("selection criteria"[Title/Abstract] OR "data extraction"[Title/Abstract] OR "Review"[PT]))
#3	Filtro	(y_8[Filter])
#4	Término final	#1 AND 2 AND #3
Base de datos: EMBASE		
Fecha de búsqueda: 03 de febrero de 2025		
Filtros:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Rango de fecha: 18/09/2017 a 03/02/225</li> </ul>		
	Descripción	Término
#1	Población	preeclampsia'/exp OR preeclampsia:ab,ti OR 'pre eclampsia':ab,ti
#2	Intervención	calcium'/exp OR calcium:ab,ti
#3	Tipo de estudio	((('meta analysis (topic)'/exp OR 'meta analysis'/exp OR (meta NEXT/1 analy*):ab,ti OR metaanaly*':ab,ti OR 'systematic review (topic)'/exp OR 'systematic review'/exp OR (systematic NEXT/1 review*):ab,ti OR (systematic NEXT/1 overview*):ab,ti) OR (cancerlit:ab,ti OR cochrane:ab,ti OR embase:ab,ti OR psychlit:ab,ti OR psyclit:ab,ti OR psychinfo:ab,ti OR psycinfo:ab,ti OR cinahl:ab,ti OR cinhal:ab,ti OR 'science citation index':ab,ti OR bids:ab,ti) OR ((reference NEXT/1

		list*):ab,ti OR bibliograph*):ab,ti OR hand-search*):ab,ti OR (manual NEXT/1 search*):ab,ti OR 'relevant journals':ab,ti) OR (('data extraction':ab,ti OR 'selection criteria':ab,ti) AND review(it)) NOT (letter(it OR editorial(it OR ('animal'/exp NOT ('animal'/exp AND 'human'/exp)))
#4	Filtro	(2017-2025:py)
#5	Término final	#1 AND #2 AND #3 AND #4 AND #5

Listado de citas evaluadas a texto completo y **excluidas**:

N°	Estudio	Razón por la cual se excluyó
<b>PICO N° 4: Búsqueda A</b>		
1	Liu YH, Zhang YS, Chen JY, Wang ZJ, Liu YX, Li JQ, Xu XJ, Xie NJ, Lye S, Tan N, Duan CY, Wei YX, He PC. Comparative effectiveness of prophylactic strategies for preeclampsia: a network meta-analysis of randomized controlled trials. Am J Obstet Gynecol. 2023 May;228(5):535-546. doi: 10.1016/j.ajog.2022.10.014. Epub 2022 Oct 23. PMID: 36283479.	Otra intervención
2	Woo Kinshell ML, Sarr C, Sandhu A, Bone JN, Vidler M, Moore SE, Elango R, Cormick G, Belizan JM, Hofmeyr GJ, Magee LA, von Dadelszen P; PRECISE Network. Calcium for pre-eclampsia prevention: A systematic review and network meta-analysis to guide personalised antenatal care. BJOG. 2022 Oct;129(11):1833-1843. doi: 10.1111/1471-0528.17222. Epub 2022 Jun 28. PMID: 35596262.	Otra intervención
3	Cormick G, Moraa H, Zahroh RI, Allotey J, Rocha T, Peña-Rosas JP, Qureshi ZP, Hofmeyr GJ, Mistry H, Smits L, Vogel JP, Palacios A, Gwako GN, Abalos E, Larbi KK, Carroli G, Riley R, Snell KI, Thorson A, Young T, Betran AP, Thangaratinam S, Bohren MA. Factors affecting the implementation of calcium supplementation strategies during pregnancy to prevent pre-eclampsia: a mixed-methods systematic review. BMJ Open. 2023 Dec 22;13(12):e070677. doi: 10.1136/bmjopen-2022-070677. PMID: 38135336; PMCID: PMC10749021.	Otra intervención
4	Bhat AD, Keasler PM, Kolluru L, Dombrowski MM, Palanisamy A, Singh PM. Treatment of acute-onset hypertension in pregnancy: A network meta-analysis of randomized controlled trials comparing anti-hypertensives and route of administration. Pregnancy Hypertens. 2023;34:74–82.	Otra intervención
5	Chen WY, Sun SF. Clinical efficacy of low-dose aspirin combined with calcium in preventing preeclampsia: A systematic review and meta-analysis. Medicine (Baltimore). 2023;102(34):e34620.	Otra intervención
6	Rocha T, Allotey J, Palacios A, Vogel JP, Smits L, Carroli G, et al. Calcium supplementation to prevent pre-eclampsia: protocol for an individual participant data meta-analysis, network meta-analysis and health economic evaluation. BMJ Open [Internet]. 2023;13(5).	Otro tipo de publicación
7	Cilar Budler L, Budler M. Physical activity during pregnancy: a systematic review for the assessment of current evidence with future recommendations. BMC Sports Sci Med Rehabil [Internet]. 2022;14(1). Disponible en: <a href="https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&amp;id=L2018277817&amp;from=export_U2_-L2018277817">https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&amp;id=L2018277817&amp;from=export_U2_-L2018277817</a>	Otra intervención
8	Korhonen P, Tihtonen K, Isojärvi J, Ojala R, Ashorn U, Ashorn P, et al. Calcium supplementation during pregnancy and long-term offspring outcome: a systematic literature review and meta-analysis. Ann New York Acad Sci. 2022;1510(1):36–51.	Otra población
9	Bone JN, Sandhu A, Abalos ED, Khalil A, Singer J, Prasad S, et al. Oral Antihypertensives for Nonsevere Pregnancy Hypertension:	Otra intervención

	Systematic Review, Network Meta- and Trial Sequential Analyses. Hypertension. 2022;79(3):614–28.	
10	Man R, Hodgetts Morton V, Devani P, Morris RK. Aspirin for preventing adverse outcomes in low risk nulliparous women with singleton pregnancies: A systematic review and meta-analysis. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2021;262:105–12.	Otra intervención
11	Abioye AI, Okuneye TA, Odesanya AMO, Adisa O, Abioye AI, Soipe AI, et al. Calcium Intake and Iron Status in Human Studies: A Systematic Review and Dose-Response Meta-Analysis of Randomized Trials and Crossover Studies. J Nutr. 2021;151(5):1084–101.	Otra intervención
12	Smith P, Clark K, Bramham K, Seed P, Bass J, Nelson-Piercy C, et al. POS-186 AMLODIPINE AS AN ALTERNATIVE ANTIHYPERTENSIVE IN PREGNANCY: A SYSTEMATIC REVIEW. Kidney Intl Rep. 2021;6(4):S77–8.	Otra intervención
13	Kinshella MLW, Omar S, Scherbinsky K, Vidler M, Magee LA, von Dadelszen P, et al. Effects of maternal nutritional supplements and dietary interventions on placental complications: An umbrella review, meta-analysis and evidence map. Nutrients. 2021;13(2):1–29.	Otra población
14	Fogacci S, Fogacci F, Banach M, Michos ED, Hernandez AV, Lip GYH, et al. Vitamin D supplementation and incident preeclampsia: A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. Clin Nutr. 2020;39(6):1742–52.	Otra intervención
15	1. Gallo S, McDermid JM, Al-Nimr RI, Hakeem R, Moreschi JM, Pari-Keener M, et al. Vitamin D Supplementation during Pregnancy: An Evidence Analysis Center Systematic Review and Meta-Analysis. J Acad Nutr Diet. 2020;120(5):898–924.	Otra intervención
16	Oh C, Keats EC, Bhutta ZA. Vitamin and mineral supplementation during pregnancy on maternal, birth, child health and development outcomes in low-and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. Nutrients [Internet]. 2020;12(2).	Otra población
17	Saha S, Saha S. A comparison of the risk of cesarean section in gestational diabetes mellitus patients supplemented antenatally with vitamin d containing supplements versus placebo: A systematic review and meta-analysis of double-blinded randomized controlled trials. J Turkish German Gynecol Assoc Artemis. 2020;21(3):201–12.	Otra intervención
18	Hofmeyr GJ, Manyame S, Medley N, Williams MJ. Calcium supplementation commencing before or early in pregnancy, for preventing hypertensive disorders of pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2019;9:CD011192.	Otra población
19	Rodrigues MRK, Lima SAM, da Silvia Mazeto GMF, Calderon IMP, Magalhães CG, Ferraz GAR, et al. Efficacy of Vitamin D supplementation in gestational diabetes mellitus: Systematic review and meta-analysis of randomized trials. PLoS ONE [Internet]. 2019;14(3).	Otra población
20	Li H, Yao L, Yan P, Li M, Xun Y, Lu C, et al. Calcium supplement in pregnancy for prevention of preeclampsia: A meta-analysis. Chin J Evid-Based Med. 2018;18(10):1070–9.	Otro lenguaje (chino)
21	O’Callaghan KM, Kiely M. Systematic review of vitamin D and hypertensive disorders of pregnancy. Nutrients [Internet]. 2018;10(3).	Otra intervención

Listado de citas evaluadas a texto completo e **incluidas**:

N°	Estudio	Diseño
<b>PICO N° 4: Búsqueda A</b>		
1	Sun X, Li H, He X, Li M, Yan P, Xun Y, Lu C, Yang K, Zhang X. The association between calcium supplement and preeclampsia and gestational hypertension: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. Hypertens Pregnancy. 2019 May;38(2):129-139.	RS

	doi: 10.1080/10641955.2019.1593445. Epub 2019 Apr 2. PMID: 30935246.	
2	Hofmeyr GJ, Lawrie TA, Atallah ÁN, Torloni MR. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems. <i>Cochrane Database Syst Rev.</i> 2018 Oct 1;10(10):CD001059. doi: 10.1002/14651858.CD001059.pub5. PMID: 30277579; PMCID: PMC6517256.	RS
3	Kongwattanakul K, Duangkum C, Ngamjarus C, Lumbiganon P, Cuthbert A, Weeks J, Sothornwit J. Calcium supplementation (other than for preventing or treating hypertension) for improving pregnancy and infant outcomes. <i>Cochrane Database Syst Rev.</i> 2024 Nov 19;11(11):CD007079. doi: 10.1002/14651858.CD007079.pub4. PMID: 39560075; PMCID: PMC11574946.	RS

**Pregunta 4. En gestantes con hipertensión gestacional o preeclampsia sin criterios de severidad, ¿se debería brindar tratamiento antihipertensivo?**

Resumen de la búsqueda por cada pregunta PICO:

Esta pregunta clínica tuvo 1 pregunta PICO, cuyas características se resumen a continuación:

Pregunta PICO N°	Paciente o problema	Intervención / comparador	Desenlaces
4	Gestantes con hipertensión gestacional o preeclampsia sin criterios de severidad	Dar antihipertensivo / No dar antihipertensivo o placebo	<p><u>Críticos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad materna</li> <li>• Mortalidad neonatal</li> <li>• Eclampsia</li> <li>• Preeclampsia sin criterios de severidad</li> <li>• Preeclampsia con criterios de severidad</li> <li>• Eventos adversos serios maternos</li> </ul> <p><u>Importante:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eventos adversos no serios maternos</li> <li>• Admisión a UCI neonatal</li> <li>• APGAR &lt;7</li> <li>• Pequeño para edad gestacional</li> <li>• Parto pretérmino</li> </ul>

Estrategias de las búsquedas realizadas y listado de las citas evaluadas:

Para responder dicha pregunta PICO, se realizaron finalmente dos búsquedas bibliográficas:

Código	Preguntas PICO	Tipo de búsqueda y tipos de estudios buscados	Fechas de búsqueda (desde, hasta)	Número de citas identificadas en cada fuente	PICO	Citaciones evaluadas a texto completo	Artículos incluidos
A	Búsqueda para la pregunta PICO N° 4	Búsqueda de RS	Desde el inicio de los tiempos al 03 de febrero del 2025	<ul style="list-style-type: none"> <li>MEDLINE/PubMed: 149</li> <li>CENTRAL: 23</li> <li>EMBASE: 680</li> </ul>	PICO N° 4	6	1

A continuación, se presentará la estrategia de búsqueda y las listas de citas incluidas y excluidas para cada una:

### Búsqueda de RS para la pregunta PICO N° 4:

Estrategia de búsqueda:

Base de datos: MEDLINE/PubMed		
Fecha de búsqueda: desde el inicio de los tiempos hasta el 03 de febrero del 2025		
Filtros:		
N°	Descripción	Estrategia de búsqueda
#1	Población	((("pregnancy"[Mesh] OR pregnan*[tiab] OR gestation[tiab] OR "pregnant women"[MeSH Terms] OR "high-risk pregnanc*[Title/Abstract] AND ((("Hypertension"[Mesh] OR "hypertensi*[tiab] OR "High Blood Pressure"[tiab] OR "Hypertension, Pregnancy-Induced"[Mesh] OR "Hypertension, Pregnancy-Induced"[tiab] OR "Pregnancy-Induced Hypertens*[Title/Abstract] OR "Gestational Hypertens*[Title/Abstract] OR "Pregnancy Transient Hypertens*[Title/Abstract] OR ((Pre-Eclampsia [MESH] OR preeclamp*[TIAB] OR pre-eclamp*[tiab] OR (hypertensi*[tiab] AND pregnan*[tiab])) AND (severe[tiab])) OR (Eclampsia [Mesh] OR Eclampsia[TIAB])))
#2	Intervención	("Antihypertensive Agents"[Mesh] OR "Antihypertensive Agent*[tiab] OR "Anti hypertensive agent"[tiab] OR "antihypertensive drug"[tiab] OR antihypertensive[tiab] OR "Calcium Channel Blockers"[Mesh] OR "Calcium Channel Blockers"[tiab] OR "Adrenergic beta-Antagonists"[Mesh] OR "Adrenergic beta-Antagonists"[tiab] OR "beta blocker"[tiab] OR "Adrenergic alpha-2 Receptor Agonists"[Mesh] OR "adrenergic receptor blocker"[tiab] OR "adrenergic receptor antagonist"[tiab] OR "alpha-2 adrenergic receptor agonist"[tiab] OR "Hydralazine"[Mesh] OR hydralazine[tiab] OR "Sodium Potassium Chloride Symporter Inhibitors"[Mesh] OR "loop diuretic"[tiab])
#3	Tipo de estudio	("Meta-Analysis as Topic"[MeSH Terms] OR "meta analy*[Title/Abstract] OR "metaanaly*[Title/Abstract] OR "Meta-Analysis"[Publication Type] OR "Systematic Review"[Publication Type] OR "Systematic Reviews as Topic"[MeSH Terms] OR "systematic review*[Title/Abstract] OR "systematic

		overview*[Title/Abstract] OR "Review Literature as Topic"[MeSH Terms] OR ("cochrane"[Title/Abstract] OR "embase"[Title/Abstract] OR "psychlit"[Title/Abstract] OR "psyclit"[Title/Abstract] OR "psychinfo"[Title/Abstract] OR "psycinfo"[Title/Abstract] OR "cinahl"[Title/Abstract] OR "cinhal"[Title/Abstract] OR "science citation index"[Title/Abstract] OR "bids"[Title/Abstract] OR "cancerlit"[Title/Abstract] OR ("reference list*[Title/Abstract] OR "bibliograph*[Title/Abstract] OR "hand search*[Title/Abstract] OR "relevant journals"[Title/Abstract] OR "manual search*[Title/Abstract] OR ("selection criteria"[Title/Abstract] OR "data extraction"[Title/Abstract]))
#4	Final	#1 AND #2 AND #3
<b>Base de datos: CENTRAL</b>		
Fecha de búsqueda: desde el inicio de los tiempos hasta el 03 de febrero del 2025		
Filtros:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ninguno</li> </ul>		
<b>N°</b>	<b>Descripción</b>	<b>Estrategia de búsqueda</b>
#1		([mh pregnancy] OR pregnan*:ti,ab OR gestation:ti,ab OR [mh "pregnant women"])
#2	Población	(([mh Hypertension] OR hipertensi*:ti,ab OR "High Blood Pressure":ti,ab OR [mh "Hypertension, Pregnancy-Induced"] OR "Hypertension, Pregnancy-Induced":ti,ab OR ("Pregnancy-Induced" NEXT Hypertens*):ti,ab OR ("Gestational" NEXT Hypertens*):ti,ab OR ("Pregnancy Transient" NEXT Hypertens*):ti,ab OR [mh Pre-Eclampsia] OR preeclamp*:ti,ab OR pre-eclamp*:ti,ab OR (hipertensi*:ti,ab AND pregnan*:ti,ab) AND (severe:ti,ab) ) OR ([mh Eclampsia] OR Eclampsia:ti,ab)
#3		#1 AND #2
#4	Intervención	([mh "Antihypertensive Agents"] OR ("Antihypertensive" NEXT Agent*):ti,ab OR "Anti hypertensive agent":ti,ab OR "antihypertensive drug":ti,ab OR antihypertensive:ti,ab OR [mh "Calcium Channel Blockers"] OR "Calcium Channel Blockers":ti,ab OR [mh "Adrenergic beta-Antagonists"] OR "Adrenergic beta-Antagonists":ti,ab OR "beta blocker":ti,ab OR [mh "Adrenergic alpha-2 Receptor Agonists"] OR "adrenergic receptor blocker":ti,ab OR "adrenergic receptor antagonist":ti,ab OR "alpha-2 adrenergic receptor agonist":ti,ab OR [mh Hydralazine] OR hydralazine:ti,ab OR [mh "Sodium Potassium Chloride Symporter Inhibitors"] OR "loop diuretic":ti,ab)
#5	Tipo de estudio	([mh "Meta-Analysis as Topic"] OR ("meta" NEXT analy*):ti,ab OR metaanaly*:ti,ab OR Meta-Analysis:pt OR "Systematic Review":pt OR [mh "Systematic Reviews as Topic"] OR ("systematic" NEXT review*):ti,ab OR ("systematic" NEXT overview*):ti,ab OR [mh "Review Literature as Topic"] OR (cochrane:ti,ab OR embase:ti,ab OR psychlit:ti,ab OR psyclit:ti,ab OR psychinfo:ti,ab OR psycinfo:ti,ab OR cinahl:ti,ab OR cinhal:ti,ab OR "science citation index":ti,ab OR bids:ti,ab OR cancerlit:ti,ab) OR (("reference" NEXT list*):ti,ab OR bibliograph*:ti,ab OR ("hand" NEXT search*):ti,ab OR "relevant journals":ti,ab OR ("manual" NEXT search*):ti,ab) OR ("selection criteria":ti,ab OR "data extraction":ti,ab OR Review:pt))
#4	Final	#3 AND #4 AND #5

**Listado de citas evaluadas a texto completo y excluidas:**

N°	Estudio	Razón por la cual se excluyó
<b>PICO N° 5: Búsqueda A</b>		
1	Attar A, Hosseinpour A, Moghadami M. The impact of antihypertensive treatment of mild to moderate hypertension during pregnancy on maternal and neonatal outcomes: An updated meta-analysis of randomized controlled trials. Clin Cardiol. 2023 May;46(5):467-476. doi: 10.1002/clc.24013. Epub 2023 Mar 28. PMID: 36987390; PMCID: PMC10189071.	No intervención de la pregunta PICO
2	Bhat AD, Keasler PM, Kolluru L, Dombrowski MM, Palanisamy A, Singh PM. Treatment of acute-onset hypertension in pregnancy: A network meta-analysis of randomized controlled trials comparing anti-hypertensives and route of administration. Pregnancy Hypertens. 2023 Dec;34:74-82. doi: 10.1016/j.preghy.2023.10.005. Epub 2023 Oct 17. PMID: 37857042.	Diferente tipo de publicación
3	Griffin LB, Sinkey R, Tita A, Rouse DJ. Nonsevere hypertensive disorders of pregnancy and oral antihypertensive medications: an argument against use. Am J Obstet Gynecol MFM. 2024 Nov 24:101560. doi: 10.1016/j.ajogmf.2024.101560. Epub ahead of print. PMID: 39586471.	Diferente tipo de publicación
4	Wang T, Jiang R, Yao Y, Xu T, Li N. Anti-hypertensive therapy for preeclampsia: a network meta-analysis and systematic review. Hypertens Pregnancy. 2024 Dec;43(1):2329068. doi: 10.1080/10641955.2024.2329068. Epub 2024 Mar 15. PMID: 38488570.	Diferente tipo de publicación
5	Bone JN, Sandhu A, Abalos ED, Khalil A, Singer J, Prasad S, Omar S, Vidler M, von Dadelszen P, Magee LA. Oral Antihypertensives for Nonsevere Pregnancy Hypertension: Systematic Review, Network Meta- and Trial Sequential Analyses. Hypertension. 2022 Mar;79(3):614-628. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.121.18415. Epub 2022 Jan 4. PMID: 35138877; PMCID: PMC8823910.	Diferente tipo de publicación

**Listado de citas evaluadas a texto completo e incluidas:**

N°	Estudio	Diseño
<b>PICO N° 5: Búsqueda A</b>		
1	Abalos E, Duley L, Steyn DW, Gialdini C. Antihypertensive drug therapy for mild to moderate hypertension during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2018 Oct 1;10(10):CD002252. doi: 10.1002/14651858.CD002252.pub4. PMID: 30277556; PMCID: PMC6517078.	RS

### VII.3 Anexo N° 3: Tablas de evaluación de calidad y riesgo de sesgo en los estudios

#### Pregunta 2. En gestantes con riesgo para desarrollar preeclampsia ¿se debería brindar ácido acetilsalicílico (AAS) para prevenir preeclampsia?

Evaluación de las RS con el instrumento AMSTAR-2:

N°	Ítems del instrumento	Henderson (2021)
1	¿Las preguntas de investigación y los criterios de inclusión para la revisión incluyen los componentes PICO?	Si
2	¿El informe de la revisión contiene una declaración explícita que los métodos de revisión se establecieron antes de su realización y justifica el informe cualquier desviación significativa del protocolo?	Si
3	¿Los autores de la revisión describen la selección de diseños de estudio para su inclusión en la revisión?	Si
4	¿Los autores de la revisión utilizaron una estrategia exhaustiva de búsqueda de literatura?	Si
5	¿Los autores de la revisión realizaron la selección de estudios por duplicado?	Si
6	¿Los autores de la revisión realizaron la extracción de datos por duplicado?	Si
7	¿Los autores de la revisión proporcionaron una lista de estudios excluidos y justificaron las exclusiones?	Si
8	¿Los autores de la revisión describieron detalladamente los estudios incluidos?	Si
9	¿Los autores de la revisión utilizaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo en los estudios individuales que se incluyeron en la revisión?	Si
10	¿Los autores de la revisión informaron sobre las fuentes de financiamiento para los estudios incluidos en la revisión?	No
11	Si se realizó un metaanálisis ¿utilizaron los autores de la revisión los métodos apropiados para la combinación estadística de los resultados?	Si
12	Si se realizó el metaanálisis, ¿evaluaron los autores el impacto potencial del riesgo de sesgo de los estudios individuales sobre los resultados del metaanálisis u otra síntesis de evidencia?	Si
13	¿Los autores de la revisión dieron cuenta del riesgo de sesgo en los estudios individuales al interpretar / discutir los resultados de la revisión?	Si
14	¿Los autores de la revisión proporcionaron una explicación satisfactoria y una discusión sobre cualquier heterogeneidad observada en los resultados de la revisión?	Si
15	Si realizaron una síntesis cuantitativa, ¿realizaron los autores de la revisión una investigación adecuada del sesgo de publicación (sesgo de estudio pequeño) y discutieron su posible impacto en los resultados de la revisión?	Si
16	¿Los autores de la revisión informaron sobre posibles fuentes de conflicto de interés, incluido el financiamiento que recibieron para realizar la revisión?	Si
<b>Puntaje</b>		<b>15/16</b>
<b>Confianza General</b>		<b>Alta</b>

**Evaluación del riesgo de sesgo de los ECA incluidos mediante la herramienta RoB 1.0 de Cochrane:**

La evaluación del RoB de estos estudios fue realizada por los mismos autores de la RS Henderson et al. 2021 (11).

Desenlace	ECA	Ítems del instrumento*						
		Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de notificación	Otros sesgos
		Generación de la secuencia de aleatorización	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores del desenlace	Manejo de los datos de resultados incompletos	Notificación selectiva de resultados	Otros sesgos
Mortalidad neonatal	Benigni et al. 1989			a		b		
RCIU	Benigni et al. 1989			a		b		
Parto pretérmino	Benigni et al. 1989			a		b		

**Abreviaturas utilizadas:** ECA: Ensayo clínico aleatorizado, RCIU: Restricción del crecimiento uterino.

\*Los círculos verdes indican bajo riesgo de sesgo, Los rojos indican alto riesgo de sesgo, y los amarillos indican riesgo de sesgo poco claro.

a: Etiqueta abierta.

b: Pérdidas y/o seguimiento irregular mayor o igual al 10% o información incompleta para todos los desenlaces.

Desenlace	ECA	Ítems del instrumento*						
		Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de notificación	Otros sesgos
		Generación de la secuencia de aleatorización	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores del desenlace	Manejo de los datos de resultados incompletos	Notificación selectiva de resultados	Otros sesgos
Mortalidad neonatal	Wallenburg et al. 1986	+	+	+	? a	- b	- c	+
RCIU	Wallenburg et al. 1986	+	+	+	? a	- b	- c	+
Parto pretérmino	Wallenburg et al. 1986	+	+	+	? a	- b	- c	+

**Abreviaturas utilizadas:** ECA: Ensayo clínico aleatorizado, RCIU: Restricción del crecimiento uterino.

\*Los círculos verdes indican bajo riesgo de sesgo, Los rojos indican alto riesgo de sesgo, y los amarillos indican riesgo de sesgo poco claro.

a: El desenlace medido fue objetivo pero indirecto. No se explica quiénes fueron los evaluadores de desenlace.

b: Pérdidas y/o seguimiento irregular mayor o igual al 10% o información incompleta para todos los desenlaces.

c: Se observa una modificación en el desenlace primario, además solo se reportan resultados estadísticamente significativos.

Desenlace	ECA	Ítems del instrumento*						
		Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de notificación	Otros sesgos
		Generación de la secuencia de aleatorización	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores del desenlace	Manejo de los datos de resultados incompletos	Notificación selectiva de resultados	Otros sesgos
Mortalidad neonatal	McParland et al. 1990	+	+	+	+	- a	+	+
Preeclampsia	McParland et al. 1990	+	+	+	+	- a	+	+
RCIU	McParland et al. 1990	+	+	+	+	- a	+	+

**Abreviaturas utilizadas:** ECA: Ensayo clínico aleatorizado, RCIU: Restricción del crecimiento uterino.

\*Los círculos verdes indican bajo riesgo de sesgo, Los rojos indican alto riesgo de sesgo, y los amarillos indican riesgo de sesgo poco claro.

a: Pérdidas y/o seguimiento irregular mayor o igual al 10% o información incompleta para todos los desenlaces.

Desenlace	ECA	Ítems del instrumento*						
		Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de notificación	Otros sesgos
		Generación de la secuencia de aleatorización	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores del desenlace	Manejo de los datos de resultados incompletos	Notificación selectiva de resultados	Otros sesgos
Mortalidad neonatal	Gallery et al. 1997	+	+	+	- a	- b	+	+
Parto pretérmino	Gallery et al. 1997	+	+	+	- a	- b	+	+

**Abreviaturas utilizadas:** ECA: Ensayo clínico aleatorizado.

\*Los círculos verdes indican bajo riesgo de sesgo, Los rojos indican alto riesgo de sesgo, y los amarillos indican riesgo de sesgo poco claro.

a: Solo para un desenlace el evaluador fue un investigador que desconocía los datos clínicos de los sujetos de estudio.

b: Pérdidas y/o seguimiento irregular mayor o igual al 10% o información incompleta para todos los desenlaces.

Desenlace	ECA	Ítems del instrumento*						
		Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de notificación	Otros sesgos
		Generación de la secuencia de aleatorización	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores del desenlace	Manejo de los datos de resultados incompletos	Notificación selectiva de resultados	Otros sesgos
Mortalidad neonatal	Viinikka et al. 1993	+	+	+	- a	- b	+	+
Preeclampsia	Viinikka et al. 1993	+	+	+	- a	- b	+	+
RCIU	Viinikka et al. 1993	+	+	+	- a	- b	+	+

**Abreviaturas utilizadas:** ECA: Ensayo clínico aleatorizado, RCIU: Restricción del crecimiento uterino.

\*Los círculos verdes indican bajo riesgo de sesgo, Los rojos indican alto riesgo de sesgo, y los amarillos indican riesgo de sesgo poco claro.

a: No se menciona el cegamiento de los evaluadores de desenlace.

b: Pérdidas y/o seguimiento irregular mayor o igual al 10% o información incompleta para todos los desenlaces.

Desenlace	ECA	Ítems del instrumento*						
		Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de notificación	Otros sesgos
		Generación de la secuencia de aleatorización	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores del desenlace	Manejo de los datos de resultados incompletos	Notificación selectiva de resultados	Otros sesgos
Mortalidad neonatal	Ayala et al. 2012	+	+	+	+	- a	- a	+
Preeclampsia	Ayala et al. 2012	+	+	+	+	- a	- a	+
RCIU	Ayala et al. 2012	+	+	+	+	- a	- a	+
Parto pretérmino	Ayala et al. 2012	+	+	+	+	- a	- a	+
Hemorragia postparto	Ayala et al. 2012	+	+	+	+	- a	- a	+

**Abreviaturas utilizadas:** ECA: Ensayo clínico aleatorizado, RCIU: Restricción del crecimiento uterino.

\*Los círculos verdes indican bajo riesgo de sesgo, Los rojos indican alto riesgo de sesgo, y los amarillos indican riesgo de sesgo poco claro.

a: No se dispone del protocolo del estudio para poder evaluar si los resultados han sido manejados de forma completa (seguimiento) y/o han sido notificados selectivamente.

Desenlace	ECA	Ítems del instrumento*						
		Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de notificación	Otros sesgos
		Generación de la secuencia de aleatorización	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores del desenlace	Manejo de los datos de resultados incompletos	Notificación selectiva de resultados	Otros sesgos
Mortalidad neonatal	Yu et al. 2003	+	+	? <sub>a</sub>	? <sub>a</sub>	+	- <sub>b</sub>	+
Preeclampsia	Yu et al. 2003	+	+	? <sub>a</sub>	? <sub>a</sub>	+	- <sub>b</sub>	+
RCIU	Yu et al. 2003	+	+	? <sub>a</sub>	? <sub>a</sub>	+	- <sub>b</sub>	+
Parto pretérmino	Yu et al. 2003	+	+	? <sub>a</sub>	? <sub>a</sub>	+	- <sub>b</sub>	+
Riesgo de DPP	Yu et al. 2003	+	+	? <sub>a</sub>	? <sub>a</sub>	+	- <sub>b</sub>	+
Hemorragia postparto	Yu et al. 2003	+	+	? <sub>a</sub>	? <sub>a</sub>	+	- <sub>b</sub>	+

**Abreviaturas utilizadas:** ECA: Ensayo clínico aleatorizado, RCIU: Restricción del crecimiento uterino, DPP: Desprendimiento prematuro de placenta.

\*Los círculos verdes indican bajo riesgo de sesgo, Los rojos indican alto riesgo de sesgo, y los amarillos indican riesgo de sesgo poco claro.

a: No se dispone información para establecer si se realizó cegamiento de los participantes y del personal, así mismo de los evaluadores del desenlace.

b: No se dispone del protocolo del estudio para poder evaluar si los resultados han sido manejados de forma completa (seguimiento) y/o han sido notificados selectivamente.

Desenlace	ECA	Ítems del instrumento*						
		Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de notificación	Otros sesgos
		Generación de la secuencia de aleatorización	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores del desenlace	Manejo de los datos de resultados incompletos	Notificación selectiva de resultados	Otros sesgos
Mortalidad neonatal	MFMU-HR et al. 1998	+	+	+	+	+	- <sup>a</sup>	+
Preeclampsia	MFMU-HR et al. 1998	+	+	+	+	+	- <sup>a</sup>	+
Parto pretérmino	MFMU-HR et al. 1998	+	+	+	+	+	- <sup>a</sup>	+
Riesgo de DPP	MFMU-HR et al. 1998	+	+	+	+	+	- <sup>a</sup>	+
Hemorragia postparto	MFMU-HR et al. 1998	+	+	+	+	+	- <sup>a</sup>	+

**Abreviaturas utilizadas:** ECA: Ensayo clínico aleatorizado.

\*Los círculos verdes indican bajo riesgo de sesgo, Los rojos indican alto riesgo de sesgo, y los amarillos indican riesgo de sesgo poco claro.

a: No se dispone del protocolo del estudio para poder evaluar si los resultados han sido manejados de forma completa (seguimiento) y/o han sido notificados selectivamente.

Desenlace	ECA	Ítems del instrumento*						
		Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de notificación	Otros sesgos
		Generación de la secuencia de aleatorización	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores del desenlace	Manejo de los datos de resultados incompletos	Notificación selectiva de resultados	Otros sesgos
Mortalidad neonatal	MFMU-LR et al. 1993	+	+	- a	- a	- b	+	? c
Riesgo de DPP	MFMU-LR et al. 1993	+	+	- a	- a	- b	+	? c
Hemorragia postparto	MFMU-LR et al. 1993	+	+	- a	- a	- b	+	? c

**Abreviaturas utilizadas:** ECA: Ensayo clínico aleatorizado, DPP: Desprendimiento prematuro de placenta.

\*Los círculos verdes indican bajo riesgo de sesgo, Los rojos indican alto riesgo de sesgo, y los amarillos indican riesgo de sesgo poco claro.

a: No se menciona el cegamiento de los evaluadores de desenlace.

b: No se dispone del protocolo del estudio para poder evaluar si los resultados han sido manejados de forma completa (seguimiento) y/o han sido notificados selectivamente.

c: No se dispone de información adicional (protocolo) para poder definir si existen otros sesgos potenciales.

Desenlace	ECA	Ítems del instrumento*						
		Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de notificación	Otros sesgos
		Generación de la secuencia de aleatorización	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores del desenlace	Manejo de los datos de resultados incompletos	Notificación selectiva de resultados	Otros sesgos
Mortalidad neonatal	Schiff et al. 1989	+	+	+	+	- a	+	+
Preeclampsia	Schiff et al. 1989	+	+	+	+	- a	+	+
RCIU	Schiff et al. 1989	+	+	+	+	- a	+	+
Parto pretérmino	Schiff et al. 1989	+	+	+	+	- a	+	+

**Abreviaturas utilizadas:** ECA: Ensayo clínico aleatorizado, RCIU: Restricción del crecimiento uterino.

\*Los círculos verdes indican bajo riesgo de sesgo, Los rojos indican alto riesgo de sesgo, y los amarillos indican riesgo de sesgo poco claro.

a: No se dispone del protocolo del estudio para poder evaluar si los resultados han sido manejados de forma completa (seguimiento) y/o han sido notificados selectivamente.

Desenlace	ECA	Ítems del instrumento*						
		Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de notificación	Otros sesgos
		Generación de la secuencia de aleatorización	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores del desenlace	Manejo de los datos de resultados incompletos	Notificación selectiva de resultados	Otros sesgos
Mortalidad neonatal	Morris et al. 1996	+	+	+	+	+	+	- a
Preeclampsia	Morris et al. 1996	+	+	+	+	+	+	- a
RCIU	Morris et al. 1996	+	+	+	+	+	+	- a
Parto pretérmino	Morris et al. 1996	+	+	+	+	+	+	- a

**Abreviaturas utilizadas:** ECA: Ensayo clínico aleatorizado, RCIU: Restricción del crecimiento uterino.

\*Los círculos verdes indican bajo riesgo de sesgo, Los rojos indican alto riesgo de sesgo, y los amarillos indican riesgo de sesgo poco claro.

a: Otros riesgos de sesgo.

Desenlace	ECA	Ítems del instrumento*						
		Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de notificación	Otros sesgos
		Generación de la secuencia de aleatorización	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores del desenlace	Manejo de los datos de resultados incompletos	Notificación selectiva de resultados	Otros sesgos
Mortalidad neonatal	Davies et al. 1995	+	+	+	+	+	- <sup>a</sup>	+
Preeclampsia	Davies et al. 1995	+	+	+	+	+	- <sup>a</sup>	+
RCIU	Davies et al. 1995	+	+	+	+	+	- <sup>a</sup>	+
Parto pretérmino	Davies et al. 1995	+	+	+	+	+	- <sup>a</sup>	+
Riesgo de DPP	Davies et al. 1995	+	+	+	+	+	- <sup>a</sup>	+

**Abreviaturas utilizadas:** ECA: Ensayo clínico aleatorizado, RCIU: Restricción del crecimiento uterino, DPP: Desprendimiento prematuro de placenta.

\*Los círculos verdes indican bajo riesgo de sesgo, Los rojos indican alto riesgo de sesgo, y los amarillos indican riesgo de sesgo poco claro.

a: No se dispone del protocolo del estudio para poder evaluar si los resultados han sido manejados de forma completa (seguimiento) y/o han sido notificados selectivamente.

Desenlace	ECA	Ítems del instrumento*						
		Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de notificación	Otros sesgos
		Generación de la secuencia de aleatorización	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores del desenlace	Manejo de los datos de resultados incompletos	Notificación selectiva de resultados	Otros sesgos
Mortalidad neonatal	Hauth et al. 1993	?	+	+	?	+	+	+
Riesgo de DPP	Hauth et al. 1993	?	+	+	?	+	+	+

**Abreviaturas utilizadas:** ECA: Ensayo clínico aleatorizado, DPP: Desprendimiento prematuro de placenta.

\*Los círculos verdes indican bajo riesgo de sesgo, Los rojos indican alto riesgo de sesgo, y los amarillos indican riesgo de sesgo poco claro.

a: No detalla información

Desenlace	ECA	Ítems del instrumento*						
		Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de notificación	Otros sesgos
		Generación de la secuencia de aleatorización	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores del desenlace	Manejo de los datos de resultados incompletos	Notificación selectiva de resultados	Otros sesgos
Preeclampsia	Hermida et al. 1997	+	+	+	+	+	+	+
RCIU	Hermida et al. 1997	+	+	+	+	+	+	+
Parto pretérmino	Hermida et al. 1997	+	+	+	+	+	+	+

**Abreviaturas utilizadas:** ECA: Ensayo clínico aleatorizado, RCIU: Restricción del crecimiento uterino.

\*Los círculos verdes indican bajo riesgo de sesgo, Los rojos indican alto riesgo de sesgo, y los amarillos indican riesgo de sesgo poco claro.

Desenlace	ECA	Ítems del instrumento*						
		Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de notificación	Otros sesgos
		Generación de la secuencia de aleatorización	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores del desenlace	Manejo de los datos de resultados incompletos	Notificación selectiva de resultados	Otros sesgos
Preeclampsia	Villa et al. 2012	+	+	+	+	+	+	+
RCIU	Villa et al. 2012	+	+	+	+	+	+	+

**Abreviaturas utilizadas:** ECA: Ensayo clínico aleatorizado, RCIU: Restricción del crecimiento uterino.

\*Los círculos verdes indican bajo riesgo de sesgo, Los rojos indican alto riesgo de sesgo, y los amarillos indican riesgo de sesgo poco claro.

Desenlace	ECA	Ítems del instrumento*						
		Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de notificación	Otros sesgos
		Generación de la secuencia de aleatorización	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores del desenlace	Manejo de los datos de resultados incompletos	Notificación selectiva de resultados	Otros sesgos
Preeclampsia	Scazzocchio et al. 2017	+	+	+	+	+	+	+
RCIU	Scazzocchio et al. 2017	+	+	+	+	+	+	+
Hemorragia posparto	Scazzocchio et al. 2017	+	+	+	+	+	+	+

**Abreviaturas utilizadas:** ECA: Ensayo clínico aleatorizado, RCIU: Restricción del crecimiento uterino.

\*Los círculos verdes indican bajo riesgo de sesgo, Los rojos indican alto riesgo de sesgo, y los amarillos indican riesgo de sesgo poco claro.

Desenlace	ECA	Ítems del instrumento*						
		Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de notificación	Otros sesgos
		Generación de la secuencia de aleatorización	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores del desenlace	Manejo de los datos de resultados incompletos	Notificación selectiva de resultados	Otros sesgos
Preeclampsia	ASPRE et al. 2017	+	+	+	+	+	+	+
RCIU	ASPRE et al. 2017	+	+	+	+	+	+	+
Parto pretérmino	ASPRE et al. 2017	+	+	+	+	+	+	+
Riesgo de DPP	ASPRE et al. 2017	+	+	+	+	+	+	+

**Abreviaturas utilizadas:** ECA: Ensayo clínico aleatorizado, RCIU: Restricción del crecimiento uterino, DPP: Desprendimiento prematuro de placenta.

\*Los círculos verdes indican bajo riesgo de sesgo, Los rojos indican alto riesgo de sesgo, y los amarillos indican riesgo de sesgo poco claro.

Desenlace	ECA	Ítems del instrumento*						
		Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de notificación	Otros sesgos
		Generación de la secuencia de aleatorización	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores del desenlace	Manejo de los datos de resultados incompletos	Notificación selectiva de resultados	Otros sesgos
Preeclampsia	CLASP et al. 1994	+	+	+	+	+	+	+
RCIU	CLASP et al. 1994	+	+	+	+	+	+	+
Parto pretérmino	CLASP et al. 1994	+	+	+	+	+	+	+
Riesgo de DPP	CLASP et al. 1994	+	+	+	+	+	+	+
Hemorragia postparto	CLASP et al. 1994	+	+	+	+	+	+	+

**Abreviaturas utilizadas:** ECA: Ensayo clínico aleatorizado, RCIU: Restricción del crecimiento uterino, DPP: Desprendimiento prematuro de placenta.

\*Los círculos verdes indican bajo riesgo de sesgo, Los rojos indican alto riesgo de sesgo, y los amarillos indican riesgo de sesgo poco claro.

Desenlace	ECA	Ítems del instrumento*						
		Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de notificación	Otros sesgos
		Generación de la secuencia de aleatorización	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores del desenlace	Manejo de los datos de resultados incompletos	Notificación selectiva de resultados	Otros sesgos
Riesgo de DPP	Mone et al. 2018	+	+	+	+	+	+	+
Hemorragia postparto	Mone et al. 2018	+	+	+	+	+	+	+

**Abreviaturas utilizadas:** ECA: Ensayo clínico aleatorizado, DPP: Desprendimiento prematuro de placenta.

\*Los círculos verdes indican bajo riesgo de sesgo, Los rojos indican alto riesgo de sesgo, y los amarillos indican riesgo de sesgo poco claro.

Desenlace	ECA	Ítems del instrumento*						
		Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de notificación	Otros sesgos
		Generación de la secuencia de aleatorización	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores del desenlace	Manejo de los datos de resultados incompletos	Notificación selectiva de resultados	Otros sesgos
Riesgo de DPP	Subtil et al. 2003	+	+	+	+	+	+	+
Hemorragia postparto	Subtil et al. 2003	+	+	+	+	+	+	+

**Abreviaturas utilizadas:** ECA: Ensayo clínico aleatorizado, DPP: Desprendimiento prematuro de placenta.

\*Los círculos verdes indican bajo riesgo de sesgo, Los rojos indican alto riesgo de sesgo, y los amarillos indican riesgo de sesgo poco claro.

Desenlace	ECA	Ítems del instrumento*						
		Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de notificación	Otros sesgos
		Generación de la secuencia de aleatorización	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores del desenlace	Manejo de los datos de resultados incompletos	Notificación selectiva de resultados	Otros sesgos
Riesgo de DPP	Rotchell et al. 1998	+	+	+	+	+	+	+
Hemorragia postparto	Rotchell et al. 1998	+	+	+	+	+	+	+

**Abreviaturas utilizadas:** ECA: Ensayo clínico aleatorizado, DPP: Desprendimiento prematuro de placenta.

\*Los círculos verdes indican bajo riesgo de sesgo, Los rojos indican alto riesgo de sesgo, y los amarillos indican riesgo de sesgo poco claro

### Pregunta 3. En gestantes con riesgo para desarrollar preeclampsia, ¿se debería brindar calcio para prevenir preeclampsia?

Evaluación de las RS con el instrumento AMSTAR-2:

Ítems del instrumento	Kongwattanakul (2024)	Sun (2019)	Hofmeyr (2018)
1. La pregunta de investigación y los criterios de inclusión incluyeron los componentes PICO	X	X	X
2. Se estableció un protocolo a priori y se justifica cualquier desviación del protocolo	X	X	X
3. Se justificó la selección de los diseños de estudios que se incluyeron en la revisión	X	X	X
4. Se usó una estrategia de búsqueda bibliográfica exhaustiva	X	X	X
5. La selección de los estudios fue realizada por duplicado	X	X	X
6. La extracción de los datos fue realizada por duplicado	X	X	X
7. Se proporcionó una lista de estudios excluidos y se justificó la razón de exclusión de cada uno	X	X	X
8. Se describieron los estudios incluidos en detalle	X	X	X
9. Se usó una técnica satisfactoria para la evaluación de sesgos de cada estudio seleccionado	X	X	X
10. Se reportó el origen de los financiamientos de cada estudio incluido	X		X
11. Se usaron los métodos estadísticos apropiados para la combinación de resultados (metaanálisis)	X	X	X
12. Se evaluó el potencial impacto del riesgo de sesgos de los estudios individuales en los resultados del metaanálisis	X	X	X
13. Se tomó en cuenta el riesgo de sesgo de los estudios individuales cuando se interpretó o discutió los resultados	X	X	X
14. Se explicó satisfactoriamente y se discutió la heterogeneidad observada en los resultados	X	X	X
15. Se evaluó adecuadamente el sesgo de publicación y se discutió su probable impacto en los resultados	X	X	X
16. Se declararon los conflictos de interés	X	X	X
<b>Puntaje</b>	<b>16/16</b>	<b>15/16</b>	<b>16/16</b>
<b>Confianza General</b>	<b>Alta</b>	<b>Alta</b>	<b>Alta</b>

**Evaluación del riesgo de sesgo de los ECA incluidos mediante la herramienta RoB 1.0 de Cochrane:**

La evaluación del RoB de estos estudios fue realizada por los mismos autores de la RS Hofmeyr et al. 2018 (47), RS Sun et al. 2019 (48) y RS Kongwattanakul et al. 2024 (49).

Desenlace	ECA	Ítems del instrumento*						
		Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de notificación	Otros sesgos
		Generación de la secuencia de aleatorización	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores del desenlace	Manejo de los datos de resultados incompletos	Notificación selectiva de resultados	Otros sesgos
Mortalidad Materna	WHO et al. 2006	+	+	+	+	+	+	+

**Abreviaturas utilizadas:** ECA: Ensayo clínico aleatorizado.

\*Los círculos verdes indican bajo riesgo de sesgo, Los rojos indican alto riesgo de sesgo, y los amarillos indican riesgo de sesgo poco claro.

Desenlace	ECA	Ítems del instrumento*						
		Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de notificación	Otros sesgos
		Generación de la secuencia de aleatorización	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores del desenlace	Manejo de los datos de resultados incompletos	Notificación selectiva de resultados	Otros sesgos
Mortalidad neonatal	Villar et al. 1987	?	+	+	+	+	+	?
Eventos adversos no serios maternos (Síntomas gastrointestinales)	Villar et al. 1987	?	+	+	+	+	+	?

**Abreviaturas utilizadas:** ECA: Ensayo clínico aleatorizado.

\*Los círculos verdes indican bajo riesgo de sesgo, Los rojos indican alto riesgo de sesgo, y los amarillos indican riesgo de sesgo poco claro.

a: No detallado.

Desenlace	ECA	Ítems del instrumento*						
		Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de notificación	Otros sesgos
		Generación de la secuencia de aleatorización	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores del desenlace	Manejo de los datos de resultados incompletos	Notificación selectiva de resultados	Otros sesgos
Mortalidad neonatal	Villar et al. 1990	+	+	+	+	+	+	? <sup>a</sup>

**Abreviaturas utilizadas: ECA: Ensayo clínico aleatorizado.**

\*Los círculos verdes indican bajo riesgo de sesgo, Los rojos indican alto riesgo de sesgo, y los amarillos indican riesgo de sesgo poco claro.

a: Otros sesgos

Desenlace	ECA	Ítems del instrumento*						
		Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de notificación	Otros sesgos
		Generación de la secuencia de aleatorización	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores del desenlace	Manejo de los datos de resultados incompletos	Notificación selectiva de resultados	Otros sesgos
Mortalidad neonatal	Crowther et al. 1999	+	+	+	+	+	+	? <sup>a</sup>

**Abreviaturas utilizadas:** ECA: Ensayo clínico aleatorizado.

\*Los círculos verdes indican bajo riesgo de sesgo, Los rojos indican alto riesgo de sesgo, y los amarillos indican riesgo de sesgo poco claro.

a: Otros sesgos

Desenlace	ECA	Ítems del instrumento*						
		Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de notificación	Otros sesgos
		Generación de la secuencia de aleatorización	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores del desenlace	Manejo de los datos de resultados incompletos	Notificación selectiva de resultados	Otros sesgos
Mortalidad neonatal	CPEP et al. 1997	+	+	+	+	+	? <sup>a</sup>	+

**Abreviaturas utilizadas:** ECA: Ensayo clínico aleatorizado.

\*Los círculos verdes indican bajo riesgo de sesgo, Los rojos indican alto riesgo de sesgo, y los amarillos indican riesgo de sesgo poco claro.

a: Un porcentaje ha sido notificados selectivamente.

Desenlace	ECA	Ítems del instrumento*						
		Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de notificación	Otros sesgos
		Generación de la secuencia de aleatorización	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores del desenlace	Manejo de los datos de resultados incompletos	Notificación selectiva de resultados	Otros sesgos
Mortalidad neonatal	S-Ramos et al. 1994	+	+	+	+	+	+	+

**Abreviaturas utilizadas:** ECA: Ensayo clínico aleatorizado.

\*Los círculos verdes indican bajo riesgo de sesgo, Los rojos indican alto riesgo de sesgo, y los amarillos indican riesgo de sesgo poco claro.

Desenlace	ECA	Ítems del instrumento*						
		Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de notificación	Otros sesgos
		Generación de la secuencia de aleatorización	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores del desenlace	Manejo de los datos de resultados incompletos	Notificación selectiva de resultados	Otros sesgos
Preeclampsia	Caribbean Is. et al. 1990	+	+	+	+	+	+	- a,b
Eclampsia	Caribbean Is. et al. 1990	+	+	+	+	+	+	- a,b
Síndrome HELLP	Caribbean Is. et al. 1990	+	+	+	+	+	+	- a,b
Parto pretérmino	Caribbean Is. et al. 1990	+	+	+	+	+	+	- a,b
Hipertensión gestacional	Caribbean Is. et al. 1990	+	+	+	+	+	+	- a,b

**Abreviaturas utilizadas:** ECA: Ensayo clínico aleatorizado.

\*Los círculos verdes indican bajo riesgo de sesgo, Los rojos indican alto riesgo de sesgo, y los amarillos indican riesgo de sesgo poco claro.

a: Intervención abierta para 23 mujeres (15%) y se inició otro, 16 por PA no controlada y 7 por mal cumplimiento/efectos secundarios.

b: Financiado por la industria

Desenlace	ECA	Ítems del instrumento*						
		Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de notificación	Otros sesgos
		Generación de la secuencia de aleatorización	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores del desenlace	Manejo de los datos de resultados incompletos	Notificación selectiva de resultados	Otros sesgos
Preeclampsia	India et al. 2012	?	?	-	-	+	?	-
Eclampsia	India et al. 2012	?	?	-	-	+	?	-
Síndrome HELLP	India et al. 2012	?	?	-	-	+	?	-
Parto pretérmino	India et al. 2012	?	?	-	-	+	?	-
Hipertensión gestacional	India et al. 2012	?	?	-	-	+	?	-

**Abreviaturas utilizadas:** ECA: Ensayo clínico aleatorizado.

\*Los círculos verdes indican bajo riesgo de sesgo, Los rojos indican alto riesgo de sesgo, y los amarillos indican riesgo de sesgo poco claro.

a. No se describe.

b. Etiqueta abierta

c. Evaluación a partir del informe del estudio publicado

d: Financiado por la industria

Desenlace	ECA	Ítems del instrumento*						
		Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de notificación	Otros sesgos
		Generación de la secuencia de aleatorización	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores del desenlace	Manejo de los datos de resultados incompletos	Notificación selectiva de resultados	Otros sesgos
Preeclampsia	Sudan et al. 2002	?	?	-	-	+	?	?
Eclampsia	Sudan et al. 2002	?	?	-	-	+	?	?
Síndrome HELLP	Sudan et al. 2002	?	?	-	-	+	?	?
Parto pretérmino	Sudan et al. 2002	?	?	-	-	+	?	?
Hipertensión gestacional	Sudan et al. 2002	?	?	-	-	+	?	?

**Abreviaturas utilizadas:** ECA: Ensayo clínico aleatorizado.

\*Los círculos verdes indican bajo riesgo de sesgo, Los rojos indican alto riesgo de sesgo, y los amarillos indican riesgo de sesgo poco claro.

a. No se describe.

b. Etiqueta abierta

c. Evaluación a partir del informe del estudio publicado

d. Los grupos parecen comparables al inicio. No hay información sobre la fuente de financiación. Declaración de intereses no descrita.

Desenlace	ECA	Ítems del instrumento*						
		Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de notificación	Otros sesgos
		Generación de la secuencia de aleatorización	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores del desenlace	Manejo de los datos de resultados incompletos	Notificación selectiva de resultados	Otros sesgos
Hipertensión gestacional	Sweden et al. 1984	?	+	+	+	+	+	?

**Abreviaturas utilizadas:** ECA: Ensayo clínico aleatorizado.

\*Los círculos verdes indican bajo riesgo de sesgo, Los rojos indican alto riesgo de sesgo, y los amarillos indican riesgo de sesgo poco claro.

a. No se describe.

b. Declaración de intereses no descritos. Financiamiento por caridad o fundación para Sweden et al 1984. Financiamiento por universidad u organización no comercial para UK et al. 1968.

Desenlace	ECA	Ítems del instrumento*						
		Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de notificación	Otros sesgos
		Generación de la secuencia de aleatorización	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores del desenlace	Manejo de los datos de resultados incompletos	Notificación selectiva de resultados	Otros sesgos
Preeclampsia	UK et al. 1968	?	?	-	-	+	?	?
Eclampsia	UK et al. 1968	?	?	-	-	+	?	?
Síndrome HELLP	UK et al. 1968	?	?	-	-	+	?	?
Parto pretérmino	UK et al. 1968	?	?	-	-	+	?	?
Hipertensión gestacional	UK et al. 1968	?	?	-	-	+	?	?

**Abreviaturas utilizadas:** ECA: Ensayo clínico aleatorizado.

\*Los círculos verdes indican bajo riesgo de sesgo, Los rojos indican alto riesgo de sesgo, y los amarillos indican riesgo de sesgo poco claro.

a. No se describe.

b. Etiqueta abierta

c. Evaluación a partir del informe del estudio publicado

d. Declaración de intereses no descritos. Financiamiento por caridad o fundación para Sweden et al 1984. Financiamiento por universidad u organización no comercial para UK et al. 1968.

Desenlace	ECA	Ítems del instrumento*						
		Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de notificación	Otros sesgos
		Generación de la secuencia de aleatorización	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores del desenlace	Manejo de los datos de resultados incompletos	Notificación selectiva de resultados	Otros sesgos
Eclampsia	Sweden et al. 1984	?	+	+	+	+	+	?
Síndrome HELLP	Sweden et al. 1984	?	+	+	+	+	+	?
Parto pretérmino	Sweden et al. 1984	?	+	+	+	+	+	?
Hipertensión gestacional	Sweden et al. 1984	?	+	+	+	+	+	?

**Abreviaturas utilizadas:** ECA: Ensayo clínico aleatorizado.

\*Los círculos verdes indican bajo riesgo de sesgo, Los rojos indican alto riesgo de sesgo, y los amarillos indican riesgo de sesgo poco claro.

a: No se describe.

b: Declaración de intereses no descritos. Financiamiento por caridad o fundación para Sweden et al 1984. Financiamiento por universidad u organización no comercial para UK et al. 1968.

Desenlace	ECA	Ítems del instrumento*						
		Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de notificación	Otros sesgos
		Generación de la secuencia de aleatorización	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores del desenlace	Manejo de los datos de resultados incompletos	Notificación selectiva de resultados	Otros sesgos
Eventos adversos no serios (Cefalea, vómitos, lumbalgia, dolor vaginal y urinario, dispepsia y dolor abdominal)	Villar et al. 2006	+	+	+	+	+	+	+

**Abreviaturas utilizadas:** ECA: Ensayo clínico aleatorizado.

\*Los círculos verdes indican bajo riesgo de sesgo, Los rojos indican alto riesgo de sesgo, y los amarillos indican riesgo de sesgo poco claro.

Desenlace	ECA	Ítems del instrumento*						
		Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de notificación	Otros sesgos
		Generación de la secuencia de aleatorización	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores del desenlace	Manejo de los datos de resultados incompletos	Notificación selectiva de resultados	Otros sesgos
Eventos adversos no serios (Cálculos biliares)	Belizan et al. 1991	+	+	+	+	+	+	+

**Abreviaturas utilizadas:** ECA: Ensayo clínico aleatorizado.

\*Los círculos verdes indican bajo riesgo de sesgo, Los rojos indican alto riesgo de sesgo, y los amarillos indican riesgo de sesgo poco claro.

#### **Pregunta 4. En gestantes con hipertensión gestacional o preeclampsia sin criterios de severidad, ¿se debería brindar tratamiento antihipertensivo?**

Evaluación de las RS con el instrumento AMSTAR-2:

<b>Ítems del instrumento</b>	<b>Abalos (2018)</b>
1. La pregunta de investigación y los criterios de inclusión incluyeron los componentes PICO	X
2. Se estableció un protocolo a priori y se justifica cualquier desviación del protocolo	X
3. Se justificó la selección de los diseños de estudios que se incluyeron en la revisión	X
4. Se usó una estrategia de búsqueda bibliográfica exhaustiva	X
5. La selección de los estudios fue realizada por duplicado	X
6. La extracción de los datos fue realizada por duplicado	X
7. Se proporcionó una lista de estudios excluidos y se justificó la razón de exclusión de cada uno	X
8. Se describieron los estudios incluidos en detalle	X
9. Se usó una técnica satisfactoria para la evaluación de sesgos de cada estudio seleccionado	X
10. Se reportó el origen de los financiamientos de cada estudio incluido	
11. Se usaron los métodos estadísticos apropiados para la combinación de resultados (metaanálisis)	X
12. Se evaluó el potencial impacto del riesgo de sesgos de los estudios individuales en los resultados del metaanálisis	X
13. Se tomó en cuenta el riesgo de sesgo de los estudios individuales cuando se interpretó o discutió los resultados	X
14. Se explicó satisfactoriamente y se discutió la heterogeneidad observada en los resultados	X
15. Se evaluó adecuadamente el sesgo de publicación y se discutió su probable impacto en los resultados	X
16. Se declararon los conflictos de interés	X
<b>Puntaje</b>	<b>16/16</b>
<b>Confianza General</b>	<b>Alta</b>

**Evaluación del riesgo de sesgo de los ECA incluidos mediante la herramienta RoB 1.0 de Cochrane:**

La evaluación del RoB de estos estudios fue realizada por los mismos autores de la RS Abalos et al. 2018 (53).

Desenlace	ECA	Ítems del instrumento*						
		Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de notificación	Otros sesgos
		Generación de la secuencia de aleatorización	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores del desenlace	Manejo de los datos de resultados incompletos	Notificación selectiva de resultados	Otros sesgos
Mortalidad materna	Caribbean Is. et al. 1990	+	+	+	+	+	+	- a,b
Eclampsia	Caribbean Is. et al. 1990	+	+	+	+	+	+	- a,b
Proteinuria/preeclampsia sin criterios de severidad	Caribbean Is. et al. 1990	+	+	+	+	+	+	- a,b
Preeclampsia con criterios de severidad	Caribbean Is. et al. 1990	+	+	+	+	+	+	- a,b
Admisión a UCI neonatal	Caribbean Is. et al. 1990	+	+	+	+	+	+	- a,b
PEG	Caribbean Is. et al. 1990	+	+	+	+	+	+	- a,b

Desenlace	ECA	Ítems del instrumento*						
		Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de notificación	Otros sesgos
		Generación de la secuencia de aleatorización	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores del desenlace	Manejo de los datos de resultados incompletos	Notificación selectiva de resultados	Otros sesgos
Parto pretérmino	Caribbean Is. et al. 1990	+	+	+	+	+	+	- a,b

**Abreviaturas utilizadas:** ECA: Ensayo clínico aleatorizado, PEG: pequeño para la edad gestacional, UCI: Unidad de cuidados intensivos.

\*Los círculos verdes indican bajo riesgo de sesgo, Los rojos indican alto riesgo de sesgo, y los amarillos indican riesgo de sesgo poco claro.

a: Intervención abierta para 23 mujeres (15%) y se inició otro, 16 por PA no controlada y 7 por mal cumplimiento/efectos secundarios.

b: Financiado por la industria

Desenlace	ECA	Ítems del instrumento*						
		Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de notificación	Otros sesgos
		Generación de la secuencia de aleatorización	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores del desenlace	Manejo de los datos de resultados incompletos	Notificación selectiva de resultados	Otros sesgos
Mortalidad materna	India et al 2012	a		b	b		c	
Proteinuria/preeclampsia sin criterios de severidad	India et al 2012	a		b	b		c	
Preeclampsia con criterios de severidad	India et al 2012	a		b	b		c	
Admisión a UCI neonatal	India et al 2012	a		b	b		c	
PEG	India et al 2012	a		b	b		c	
Parto pretérmino	India et al 2012	a		b	b		c	

**Abreviaturas utilizadas:** ECA: Ensayo clínico aleatorizado, PEG: pequeño para la edad gestacional, UCI: Unidad de cuidados intensivos.

\*Los círculos verdes indican bajo riesgo de sesgo, Los rojos indican alto riesgo de sesgo, y los amarillos indican riesgo de sesgo poco claro

a: No está en secuencia aleatoria

b: Etiqueta abierta

c: Evaluación a partir del informe del estudio publicado.

Desenlace	ECA	Ítems del instrumento*						
		Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de notificación	Otros sesgos
		Generación de la secuencia de aleatorización	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores del desenlace	Manejo de los datos de resultados incompletos	Notificación selectiva de resultados	Otros sesgos
Mortalidad materna	Sudan et al. 2002	? <sub>c</sub>	? <sub>c</sub>	- <sub>d</sub>	- <sub>d</sub>	+	? <sub>e</sub>	? <sub>f</sub>
Eclampsia	Sudan et al. 2002	? <sub>a</sub>	? <sub>a</sub>	- <sub>b</sub>	- <sub>b</sub>	+	? <sub>c</sub>	? <sub>d</sub>
Preeclampsia con criterios de severidad	Sudan et al. 2002	? <sub>a</sub>	? <sub>a</sub>	- <sub>b</sub>	- <sub>b</sub>	+	? <sub>c</sub>	? <sub>d</sub>
Admisión a UCI neonatal	Sudan et al. 2002	? <sub>a</sub>	? <sub>a</sub>	- <sub>b</sub>	- <sub>b</sub>	+	? <sub>c</sub>	? <sub>d</sub>
Parto pretérmino	Sudan et al. 2002	? <sub>a</sub>	? <sub>a</sub>	- <sub>b</sub>	- <sub>b</sub>	+	? <sub>c</sub>	? <sub>d</sub>

**Abreviaturas utilizadas:** ECA: Ensayo clínico aleatorizado, UCI: Unidad de cuidados intensivos.

\*Los círculos verdes indican bajo riesgo de sesgo, Los rojos indican alto riesgo de sesgo, y los amarillos indican riesgo de sesgo poco claro.

a. No se describe.

b. Etiqueta abierta

c. Evaluación a partir del informe del estudio publicado

d: Los grupos parecen comparables al inicio. No hay información sobre la fuente de financiación. Declaración de intereses no descrita.

Desenlace	ECA	Ítems del instrumento*						
		Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de notificación	Otros sesgos
		Generación de la secuencia de aleatorización	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores del desenlace	Manejo de los datos de resultados incompletos	Notificación selectiva de resultados	Otros sesgos
Mortalidad materna	Sweden et al. 1984	?	+	+	+	+	+	?
Proteinuria/preeclampsia sin criterios de severidad	Sweden et al. 1984	?	+	+	+	+	+	?
Preeclampsia con criterios de severidad	Sweden et al. 1984	?	+	+	+	+	+	?
Parto pretérmino	Sweden et al. 1984	?	+	+	+	+	+	?

**Abreviaturas utilizadas:** ECA: Ensayo clínico aleatorizado.

\*Los círculos verdes indican bajo riesgo de sesgo, Los rojos indican alto riesgo de sesgo, y los amarillos indican riesgo de sesgo poco claro.

a. No se describe.

b. Declaración de intereses no descritos. Financiamiento por caridad o fundación para Sweden et al 1984. Financiamiento por universidad u organización no comercial para UK et al. 1968.

Desenlace	ECA	Ítems del instrumento*						
		Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de notificación	Otros sesgos
		Generación de la secuencia de aleatorización	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores del desenlace	Manejo de los datos de resultados incompletos	Notificación selectiva de resultados	Otros sesgos
Mortalidad materna	UK et al. 1968	?	?	-	-	+	?	?

**Abreviaturas utilizadas:** ECA: Ensayo clínico aleatorizado.

\*Los círculos verdes indican bajo riesgo de sesgo, Los rojos indican alto riesgo de sesgo, y los amarillos indican riesgo de sesgo poco claro.

a. No se describe.

b. Etiqueta abierta

c. Evaluación a partir del informe del estudio publicado

d. Declaración de intereses no descritos. Financiamiento por caridad o fundación para Sweden et al 1984. Financiamiento por universidad u organización no comercial para UK et al. 1968.

Desenlace	ECA	Ítems del instrumento*						
		Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de notificación	Otros sesgos
		Generación de la secuencia de aleatorización	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores del desenlace	Manejo de los datos de resultados incompletos	Notificación selectiva de resultados	Otros sesgos
Mortalidad neonatal	Brazil et al. 1985	?	?	-	-	+	?	?
proteinuria/preec lamsia sin criterios de severidad	Brazil et al. 1985	?	?	-	-	+	?	?
PEG	Brazil et al. 1985	?	?	-	-	+	?	?

**Abreviaturas utilizadas:** ECA: Ensayo clínico aleatorizado, PEG: pequeño para la edad gestacional.

\*Los círculos verdes indican bajo riesgo de sesgo, Los rojos indican alto riesgo de sesgo, y los amarillos indican riesgo de sesgo poco claro.

a: No descrito

b: Etiqueta abierta

c: Evaluación a partir del informe del estudio publicado.

d: Los grupos parecen comparables al inicio. No hay información sobre la fuente de financiación. Declaración de intereses no descrita.

Desenlace	ECA	Ítems del instrumento*						
		Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de notificación	Otros sesgos
		Generación de la secuencia de aleatorización	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores del desenlace	Manejo de los datos de resultados incompletos	Notificación selectiva de resultados	Otros sesgos
Mortalidad neonatal	Brazil et al. 2016	+	+	+	+	+	? <sup>a</sup>	+
Eclampsia	Brazil et al. 2016	+	+	+	+	+	? <sup>a</sup>	+
Admisión a UCI neonatal	Brazil et al. 2016	+	+	+	+	+	? <sup>a</sup>	+
PEG	Brazil et al. 2016	+	+	+	+	+	? <sup>a</sup>	+

**Abreviaturas utilizadas:** ECA: Ensayo clínico aleatorizado, PEG: pequeño para la edad gestacional, UCI: Unidad de cuidados intensivos.

\*Los círculos verdes indican bajo riesgo de sesgo, Los rojos indican alto riesgo de sesgo, y los amarillos indican riesgo de sesgo poco claro.

a: Evaluación a partir del informe del estudio publicado.

Desenlace	ECA	Ítems del instrumento*						
		Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de notificación	Otros sesgos
		Generación de la secuencia de aleatorización	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores del desenlace	Manejo de los datos de resultados incompletos	Notificación selectiva de resultados	Otros sesgos
Mortalidad neonatal	South Africa et al. 1991a	?	?	?	?	+	?	?
Proteinuria/preeclampsia sin criterios de severidad	South Africa et al. 1991a	?	?	?	?	+	?	?
Preeclampsia con criterios de severidad	South Africa et al. 1991a	?	?	?	?	+	?	?
PEG	South Africa et al. 1991a	?	?	?	?	+	?	?
Parto pretérmino	South Africa et al. 1991a	?	?	?	?	+	?	?

**Abreviaturas utilizadas:** ECA: Ensayo clínico aleatorizado, PEG: pequeño para la edad gestacional.

\*Los círculos verdes indican bajo riesgo de sesgo, Los rojos indican alto riesgo de sesgo, y los amarillos indican riesgo de sesgo poco claro.

a: No descrito

b: Evaluación a partir del informe del estudio publicado.

c: No información sobre financiamiento. Declaración de intereses no descritas.

Desenlace	ECA	Ítems del instrumento*						
		Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de notificación	Otros sesgos
		Generación de la secuencia de aleatorización	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores del desenlace	Manejo de los datos de resultados incompletos	Notificación selectiva de resultados	Otros sesgos
Mortalidad neonatal	UK et al. 1976	?	?	-	-	+	?	-
Preeclampsia con criterios de severidad	UK et al. 1976	?	?	-	-	+	?	-

**Abreviaturas utilizadas:** ECA: Ensayo clínico aleatorizado.

\*Los círculos verdes indican bajo riesgo de sesgo, Los rojos indican alto riesgo de sesgo, y los amarillos indican riesgo de sesgo poco claro.

a: No descrito

b: Etiqueta abierta

c: Evaluación a partir del informe del estudio publicado.

d: Los grupos parecen comparables al inicio. Financiado por la industria.

Desenlace	ECA	Ítems del instrumento*						
		Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de notificación	Otros sesgos
		Generación de la secuencia de aleatorización	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores del desenlace	Manejo de los datos de resultados incompletos	Notificación selectiva de resultados	Otros sesgos
Mortalidad neonatal	UK et al. 2009	+	+	+	+	- a	+	- b

**Abreviaturas utilizadas:** ECA: Ensayo clínico aleatorizado.

\*Los círculos verdes indican bajo riesgo de sesgo, Los rojos indican alto riesgo de sesgo, y los amarillos indican riesgo de sesgo poco claro.

a: Cuatro mujeres (10,3%) retiraron su consentimiento después de la aleatorización (2 en cada grupo)

b: Números pequeños. Financiado por la industria. Conflicto de intereses declarado.

Desenlace	ECA	Ítems del instrumento*						
		Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de notificación	Otros sesgos
		Generación de la secuencia de aleatorización	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores del desenlace	Manejo de los datos de resultados incompletos	Notificación selectiva de resultados	Otros sesgos
Mortalidad neonatal	USA et al. 1992	+	+	- a	- a	+	? b	? c

**Abreviaturas utilizadas:** ECA: Ensayo clínico aleatorizado.

\*Los círculos verdes indican bajo riesgo de sesgo, Los rojos indican alto riesgo de sesgo, y los amarillos indican riesgo de sesgo poco claro.

a: Etiqueta abierta

b: Evaluación a partir del informe del estudio publicado.

c: Los grupos parecen comparables al inicio. No hay información sobre la fuente de financiación. Declaración de intereses no descrita.

Desenlace	ECA	Ítems del instrumento*						
		Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de notificación	Otros sesgos
		Generación de la secuencia de aleatorización	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores del desenlace	Manejo de los datos de resultados incompletos	Notificación selectiva de resultados	Otros sesgos
Eclampsia	Israel et al 1995	?	?	-	-	+	?	?
PEG	Israel et al 1995	?	?	-	-	+	?	?
Parto prétermo	Israel et al 1995	?	?	-	-	+	?	?

**Abreviaturas utilizadas:** ECA: Ensayo clínico aleatorizado, PEG: pequeño para la edad gestacional.

\*Los círculos verdes indican bajo riesgo de sesgo, Los rojos indican alto riesgo de sesgo, y los amarillos indican riesgo de sesgo poco claro.

a: No descrito

b: Etiqueta abierta

c: Evaluación a partir del informe del estudio publicado.

d: No hay información sobre la fuente de financiación. Declaración de intereses no descrita.

Desenlace	ECA	Ítems del instrumento*						
		Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de notificación	Otros sesgos
		Generación de la secuencia de aleatorización	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores del desenlace	Manejo de los datos de resultados incompletos	Notificación selectiva de resultados	Otros sesgos
Eclampsia	Sweden et al 1995	+	? <sup>a</sup>	+	+	+	? <sup>b</sup>	? <sup>c</sup>
Preeclampsia con criterios de severidad	Sweden et al 1995	+	? <sup>a</sup>	+	+	+	? <sup>b</sup>	? <sup>c</sup>
Proteinuria/preeclampsia sin criterios de severidad	Sweden et al 1995	+	? <sup>a</sup>	+	+	+	? <sup>b</sup>	? <sup>c</sup>

**Abreviaturas utilizadas:** ECA: Ensayo clínico aleatorizado.

\*Los círculos verdes indican bajo riesgo de sesgo, Los rojos indican alto riesgo de sesgo, y los amarillos indican riesgo de sesgo poco claro.

a: No descrito

b: Evaluación a partir del informe del estudio publicado.

c. Los grupos parecen comparables al inicio. No hay información sobre la fuente de financiación. Declaración de intereses no descrita.

Desenlace	ECA	Ítems del instrumento*						
		Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de notificación	Otros sesgos
		Generación de la secuencia de aleatorización	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores del desenlace	Manejo de los datos de resultados incompletos	Notificación selectiva de resultados	Otros sesgos
Eclampsia	UK et al 2009	+	+	+	+	- a	+	- b

**Abreviaturas utilizadas:** ECA: Ensayo clínico aleatorizado.

\*Los círculos verdes indican bajo riesgo de sesgo, Los rojos indican alto riesgo de sesgo, y los amarillos indican riesgo de sesgo poco claro.

a: Cuatro mujeres (10,3%) retiraron su consentimiento después de la aleatorización (2 en cada grupo)

b: Números pequeños. Financiado por la industria. Conflicto de intereses declarado.

Desenlace	ECA	Ítems del instrumento*						
		Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de notificación	Otros sesgos
		Generación de la secuencia de aleatorización	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores del desenlace	Manejo de los datos de resultados incompletos	Notificación selectiva de resultados	Otros sesgos
Eclampsia	USA et al 1987a	+	+	- <sub>a</sub>	- <sub>a</sub>	+	? <sub>b</sub>	? <sub>c</sub>
Proteinuria/preeclampsia sin criterios de severidad	USA et al 1987a	+	+	- <sub>a</sub>	- <sub>a</sub>	+	? <sub>b</sub>	? <sub>c</sub>
Preeclampsia con criterios de severidad	USA et al 1987a	+	+	- <sub>a</sub>	- <sub>a</sub>	+	? <sub>b</sub>	? <sub>c</sub>
Admisión a UCI neonatal	USA et al 1987a	+	+	- <sub>a</sub>	- <sub>a</sub>	+	? <sub>b</sub>	? <sub>c</sub>
PEG	USA et al 1987a	+	+	- <sub>a</sub>	- <sub>a</sub>	+	? <sub>b</sub>	? <sub>c</sub>

**Abreviaturas utilizadas:** ECA: Ensayo clínico aleatorizado, PEG: pequeño para la edad gestacional, UCI: Unidad de cuidados intensivos.

\*Los círculos verdes indican bajo riesgo de sesgo, Los rojos indican alto riesgo de sesgo, y los amarillos indican riesgo de sesgo poco claro.

a: Etiqueta abierta

b: Evaluación a partir del informe del estudio publicado.

c: No hay información sobre la fuente de financiación. Declaración de intereses no descrita.

Desenlace	ECA	Ítems del instrumento*						
		Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de notificación	Otros sesgos
		Generación de la secuencia de aleatorización	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores del desenlace	Manejo de los datos de resultados incompletos	Notificación selectiva de resultados	Otros sesgos
Proteinuria/preeclampsia sin criterios de severidad	Israel et al 1992a	+	+	+	+	+	? <sup>a</sup>	? <sup>b</sup>
Preeclampsia con criterios de severidad	Israel et al 1992a	+	+	+	+	+	? <sup>a</sup>	? <sup>b</sup>

**Abreviaturas utilizadas:** ECA: Ensayo clínico aleatorizado.

\*Los círculos verdes indican bajo riesgo de sesgo, Los rojos indican alto riesgo de sesgo, y los amarillos indican riesgo de sesgo poco claro.

a: Evaluación a partir del informe del estudio publicado.

b: Los grupos parecen comparables al inicio. No hay información sobre la fuente de financiación. Declaración de intereses no descrita.

Desenlace	ECA	Ítems del instrumento*						
		Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de notificación	Otros sesgos
		Generación de la secuencia de aleatorización	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores del desenlace	Manejo de los datos de resultados incompletos	Notificación selectiva de resultados	Otros sesgos
Proteinuria/preeclampsia sin criterios de severidad	UK et al 1982	?	?	-	-	+	+	-
Preeclampsia con criterios de severidad	UK et al 1982	?	?	-	-	+	+	-

**Abreviaturas utilizadas:** ECA: Ensayo clínico aleatorizado.

\*Los círculos verdes indican bajo riesgo de sesgo, Los rojos indican alto riesgo de sesgo, y los amarillos indican riesgo de sesgo poco claro.

a: No descrito

b: Etiqueta abierta

c: Financiado por la industria.

Desenlace	ECA	Ítems del instrumento*						
		Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de notificación	Otros sesgos
		Generación de la secuencia de aleatorización	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores del desenlace	Manejo de los datos de resultados incompletos	Notificación selectiva de resultados	Otros sesgos
Proteinuria/preeclampsia sin criterios de severidad	UK et al 1983a	?	?	+	+	+	?	-
Preeclampsia con criterios de severidad	UK et al 1983a	?	?	+	+	+	?	-
PEG	UK et al 1983a	?	?	+	+	+	?	-

**Abreviaturas utilizadas:** ECA: Ensayo clínico aleatorizado.

\*Los círculos verdes indican bajo riesgo de sesgo, Los rojos indican alto riesgo de sesgo, y los amarillos indican riesgo de sesgo poco claro.

a: No descrito

b: Evaluación a partir del informe del estudio publicado.

c: Financiado por la industria.

Desenlace	ECA	Ítems del instrumento*						
		Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de notificación	Otros sesgos
		Generación de la secuencia de aleatorización	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores del desenlace	Manejo de los datos de resultados incompletos	Notificación selectiva de resultados	Otros sesgos
Proteinuria/preeclampsia sin criterios de severidad	UK et al 1989	+	+	+	+	+	? <sup>a</sup>	- <sup>b</sup>
Preeclampsia con criterios de severidad	UK et al 1989	+	+	+	+	+	? <sup>a</sup>	- <sup>b</sup>
Admisión a UCI neonatal	UK et al 1989	+	+	+	+	+	? <sup>a</sup>	- <sup>b</sup>
PEG	UK et al 1989	+	+	+	+	+	? <sup>a</sup>	- <sup>b</sup>
Parto prétermo	UK et al 1989	+	+	+	+	+	? <sup>a</sup>	- <sup>b</sup>

**Abreviaturas utilizadas:** ECA: Ensayo clínico aleatorizado, PEG: pequeño para la edad gestacional, UCI: Unidad de cuidados intensivos.

\*Los círculos verdes indican bajo riesgo de sesgo, Los rojos indican alto riesgo de sesgo, y los amarillos indican riesgo de sesgo poco claro.

a: Evaluación a partir del informe del estudio publicado.

b: Financiado por la industria.

Desenlace	ECA	Ítems del instrumento*						
		Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de notificación	Otros sesgos
		Generación de la secuencia de aleatorización	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores del desenlace	Manejo de los datos de resultados incompletos	Notificación selectiva de resultados	Otros sesgos
Proteinuria/preeclampsia sin criterios de severidad	UK et al 1992	? <sup>a</sup>	+	- <sup>b</sup>	- <sup>b</sup>	+	+	- <sup>c,d</sup>
Admisión a UCI neonatal	UK et al 1992	? <sup>a</sup>	+	- <sup>b</sup>	- <sup>b</sup>	+	+	- <sup>c,d</sup>
PEG	UK et al 1992	? <sup>a</sup>	+	- <sup>b</sup>	- <sup>b</sup>	+	+	- <sup>c,d</sup>
Parto prétermino	UK et al 1992	? <sup>a</sup>	+	- <sup>b</sup>	- <sup>b</sup>	+	+	- <sup>c,d</sup>

**Abreviaturas utilizadas:** ECA: Ensayo clínico aleatorizado, PEG: pequeño para la edad gestacional, UCI: Unidad de cuidados intensivos.

\*Los círculos verdes indican bajo riesgo de sesgo, Los rojos indican alto riesgo de sesgo, y los amarillos indican riesgo de sesgo poco claro.

a: No descrito

b: Etiqueta abierta

c: Financiado por la industria.

d: Los grupos parecen comparables al inicio.

Desenlace	ECA	Ítems del instrumento*						
		Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de notificación	Otros sesgos
		Generación de la secuencia de aleatorización	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores del desenlace	Manejo de los datos de resultados incompletos	Notificación selectiva de resultados	Otros sesgos
Proteinuria/preeclampsia sin criterios de severidad	UK et al 1976	?	?	-	-	+	?	-
Admisión a UCI neonatal	UK et al 1976	?	?	-	-	+	?	-
PEG	UK et al 1976	?	?	-	-	+	?	-
Parto prétermino	UK et al 1976	?	?	-	-	+	?	-

**Abreviaturas utilizadas:** ECA: Ensayo clínico aleatorizado, PEG: pequeño para la edad gestacional, UCI: Unidad de cuidados intensivos.

\*Los círculos verdes indican bajo riesgo de sesgo, Los rojos indican alto riesgo de sesgo, y los amarillos indican riesgo de sesgo poco claro.

a: No descrito

b: Etiqueta abierta

c: Evaluación a partir del informe del estudio publicado.

d: Financiado por la industria.

e: Los grupos parecen comparables al inicio.

Desenlace	ECA	Ítems del instrumento*						
		Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de notificación	Otros sesgos
		Generación de la secuencia de aleatorización	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores del desenlace	Manejo de los datos de resultados incompletos	Notificación selectiva de resultados	Otros sesgos
Proteinuria/preeclampsia sin criterios de severidad	USA et al 1987b	? <sup>a</sup>	? <sup>a</sup>	+	+	+	? <sup>b</sup>	- <sup>c</sup>
PEG	USA et al 1987b	? <sup>a</sup>	? <sup>a</sup>	+	+	+	? <sup>b</sup>	- <sup>c</sup>

**Abreviaturas utilizadas:** ECA: Ensayo clínico aleatorizado, PEG: pequeño para la edad gestacional.

\*Los círculos verdes indican bajo riesgo de sesgo, Los rojos indican alto riesgo de sesgo, y los amarillos indican riesgo de sesgo poco claro.

a: No descrito

b: Evaluación a partir del informe del estudio publicado.

c: Financiado por la industria.

Desenlace	ECA	Ítems del instrumento*						
		Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de notificación	Otros sesgos
		Generación de la secuencia de aleatorización	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores del desenlace	Manejo de los datos de resultados incompletos	Notificación selectiva de resultados	Otros sesgos
Proteinuria/preeclampsia sin criterios de severidad	UK et al 1968	?	?	-	-	+	?	?

**Abreviaturas utilizadas:** ECA: Ensayo clínico aleatorizado.

\*Los círculos verdes indican bajo riesgo de sesgo, Los rojos indican alto riesgo de sesgo, y los amarillos indican riesgo de sesgo poco claro.

a: No descrito

b: Etiqueta abierta

c: Evaluación a partir del informe del estudio publicado.

d: Financiado por una universidad u organización sin fines de lucro. Declaración de intereses no descrito.

Desenlace	ECA	Ítems del instrumento*						
		Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de notificación	Otros sesgos
		Generación de la secuencia de aleatorización	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores del desenlace	Manejo de los datos de resultados incompletos	Notificación selectiva de resultados	Otros sesgos
Proteinuria/preeclampsia sin criterios de severidad	USA et al 1979	?	?	-	-	+	?	?
PEG	USA et al 1979	?	?	-	-	+	?	?

**Abreviaturas utilizadas:** ECA: Ensayo clínico aleatorizado, PEG: pequeño para la edad gestacional.

\*Los círculos verdes indican bajo riesgo de sesgo, Los rojos indican alto riesgo de sesgo, y los amarillos indican riesgo de sesgo poco claro.

a: No descrito

b: Etiqueta abierta

c: Evaluación a partir del informe del estudio publicado.

d: Los grupos parecen comparables al inicio. No hay información sobre la fuente de financiación. Declaración de intereses no descrita.

Desenlace	ECA	Ítems del instrumento*						
		Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de notificación	Otros sesgos
		Generación de la secuencia de aleatorización	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores del desenlace	Manejo de los datos de resultados incompletos	Notificación selectiva de resultados	Otros sesgos
Proteinuria/preeclampsia sin criterios de severidad	USA et al 1990a	+	+	- a	- a	- b	+	? c
PEG	USA et al 1990a	+	+	- a	- a	- b	+	? c
Parto prétermo	USA et al 1990a	+	+	- a	- a	- b	+	? c

**Abreviaturas utilizadas:** ECA: Ensayo clínico aleatorizado, PEG: pequeño para la edad gestacional.

\*Los círculos verdes indican bajo riesgo de sesgo, Los rojos indican alto riesgo de sesgo, y los amarillos indican riesgo de sesgo poco claro.

a: Etiqueta abierta

b: Exclusiones: 37 mujeres (12%): 13 en el grupo de metildopa (10 excluidas debido a mal cumplimiento, 1 gemelo, 1 aborto y 1 pérdida de seguimiento); 14 en el brazo de labetalol (11 excluidos por mal cumplimiento, 2 gemelos y 1 pérdida de seguimiento) y 10 en el brazo de control (8 por mal cumplimiento, 1 gemelar y 1 aborto espontáneo).

c: Los grupos parecen comparables al inicio. No hay información sobre la fuente de financiación. Declaración de intereses no descrita.

Desenlace	ECA	Ítems del instrumento*						
		Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de notificación	Otros sesgos
		Generación de la secuencia de aleatorización	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores del desenlace	Manejo de los datos de resultados incompletos	Notificación selectiva de resultados	Otros sesgos
Proteinuria/preeclampsia sin criterios de severidad	Brazil et al 2000a	?	+	+	+	+	?	?
Preeclampsia con criterios de severidad	Brazil et al 2000a	?	+	+	+	+	?	?
PEG	Brazil et al 2000a	?	+	+	+	+	?	?
Parto prétermino	Brazil et al 2000a	?	+	+	+	+	?	?

**Abreviaturas utilizadas:** ECA: Ensayo clínico aleatorizado, PEG: pequeño para la edad gestacional.

\*Los círculos verdes indican bajo riesgo de sesgo, Los rojos indican alto riesgo de sesgo, y los amarillos indican riesgo de sesgo poco claro.

a: No descrito

c: Evaluación a partir del informe del estudio publicado.

d: Los grupos parecen comparables al inicio. No hay información sobre la fuente de financiación. Declaración de intereses no descrita.

Desenlace	ECA	Ítems del instrumento*						
		Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de notificación	Otros sesgos
		Generación de la secuencia de aleatorización	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores del desenlace	Manejo de los datos de resultados incompletos	Notificación selectiva de resultados	Otros sesgos
Proteinuria/preeclampsia sin criterios de severidad	Italy et al 1998	+	+	- a	- a	+	? b	? c
Preeclampsia con criterios de severidad	Italy et al 1998	+	+	- a	- a	+	? b	? c
Admisión a UCI neonatal	Italy et al 1998	+	+	- a	- a	+	? b	? c
PEG	Italy et al 1998	+	+	- a	- a	+	? b	? c
Parto prétermo	Italy et al 1998	+	+	- a	- a	+	? b	? c

**Abreviaturas utilizadas:** ECA: Ensayo clínico aleatorizado, PEG: pequeño para la edad gestacional, UCI: Unidad de cuidados intensivos.

\*Los círculos verdes indican bajo riesgo de sesgo, Los rojos indican alto riesgo de sesgo, y los amarillos indican riesgo de sesgo poco claro.

a: Etiqueta abierta

b: Evaluación a partir del informe del estudio publicado.

c: Los grupos parecen comparables al inicio. No hay información sobre la fuente de financiación. Declaración de intereses no descrita.

Desenlace	ECA	Ítems del instrumento*						
		Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de notificación	Otros sesgos
		Generación de la secuencia de aleatorización	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores del desenlace	Manejo de los datos de resultados incompletos	Notificación selectiva de resultados	Otros sesgos
Proteinuria/pre-eclampsia sin criterios de severidad	USA et al 1992	+	+	- a	- a	+	? b	? c
Admisión a UCI neonatal	USA et al 1992	+	+	- a	- a	+	? b	? c
PEG	USA et al 1992	+	+	- a	- a	+	? b	? c
Parto prétermo	USA et al 1992	+	+	- a	- a	+	? b	? c

**Abreviaturas utilizadas:** ECA: Ensayo clínico aleatorizado, PEG: pequeño para la edad gestacional, UCI: Unidad de cuidados intensivos.

\*Los círculos verdes indican bajo riesgo de sesgo, Los rojos indican alto riesgo de sesgo, y los amarillos indican riesgo de sesgo poco claro.

a: Etiqueta abierta

b: Evaluación a partir del informe del estudio publicado.

c: Los grupos parecen comparables al inicio. No hay información sobre la fuente de financiación. Declaración de intereses no descrita.

Desenlace	ECA	Ítems del instrumento*						
		Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de notificación	Otros sesgos
		Generación de la secuencia de aleatorización	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores del desenlace	Manejo de los datos de resultados incompletos	Notificación selectiva de resultados	Otros sesgos
Proteinuria/preeclampsia sin criterios de severidad	Australia et al 2001	+	+	- a	- a	+	? b	? c

**Abreviaturas utilizadas:** ECA: Ensayo clínico aleatorizado.

\*Los círculos verdes indican bajo riesgo de sesgo, Los rojos indican alto riesgo de sesgo, y los amarillos indican riesgo de sesgo poco claro.

a: Etiqueta abierta

b: Evaluación a partir del informe del estudio publicado.

c: No hay información sobre la fuente de financiación. Declaración de intereses no descrita.

Desenlace	ECA	Ítems del instrumento*						
		Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de notificación	Otros sesgos
		Generación de la secuencia de aleatorización	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores del desenlace	Manejo de los datos de resultados incompletos	Notificación selectiva de resultados	Otros sesgos
Proteinuria/pre eclampsia sin criterios de severidad	Ireland et al 1991	- a	+	- b	- b	+	? c	? d

**Abreviaturas utilizadas:** ECA: Ensayo clínico aleatorizado.

\*Los círculos verdes indican bajo riesgo de sesgo, Los rojos indican alto riesgo de sesgo, y los amarillos indican riesgo de sesgo poco claro.

a: Secuencia no aleatoria

b: Etiqueta abierta

c: Evaluación a partir del informe del estudio publicado.

d: Los grupos parecen comparables al inicio. No hay información sobre la fuente de financiación. Declaración de intereses no descrita.

Desenlace	ECA	Ítems del instrumento*										
		Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de notificación	Otros sesgos				
		Generación de la secuencia de aleatorización	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores del desenlace	Manejo de los datos de resultados incompletos	Notificación selectiva de resultados	Otros sesgos				
Preeclampsia con criterios de severidad	Hong Kong et al 1990	?	a	?	a	+	+	+	?	b	?	c
PEG	Hong Kong et al 1990	?	a	?	a	+	+	+	?	b	?	c

**Abreviaturas utilizadas:** ECA: Ensayo clínico aleatorizado, PEG: pequeño para la edad gestacional.

\*Los círculos verdes indican bajo riesgo de sesgo, Los rojos indican alto riesgo de sesgo, y los amarillos indican riesgo de sesgo poco claro.

a: No descrito

b: Evaluación a partir del informe del estudio publicado.

c: No hay información sobre la fuente de financiación.

Desenlace	ECA	Ítems del instrumento*						
		Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de notificación	Otros sesgos
		Generación de la secuencia de aleatorización	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores del desenlace	Manejo de los datos de resultados incompletos	Notificación selectiva de resultados	Otros sesgos
Preeclampsia con criterios de severidad	UK et al 1990	?	?	+	+	-	+	-
PEG	UK et al 1990	?	?	+	+	-	+	-

**Abreviaturas utilizadas:** ECA: Ensayo clínico aleatorizado, PEG: pequeño para la edad gestacional.

\*Los círculos verdes indican bajo riesgo de sesgo, Los rojos indican alto riesgo de sesgo, y los amarillos indican riesgo de sesgo poco claro.

a: No descrito

b: Retiros o exclusiones

c: Financiamiento por industria

Desenlace	ECA	Ítems del instrumento*						
		Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de notificación	Otros sesgos
		Generación de la secuencia de aleatorización	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores del desenlace	Manejo de los datos de resultados incompletos	Notificación selectiva de resultados	Otros sesgos
Preeclampsia con criterios de severidad	Sweden et al. 1985	?	?	-	-	+	?	?
PEG	Sweden et al. 1985	?	?	-	-	+	?	?
Parto prétermino	Sweden et al. 1985	?	?	-	-	+	?	?

**Abreviaturas utilizadas:** ECA: Ensayo clínico aleatorizado, PEG: pequeño para la edad gestacional.

\*Los círculos verdes indican bajo riesgo de sesgo, Los rojos indican alto riesgo de sesgo, y los amarillos indican riesgo de sesgo poco claro.

a: No descrito

b: Etiqueta abierta

c: Evaluación a partir del informe del estudio publicado.

d: No hay información sobre la fuente de financiación.

e: Declaración de intereses no descrita.

f: Grupos aparentemente no comparables al inicio

Desenlace	ECA	Ítems del instrumento*						
		Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de notificación	Otros sesgos
		Generación de la secuencia de aleatorización	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores del desenlace	Manejo de los datos de resultados incompletos	Notificación selectiva de resultados	Otros sesgos
Preeclampsia con criterios de severidad	USA et al. 1979	?	?	-	-	+	?	?

**Abreviaturas utilizadas:** ECA: Ensayo clínico aleatorizado.

\*Los círculos verdes indican bajo riesgo de sesgo, Los rojos indican alto riesgo de sesgo, y los amarillos indican riesgo de sesgo poco claro.

a: No descrito

b: Etiqueta abierta

c: Evaluación a partir del informe del estudio publicado.

d: No hay información sobre la fuente de financiación.

e: Declaración de intereses no descrita.

f: Grupos aparentemente no comparables al inicio

Desenlace	ECA	Ítems del instrumento*						
		Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de notificación	Otros sesgos
		Generación de la secuencia de aleatorización	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores del desenlace	Manejo de los datos de resultados incompletos	Notificación selectiva de resultados	Otros sesgos
Preeclampsia con criterios de severidad	USA et al. 1990a	+	+	- a	- a	- b	+	? c,d,e

**Abreviaturas utilizadas:** ECA: Ensayo clínico aleatorizado.

\*Los círculos verdes indican bajo riesgo de sesgo, Los rojos indican alto riesgo de sesgo, y los amarillos indican riesgo de sesgo poco claro.

a: Etiqueta abierta

b: Retiros o exclusiones

c: No hay información sobre la fuente de financiación.

d: Declaración de intereses no descrita.

e: Grupos aparentemente no comparables al inicio

Desenlace	ECA	Ítems del instrumento*													
		Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de notificación	Otros sesgos							
		Generación de la secuencia de aleatorización	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores del desenlace	Manejo de los datos de resultados incompletos	Notificación selectiva de resultados	Otros sesgos							
Parto pretérmino	Italy et al 1997	?	a	?	a	-	b	-	b	+		?	c	?	d,e

**Abreviaturas utilizadas:** ECA: Ensayo clínico aleatorizado.

\*Los círculos verdes indican bajo riesgo de sesgo, Los rojos indican alto riesgo de sesgo, y los amarillos indican riesgo de sesgo poco claro.

a: No descrito

b: Etiqueta abierta

c: Grupos aparentemente no comparables al inicio

d: No hay información sobre la fuente de financiación.

e: Declaración de intereses no descritas

**Desenlace eventos adversos maternos (53):**

Medicamento	ECA	Ítems del instrumento*						
		Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de notificación	Otros sesgos
		Generación de la secuencia de aleatorización	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de los participantes y del personal	Cegamiento de los evaluadores del desenlace	Manejo de los datos de resultados incompletos	Notificación selectiva de resultados	Otros sesgos
Metildopa	USA et al 1987b	?	?	+	+	+	?	-
Antagonista de calcio (Verapamilo)	Brazil et al 2000a	?	+	+	+	+	?	?

**Abreviaturas utilizadas:** ECA: Ensayo clínico aleatorizado.

\*Los círculos verdes indican bajo riesgo de sesgo, Los rojos indican alto riesgo de sesgo, y los amarillos indican riesgo de sesgo poco claro.

a: No descrito

b: Evaluación a partir del informe del estudio publicado.

c: Financiamiento por industria

d: Grupos aparentemente no comparables al inicio. No hay información sobre la fuente de financiación. Declaración de intereses no descrita.

## VII.4 Anexo N° 4: Estimación de uso de recursos

El sistema GRADE (*Grading of Recommendations, Assessment, Development, and Evaluation*) ha emergido como una metodología robusta para la elaboración de recomendaciones clínicas. Este enfoque no solo evalúa la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones, sino que también incorpora de manera integral el análisis del uso de recursos y los costos asociados. La inclusión de estos factores es esencial para garantizar que las decisiones clínicas no solo se basen en la eficacia y seguridad de las intervenciones, sino también en su viabilidad económica y sostenibilidad a largo plazo.

El "GRADE *guidelines: 10. Considering resource use and rating the quality of economic evidence*", describe los pasos necesarios para identificar y evaluar las diferencias en el uso de recursos entre estrategias de manejo alternativas, y valorar estos recursos en términos de costos específicos al contexto en el que se realizan las recomendaciones.

La necesidad de proporcionar atención sanitaria de alta calidad, efectiva y segura a los pacientes con enfermedades oncológicas exige un enfoque sistemático y basado en la evidencia para el desarrollo de guías de práctica clínica. Para la estimación de uso de recursos en Evaluaciones de Tecnología sanitarias Multicriterio o Guías de Práctica Clínica se tomará en cuenta la identificación de recursos; determinando qué recursos se utilizan en las diferentes estrategias de manejo, incluyendo recursos sanitarios y no sanitarios.

Otro punto por tomar en cuenta es la evaluación de evidencia de uso de recursos; encontrar y evaluar la evidencia sobre las diferencias en el uso de recursos entre las alternativas de manejo, utilizando criterios de calidad similares a los aplicados para los resultados en salud, y por último la valoración económica; valorar el uso de recursos en términos de costos específicos al contexto de las recomendaciones, considerando factores como la variabilidad en los costos unitarios.

Es importante considerar el criterio de uso de recursos para formular las recomendaciones en las Guías de Práctica Clínica, con el objetivo de maximizar el beneficio para la salud con los recursos disponibles. En tal sentido, la Resolución Ministerial N°414-2015/MINSA aprueba el Documento Técnico: Metodología para la elaboración de guías de práctica clínica que brinda recomendaciones y estandariza los métodos para elaborar GPC, asimismo, establece los factores que influyen en la fuerza de las recomendaciones, los cuales fueron tomados en cuenta para determinar los criterios a evaluar de la Tecnología Sanitaria (TS) y se listan a continuación:

**Tabla 1: Criterios para la evaluación de la TS**

Criterios para Evaluación de la TS	Correspondencia con el criterio señalado en la RM N° 414-2015/MINSA
1.- Magnitud de los beneficios	Impacto terapéutico y perfil de seguridad
2.- Magnitud de los daños	
3.- Certeza global de la evidencia	Calidad de la evidencia
4.- Información disponible de los desenlaces	
5.- Balance de los beneficios y daños	Balance entre beneficios y riesgos

<b>6.- Uso de recursos (costos)</b>	<b>Costes y uso de recursos</b>
<b>Costo efectividad (criterio condicional)</b>	
<b>8.- Aceptabilidad</b>	
<b>9.- Factibilidad</b>	

**Fuente:** Resolución Ministerial N°414-2015/MINSA la cual aprueba el Documento Técnico: Metodología para la elaboración de guías de práctica clínica.

El desarrollo de este documento técnico corresponde al punto 6 de la GPC y que se menciona en el Documento Técnico como “los costes a diferencia de otros desenlaces son más variables en el tiempo, en distintas áreas geográficas y en función de las implicaciones de los recursos. El uso de recursos es un factor determinante en la fuerza de las recomendaciones”. La evidencia puede derivar de un estudio observacional, una revisión sistemática, un estudio económico, informes, publicaciones oficiales o base de datos con información relevante respecto al uso de recursos o costos asociados con la intervención (la TS que está siendo evaluada) en comparación con aquellos asociados con el comparador en la población afectada.

## 1. PREGUNTAS CLÍNICAS DE LA GPC

Como primer punto el Grupo elaborador de guías definió las preguntas PICOS. Después de una reunión de ajuste de las PICOS, se estableció de la siguiente manera:

### PREGUNTA 1: En gestantes ¿Cuáles son los factores de riesgo para desarrollar preeclampsia?

Pregunta PICO N°	Paciente o problema	Exposición / comparador
1	Gestantes latinoamericanas del primer nivel de atención.	Factores de riesgo / -

### PREGUNTA 2: En gestantes con riesgo para desarrollar preeclampsia, ¿se debería brindar ácido acetilsalicílico para prevenir preeclampsia?

Pregunta PICO N°	Paciente o problema	Intervención	Comparador	Desenlaces Económicos
2	Gestantes con riesgo para preeclampsia	Ácido acetilsalicílico	No brindar ácido acetilsalicílico o dar placebo	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Preeclampsia</li> <li>● Restricción del crecimiento intrauterino</li> <li>● Eventos adversos de ácido acetilsalicílico</li> </ul>

**PREGUNTA 3: En gestantes con riesgo para desarrollar preeclampsia, ¿se debería brindar calcio para prevenir preeclampsia?**

Pregunta PICO N°	Paciente o problema	Intervención	Comparador	Desenlaces Económicos
3	Gestantes con riesgo para preeclampsia	Calcio	No brindar calcio o dar placebo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preeclampsia</li> <li>• Eclampsia</li> <li>• Síndrome HELLP</li> <li>• Eventos adversos de calcio</li> </ul>

**PREGUNTA 4: En gestantes con hipertensión gestacional o preeclampsia sin criterios de severidad, ¿se debería brindar tratamiento antihipertensivo?**

Pregunta PICO N°	Paciente o problema	Intervención	Comparador	Desenlaces Económicos
4	Gestantes con hipertensión gestacional y preeclampsia sin criterios de severidad	Antihipertensivo	No brindar antihipertensivo o dar placebo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eclampsia</li> <li>• Preeclampsia sin criterios de severidad</li> <li>• Preeclampsia con criterios de severidad</li> <li>• Eventos adversos maternos</li> </ul>

## 2. METODOLOGÍA

Para la estimación de los recursos requeridos en la Guía de Práctica Clínica (GPC) para el Trastorno Hipertensivo del embarazo, se establecieron criterios metodológicos previos a la evaluación con el propósito de garantizar su alineación con los objetivos planteados.

La estimación se realizó desde la perspectiva del financiador, considerando exclusivamente los costos directos médicos. Asimismo, se definió un horizonte temporal acorde con la duración de uso de cada intervención para cada una de las tres preguntas clínicas abordadas en la guía.

Se identificaron las diferencias potenciales en el uso de recursos para cada pregunta clínica y se llevó a cabo una búsqueda preliminar de información. A través de la evaluación de los denominados "desenlaces de uso de recursos" o "desenlaces económicos", se determinaron las variaciones en el consumo de recursos según la pregunta clínica ajustada.

Se validó la disponibilidad de información sobre los desenlaces y se priorizó hasta siete por cada pregunta clínica, con un mínimo de dos. Asimismo, se verificó que los

desenlaces estuvieran expresados en la misma unidad de medida para permitir el cálculo de las diferencias.

Una vez cumplidos estos criterios, se procedió con la estimación de uso de recursos por cada desenlace económico.

## 2.1 Estimación por cada desenlace económico

Este enfoque se utilizó cuando se contó con información suficiente sobre los desenlaces económicos críticos y relevantes de la intervención y su comparador.

Se definieron como “desenlaces de uso de recursos” o “desenlaces económicos” las diferencias en el consumo de recursos entre dos o más tecnologías sanitarias (TS), según la pregunta clínica ajustada.

Los principales pasos seguidos fueron:

### a) **Priorización de desenlaces**

Se identificaron y seleccionaron los desenlaces económicos más relevantes mediante la clasificación GRADE, que los categorizó como críticos, importantes o de importancia limitada. Dentro de este marco, el uso de la tecnología (TS) y el manejo de eventos adversos fueron considerados desenlaces críticos y obligatorios. Este proceso fue realizado por el equipo económico en colaboración con expertos.

### b) **Búsqueda y selección de evidencia**

La búsqueda se enfocó en los desenlaces críticos e importantes. Se complementaron los datos seleccionados por el grupo elaborador de guías con revisiones sistemáticas en bases como MEDLINE/PubMed, SciELO y Google Scholar. En caso de evidencia insuficiente, se recurrió a la opinión de expertos.

### c) **Extracción de información**

Se obtuvo información sobre los desenlaces críticos, tales como el uso de la tecnología y los eventos adversos, a partir de revisiones sistemáticas, estudios primarios como ensayos clínicos y estudios observacionales, así como de la ficha técnica de la tecnología aprobada por DIGEMID. Cuando fue necesario, se complementó con la opinión de expertos.

Para los eventos adversos, se consideraron aquellos de mayor prevalencia con diferencias entre la intervención y el comparador.

Estimación de costos

Los desenlaces de uso de recursos fueron traducidos a valores monetarios.

Para procedimientos médicos, el proceso incluyó:

- Búsqueda del costo del procedimiento en el Listado PEAS y su costo estándar. Si no se encontró disponible, se procedió al siguiente paso.

- Consulta del tarifario de procedimientos médicos de una IPRESS de alta complejidad o, en su caso, del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) para enfermedades oncológicas.
- Revisión del Observatorio Nacional de Tarifas de Procedimientos Médicos y Sanitarios (ONT-PMS).
- Uso de un procedimiento proxy similar, en caso de no obtener resultados con los pasos anteriores.
- Estimación del costo unitario basada en los recursos utilizados, tiempo y precios referenciales según la metodología del MINSa.

Para medicamentos o dispositivos, se revisaron las siguientes fuentes:

- Observatorio de Precios de CONOSCE: Se analizó la relación entre precio y cantidad en los registros de los últimos 12 meses. Si existió correlación, se utilizó el precio promedio ponderado. En caso contrario, se aplicaron los siguientes criterios según el coeficiente de variación:  
Mayor al 20%: se empleó el precio mediano.  
Menor al 20%: se utilizó el precio promedio simple.
- Catálogo Electrónico de Precios de Referencia de Medicamentos Esenciales del Sector Público (CATPREC): Se revisaron los registros de los últimos 12 meses y se aplicó el coeficiente de variación con los mismos criterios empleados en CONOSCE.
- Consulta al sistema del Seguro Social de Salud (ESSALUD).  
Solicitud directa a la industria, con un plazo máximo de respuesta de siete días.
- Observatorio Peruano de Productos Farmacéuticos (OPM), en caso de no obtener información en las fuentes previas, aplicando el coeficiente de variación.
- Precios de referencia internacionales, cuando no se contó con información local suficiente. Se siguieron estos pasos:
  - Selección de países comparables con características similares a Perú, priorizando aquellos de la región y fuentes de compras públicas.
  - Ajuste de precios por tipo de cambio.
  - Construcción de escenarios económicos considerando indicadores como paridad de poder adquisitivo y gasto en salud.
  - Análisis estadístico para determinar el precio de referencia más representativo.

#### d) **Presentación de resultados**

Los resultados se presentaron en tablas comparativas del uso de recursos entre la intervención y el comparador, mostrando diferencias en costos por paciente y por una cantidad determinada de pacientes. Para intervenciones complejas que involucraban múltiples tecnologías, se incluyeron tablas complementarias.

## 2.2 Estimación basada en el precio de la tecnología

Cuando no es posible estimar el uso de recursos por desenlaces debido a información insuficiente, se sigue un enfoque alternativo basado en los costos directos de las tecnologías involucradas. Para ello, se calcula el costo de la intervención y su comparador, así como la diferencia de costos por paciente. Las fuentes de información utilizadas para los costos son las mismas que en el método anterior (tarifarios y observatorios).

## 2.3 Definición de umbrales para el criterio de uso de recursos

Los costos incrementales anuales por paciente se clasifican en:

- Costos extensos: Costo anual incremental por paciente que representa un gasto adicional mayor o igual a 12 UIT.
- Costos moderados: Costo anual incremental por paciente que representa un gasto adicional mayor o igual a 6 UIT y menor a 12 UIT.
- Costos y ahorros similares: Si el costo incremental por paciente representa un gasto o ahorro adicional menor a 6 UIT.
- Ahorros moderados: Costo anual incremental por paciente que representa un ahorro mayor o igual a 6 UIT y menor a 12 UIT.
- Ahorros extensos: Costo anual incremental por paciente que representa un ahorro mayor o igual a 12 UIT.

## 3. RESULTADOS

### a) Información por cada pregunta clínica

La información para los procedimientos y medicamentos se obtuvo de las siguientes fuentes:

**Tabla 2: Fuentes consultadas para los procedimientos, insumos y medicamentos de cada PICO**

Contenido por variante	Fuente
<b>Procedimientos médicos</b>	-Listado de Procedimientos Médicos y Sanitarios contenidos en el Plan Esencial de Aseguramiento. RM N°1032-2019/MINSA -Tarifas referenciales (Tr) Tarifario Institucional integrado de procedimientos médicos y/o sanitarios del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. RJ 02-2024-J-INEN
<b>Medicamentos e Insumos</b>	Observatorio de Precios del Organismo Supervisor de Contrataciones del Estado (CONOSCE). Precio últimos 12 meses. Catálogo Electrónico de Precios de Referencia de Medicamentos Esenciales del Sector Público (CATPREC). Precio últimos 12 meses.

Los siguientes procedimientos médicos utilizados en las PICOS se listan a continuación:

CPMS	Denominación
76827	ECOCARDIOGRAFÍA DOPPLER, FETAL, CON ONDAS DE PULSO Y/O ONDAS CONTINUAS CON REGISTRO DE ESPECTRO; COMPLETO
59514	CESÁREA SOLAMENTE
99281	CONSULTA EN EMERGENCIA PARA EVALUACIÓN Y MANEJO DE UN PACIENTE QUE REQUIERE DE ESTOS TRES COMPONENTES: HISTORIA FOCALIZADA AL PROBLEMA, EXAMEN CLÍNICO FOCALIZADO AL PROBLEMA, DECISIÓN MEDICA SIMPLE Y DIRECTA USUALMENTE EL PROBLEMA ES AUTOLIMITADO Y DE MENOR COMPLEJIDAD (PRIORIDAD)
99231.11	ATENCIÓN PACIENTE-DÍA HOSPITALIZACIÓN ESPECIALIZADA CONTINUADA EN GINECOLOGÍA
85384	MEDICIÓN DE ACTIVIDAD DE FIBRINÓGENO
99199.22	TAMIZAJE DE LA PRESIÓN ARTERIAL
81000	ANÁLISIS DE ORINA POR TIRA DE ANÁLISIS O REACTIVO EN TABLETA, PARA BILIRRUBINA, GLUCOSA, HEMOGLOBINA, CETONAS, LEUCOCITOS, NITRITO, PH, PROTEÍNAS, GRAVEDAD ESPECÍFICA, UROBILINÓGENO, CUALQUIER NÚMERO DE ESTOS COMPONENTES: NO AUTOMATIZADO, CON MICROSCOPIA
85023	HEMOGRAMA Y RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADOS, Y RECUENTO MANUAL DIFERENCIAL DE LEUCOCITOS (CBC)
80076	PERFIL DE LA FUNCIÓN HEPÁTICA, ESTE PERFIL DEBE INCLUIR LO SIGUIENTE: ALBÚMINA (82040), TOTAL DE BILIRRUBINA (82247), BILIRRUBINA DIRECTA (82248), ALCALINA FOSFATASA (84075), PROTEÍNAS TOTALES (84155) ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) (SGPT) (84460), ASPARTATO AMINOTRANSFERASA (AST) (SGOT) (84450)
82803	DOSAJE DE GASES EN SANGRE, CUALQUIER COMBINACIÓN DE PH, P002, PO2, CO2, HCO3 (INCLUYENDO LA SATURACIÓN DE O2 CALCULADA)
82565	DOSAJE DE CREATININA EN SANGRE
84540	UREA EN ORINA (24 HORAS)
8005	PERFIL DE ELECTROLITO, ESTE PERFIL DEBERÁ INCLUIR LOS SIGUIENTES: DIÓXIDO DE CARBONO (82374), CLORURO (82435), POTASIO (84132) Y SODIO (84295)
80063	PERFIL DE COAGULACIÓN BÁSICO (DENOMINACIÓN ADAPTADA, SIN CPT ESTÁNDAR DE REFERENCIA)
76801	ECOGRAFÍA, ÚTERO GRÁVIDO, TIEMPO REAL CON DOCUMENTACIÓN DE LA IMAGEN, EVALUACIÓN FETAL Y MATERNA TER TRIMESTRE (<14 SEMANAS O DÍAS), ABORDAJE TRANSABDOMINAL; GESTACIÓN ÚNICA O PRIMERA
93000	ELECTROCARDIOGRAMA, ECG DE RUTINA CON POR LO MENOS 12 ELECTRODOS; CON INTERPRETACIÓN E INFORME
83615	DOSAJE DE LACTATO DESHIDROGENASA (LD), (LDH)
76811	ECOGRAFÍA, ÚTERO GRÁVIDO, TIEMPO REAL CON DOCUMENTACIÓN DE LA IMAGEN, EVALUACIÓN FETAL Y MATERNA MÁS EXAMEN ANATÓMICO FETAL DETALLADO, ABORDAJE TRANSABDOMINAL; GESTACIÓN ÚNICA O PRIMERA
99203	CONSULTA AMBULATORIA PARA LA EVALUACIÓN Y MANEJO DE UN PACIENTE NUEVO NIVEL DE ATENCIÓN III
99295	ATENCIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, DÍA PACIENTE
94002	ASISTENCIA Y MANEJO DE VENTILACIÓN, INICIO DE VENTILADORES DE PRESIÓN O DE VOLUMEN PREDEFINIDOS PARA RESPIRACIÓN ASISTIDA O CONTROLADA; EN PACIENTE BAJO OBSERVACIÓN/INTERNAMIENTO, DÍA INICIAL
76604	ECOGRAFÍA DE TÓRAX (INCLUYENDO MEDIASTINO), TIEMPO REAL CON DOCUMENTACIÓN DE IMAGEN

CPMS	Denominación
76770.01	ECOGRAFÍA RENAL
71035	EXAMEN RADIOLOGICO DE TÓRAX, INCIDENCIAS ADICIONALES (P. EL. DECÚBITO IALERAL)
70552	IMÁGENES POR RESONANCIA MAGNÉTICA (P. EJ. DE PROTONES), CEREBRO (INCLUYENDO EL FALLO CEREBRAL); CON MATERIALES DE CONTRASTE
90935	HEMODIALISIS POR SESION
36430	TRANSFUSIÓN DE SANQRE O COMPONENTES SANGUÍNEOS
76700	ECOGRAFÍA ABDOMINAL COMPLETA, TIEMPO REAL CON DOCUMENTACIÓN DE IMAQEN
81000.02	ANÁLISIS DE ORINA POR TIRA DE ANÁLISIS/REACTIVO, PARA BACTERIURIA ASINTOMÁTICA

El total de medicamentos e insumos utilizados en todas las variantes clínicas se listan a continuación:

Código	Descripción
02128	CLORFENAMINA MALEATO 1 mL 10 mg/mL INYECTABLE
05335	PARACETAMOL 500 mg TABLETA
03411	FENAZOPIRIDINA 100 mg TABLETA
34998	PARACETAMOL 100 mL 10 mg/mL INYECTABLE
04597	MEDROXIPROGESTERONA ACETATO 5 mg TABLETA
05154	OMEPRAZOL 20 mg TAB
04752	METOCLOPRAMIDA CLORHIDRATO 10 mg TABLETA
02149	CLORFENAMINA MALEATO 4 mg TABLETA
02891	DIMENHIDRINATO 50 mg TABLETA
20036	SALES DE REHIDRATACION ORAL 20.5 g/L POLVO
00496	ALUMINIO HIDROXIDO + MAGNESIO HIDROXIDO 120 mL 300 - 400 mg/5 mL SUSPENSION
04701	METILDOPA 250 mg TABLETA
01684	CEFTRIAXONA SODICA 1 g INYECTABLE
04776	METRONIDAZOL 100 mL 500 mg INYECTABLE
00091	ACIDO ACETILSALICILICO 100 mg TABLETA
20635	CARBONATO DE CALCIO 1.25 g (Equiv. a 500 mg de Calcio) TABLETA

Para el cálculo final del uso de las tecnologías sanitarias evaluadas se siguieron una serie de supuestos, basados en la información remitida por el Grupo elaborador de guías y de las reuniones con los expertos clínicos. Después de ello, se estableció de la siguiente manera:

**PREGUNTA 1:** Para esta pregunta no se realizó el proceso de costeo al ser un factor de riesgo.

**PREGUNTA 2:** La fuente de información para los eventos adversos y los desenlaces se obtuvieron de *Safety of daily low-dose aspirin use during pregnancy in low-income and middle-income countries* (1):

EVENTO ADVERSO	Brindar ácido acetilsalicílico	No brindar ácido acetilsalicílico o dar placebo
EA Rash	4.20%	3.50%
EA Gastritis	14.4%	15.10%
EA Sangrado vaginal	3.6%	4.10%
EA Fiebre	28.20%	27.60%
EA Dolor abdominal	28.20%	27.60%
EA Cefalea	28.20%	27.60%

DESENLACE ECONÓMICO	Brindar ácido acetilsalicílico	No brindar ácido acetilsalicílico o dar placebo
Preeclampsia	9.30%	11.30%
Restricción del crecimiento intrauterino	9.10%	9.40%

**PREGUNTA 3:** La fuente de información para los eventos adversos y los desenlaces se obtuvieron de *Calcium supplementation (other than for preventing or treating hypertension) for improving pregnancy and infant outcomes (2)*:

EVENTO ADVERSO	Brindar calcio	No brindar calcio o dar placebo
EA Náusea, acidez y diarrea		
EA Cálculos biliares	16.00%	7.41%
EA Cefalea, vómitos, lumbalgia, dolor vaginal y urinario, dispepsia y dolor abdominal	3.11%	2.30%
	18.41%	18.05%

DESENLACE ECONÓMICO	Brindar calcio	No brindar calcio o dar placebo
Preeclampsia	5.4%	7%
Eclampsia	0.30%	0.4%
Síndrome HELLP	0.20%	0.1%

**PREGUNTA 4:** La fuente de información para los eventos adversos y los desenlaces se obtuvieron de *Antihypertensive drug therapy for mild to moderate hypertension during pregnancy (3)*:

EVENTO ADVERSO	Brindar Nifedipino
EA Reacción alérgica, edema alérgico/angioedema	1.00%
EA Cefalea	10.00%
EA Dolor gastrointestinal y abdominal, náuseas, indigestión, hinchazón, boca seca	1.00%
EA Eritema EA Calambres musculares, inflamación de articulaciones	1.00%
EA Poliuria, disuria	1.00%
EA Dolor inespecífico, escalofríos	1.00%

DESENLACE ECONÓMICO	Brindar Nifedipino	No brindar nifedipino o dar placebo
Eclampsia	0.5%	1.4%
Preeclampsia sin criterios de severidad	17.00%	18.5%
Preeclampsia con criterios de severidad	9.35%	19.80%

DESENLACE ECONÓMICO	Brindar Metildopa	No brindar metildopa o dar placebo
Eclampsia	0.5%	1.4%
Preeclampsia sin criterios de severidad	17.00%	18.5%
Preeclampsia con criterios de severidad	9.35%	19.80%

### Estimación de criterio de uso de recursos por cada pregunta PICO

A continuación, se presentan los resultados del criterio de uso de recursos para cada pregunta clínica de la Guía de Práctica Clínica del Trastorno Hipertensivo del embarazo, a excepción de la pregunta 1 ya que no se realizó el proceso de costeo al ser un factor de riesgo.

**PREGUNTA 2:**

Desenlaces de uso de recursos	INTERVENCIÓN	COMPARADOR	Diferencia en recursos por paciente	Diferencia en costo anual por paciente (S/.)	Diferencia Total por 100 personas al año (S/.)	Clasificación de Desenlace Económico
	Denominación	Denominación				
Uso de Tecnología	Ácido Acetilsalicílico Costo por paciente de S/. 4.27	No brindar o dar placebo Costo por paciente de S/. 0.0	168 pastillas más de Ácido Acetilsalicílico	S/.4.27	S/.426.56	Crítico
Tratamiento para la Preeclampsia	Preeclampsia 9.30% Costo por paciente de S/ 373.06	Preeclampsia 11.30% Costo por paciente de S/ 453.29	2.00% menos de Preeclampsia por paciente	-S/.80.23	-S/.8 022.76	Crítico
Tratamiento para la Restricción del crecimiento intrauterino	Restricción del crecimiento intrauterino 9.10% Costo por paciente de S/ 144.19	Restricción del crecimiento intrauterino 9.40% Costo por paciente de S/ 148.94	0.30% menos de Restricción del crecimiento Intrauterino por paciente	-S/.4.75	-S/.475.35	Crítico
Eventos adversos	EA Rash 4.2% EA Gastritis 14.4% EA Sangrado vaginal 3.6% EA Fiebre 28.2% EA Dolor abdominal 28.2% EA Cefalea 28.2% Costo por paciente de S/. 36.35	EA Rash 3.5% EA Gastritis 15.1% EA Sangrado vaginal 4.1% EA Fiebre 27.6% EA Dolor abdominal 27.6% EA Cefalea 27.6% Costo por paciente de S/. 35.96	1.30% más de eventos adversos por paciente	S/.0.39	S/.38.69	Crítico
Costo Total				-S/.80.33	-S/.8 032.85	
UIT				-0.02		

La variación en el costo para una paciente con trastornos hipertensivos del embarazo en el primer nivel de atención, al comparar el uso de tecnología entre la intervención (Ácido Acetilsalicílico) y el comparador (placebo o no administración), es de S/4.27 en el costo anual por paciente. Esto significa que, para un grupo de 100 pacientes, la diferencia total anual asciende a S/426.56.

Por otro lado, el costo del tratamiento para la Preeclampsia muestra una reducción de S/80.23 por paciente, lo que representa un ahorro. En términos de 100 pacientes, este ahorro equivale a -S/8 022.76. En cuanto a la restricción del crecimiento intrauterino, la diferencia de costos por paciente es de S/4.75, lo que se traduce en un ahorro total de -S/475.35 para un grupo de 100 pacientes.

En relación con los eventos adversos, la diferencia de costos por paciente es de S/0.39, lo que equivale a S/38.69 para 100 pacientes. Al considerar todos los desenlaces, el ahorro total estimado en el criterio de uso de recursos es de S/80.33 por paciente.

Adicionalmente, expresado en Unidades Impositivas Tributarias (UIT) para el año 2025, cuyo valor unitario es de S/5 350, el ahorro equivale a 0.02 UIT. Por lo tanto, la pregunta 2 se encuentra dentro del umbral de costos y ahorros comparables.

### PREGUNTA 3:

Desenlaces de uso de recursos	INTERVENCIÓN	COMPARADOR	Diferenci a en recursos por paciente	Diferenci a en costo anual por paciente (S/.)	Diferenci a Total por 100 personas al año (S/.)	Clasificación de Desenlace Económico
	Denominación	Denominación				
Uso de Tecnología	Calcio Costo por paciente de S/ 15.60	No brindar o dar placebo Costo por paciente de S/ 0	294 pastillas más de Carbonato de Calcio	S/.15.60	S/.1 560.49	Crítico
Tratamiento para la Preeclampsia	Preeclampsia 5.40% Costo por paciente de S/ 216.61	Preeclampsia 7.00% Costo por paciente de S/ 280.80	1.60% menos de Preeclampsia por paciente	-S/.64.18	-S/.6 418.21	Crítico
Tratamiento para la Eclampsia	Eclampsia 0.30% Costo por paciente de S/ 74.26	Eclampsia 0.40% Costo por paciente de S/ 99.02	0.10% menos de Eclampsia por paciente	-S/.24.75	-S/.2 475.40	Crítico
Tratamiento para el Síndrome HELLP	Síndrome HELLP 0.20% Costo por paciente de S/ 49.51	Síndrome HELLP 0.10% Costo por paciente de S/ 24.75	0.10% más de Síndrome HELLP por paciente	S/.46.33	S/.4 633.24	Crítico
Eventos adversos	EA Náusea, acidez y diarrea 16.00% EA Cálculos biliares 3.11% EA Cefalea, vómitos, lumbalgia, dolor vaginal y urinario, dispepsia y dolor abdominal 18.41% Costo por paciente de S/. 21.28	EA Náusea, acidez y diarrea 7.41% EA Cálculos biliares 2.30% EA Cefalea, vómitos, lumbalgia, dolor vaginal y urinario, dispepsia y dolor abdominal 18.05% Costo por paciente de S/. 16.40	9.76% más de eventos adversos por paciente	S/.4.87	S/.487.10	Crítico
Costo Total				-S/.22.13	- S/.2,212.78	
UIT				-0.004		

La variación en el costo para una paciente con trastornos hipertensivos del embarazo en el primer nivel de atención, al comparar el uso de tecnología entre la intervención (Calcio)

y la tecnología sanitaria de referencia (placebo o no administración), es de S/15.60 por paciente. Esto significa que, para un grupo de 100 pacientes, la diferencia total anual asciende a S/1 560.49.

Por otro lado, el costo del tratamiento para la Preeclampsia presenta una reducción de S/64.18 por paciente, lo que representa un ahorro. En un grupo de 100 pacientes, este ahorro equivale a -S/6 418.21. En cuanto al tratamiento de la Eclampsia, la diferencia de costos por paciente es de -S/24.75, lo que se traduce en un ahorro total de -S/2 475.40 para 100 pacientes. Asimismo, en el caso del tratamiento del Síndrome HELLP, la diferencia en costos entre la tecnología sanitaria y el comparador es de S/46.33 por paciente, lo que representa un costo de S/4 633.24 para un grupo de 100 pacientes.

En relación con los eventos adversos, la diferencia de costos por paciente es de S/4.87, lo que equivale a S/487.10 para 100 pacientes. Considerando todos los desenlaces, el ahorro total estimado en términos de uso de recursos es de S/22.13 por paciente, lo que indica un ahorro general.

Expresado en Unidades Impositivas Tributarias (UIT) para el año 2025, con un valor de S/5 350 por UIT, este ahorro equivale a 0.004 UIT. Por lo tanto, la pregunta 3 se encuentra dentro del umbral de costos y ahorros comparables.

#### PREGUNTA 4:

Desenlaces de uso de recursos	INTERVENCIÓN	COMPARADOR	Diferencia en recursos por paciente	Diferencia en costo anual por paciente (S/.)	Diferencia Total por 100 personas al año (S/.)	Clasificación de Desenlace Económico
	Denominación	Denominación				
Uso de Tecnología	Nifedipino Costo por paciente de S/ 1.54	No brindar o dar placebo Costo por paciente de S/ 0.00	6 pastilla más de Nifedipino	S/.1.54	S/.154.20	Crítico
Tratamiento para la Eclampsia	Eclampsia 0.50% Costo por paciente de S/ 123.77	Eclampsia 1.40% Costo por paciente de S/ 346.56	0.90% menos de Eclampsia por paciente	-S/.222.79	-S/.2278.61	Crítico
Tratamiento para la Preeclampsia sin criterios de severidad	Preeclampsia sin signos de severidad 17.00% Costo por paciente de S/ 681.93	Preeclampsia sin signos de severidad 18.5% Costo por paciente de S/ 742.11	1.50% menos de Preeclampsia sin signos de severidad por paciente	-S/.60.17	-S/.6017.07	Crítico
Tratamiento para la Preeclampsia con criterios de severidad	Preeclampsia con signos de severidad 9.35% Costo por paciente de S/ 2 314.50	Preeclampsia con signos de severidad 19.80% Costo por paciente de S/ 4 901.29	10.45% menos de Preeclampsia con signos de severidad por paciente	-S/.2 586.79	-S/.258 679.42	Crítico

Eventos adversos	EA Reacción alérgica, edema alérgico/angioedema 1.00% EA Cefalea 10.00% EA Dolor gastrointestinal y abdominal, náuseas, indigestión, hinchazón, boca seca 1.00% EA Eritema 1.00% EA Calambres musculares, inflamación de articulaciones 1.00% EA Poliuria, disuria 1.00% EA Dolor inespecífico, escalofríos 1.00%	-	16.00% mas de eventos adversos por paciente	S/.5.39	S/.538.60	Crítico
	Costo por paciente de S/. 5.39	Costo por paciente de S/. 0.00				
Costo Total				-S/.2862.82	-S/.286282.30	
UIT				-0.535		

La variación en el costo para una paciente con trastornos hipertensivos del embarazo en el primer nivel de atención, al comparar la intervención con Nifedipino frente a la tecnología sanitaria de referencia (placebo o no administración), es de S/1.54 por paciente. Esto implica que, para un grupo de 100 pacientes, la diferencia total anual asciende a S/154.20.

Por otro lado, el tratamiento para la Eclampsia muestra una reducción de costos de S/222.79 por paciente, lo que representa un ahorro. En un grupo de 100 pacientes, este ahorro equivale a -S/22 278.61. En cuanto al tratamiento de la Preeclampsia sin criterios de severidad, la diferencia en costos por paciente es de -S/60.17, lo que se traduce en un ahorro de -S/6 017.07 para 100 pacientes. Además, para la Preeclampsia con criterios de severidad, la diferencia de costos es de -S/2 586.79 por paciente, lo que representa un ahorro total de -S/258 679.42 en un grupo de 100 pacientes.

Respecto a los eventos adversos, la diferencia de costos por paciente es de S/5.39, lo que equivale a S/538.60 para 100 pacientes. Considerando todos los desenlaces, el ahorro total estimado en términos de uso de recursos es de S/2 862.82 por paciente. Expresado en Unidades Impositivas Tributarias (UIT) para el año 2025, con un valor de S/5 350 por UIT, este ahorro equivale a 0.535 UIT. Por lo tanto, la pregunta 4 para el uso de Nifedipino se encuentra dentro del umbral de costos y ahorros comparables.

Desenlaces de uso de recursos	INTERVENCIÓN	COMPARADOR	Diferencia en recursos por paciente	Diferencia en costo anual por paciente (S/.)	Diferencia Total por 100 personas al año (S/.)	Clasificación de Desenlace Económico
	Denominación	Denominación				
Uso de Tecnología	Metildopa <i>Costo por paciente de S/ 2.03</i>	No brindar o dar placebo <i>Costo por paciente de S/ 0.00</i>	6 pastillas más de Metildopa	S/.2.03	S/.203.23	Crítico
Tratamiento para la Eclampsia	Eclampsia 0.50% <i>Costo por paciente de S/ 123.77</i>	Eclampsia 1.40% <i>Costo por paciente de S/ 346.56</i>	0.90% menos de Eclampsia por paciente	-S/.222.79	-S/.22 278.61	Crítico
Tratamiento para la Preeclampsia sin signos de severidad	Preeclampsia sin signos de severidad 17.00% <i>Costo por paciente de S/ 681.93</i>	Preeclampsia sin signos de severidad 18.5% <i>Costo por paciente de S/ 742.11</i>	1.50% menos de Preeclampsia sin signos de severidad por paciente	-S/.60.17	-S/.6 017.07	Crítico
Tratamiento para la Preeclampsia con signos de severidad	Preeclampsia con signos de severidad 9.35% <i>Costo por paciente de S/ 2 314.50</i>	Preeclampsia con signos de severidad 19.80% <i>Costo por paciente de S/ 4 901.29</i>	10.45% menos de Preeclampsia con signos de severidad por paciente	-S/.2 586.79	-S/.258 679.42	Crítico
<b>Costo Total</b>				<b>-S/.2 867.72</b>	<b>-S/.286 771.87</b>	
<b>UIT</b>				<b>-0.536</b>		

La variación en el costo para una paciente con trastornos hipertensivos del embarazo en el primer nivel de atención, al comparar la intervención con Metildopa frente a la tecnología sanitaria de referencia (placebo o no administración), es de S/2.03 por paciente. Esto significa que, para un grupo de 100 pacientes, la diferencia total anual asciende a S/203.23.

Por otro lado, la diferencia en el costo del tratamiento para la Eclampsia entre la tecnología de intervención y la comparadora es de -S/222.79 por paciente, lo que representa un ahorro. Para un grupo de 100 pacientes, este ahorro equivale a -S/22 278.61.

Asimismo, en el caso del tratamiento de la Preeclampsia sin criterios de severidad, la diferencia de costos entre ambas tecnologías es de -S/60.17 por paciente. Para la Preeclampsia con criterios de severidad, la reducción del costo es de -S/2 586.79 por paciente, lo que se traduce en un ahorro total de -S/258 679.42 para 100 pacientes.

Considerando todos los desenlaces, el ahorro total estimado en términos de uso de recursos es de S/2 867.72 por paciente.

Expresado en Unidades Impositivas Tributarias (UIT) para el año 2025, cuyo valor unitario es de S/5 350, este ahorro equivale a 0.536 UIT. Por lo tanto, la pregunta 4 para el uso de Metildopa se encuentra dentro del umbral de costos y ahorros comparables.

## 4. ANEXOS

### Anexo 1: Antibióticos y tratamiento de los desenlaces económicos y eventos adversos de la pregunta 2

CPMS	Denominación (Intervención)	Nº	Porcentaje de indicación	Costo unitario	Costo total ponderado
00091	ACIDO ACETILSALICILICO 100 mg TABLETA	168	100.00%	0.03	4.27

#### Anexo 1.1: Tratamiento con el Ácido Acetilsalicílico

##### Anexo 1.1.1: Desenlace Preeclampsia

PROCEDIMIENTOS MÉDICOS					
CPMS	Denominación	Nº	Porcentaje de indicación	Costo unitario	Costo total ponderado
76827	ECOCARDIOGRAFÍA DOPPLER, FETAL, CON ONDAS DE PULSO Y/O ONDAS CONTINUAS CON REGISTRO DE ESPECTRO; COMPLETO	1	9.30%	69.43	6.46
59514	CESÁREA SOLAMENTE	1	9.30%	1047.23	97.39
99281	CONSULTA EN EMERGENCIA PARA EVALUACIÓN Y MANEJO DE UN PACIENTE QUE REQUIERE DE ESTOS TRES COMPONENTES: HISTORIA FOCALIZADA AL PROBLEMA, EXAMEN CLÍNICO FOCALIZADO AL PROBLEMA, DECISIÓN MEDICA SIMPLE Y DIRECTA USUALMENTE EL PROBLEMA ES AUTOLIMITADO Y DE MENOR COMPLEJIDAD (PRIORIDAD)	1	9.30%	73.48	6.83
99231.11	ATENCIÓN PACIENTE-DÍA HOSPITALIZACIÓN ESPECIALIZADA CONTINUADA EN GINECOLOGÍA	3	9.30%	402.17	112.21
85384	MEDICIÓN DE ACTIVIDAD DE FIBRINÓGENO	3	9.30%	17.33	4.84
99199.22	TAMIZAJE DE LA PRESIÓN ARTERIAL	36	9.30%	21.06	70.51
81000	ANÁLISIS DE ORINA POR TIRA DE ANÁLISIS O REACTIVO EN TABLETA, PARA BILIRRUBINA, GLUCOSA, HEMOGLOBINA, CETONAS, LEUCOCITOS, NITRITO, PH, PROTEÍNAS, GRAVEDAD ESPECÍFICA, UROBILINÓGENO, CUALQUIER NÚMERO DE ESTOS COMPONENTES: NO AUTOMATIZADO, CON MICROSCOPIA	3	9.30%	11	3.07
85023	HEMOGRAMA Y RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADOS, Y RECUENTO MANUAL DIFERENCIAL DE LEUCOCITOS (CBC)	3	9.30%	19.16	5.35

80076	PERFIL DE LA FUNCIÓN HEPÁTICA, ESTE PERFIL DEBE INCLUIR LO SIGUIENTE: ALBÚMINA (82040), TOTAL DE BILIRRUBINA (82247), BILIRRUBINA DIRECTA (82248), ALCALINA FOSFATASA (84075), PROTEÍNAS TOTALES (84155) ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) (SGPT) (84460), ASPARTATO AMINOTRANSFERASA (AST) (SGOT) (84450)	3	9.30%	37.29	10.40
82803	DOSAJE DE GASES EN SANGRE, CUALQUIER COMBINACIÓN DE PH, P002, PO2, CO2, HCO3 (INCLUYENDO LA SATURACIÓN DE O2 CALCULADA)	3	9.30%	64.59	18.02
82565	DOSAJE DE CREATININA EN SANGRE	3	9.30%	13.35	3.72
84540	UREA EN ORINA (24 HORAS)	3	9.30%	9	2.51
8005	PERFIL DE ELECTROLITO, ESTE PERFIL DEBERÁ INCLUIR LOS SIGUIENTES: DIÓXIDO DE CARBONO (82374), CLORURO (82435), POTASIO (84132) Y SODIO (84295)	3	9.30%	21.77	6.07
80063	PERFIL DE COAGULACIÓN BÁSICO (DENOMINACIÓN ADAPTADA, SIN CPT ESTÁNDAR DE REFERENCIA)	3	9.30%	40.65	11.34
76801	ECOGRAFÍA, ÚTERO GRÁVIDO, TIEMPO REAL CON DOCUMENTACIÓN DE LA IMAGEN, EVALUACIÓN FETAL Y MATERNA TER TRIMESTRE (<14 SEMANAS 0 DÍAS), ABORDAJE TRANSABDOMINAL; GESTACIÓN ÚNICA O PRIMERA	1	9.30%	61.62	5.73
93000	ELECTROCARDIOGRAMA, ECG DE RUTINA CON POR LO MENOS 12 ELECTRODOS; CON INTERPRETACIÓN E INFORME	1	9.30%	38.5	3.58
83615	DOSAJE DE LACTATO DESHIDROGENASA (LD), (LDH)	3	9.30%	18.01	5.02
<b>Subtotal</b>					<b>373.06</b>
<b>Total</b>					<b>373.06</b>

### Anexo 1.1.2: Desenlace Restricción del crecimiento intrauterino

PROCEDIMIENTOS MÉDICOS					
CPMS	Denominación	Nº	Porcentaje de indicación	Costo unitario	Costo total ponderado
99281	CONSULTA EN EMERGENCIA PARA EVALUACIÓN Y MANE O DE UN PACIENTE QUE REQUIERE DE ESTOS TRES COMPONENTES: HISTORIA FOCALIZADA AL PROBLEMA, EXAMEN CLÍNICO FOCALIZADO AL PROBLEMA, DECISIÓN MEDICA SIMPLE Y DIRECTA USUALMENTE EL PROBLEMA ES AUTOLIMITADO Y DE MENOR COMPLEJIDAD (PRIORIDAD)	1	9.10%	73.48	6.69

99231.11	ATENCIÓN PACIENTE-DIA HOSPITALIZACIÓN ESPECIALIZADA CONTINUADA EN GINECOLOGÍA	1	9.10%	402.17	36.60
76811	ECOGRAFÍA, ÚTERO GRÁVIDO, TIEMPO REAL CON DOCUMENTACIÓN DE LA IMAGEN, EVALUACIÓN FETAL Y MATERNA MÁS EXAMEN ANATÓMICO FETAL DETALLADO, ABORDAJE TRANSABDOMINAL; GESTACIÓN ÚNICA O PRIMERA	1	9.10%	61.62	5.61
59514	CESÁREA SOLAMENTE	1	9.10%	1047.23	95.30
<b>Subtotal</b>					<b>144.19</b>
<b>Total</b>					<b>144.19</b>

### Anexo 1.1.3: EA Rash

PROCEDIMIENTOS MÉDICOS					
CPMS	Denominación	Nº	Porcentaje de indicación	Costo unitario	Costo total ponderado
99203	CONSULTA AMBULATORIA PARA LA EVALUACIÓN Y MANEJO DE UN PACIENTE NUEVO NIVEL DE ATENCIÓN III	1	4.20%	33.48	1.41
<b>Subtotal</b>					<b>1.41</b>
MEDICAMENTOS					
Código SISMED	Principio activo	Unidades	Porcentaje de indicación	Precio unitario	Precio total ponderado
02149	CLORFENAMINA MALEATO 4 mg TABLETA	9	4.20%	0.02	0.01
<b>Subtotal</b>					<b>0.01</b>
<b>Total</b>					<b>1.41</b>

#### Anexo 1.1.4: EA Gastritis

PROCEDIMIENTOS MÉDICOS					
CPMS	Denominación	Nº	Porcentaje de indicación	Costo unitario	Costo total ponderado
99203	CONSULTA AMBULATORIA PARA LA EVALUACIÓN Y MANEJO DE UN PACIENTE NUEVO NIVEL DE ATENCIÓN III	1	14.40%	33.48	4.82
<b>Subtotal</b>					<b>4.82</b>
MEDICAMENTOS					
Código SISMED	Principio activo	Unidades	Porcentaje de indicación	Precio unitario	Precio total ponderado
05154	OMEPRAZOL 20 mg TAB	7	14.40%	0.07	0.08
04752	METOCLOPRAMIDA CLORHIDRATO 10 mg TABLETA	6	14.40%	0.06	0.05
<b>Subtotal</b>					<b>0.12</b>
<b>Total</b>					<b>4.94</b>

#### Anexo 1.1.5: EA Sangrado vaginal

PROCEDIMIENTOS MÉDICOS					
CPMS	Denominación	Nº	Porcentaje de indicación	Costo unitario	Costo total ponderado
99203	CONSULTA AMBULATORIA PARA LA EVALUACIÓN Y MANEJO DE UN PACIENTE NUEVO NIVEL DE ATENCIÓN III	1	3.60%	33.48	1.21
<b>Subtotal</b>					<b>1.21</b>
MEDICAMENTOS					
Código SISMED	Principio activo	Unidades	Porcentaje de indicación	Precio unitario	Precio total ponderado
04597	MEDROXIPROGESTERONA ACETATO 5 mg TABLETA	10	3.60%	0.92	0.33
<b>Subtotal</b>					<b>0.33</b>
<b>Total</b>					<b>1.54</b>

### Anexo 1.1.6: EA Fiebre

PROCEDIMIENTOS MÉDICOS					
CPMS	Denominación	Nº	Porcentaje de indicación	Costo unitario	Costo total ponderado
99203	CONSULTA AMBULATORIA PARA LA EVALUACIÓN Y MANEJO DE UN PACIENTE NUEVO NIVEL DE ATENCIÓN III	1	28.20%	33.48	9.44
<b>Subtotal</b>					<b>9.44</b>
MEDICAMENTOS					
Código SISMED	Principio activo	Unidades	Porcentaje de indicación	Precio unitario	Precio total ponderado
05335	PARACETAMOL 500 mg TAB	6	28.20%	0.03	0.04
<b>Subtotal</b>					<b>0.04</b>
<b>Total</b>					<b>9.48</b>

### Anexo 1.1.7: EA Dolor abdominal

PROCEDIMIENTOS MÉDICOS					
CPMS	Denominación	Nº	Porcentaje de indicación	Costo unitario	Costo total ponderado
99203	CONSULTA AMBULATORIA PARA LA EVALUACIÓN Y MANEJO DE UN PACIENTE NUEVO NIVEL DE ATENCIÓN III	1	28.20%	33.48	9.44
<b>Subtotal</b>					<b>9.44</b>
MEDICAMENTOS					
Código SISMED	Principio activo	Unidades	Porcentaje de indicación	Precio unitario	Precio total ponderado
05335	PARACETAMOL 500 mg TAB	6	28.20%	0.03	0.04
<b>Subtotal</b>					<b>0.04</b>
<b>Total</b>					<b>9.48</b>

### Anexo 1.1.8: EA Cefalea

PROCEDIMIENTOS MÉDICOS					
CPMS	Denominación	Nº	Porcentaje de indicación	Costo unitario	Costo total ponderado
99203	CONSULTA AMBULATORIA PARA LA EVALUACIÓN Y MANEJO DE UN PACIENTE NUEVO NIVEL DE ATENCIÓN III	1	28.20%	33.48	9.44
<b>Subtotal</b>					<b>9.44</b>
MEDICAMENTOS					
Código SISMED	Principio activo	Unidades	Porcentaje de indicación	Precio unitario	Precio total ponderado
05335	PARACETAMOL 500 mg TAB	6	28.20%	0.03	0.04
<b>Subtotal</b>					<b>0.04</b>
<b>Total</b>					<b>9.48</b>

### Anexo 1.2: Tratamiento no Brindar o dar Placebo

#### Anexo 1.2.1: Desenlace Preeclampsia

PROCEDIMIENTOS MÉDICOS					
CPMS	Denominación	Nº	Porcentaje de indicación	Costo unitario	Costo total ponderado
76827	ECOCARDIOGRAFÍA DOPPLER, FETAL, CON ONDAS DE PULSO Y/O ONDAS CONTINUAS CON REGISTRO DE ESPECTRO; COMPLETO	1	11.30%	69.43	7.85
59514	CESÁREA SOLAMENTE	1	11.30%	1047.23	118.34
99281	CONSULTA EN EMERGENCIA PARA EVALUACIÓN Y MANEJO DE UN PACIENTE QUE REQUIERE DE ESTOS TRES COMPONENTES: HISTORIA FOCALIZADA AL PROBLEMA, EXAMEN CLÍNICO FOCALIZADO AL PROBLEMA, DECISIÓN MEDICA SIMPLE Y DIRECTA USUALMENTE EL PROBLEMA ES AUTOLIMITADO Y DE MENOR COMPLEJIDAD (PRIORIDAD)	1	11.30%	73.48	8.30

99231.11	ATENCIÓN PACIENTE-DIA HOSPITALIZACIÓN ESPECIALIZADA CONTINUADA EN GINECOLOGÍA	3	11.30%	402.17	136.34
85384	MEDICIÓN DE ACLIVIDAD DE FIBRINÓGENO	3	11.30%	17.33	5.87
99199.22	TAMIZAJE DE LA PRESIÓN ARTERIAL	36	11.30%	21.06	85.67
81000	ANÁLISIS DE ORINA POR TIRA DE ANÁLISIS O REACTIVO EN TABLETA, PARA BILIRRUBINA, GLUCOSA, HEMOGLOBINA, CETONAS, LEUCOCITOS, NITRITO, PH, PROTEÍNAS, GRAVEDAD ESPECÍFICA, UROBILINÓGENO, CUALQUIER NÚMERO DE ESTOS COMPONENTES: NO AUTOMATIZADO, CON MICROSCOPIA	3	11.30%	11	3.73
85023	HEMOGRAMA Y RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADOS, Y RECUENTO MANUAL DIFERENCIAL DE LEUCOCITOS (CBC)	3	11.30%	19.16	6.50
80076	PERFIL DE LA FUNCIÓN HEPÁTICA, ESTE PERFIL DEBE INCLUIRLO SIGUIENTE: ALBÚMINA (82040), TOTAL DE BILIRRUBINA (82247), BILIRRUBINA DIRECTA (82248), ALCALINA FOSFATASA (84075), PROTEÍNAS TOTALES (84155) ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) (SGPT) (84460), ASPARTATO AMINOTRANSFERASA (AST) (SGOT) (84450)	3	11.30%	37.29	12.64
82803	DOSAJE DE GASES EN SANGRE, CUALQUIER COMBINACIÓN DE PH, POO2, PO2, CO2, HCO3 (INCLUYENDO LA SATURACIÓN DE O2 CALCULADA)	3	11.30%	64.59	21.90
82565	DOSAJE DE CREATININA EN SANGRE	3	11.30%	13.35	4.53
84540	UREA EN ORINA (24 HORAS)	3	11.30%	9	3.05
8005	PERFIL DE ELECTROLITO, ESTE PERFIL DEBERÁ INCLUIR LOS SIGUIENTES: DIÓXIDO DE CARBONO (82374), CLORURO (82435), POTASIO (84132) Y SODIO (84295)	3	11.30%	21.77	7.38
80063	PERFIL DE COAGULACIÓN BÁSICO (DENOMINACIÓN ADAPTADA, SIN CPT ESTÁNDAR DE REFERENCIA)	3	11.30%	40.65	13.78
76801	ECOGRAFÍA, ÚTERO GRÁVIDO, TIEMPO REAL CON DOCUMENTACIÓN DE LA IMAGEN, EVALUACIÓN FETAL Y MATERNA TER TRIMESTRE (<14 SEMANAS O DÍAS), ABORDAJE TRANSABDOMINAL; GESTACIÓN ÚNICA O PRIMERA	1	11.30%	61.62	6.96
93000	ELECTROCARDIOGRAMA, ECG DE RUTINA CON POR LO MENOS 12 ELECTRODOS; CON INTERPRETACIÓN E INFORME	1	11.30%	38.5	4.35
83615	DOSAJE DE LACTATO DESHIDROGENASA (LD), (LDH)	3	11.30%	18.01	6.11
<b>Subtotal</b>					<b>453.29</b>
<b>Total</b>					<b>453.29</b>

### Anexo 1.2.2: Desenlace Restricción del crecimiento intrauterino

PROCEDIMIENTOS MÉDICOS					
CPMS	Denominación	Nº	Porcentaje de indicación	Costo unitario	Costo total ponderado
99281	CONSULTA EN EMERGENCIA PARA EVALUACIÓN Y MANEJO DE UN PACIENTE QUE REQUIERE DE ESTOS TRES COMPONENTES: HISTORIA FOCALIZADA AL PROBLEMA, EXAMEN CLÍNICO FOCALIZADO AL PROBLEMA, DECISIÓN MEDICA SIMPLE Y DIRECTA USUALMENTE EL PROBLEMA ES AUTOLIMITADO Y DE MENOR COMPLEJIDAD (PRIORIDAD)	1	9.40%	73.48	6.91
99231.11	ATENCIÓN PACIENTE-DIA HOSPITALIZACIÓN ESPECIALIZADA CONTINUADA EN GINECOLOGÍA	1	9.40%	402.17	37.80
76811	ECOGRAFÍA, ÚTERO GRÁVIDO, TIEMPO REAL CON DOCUMENTACIÓN DE LA IMAGEN, EVALUACIÓN FETAL Y MATERNA MÁS EXAMEN ANATÓMICO FETAL DETALLADO, ABORDAJE TRANSABDOMINAL; GESTACIÓN ÚNICA O PRIMERA	1	9.40%	61.62	5.79
59514	CESÁREA SOLAMENTE	1	9.40%	1047.23	98.44
<b>Subtotal</b>					<b>148.94</b>
<b>Total</b>					<b>148.94</b>

### Anexo 1.2.3: EA Rash

PROCEDIMIENTOS MÉDICOS					
CPMS	Denominación	Nº	Porcentaje de indicación	Costo unitario	Costo total ponderado
99203	CONSULTA AMBULATORIA PARA LA EVALUACIÓN Y MANEJO DE UN PACIENTE NUEVO NIVEL DE ATENCIÓN III	1	3.50%	33.48	1.17
<b>Subtotal</b>					<b>1.17</b>
MEDICAMENTOS					
Código SISMED	Principio activo	Unidades	Porcentaje de indicación	Precio unitario	Precio total ponderado
02149	CLORFENAMINA MALEATO 4 mg TABLETA	9	3.50%	0.02	0.01
<b>Subtotal</b>					<b>0.01</b>
<b>Total</b>					<b>1.18</b>

#### Anexo 1.2.4: EA Gastritis

PROCEDIMIENTOS MÉDICOS					
CPMS	Denominación	Nº	Porcentaje de indicación	Costo unitario	Costo total ponderado
99203	CONSULTA AMBULATORIA PARA LA EVALUACIÓN Y MANEJO DE UN PACIENTE NUEVO NIVEL DE ATENCIÓN III	1	15.10%	33.48	5.06
<b>Subtotal</b>					<b>5.06</b>
MEDICAMENTOS					
Código SISMED	Principio activo	Unidades	Porcentaje de indicación	Precio unitario	Precio total ponderado
05154	OMEPRAZOL 20 mg TAB	7	15.10%	0.07	0.08
04752	METOCLOPRAMIDA CLORHIDRATO 10 mg TABLETA	6	15.10%	0.06	0.05
<b>Subtotal</b>					<b>0.13</b>
<b>Total</b>					<b>5.19</b>

#### Anexo 1.2.5: EA Sangrado vaginal

PROCEDIMIENTOS MÉDICOS					
CPMS	Denominación	Nº	Porcentaje de indicación	Costo unitario	Costo total ponderado
99203	CONSULTA AMBULATORIA PARA LA EVALUACIÓN Y MANEJO DE UN PACIENTE NUEVO NIVEL DE ATENCIÓN III	1	4.10%	33.48	1.37
<b>Subtotal</b>					<b>1.37</b>

<b>MEDICAMENTOS</b>					
<b>Código SISMED</b>	<b>Principio activo</b>	<b>Unidades</b>	<b>Porcentaje de indicación</b>	<b>Precio unitario</b>	<b>Precio total ponderado</b>
04597	MEDROXIPROGESTERONA ACETATO 5 mg TABLETA	10	4.10%	0.92	0.38
<b>Subtotal</b>					<b>0.38</b>
<b>Total</b>					<b>1.75</b>

**Anexo 1.2.6: EA Fiebre**

<b>PROCEDIMIENTOS MÉDICOS</b>					
<b>CPMS</b>	<b>Denominación</b>	<b>Nº</b>	<b>Porcentaje de indicación</b>	<b>Costo unitario</b>	<b>Costo total ponderado</b>
99203	CONSULTA AMBULATORIA PARA LA EVALUACIÓN Y MANEJO DE UN PACIENTE NUEVO NIVEL DE ATENCIÓN III	1	27.60%	33.48	9.24
<b>Subtotal</b>					<b>9.24</b>
<b>MEDICAMENTOS</b>					
<b>Código SISMED</b>	<b>Principio activo</b>	<b>Unidades</b>	<b>Porcentaje de indicación</b>	<b>Precio unitario</b>	<b>Precio total ponderado</b>
05335	PARACETAMOL 500 mg TAB	6	27.60%	0.03	0.04
<b>Subtotal</b>					<b>0.04</b>
<b>Total</b>					<b>9.28</b>

**Anexo 1.2.7: EA Dolor abdominal**

<b>PROCEDIMIENTOS MÉDICOS</b>					
<b>CPMS</b>	<b>Denominación</b>	<b>Nº</b>	<b>Porcentaje de indicación</b>	<b>Costo unitario</b>	<b>Costo total ponderado</b>
99203	CONSULTA AMBULATORIA PARA LA EVALUACIÓN Y MANEJO DE UN PACIENTE NUEVO NIVEL DE ATENCIÓN III	1	27.60%	33.48	9.24

<b>Subtotal</b>					<b>9.24</b>
<b>MEDICAMENTOS</b>					
<b>Código SISMED</b>	<b>Principio activo</b>	<b>Unidades</b>	<b>Porcentaje de indicación</b>	<b>Precio unitario</b>	<b>Precio total ponderado</b>
05335	PARACETAMOL 500 mg TAB	6	27.60%	0.03	0.04
<b>Subtotal</b>					<b>0.04</b>
<b>Total</b>					<b>9.28</b>

### Anexo 1.2.8: EA Cefalea

<b>PROCEDIMIENTOS MÉDICOS</b>					
<b>CPMS</b>	<b>Denominación</b>	<b>Nº</b>	<b>Porcentaje de indicación</b>	<b>Costo unitario</b>	<b>Costo total ponderado</b>
99203	CONSULTA AMBULATORIA PARA LA EVALUACIÓN Y MANEJO DE UN PACIENTE NUEVO NIVEL DE ATENCIÓN III	1	27.60%	33.48	9.24
<b>Subtotal</b>					<b>9.24</b>
<b>MEDICAMENTOS</b>					
<b>Código SISMED</b>	<b>Principio activo</b>	<b>Unidades</b>	<b>Porcentaje de indicación</b>	<b>Precio unitario</b>	<b>Precio total ponderado</b>
05335	PARACETAMOL 500 mg TAB	6	27.60%	0.03	0.04
<b>Subtotal</b>					<b>0.04</b>
<b>Total</b>					<b>9.28</b>

## Anexo 2: Antibióticos y tratamiento de los desenlaces económicos y eventos adversos de la pregunta 3

CPMS	Denominación (Intervención)	Nº	Porcentaje de indicación	Costo unitario	Costo total ponderado
20635	CARBONATO DE CALCIO 1.25 g	294	100.00%	0.05	15.60

### Anexo 2.1: Tratamiento con Carbonato de Calcio

#### Anexo 2.1.1: Desenlace Preeclampsia

PROCEDIMIENTOS MÉDICOS					
CPMS	Denominación	Nº	Porcentaje de indicación	Costo unitario	Costo total ponderado
76827	ECOCARDIOGRAFÍA DOPPLER, FETAL, CON ONDAS DE PULSO Y/O ONDAS CONTINUAS CON REGISTRO DE ESPECTRO; COMPLETO	1	5.40%	69.43	3.75
59514	CESÁREA SOLAMENTE	1	5.40%	1047.23	56.55
99281	CONSULTA EN EMERGENCIA PARA EVALUACIÓN Y MANEJO DE UN PACIENTE QUE REQUIERE DE ESTOS TRES COMPONENTES: HISTORIA FOCALIZADA AL PROBLEMA, EXAMEN CLÍNICO FOCALIZADO AL PROBLEMA, DECISIÓN MEDICA SIMPLE Y DIRECTA USUALMENTE EL PROBLEMA ES AUTOLIMITADO Y DE MENOR COMPLEJIDAD (PRIORIDAD)	1	5.40%	73.48	3.97
99231.11	ATENCIÓN PACIENTE-DÍA HOSPITALIZACIÓN ESPECIALIZADA CONTINUADA EN GINECOLOGÍA	3	5.40%	402.17	65.15
85384	MEDICIÓN DE ACLIVIDAD DE FIBRINÓGENO	3	5.40%	17.33	2.81
99199.22	TAMIZAJE DE LA PRESIÓN ARTERIAL	36	5.40%	21.06	40.94
81000	ANÁLISIS DE ORINA POR TIRA DE ANÁLISIS O REACTIVO EN TABLETA, PARA BILIRRUBINA, GLUCOSA, HEMOGLOBINA, CETONAS, LEUCOCITOS, NITRITO, PH, PROTEÍNAS, GRAVEDAD ESPECÍFICA, UROBILINÓGENO, CUALQUIER NÚMERO DE ESTOS COMPONENTES: NO AUTOMATIZADO, CON MICROSCOPIA	3	5.40%	11	1.78
85023	HEMOGRAMA Y RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADOS, Y RECUENTO MANUAL DIFERENCIAL DE LEUCOCITOS (CBC)	3	5.40%	19.16	3.10
80076	PERFIL DE LA FUNCIÓN HEPÁTICA, ESTE PERFIL DEBE INCLUIR LO SIGUIENTE: ALBÚMINA (82040), TOTAL DE BILIRRUBINA (82247), BILIRRUBINA DIRECTA (82248), ALCALINA FOSFATASA (84075), PROTEÍNAS TOTALES (84155) ALANINO AMINO	3	5.40%	37.29	6.04

	TRANSFERASA (ALT) (SGPT) (84460), ASPARTATO AMINOTRANSFERASA (AST) (SGOT) (84450)				
82803	DOSAJE DE GASES EN SANGRE, CUALQUIER COMBINACIÓN DE PH, P0O2, PO2, CO2, HCO3 (INCLUYENDO LA SATURACIÓN DE O2 CALCULADA)	3	5.40%	64.59	10.46
82565	DOSAJE DE CREATININA EN SANGRE	3	5.40%	13.35	2.16
84540	UREA EN ORINA (24 HORAS)	3	5.40%	9	1.46
8005	PERFIL DE ELECTROLITO, ESTE PERFIL DEBERÁ INCLUIR LOS SIGUIENTES: DIÓXIDO DE CARBONO (82374), CLORURO (82435), POTASIO (84132) Y SODIO (84295)	3	5.40%	21.77	3.53
80063	PERFIL DE COAGULACIÓN BÁSICO (DENOMINACIÓN ADAPTADA, SIN CPT ESTÁNDAR DE REFERENCIA)	3	5.40%	40.65	6.59
76801	ECOGRAFÍA, ÚTERO GRÁVIDO, TIEMPO REAL CON DOCUMENTACIÓN DE LA IMAGEN, EVALUACIÓN FETAL Y MATERNA TER TRIMESTRE (<14 SEMANAS 0 DÍAS), ABORDAJE TRANSABDOMINAL; GESTACIÓN ÚNICA O PRIMERA	1	5.40%	61.62	3.33
93000	ELECTROCARDIOGRAMA, ECG DE RUTINA CON POR LO MENOS 12 ELECTRODOS; CON INTERPRETACIÓN E INFORME	1	5.40%	38.5	2.08
83615	DOSAJE DE LACTATO DESHIDROGENASA (LD), (LDH)	3	5.40%	18.01	2.92
<b>Subtotal</b>					<b>216.61</b>
<b>Total</b>					<b>216.61</b>

### Anexo 2.1.2: Desenlace Eclampsia

PROCEDIMIENTOS MÉDICOS					
CPMS	Denominación	Nº	Porcentaje de indicación	Costo unitario	Costo total ponderado
59514	CESÁREA SOLAMENTE	1	0.30%	1047.23	3.14
99281	CONSULTA EN EMERGENCIA PARA EVALUACIÓN Y MANEJO DE UN PACIENTE QUE REQUIERE DE ESTOS TRES COMPONENTES: HISTORIA FOCALIZADA AL PROBLEMA, EXAMEN CLÍNICO FOCALIZADO AL PROBLEMA, DECISIÓN MEDICA SIMPLE Y DIRECTA USUALMENTE EL PROBLEMA ES AUTOLIMITADO Y DE MENOR COMPLEJIDAD (PRIORIDAD)	1	0.30%	73.48	0.22
99295	ATENCIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, DÍA PACIENTE	5	0.30%	1417.96	21.27

94002	ASISTENCIA Y MANEJO DE VENTILACIÓN, INICIO DE VENTILADORES DE PRESIÓN O DE VOLUMEN PREDEFINIDOS PARA RESPIRACIÓN ASISTIDA O CONTROLADA; EN PACIENTE BAJO OBSERVACIÓN/INTERNAMIENTO, DÍA INICIAL	5	0.30%	313.63	4.70
85384	MEDICIÓN DE ACLIVIDAD DE FIBRINÓGENO	20	0.30%	17.33	1.04
99199.22	TAMIZAJE DE LA PRESIÓN ARTERIAL	120	0.30%	21.06	7.58
81000	ANÁLISIS DE ORINA POR TIRA DE ANÁLISIS O REACTIVO EN TABLETA, PARA BILIRRUBINA, GLUCOSA, HEMOGLOBINA, CETONAS, LEUCOCITOS, NITRITO, PH, PROTEÍNAS, GRAVEDAD ESPECÍFICA, UROBILINÓGENO, CUALQUIER NÚMERO DE ESTOS COMPONENTES: NO AUTOMATIZADO, CON MICROSCOPIA	5	0.30%	11	0.17
85023	HEMOGRAMA Y RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADOS, Y RECUENTO MANUAL DIFERENCIAL DE LEUCOCITOS (CBC)	20	0.30%	19.16	1.15
80076	PERFIL DE LA FUNCIÓN HEPÁTICA, ESTE PERFIL DEBE INCLUIR LO SIGUIENTE: ALBÚMINA (82040), TOTAL DE BILIRRUBINA (82247), BILIRRUBINA DIRECTA (82248), ALCALINA FOSFATASA (84075), PROTEÍNAS TOTALES (84155) ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) (SGPT) (84460), ASPARTATO AMINOTRANSFERASA (AST) (SGOT) (84450)	20	0.30%	37.29	2.24
82803	DOSAJE DE GASES EN SANGRE, CUALQUIER COMBINACIÓN DE PH, POO2, PO2, CO2, HCO3 (INCLUYENDO LA SATURACIÓN DE O2 CALCULADA)	20	0.30%	64.59	3.88
82565	DOSAJE DE CREATININA EN SANGRE	20	0.30%	13.35	0.80
84540	UREA EN ORINA (24 HORAS)	5	0.30%	9	0.14
8005	PERFIL DE ELECTROLITO, ESTE PERFIL DEBERÁ INCLUIR LOS SIGUIENTES: DIÓXIDO DE CARBONO (82374), CLORURO (82435), POTASIO (84132) Y SODIO (84295)	20	0.30%	21.77	1.31
80063	PERFIL DE COAGULACIÓN BÁSICO (DENOMINACIÓN ADAPTADA, SIN CPT ESTÁNDAR DE REFERENCIA)	20	0.30%	40.65	2.44
76801	ECOGRAFÍA, ÚTERO GRÁVIDO, TIEMPO REAL CON DOCUMENTACIÓN DE LA IMAGEN, EVALUACIÓN FETAL Y MATERNA TER TRIMESTRE (<14 SEMANAS O DÍAS), ABORDAJE TRANSABDOMINAL; GESTACIÓN ÚNICA O PRIMERA	5	0.30%	61.62	0.92
76604	ECOGRAFÍA DE TÓRAX (INCLUYENDO MEDIASTINO), TIEMPO REAL CON DOCUMENTACIÓN DE IMAGEN	5	0.30%	61.62	0.92
76770.01	ECOGRAFÍA RENAL	5	0.30%	69.43	1.04
71035	EXAMEN RADIOLÓGICO DE TÓRAX, INCIDENCIAS ADICIONALES (P. EL. DECÚBITO LATERAL)	2	0.30%	53.31	0.32
70552	IMÁGENES POR RESONANCIA MAGNÉTICA (P. EJ. DE PROTONES), CEREBRO (INCLUYENDO EL FALLO CEREBRAL); CON MATERIALES DE CONTRASTE	3	0.30%	754.87	6.79

93000	ELECTROCARDIOGRAMA, ECG DE RUTINA CON POR LO MENOS 12 ELECTRODOS; CON INTERPRETACIÓN E INFORME	10	0.30%	38.5	1.16
90935	HEMODIALISIS POR SESION	3	0.30%	139	1.25
83615	DOSAJE DE LACTATO DESHIDROGENASA (LD), (LDH)	20	0.30%	18.01	1.08
36430	TRANSFUSIÓN DE SANQRE O COMPONENTES SANGUÍNEOS	2	0.30%	196.49	1.18
<b>Subtotal</b>					<b>64.74</b>

### MEDICAMENTOS

Código SISMED	Principio activo	Unidades	Porcentaje de indicación	Precio unitario	Precio total ponderado
04556	MAGNESIO SULFATO 10 mL 200 mg/mL INYECTABLE	5	0.30%	1.00	0.02
05873	SODIO CLORURO 1 L 900 mg/100 mL (0.9 %) INYECTABLE	15	0.30%	3.67	0.17
04701	METILDOPA 250 mg TABLETA	16	0.30%	0.34	0.02
22373	BOLSA PARA NUTRICION PARENTERAL X 2 L UNIDAD	5	0.30%	30.00	0.45
02433	SOLUCIONES PARA NUTRICION PARENTERAL 2 L INYECTABLE	5	0.30%	562.50	8.44
16730	EQUIPO PARA BOMBA DE INFUSION CON VOLUTROL UNIDAD	2	0.30%	48.00	0.29
05018	NIFEDIPINO 10 mg	15	0.30%	1.54	0.07
01684	CEFTRIAXONA SODICA 1 g INYECTABLE	10	0.30%	0.94	0.03
04776	METRONIDAZOL 100 mL 500 mg INYECTABLE	20	0.30%	0.95	0.06
<b>Subtotal</b>					<b>9.53</b>
<b>Total</b>					<b>74.26</b>

### Anexo 2.1.3: Desenlace Síndrome HELLP

#### PROCEDIMIENTOS MÉDICOS

CPMS	Denominación	Nº	Porcentaje de indicación	Costo unitario	Costo total ponderado
59514	CESÁREA SOLAMENTE	1	0.20%	1047.23	2.09
99281	CONSULTA EN EMERGENCIA PARA EVALUACIÓN Y MANEJO DE UN PACIENTE QUE REQUIERE DE ESTOS TRES COMPONENTES: HISTORIA FOCALIZADA AL	1	0.20%	73.48	0.15

	PROBLEMA, EXAMEN CLÍNICO FOCALIZADO AL PROBLEMA, DECISIÓN MEDICA SIMPLE Y DIRECTA USUALMENTE EL PROBLEMA ES AUTOLIMITADO Y DE MENOR COMPLEJIDAD (PRIORIDAD)				
99295	ATENCIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, DÍA PACIENTE	5	0.20%	1417.96	14.18
94002	ASISTENCIA Y MANEJO DE VENTILACIÓN, INICIO DE VENTILADORES DE PRESIÓN O DE VOLUMEN PREDEFINIDOS PARA RESPIRACIÓN ASISTIDA O CONTROLADA; EN PACIENTE BAJO OBSERVACIÓN/INTERNAMIENTO, DÍA INICIAL	5	0.20%	313.63	3.14
85384	MEDICIÓN DE ACLIVIDAD DE FIBRINÓGENO	20	0.20%	17.33	0.69
99199.22	TAMIZAJE DE LA PRESIÓN ARTERIAL	120	0.20%	21.06	5.05
81000	ANÁLISIS DE ORINA POR TIRA DE ANÁLISIS O REACTIVO EN TABLETA, PARA BILIRRUBINA, GLUCOSA, HEMOGLOBINA, CETONAS, LEUCOCITOS, NITRITO, PH, PROTEÍNAS, GRAVEDAD ESPECÍFICA, UROBILINÓGENO, CUALQUIER NÚMERO DE ESTOS COMPONENTES: NO AUTOMATIZADO, CON MICROSCOPIA	5	0.20%	11	0.11
85023	HEMOGRAMA Y RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADOS, Y RECUENTO MANUAL DIFERENCIAL DE LEUCOCITOS (CBC)	20	0.20%	19.16	0.77
80076	PERFIL DE LA FUNCIÓN HEPÁTICA, ESTE PERFIL DEBE INCLUIR LO SIGUIENTE: ALBÚMINA (82040), TOTAL DE BILIRRUBINA (82247), BILIRRUBINA DIRECTA (82248), ALCALINA FOSFATASA (84075), PROTEÍNAS TOTALES (84155) ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) (SGPT) (84460), ASPARTATO AMINOTRANSFERASA (AST) (SGOT) (84450)	20	0.20%	37.29	1.49
82803	DOSAJE DE GASES EN SANGRE, CUALQUIER COMBINACIÓN DE PH, P0O2, PO2, CO2, HCO3 (INCLUYENDO LA SATURACIÓN DE O2 CALCULADA)	20	0.20%	64.59	2.58
82565	DOSAJE DE CREATININA EN SANGRE	20	0.20%	13.35	0.53
84540	UREA EN ORINA (24 HORAS)	5	0.20%	9	0.09
8005	PERFIL DE ELECTROLITO, ESTE PERFIL DEBERÁ INCLUIR LOS SIGUIENTES: DIÓXIDO DE CARBONO (82374), CLORURO (82435), POTASIO (84132) Y SODIO (84295)	20	0.20%	21.77	0.87
80063	PERFIL DE COAGULACIÓN BÁSICO (DENOMINACIÓN ADAPTADA, SIN CPT ESTÁNDAR DE REFERENCIA)	20	0.20%	40.65	1.63
76801	ECOGRAFÍA, ÚTERO GRÁVIDO, TIEMPO REAL CON DOCUMENTACIÓN DE LA IMAGEN, EVALUACIÓN FETAL Y MATERNA TER TRIMESTRE (<14 SEMANAS O DÍAS), ABORDAJE TRANSABDOMINAL; GESTACIÓN ÚNICA O PRIMERA	5	0.20%	61.62	0.62
76604	ECOGRAFÍA DE TÓRAX (INCLUYENDO MEDIASTINO), TIEMPO REAL CON DOCUMENTACIÓN DE IMAGEN	5	0.20%	61.62	0.62
76770.01	ECOGRAFÍA RENAL	5	0.20%	69.43	0.69

71035	EXAMEN RADIOLOGICO DE TÓRAX, INCIDENCIAS ADICIONALES (P. EL. DECÚBITO IALERAL)	2	0.20%	53.31	0.21
70552	IMÁGENES POR RESONANCIA MAGNÉTICA (P. EJ. DE PROTONES), CEREBRO (INCLUYENDO EL FALLO CEREBRAL); CON MATERIALES DE CONTRASTE	3	0.20%	754.87	4.53
93000	ELECTROCARDIOGRAMA, ECG DE RUTINA CON POR LO MENOS 12 ELECTRODOS; CON INTERPRETACIÓN E INFORME	10	0.20%	38.5	0.77
90935	HEMODIALISIS POR SESION	3	0.20%	139	0.83
83615	DOSAJE DE LACTATO DESHIDROGENASA (LD), (LDH)	20	0.20%	18.01	0.72
36430	TRANSFUSIÓN DE SANQRE O COMPONENTES SANGUÍNEOS	2	0.20%	196.49	0.79
<b>Subtotal</b>					<b>43.16</b>
<b>MEDICAMENTOS</b>					
<b>Código SISMED</b>	<b>Principio activo</b>	<b>Unidades</b>	<b>Porcentaje de indicación</b>	<b>Precio unitario</b>	<b>Precio total ponderado</b>
04556	MAGNESIO SULFATO 10 mL 200 mg/mL INYECTABLE	5	0.20%	1.00	0.01
05873	SODIO CLORURO 1 L 900 mg/100 mL (0.9 %) INYECTABLE	15	0.20%	3.67	0.11
04701	METILDOPA 250 mg TABLETA	16	0.20%	0.34	0.01
22373	BOLSA PARA NUTRICION PARENTERAL X 2 L UNIDAD	5	0.20%	30.00	0.30
02433	SOLUCIONES PARA NUTRICION PARENTERAL 2 L INYECTABLE	5	0.20%	562.50	5.63
16730	EQUIPO PARA BOMBA DE INFUSION CON VOLUTROL UNIDAD	2	0.20%	48.00	0.19
05018	NIFEDIPINO 10 mg	15	0.20%	1.54	0.05
01684	CEFTRIAXONA SODICA 1 g INYECTABLE	10	0.20%	0.94	0.02
04776	METRONIDAZOL 100 mL 500 mg INYECTABLE	20	0.20%	0.95	0.04
<b>Subtotal</b>					<b>6.35</b>
<b>Total</b>					<b>49.51</b>

### Anexo 2.1.4: EA Náusea, acidez y diarrea

PROCEDIMIENTOS MÉDICOS					
CPMS	Denominación	Nº	Porcentaje de indicación	Costo unitario	Costo total ponderado
99203	CONSULTA AMBULATORIA PARA LA EVALUACIÓN Y MANEJO DE UN PACIENTE NUEVO NIVEL DE ATENCIÓN III	1	16.00%	33.48	5.36
<b>Subtotal</b>					<b>5.36</b>

MEDICAMENTOS					
Código SISMED	Principio activo	Unidades	Porcentaje de indicación	Precio unitario	Precio total ponderado
02891	DIMENHIDRINATO 50 mg TABLETA	9	16.00%	0.05	0.06
20036	SALES DE REHIDRATACION ORAL 20.5 g/L POLVO	8	16.00%	0.60	0.76
00496	ALUMINIO HIDROXIDO + MAGNESIO HIDROXIDO 120 mL 300 - 400 mg/5 mL SUSPENSION	1	16.00%	2.60	0.42
<b>Subtotal</b>					<b>1.24</b>
<b>Total</b>					<b>6.60</b>

### Anexo 2.1.5: EA Cálculos biliares

PROCEDIMIENTOS MÉDICOS					
CPMS	Denominación	Nº	Porcentaje de indicación	Costo unitario	Costo total ponderado
76700	ECOGRAFÍA ABDOMINAL COMPLETA, TIEMPO REAL CON DOCUMENTACIÓN DE IMAQEN	1	3.11%	66.84	2.08
80076	PERFIL DE LA FUNCIÓN HEPÁTICA, ESTE PERFIL DEBE INCLUIR LO SIGUIENTE: ALBÚMINA (82040), TOTAL DE BILIRRUBINA (82247), BILIRRUBINA DIRECTA (82248), ALCALINA FOSFATASA (84075), PROTEÍNAS TOTALES (84155) ALANINO AMINO	1	3.11%	37.29	1.16

	TRANSFERASA (ALT) (SGPT) (84460), ASPARTATO AMINOTRANSFERASA (AST) (SGOT) (84450)				
99203	CONSULTA AMBULATORIA PARA LA EVALUACIÓN Y MANEJO DE UN PACIENTE NUEVO NIVEL DE ATENCIÓN III	1	3.11%	33.48	1.04
<b>Subtotal</b>					<b>4.28</b>

<b>MEDICAMENTOS</b>					
<b>Código SISMED</b>	<b>Principio activo</b>	<b>Unidades</b>	<b>Porcentaje de indicación</b>	<b>Precio unitario</b>	<b>Precio total ponderado</b>
05335	PARACETAMOL 500 mg TAB	6	3.11%	0.03	0.00
02891	DIMENHIDRINATO 50 mg TABLETA	9	3.11%	0.05	0.01
<b>Subtotal</b>					<b>0.02</b>
<b>Total</b>					<b>4.30</b>

### Anexo 2.1.6: EA Cefalea, vómitos, lumbalgia, dolor vaginal y urinario, dispepsia y dolor abdominal

<b>PROCEDIMIENTOS MÉDICOS</b>					
<b>CPMS</b>	<b>Denominación</b>	<b>Nº</b>	<b>Porcentaje de indicación</b>	<b>Costo unitario</b>	<b>Costo total ponderado</b>
99203	CONSULTA AMBULATORIA PARA LA EVALUACIÓN Y MANEJO DE UN PACIENTE NUEVO NIVEL DE ATENCIÓN III	1	18.41%	33.48	6.16
81000	ANÁLISIS DE ORINA POR TIRA DE ANÁLISIS O REACTIVO EN TABLETA, PARA BILIRRUBINA, GLUCOSA, HEMOGLOBINA, CETONAS, LEUCOCITOS, NITRITO, PH, PROTEÍNAS, GRAVEDAD ESPECÍFICA, UROBILINÓGENO, CUALQUIER NÚMERO DE ESTOS COMPONENTES: NO AUTOMATIZADO, CON MICROSCOPIA	1	18.41%	11.00	2.02
81000.02	ANÁLISIS DE ORINA POR TIRA DE ANÁLISIS/REACTIVO, PARA BACTERIURIA ASINTOMÁTICA	1	18.41%	10.87	2.00
<b>Subtotal</b>					<b>10.19</b>

MEDICAMENTOS					
Código SISMED	Principio activo	Unidades	Porcentaje de indicación	Precio unitario	Precio total ponderado
05335	PARACETAMOL 500 mg TAB	6	18.41%	0.03	0.03
05154	OMEPRAZOL 20 mg TAB	7	18.41%	0.07	0.10
04752	METOCLOPRAMIDA CLORHIDRATO 10 mg TABLETA	6	18.41%	0.06	0.06
<b>Subtotal</b>					<b>0.19</b>
<b>Total</b>					<b>10.37</b>

## Anexo 2.2: Tratamiento con No brindar o dar Placebo

### Anexo 2.2.1: Desenlace Preeclampsia

PROCEDIMIENTOS MÉDICOS					
CPMS	Denominación	Nº	Porcentaje de indicación	Costo unitario	Costo total ponderado
76827	ECOCARDIOGRAFÍA DOPPLER, FETAL, CON ONDAS DE PULSO Y/O ONDAS CONTINUAS CON REGISTRO DE ESPECTRO; COMPLETO	1	7.00%	69.43	4.86
59514	CESÁREA SOLAMENTE	1	7.00%	1047.23	73.31
99281	CONSULTA EN EMERGENCIA PARA EVALUACIÓN Y MANEJO DE UN PACIENTE QUE REQUIERE DE ESTOS TRES COMPONENTES: HISTORIA FOCALIZADA AL PROBLEMA, EXAMEN CLÍNICO FOCALIZADO AL PROBLEMA, DECISIÓN MEDICA SIMPLE Y DIRECTA USUALMENTE EL PROBLEMA ES AUTOLIMITADO Y DE MENOR COMPLEJIDAD (PRIORIDAD)	1	7.00%	73.48	5.14
99231.11	ATENCIÓN PACIENTE-DÍA HOSPITALIZACIÓN ESPECIALIZADA CONTINUADA EN GINECOLOGÍA	3	7.00%	402.17	84.46
85384	MEDICIÓN DE ACLIVIDAD DE FIBRINÓGENO	3	7.00%	17.33	3.64
99199.22	TAMIZAJE DE LA PRESIÓN ARTERIAL	36	7.00%	21.06	53.07
81000	ANÁLISIS DE ORINA POR TIRA DE ANÁLISIS O REACTIVO EN TABLETA, PARA BILIRRUBINA, GLUCOSA, HEMOGLOBINA, CETONAS, LEUCOCITOS, NITRITO, PH, PROTEÍNAS, GRAVEDAD ESPECÍFICA, UROBILINÓGENO, CUALQUIER NÚMERO DE ESTOS COMPONENTES: NO AUTOMATIZADO, CON MICROSCOPIA	3	7.00%	11	2.31

85023	HEMOGRAMA Y RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADOS, Y RECUENTO MANUAL DIFERENCIAL DE LEUCOCITOS (CBC)	3	7.00%	19.16	4.02
80076	PERFIL DE LA FUNCIÓN HEPÁTICA, ESTE PERFIL DEBE INCLUIR LO SIGUIENTE: ALBÚMINA (82040), TOTAL DE BILIRRUBINA (82247), BILIRRUBINA DIRECTA (82248), ALCALINA FOSFATASA (84075), PROTEÍNAS TOTALES (84155) ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) (SGPT) (84460), ASPARTATO AMINOTRANSFERASA (AST) (SGOT (84450)	3	7.00%	37.29	7.83
82803	DOSAJE DE GASES EN SANGRE, CUALQUIER COMBINACIÓN DE PH, P0O2, PO2, CO2, HCO3 (INCLUYENDO LA SATURACIÓN DE O2 CALCULADA)	3	7.00%	64.59	13.56
82565	DOSAJE DE CREATININA EN SANGRE	3	7.00%	13.35	2.80
84540	UREA EN ORINA (24 HORAS)	3	7.00%	9	1.89
8005	PERFIL DE ELECTROLITO, ESTE PERFIL DEBERÁ INCLUIR LOS SIGUIENTES: DIÓXIDO DE CARBONO (82374), CLORURO (82435), POTASIO (84132) Y SODIO (84295)	3	7.00%	21.77	4.57
80063	PERFIL DE COAGULACIÓN BÁSICO (DENOMINACIÓN ADAPTADA, SIN CPT ESTÁNDAR DE REFERENCIA)	3	7.00%	40.65	8.54
76801	ECOGRAFÍA, ÚTERO GRÁVIDO, TIEMPO REAL CON DOCUMENTACIÓN DE LA IMAGEN, EVALUACIÓN FETAL Y MATERNA TER TRIMESTRE (<14 SEMANAS 0 DÍAS), ABORDAJE TRANSABDOMINAL; GESTACIÓN ÚNICA O PRIMERA	1	7.00%	61.62	4.31
93000	ELECTROCARDIOGRAMA, ECG DE RUTINA CON POR LO MENOS 12 ELECTRODOS; CON INTERPRETACIÓN E INFORME	1	7.00%	38.5	2.70
83615	DOSAJE DE LACTATO DESHIDROGENASA (LD), (LDH)	3	7.00%	18.01	3.78
<b>Subtotal</b>					<b>280.80</b>
<b>Total</b>					<b>280.80</b>

### Anexo 2.2.2: Desenlace Eclampsia

PROCEDIMIENTOS MÉDICOS					
CPMS	Denominación	Nº	Porcentaje de indicación	Costo unitario	Costo total ponderado
59514	CESÁREA SOLAMENTE	1	0.40%	1047.23	4.19
99281	CONSULTA EN EMERGENCIA PARA EVALUACIÓN Y MANEJO DE UN PACIENTE QUE REQUIERE DE ESTOS TRES COMPONENTES: HISTORIA FOCALIZADA AL PROBLEMA, EXAMEN CLÍNICO FOCALIZADO AL PROBLEMA, DECISIÓN MEDICA SIMPLE Y DIRECTA USUALMENTE EL PROBLEMA ES AUTOLIMITADO Y DE MENOR COMPLEJIDAD (PRIORIDAD)	1	0.40%	73.48	0.29
99295	ATENCIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, DÍA PACIENTE	5	0.40%	1417.96	28.36
94002	ASISTENCIA Y MANEJO DE VENTILACIÓN, INICIO DE VENTILADORES DE PRESIÓN O DE VOLUMEN PREDEFINIDOS PARA RESPIRACIÓN ASISTIDA O CONTROLADA; EN PACIENTE BAJO OBSERVACIÓN/INTERNAMIENTO, DÍA INICIAL	5	0.40%	313.63	6.27
85384	MEDICIÓN DE ACLIVIDAD DE FIBRINÓGENO	20	0.40%	17.33	1.39
99199.22	TAMIZAJE DE LA PRESIÓN ARTERIAL	120	0.40%	21.06	10.11
81000	ANÁLISIS DE ORINA POR TIRA DE ANÁLISIS O REACTIVO EN TABLETA, PARA BILIRRUBINA, GLUCOSA, HEMOGLOBINA, CETONAS, LEUCOCITOS, NITRITO, PH, PROTEÍNAS, GRAVEDAD ESPECÍFICA, UROBILINÓGENO, CUALQUIER NÚMERO DE ESTOS COMPONENTES: NO AUTOMATIZADO, CON MICROSCOPIA	5	0.40%	11	0.22
85023	HEMOGRAMA Y RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADOS, Y RECUENTO MANUAL DIFERENCIAL DE LEUCOCITOS (CBC)	20	0.40%	19.16	1.53
80076	PERFIL DE LA FUNCIÓN HEPÁTICA, ESTE PERFIL DEBE INCLUIR LO SIGUIENTE: ALBÚMINA (82040), TOTAL DE BILIRRUBINA (82247), BILIRRUBINA DIRECTA (82248), ALCALINA FOSFATASA (84075), PROTEÍNAS TOTALES (84155) ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) (SGPT) (84460), ASPARTATO AMINOTRANSFERASA (AST) (SGOT) (84450)	20	0.40%	37.29	2.98
82803	DOSAJE DE GASES EN SANGRE, CUALQUIER COMBINACIÓN DE PH, P0O2, PO2, CO2, HCO3 (INCLUYENDO LA SATURACIÓN DE O2 CALCULADA)	20	0.40%	64.59	5.17
82565	DOSAJE DE CREATININA EN SANGRE	20	0.40%	13.35	1.07
84540	UREA EN ORINA (24 HORAS)	5	0.40%	9	0.18

8005	PERFIL DE ELECTROLITO, ESTE PERFIL DEBERÁ INCLUIR LOS SIGUIENTES: DIÓXIDO DE CARBONO (82374), CLORURO (82435), POTASIO (84132) Y SODIO (84295)	20	0.40%	21.77	1.74
80063	PERFIL DE COAGULACIÓN BÁSICO (DENOMINACIÓN ADAPTADA, SIN CPT ESTÁNDAR DE REFERENCIA)	20	0.40%	40.65	3.25
76801	ECOGRAFÍA, ÚTERO GRÁVIDO, TIEMPO REAL CON DOCUMENTACIÓN DE LA IMAGEN, EVALUACIÓN FETAL Y MATERNA TER TRIMESTRE (<14 SEMANAS 0 DÍAS), ABORDAJE TRANSABDOMINAL; GESTACIÓN ÚNICA O PRIMERA	5	0.40%	61.62	1.23
76604	ECOGRAFÍA DE TÓRAX (INCLUYENDO MEDIASTINO), TIEMPO REAL CON DOCUMENTACIÓN DE IMAGEN	5	0.40%	61.62	1.23
76770.01	ECOGRAFÍA RENAL	5	0.40%	69.43	1.39
71035	EXAMEN RADIOLÓGICO DE TÓRAX, INCIDENCIAS ADICIONALES (P. EL. DECÚBITO IALERAL)	2	0.40%	53.31	0.43
70552	IMÁGENES POR RESONANCIA MAGNÉTICA (P. EJ. DE PROTONES), CEREBRO (INCLUYENDO EL FALLO CEREBRAL); CON MATERIALES DE CONTRASTE	3	0.40%	754.87	9.06
93000	ELECTROCARDIOGRAMA, ECG DE Rutina con por lo menos 12 electrodos; con interpretación e informe	10	0.40%	38.5	1.54
90935	HEMODIALISIS POR SESION	3	0.40%	139	1.67
83615	DOSAJE DE LACTATO DESHIDROGENASA (LD), (LDH)	20	0.40%	18.01	1.44
36430	TRANSFUSIÓN DE SANQRE O COMPONENTES SANGUÍNEOS	2	0.40%	196.49	1.57
<b>Subtotal</b>					<b>86.31</b>

<b>MEDICAMENTOS</b>					
<b>Código SISMED</b>	<b>Principio activo</b>	<b>Unidades</b>	<b>Porcentaje de indicación</b>	<b>Precio unitario</b>	<b>Precio total ponderado</b>
04556	MAGNESIO SULFATO 10 mL 200 mg/mL INYECTABLE	5	0.40%	1.00	0.02
05873	SODIO CLORURO 1 L 900 mg/100 mL (0.9 %) INYECTABLE	15	0.40%	3.67	0.22
04701	METILDOPA 250 mg TABLETA	16	0.40%	0.34	0.02
22373	BOLSA PARA NUTRICION PARENTERAL X 2 L UNIDAD	5	0.40%	30.00	0.60
02433	SOLUCIONES PARA NUTRICION PARENTERAL 2 L INYECTABLE	5	0.40%	562.50	11.25
16730	EQUIPO PARA BOMBA DE INFUSION CON VOLUTROL UNIDAD	2	0.40%	48.00	0.38
05018	NIFEDIPINO 10 mg	15	0.40%	1.54	0.09

01684	CEFTRIAXONA SODICA 1 g INYECTABLE	10	0.40%	0.94	0.04
04776	METRONIDAZOL 100 mL 500 mg INYECTABLE	20	0.40%	0.95	0.08
<b>Subtotal</b>					<b>12.70</b>
<b>Total</b>					<b>99.02</b>

### Anexo 2.2.3: Desenlace Síndrome HELLP

PROCEDIMIENTOS MÉDICOS					
CPMS	Denominación	Nº	Porcentaje de indicación	Costo unitario	Costo total ponderado
59514	CESÁREA SOLAMENTE	1	0.10%	1047.23	1.05
99281	CONSULTA EN EMERGENCIA PARA EVALUACIÓN Y MANEJO DE UN PACIENTE QUE REQUIERE DE ESTOS TRES COMPONENTES: HISTORIA FOCALIZADA AL PROBLEMA, EXAMEN CLÍNICO FOCALIZADO AL PROBLEMA, DECISIÓN MEDICA SIMPLE Y DIRECTA USUALMENTE EL PROBLEMA ES AUTOLIMITADO Y DE MENOR COMPLEJIDAD (PRIORIDAD)	1	0.10%	73.48	0.07
99295	ATENCIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, DÍA PACIENTE	5	0.10%	1417.96	7.09
94002	ASISTENCIA Y MANEJO DE VENTILACIÓN, INICIO DE VENTILADORES DE PRESIÓN O DE VOLUMEN PREDEFINIDOS PARA RESPIRACIÓN ASISTIDA O CONTROLADA; EN PACIENTE BAJO OBSERVACIÓN/INTERNAMIENTO, DÍA INICIAL	5	0.10%	313.63	1.57
85384	MEDICIÓN DE ACLIVIDAD DE FIBRINÓGENO	20	0.10%	17.33	0.35
99199.22	TAMIZAJE DE LA PRESIÓN ARTERIAL	120	0.10%	21.06	2.53
81000	ANÁLISIS DE ORINA POR TIRA DE ANÁLISIS O REACTIVO EN TABLETA, PARA BILIRRUBINA, GLUCOSA, HEMOGLOBINA, CETONAS, LEUCOCITOS, NITRITO, PH, PROTEÍNAS, GRAVEDAD ESPECÍFICA, UROBILINÓGENO, CUALQUIER NÚMERO DE ESTOS COMPONENTES: NO AUTOMATIZADO, CON MICROSCOPIA	5	0.10%	11	0.06
85023	HEMOGRAMA Y RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADOS, Y RECUENTO MANUAL DIFERENCIAL DE LEUCOCITOS (CBC)	20	0.10%	19.16	0.38
80076	PERFIL DE LA FUNCIÓN HEPÁTICA, ESTE PERFIL DEBE INCLUIR LO SIGUIENTE: ALBÚMINA (82040), TOTAL DE BILIRRUBINA (82247), BILIRRUBINA DIRECTA (82248), ALCALINA FOSFATASA (84075), PROTEÍNAS TOTALES (84155) ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) (SGPT) (84460), ASPARTATO AMINOTRANSFERASA (AST) (SGOT) (84450)	20	0.10%	37.29	0.75

82803	DOSAJE DE GASES EN SANGRE, CUALQUIER COMBINACIÓN DE PH, P0O2, PO2, CO2, HCO3 (INCLUYENDO LA SATURACIÓN DE O2 CALCULADA)	20	0.10%	64.59	1.29
82565	DOSAJE DE CREATININA EN SANGRE	20	0.10%	13.35	0.27
84540	UREA EN ORINA (24 HORAS)	5	0.10%	9	0.05
8005	PERFIL DE ELECTROLITO, ESTE PERFIL DEBERÁ INCLUIR LOS SIGUIENTES: DIÓXIDO DE CARBONO (82374), CLORURO (82435), POTASIO (84132) Y SODIO (84295)	20	0.10%	21.77	0.44
80063	PERFIL DE COAGULACIÓN BÁSICO (DENOMINACIÓN ADAPTADA, SIN CPT ESTÁNDAR DE REFERENCIA)	20	0.10%	40.65	0.81
76801	ECOGRAFÍA, ÚTERO GRÁVIDO, TIEMPO REAL CON DOCUMENTACIÓN DE LA IMAGEN, EVALUACIÓN FETAL Y MATERNA TER TRIMESTRE (<14 SEMANAS O DÍAS), ABORDAJE TRANSABDOMINAL; GESTACIÓN ÚNICA O PRIMERA	5	0.10%	61.62	0.31
76604	ECOGRAFÍA DE TÓRAX (INCLUYENDO MEDIASTINO), TIEMPO REAL CON DOCUMENTACIÓN DE IMAGEN	5	0.10%	61.62	0.31
76770.01	ECOGRAFÍA RENAL	5	0.10%	69.43	0.35
71035	EXAMEN RADIOLÓGICO DE TÓRAX, INCIDENCIAS ADICIONALES (P. EL. DECÚBITO IALERAL)	2	0.10%	53.31	0.11
70552	IMÁGENES POR RESONANCIA MAGNÉTICA (P. EJ. DE PROTONES), CEREBRO (INCLUYENDO EL FALLO CEREBRAL); CON MATERIALES DE CONTRASTE	3	0.10%	754.87	2.26
93000	ELECTROCARDIOGRAMA, ECG DE RUTINA CON POR LO MENOS 12 ELECTRODOS; CON INTERPRETACIÓN E INFORME	10	0.10%	38.5	0.39
90935	HEMODIALISIS POR SESION	3	0.10%	139	0.42
83615	DOSAJE DE LACTATO DESHIDROGENASA (LD), (LDH)	20	0.10%	18.01	0.36
36430	TRANSFUSIÓN DE SANQRE O COMPONENTES SANGUÍNEOS	2	0.10%	196.49	0.39
<b>Subtotal</b>					<b>21.58</b>

**MEDICAMENTOS**

Código SISMED	Principio activo	Unidades	Porcentaje de indicación	Precio unitario	Precio total ponderado
04556	MAGNESIO SULFATO 10 mL 200 mg/mL INYECTABLE	5	0.10%	1.00	0.01
05873	SODIO CLORURO 1 L 900 mg/100 mL (0.9 %) INYECTABLE	15	0.10%	3.67	0.06
04701	METILDOPA 250 mg TABLETA	16	0.10%	0.34	0.01
22373	BOLSA PARA NUTRICION PARENTERAL X 2 L UNIDAD	5	0.10%	30.00	0.15
02433	SOLUCIONES PARA NUTRICION PARENTERAL 2 L INYECTABLE	5	0.10%	562.50	2.81

16730	EQUIPO PARA BOMBA DE INFUSION CON VOLUTROL UNIDAD	2	0.10%	48.00	0.10
05018	NIFEDIPINO 10 mg	15	0.10%	1.54	0.02
01684	CEFTRIAXONA SODICA 1 g INYECTABLE	10	0.10%	0.94	0.01
04776	METRONIDAZOL 100 mL 500 mg INYECTABLE	20	0.10%	0.95	0.02
<b>Subtotal</b>					<b>3.18</b>
<b>Total</b>					<b>24.75</b>

#### Anexo 2.2.4: EA Náusea, acidez y diarrea

PROCEDIMIENTOS MÉDICOS					
CPMS	Denominación	Nº	Porcentaje de indicación	Costo unitario	Costo total ponderado
99203	CONSULTA AMBULATORIA PARA LA EVALUACIÓN Y MANEJO DE UN PACIENTE NUEVO NIVEL DE ATENCIÓN III	1	7.41%	33.48	2.48
<b>Subtotal</b>					<b>2.48</b>
MEDICAMENTOS					
Código SISMED	Principio activo	Unidades	Porcentaje de indicación	Precio unitario	Precio total ponderado
02884	DIMENHIDRINATO 5 mL 50 mg INYECTABLE	9	7.41%	0.05	0.03
20036	SALES DE REHIDRATACION ORAL 20.5 g/L POLVO	8	7.41%	0.60	0.35
00496	ALUMINIO HIDROXIDO + MAGNESIO HIDROXIDO 120 mL 300 - 400 mg/5 mL SUSPENSION	1	7.41%	2.60	0.19
<b>Subtotal</b>					<b>0.58</b>
<b>Total</b>					<b>3.06</b>

### Anexo 2.2.5: EA Cálculos biliares

PROCEDIMIENTOS MÉDICOS					
CPMS	Denominación	Nº	Porcentaje de indicación	Costo unitario	Costo total ponderado
76700	ECOGRAFÍA ABDOMINAL COMPLETA, TIEMPO REAL CON DOCUMENTACIÓN DE IMAQEN	1	2.30%	66.84	1.54
80076	PERFIL DE LA FUNCIÓN HEPÁTICA, ESTE PERFIL DEBE INCLUIR LO SIGUIENTE: ALBÚMINA (82040), TOTAL DE BILIRRUBINA (82247), BILIRRUBINA DIRECTA (82248), ALCALINA FOSFATASA (84075), PROTEÍNAS TOTALES (84155) ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) (SGPT) (84460), ASPARTATO AMINOTRANSFERASA (AST) (SGOT) (84450)	1	2.30%	37.29	0.86
99203	CONSULTA AMBULATORIA PARA LA EVALUACIÓN Y MANEJO DE UN PACIENTE NUEVO NIVEL DE ATENCIÓN III	1	2.30%	33.48	0.77
<b>Subtotal</b>					<b>3.16</b>
MEDICAMENTOS					
Código SISMED	Principio activo	Unidades	Porcentaje de indicación	Precio unitario	Precio total ponderado
05335	PARACETAMOL 500 mg TAB	6	2.30%	0.03	0.00
02884	DIMENHIDRINATO 5 mL 50 mg INYECTABLE	9	2.30%	0.05	0.01
<b>Subtotal</b>					<b>0.01</b>
<b>Total</b>					<b>3.18</b>

**Anexo 2.2.6: EA Cefalea, vómitos, lumbalgia, dolor vaginal y urinario, dispepsia y dolor abdominal**

PROCEDIMIENTOS MÉDICOS					
CPMS	Denominación	Nº	Porcentaje de indicación	Costo unitario	Costo total ponderado
99203	CONSULTA AMBULATORIA PARA LA EVALUACIÓN Y MANEJO DE UN PACIENTE NUEVO NIVEL DE ATENCIÓN III	1	18.05%	33.48	6.04
81000	ANÁLISIS DE ORINA POR TIRA DE ANÁLISIS O REACTIVO EN TABLETA, PARA BILIRRUBINA, GLUCOSA, HEMOGLOBINA, CETONAS, LEUCOCITOS, NITRITO, PH, PROTEÍNAS, GRAVEDAD ESPECÍFICA, UROBILINÓGENO, CUALQUIER NÚMERO DE ESTOS COMPONENTES: NO AUTOMATIZADO, CON MICROSCOPIA	1	18.05%	11.00	1.99
81000.02	ANÁLISIS DE ORINA POR TIRA DE ANÁLISIS/REACTIVO, PARA BACTERIURIA ASINTOMÁTICA	1	18.05%	10.87	1.96
<b>Subtotal</b>					<b>9.99</b>
MEDICAMENTOS					
Código SISMED	Principio activo	Unidades	Porcentaje de indicación	Precio unitario	Precio total ponderado
05335	PARACETAMOL 500 mg TAB	6	18.05%	0.03	0.03
05154	OMEPRAZOL 20 mg TAB	7	18.05%	0.07	0.09
04752	METOCLOPRAMIDA CLORHIDRATO 10 mg TABLETA	6	18.05%	0.06	0.06
<b>Subtotal</b>					<b>0.18</b>
<b>Total</b>					<b>10.17</b>

**Anexo 3: Antibióticos y tratamiento de los eventos adversos de la pregunta 4 (Nifedipino)**

CPMS	Denominación	Nº	Porcentaje de indicación	Costo unitario	Costo total ponderado
05018	NIFEDIPINO 10 mg TABLETA	6	100.00%	0.26	1.54

### Anexo 3.1: Tratamiento con Nifedipino

#### Anexo 3.1.1: Desenlace Eclampsia

PROCEDIMIENTOS MÉDICOS					
CPMS	Denominación	Nº	Porcentaje de indicación	Costo unitario	Costo total ponderado
59514	CESÁREA SOLAMENTE	1	0.50%	1047.23	5.24
99281	CONSULTA EN EMERGENCIA PARA EVALUACIÓN Y MANEJO DE UN PACIENTE QUE REQUIERE DE ESTOS TRES COMPONENTES: HISTORIA FOCALIZADA AL PROBLEMA, EXAMEN CLÍNICO FOCALIZADO AL PROBLEMA, DECISIÓN MEDICA SIMPLE Y DIRECTA USUALMENTE EL PROBLEMA ES AUTOLIMITADO Y DE MENOR COMPLEJIDAD (PRIORIDAD)	1	0.50%	73.48	0.37
99295	ATENCIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, DÍA PACIENTE	5	0.50%	1417.96	35.45
94002	ASISTENCIA Y MANEJO DE VENTILACIÓN, INICIO DE VENTILADORES DE PRESIÓN O DE VOLUMEN PREDEFINIDOS PARA RESPIRACIÓN ASISTIDA O CONTROLADA; EN PACIENTE BAJO OBSERVACIÓN/INTERNAMIENTO, DÍA INICIAL	5	0.50%	313.63	7.84
85384	MEDICIÓN DE ACLIVIDAD DE FIBRINÓGENO	20	0.50%	17.33	1.73
99199.22	TAMIZAJE DE LA PRESIÓN ARTERIAL	120	0.50%	21.06	12.64
81000	ANÁLISIS DE ORINA POR TIRA DE ANÁLISIS O REACTIVO EN TABLETA, PARA BILIRRUBINA, GLUCOSA, HEMOGLOBINA, CETONAS, LEUCOCITOS, NITRITO, PH, PROTEÍNAS, GRAVEDAD ESPECÍFICA, UROBILINÓGENO, CUALQUIER NÚMERO DE ESTOS COMPONENTES: NO AUTOMATIZADO, CON MICROSCOPIA	5	0.50%	11	0.28
85023	HEMOGRAMA Y RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADOS, Y RECUENTO MANUAL DIFERENCIAL DE LEUCOCITOS (CBC)	20	0.50%	19.16	1.92
80076	PERFIL DE LA FUNCIÓN HEPÁTICA, ESTE PERFIL DEBE INCLUIR LO SIGUIENTE: ALBÚMINA (82040), TOTAL DE BILIRRUBINA (82247), BILIRRUBINA DIRECTA (82248), ALCALINA FOSFATASA (84075), PROTEÍNAS TOTALES (84155) ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) (SGPT) (84460), ASPARTATO AMINOTRANSFERASA (AST) (SGOT) (84450)	20	0.50%	37.29	3.73
82803	DOSAJE DE GASES EN SANGRE, CUALQUIER COMBINACIÓN DE PH, P002, PO2, CO2, HCO3 (INCLUYENDO LA SATURACIÓN DE O2 CALCULADA)	20	0.50%	64.59	6.46
82565	DOSAJE DE CREATININA EN SANGRE	20	0.50%	13.35	1.34
84540	UREA EN ORINA (24 HORAS)	5	0.50%	9	0.23
8005	PERFIL DE ELECTROLITO, ESTE PERFIL DEBERÁ INCLUIR LOS SIGUIENTES: DIÓXIDO DE CARBONO (82374), CLORURO (82435), POTASIO (84132) Y SODIO (84295)	20	0.50%	21.77	2.18

80063	PERFIL DE COAGULACIÓN BÁSICO (DENOMINACIÓN ADAPTADA, SIN CPT ESTÁNDAR DE REFERENCIA)	20	0.50%	40.65	4.07
76801	ECOGRAFÍA, ÚTERO GRÁVIDO, TIEMPO REAL CON DOCUMENTACIÓN DE LA IMAGEN, EVALUACIÓN FETAL Y MATERNA TER TRIMESTRE (<14 SEMANAS 0 DÍAS), ABORDAJE TRANSABDOMINAL; GESTACIÓN ÚNICA O PRIMERA	5	0.50%	61.62	1.54
76604	ECOGRAFÍA DE TÓRAX (INCLUYENDO MEDIASTINO), TIEMPO REAL CON DOCUMENTACIÓN DE IMAGEN	5	0.50%	61.62	1.54
76770.01	ECOGRAFÍA RENAL	5	0.50%	69.43	1.74
71035	EXAMEN RADIOLÓGICO DE TÓRAX, INCIDENCIAS ADICIONALES (P. EL. DECÚBITO IALERAL)	2	0.50%	53.31	0.53
70552	IMÁGENES POR RESONANCIA MAGNÉTICA (P. EJ. DE PROTONES), CEREBRO (INCLUYENDO EL FALLO CEREBRAL); CON MATERIALES DE CONTRASTE	3	0.50%	754.87	11.32
93000	ELECTROCARDIOGRAMA, ECG DE RUTINA CON POR LO MENOS 12 ELECTRODOS; CON INTERPRETACIÓN E INFORME	10	0.50%	38.5	1.93
90935	HEMODIALISIS POR SESION	3	0.50%	139	2.09
83615	DOSAJE DE LACTATO DESHIDROGENASA (LD), (LDH)	20	0.50%	18.01	1.80
36430	TRANSFUSIÓN DE SANQRE O COMPONENTES SANGUÍNEOS	2	0.50%	196.49	1.96
<b>Subtotal</b>					<b>107.89</b>
<b>MEDICAMENTOS</b>					
<b>Código SISMED</b>	<b>Principio activo</b>	<b>Unidades</b>	<b>Porcentaje de indicación</b>	<b>Precio unitario</b>	<b>Precio total ponderado</b>
04556	MAGNESIO SULFATO 10 mL 200 mg/mL INYECTABLE	5	0.50%	1.00	0.03
05873	SODIO CLORURO 1 L 900 mg/100 mL (0.9 %) INYECTABLE	15	0.50%	3.67	0.28
04701	METILDOPA 250 mg TABLETA	16	0.50%	0.34	0.03
22373	BOLSA PARA NUTRICION PARENTERAL X 2 L UNIDAD	5	0.50%	30.00	0.75
02433	SOLUCIONES PARA NUTRICION PARENTERAL 2 L INYECTABLE	5	0.50%	562.50	14.06
16730	EQUIPO PARA BOMBA DE INFUSION CON VOLUTROL UNIDAD	2	0.50%	48.00	0.48
05018	NIFEDIPINO 10 mg	15	0.50%	1.54	0.12
01684	CEFTRIAXONA SODICA 1 g INYECTABLE	10	0.50%	0.94	0.05
04776	METRONIDAZOL 100 mL 500 mg INYECTABLE	20	0.50%	0.95	0.10
<b>Subtotal</b>					<b>15.88</b>
<b>Total</b>					<b>123.77</b>

### Anexo 3.1.2: Desenlace Preeclampsia sin criterios de severidad

PROCEDIMIENTOS MÉDICOS					
CPMS	Denominación	Nº	Porcentaje de indicación	Costo unitario	Costo total ponderado
76827	ECOCARDIOGRAFÍA DOPPLER, FETAL, CON ONDAS DE PULSO Y/O ONDAS CONTINUAS CON REGISTRO DE ESPECTRO; COMPLETO	1	17.00%	69.43	11.80
59514	CESÁREA SOLAMENTE	1	17.00%	1047.23	178.03
99281	CONSULTA EN EMERGENCIA PARA EVALUACIÓN Y MANEJO DE UN PACIENTE QUE REQUIERE DE ESTOS TRES COMPONENTES: HISTORIA FOCALIZADA AL PROBLEMA, EXAMEN CLÍNICO FOCALIZADO AL PROBLEMA, DECISIÓN MEDICA SIMPLE Y DIRECTA USUALMENTE EL PROBLEMA ES AUTOLIMITADO Y DE MENOR COMPLEJIDAD (PRIORIDAD)	1	17.00%	73.48	12.49
99231.11	ATENCIÓN PACIENTE-DIA HOSPITALIZACIÓN ESPECIALIZADA CONTINUADA EN GINECOLOGÍA	3	17.00%	402.17	205.11
85384	MEDICIÓN DE ACLIVIDAD DE FIBRINÓGENO	3	17.00%	17.33	8.84
99199.22	TAMIZAJE DE LA PRESIÓN ARTERIAL	36	17.00%	21.06	128.89
81000	ANÁLISIS DE ORINA POR TIRA DE ANÁLISIS O REACTIVO EN TABLETA, PARA BILIRRUBINA, GLUCOSA, HEMOGLOBINA, CETONAS, LEUCOCITOS, NITRITO, PH, PROTEÍNAS, GRAVEDAD ESPECÍFICA, UROBILINÓGENO, CUALQUIER NÚMERO DE ESTOS COMPONENTES: NO AUTOMATIZADO, CON MICROSCOPIA	3	17.00%	11	5.61
85023	HEMOGRAMA Y RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADOS, Y RECUENTO MANUAL DIFERENCIAL DE LEUCOCITOS (CBC)	3	17.00%	19.16	9.77
80076	PERFIL DE LA FUNCIÓN HEPÁTICA, ESTE PERFIL DEBE INCLUIR LO SIGUIENTE: ALBÚMINA (82040), TOTAL DE BILIRRUBINA (82247), BILIRRUBINA DIRECTA (82248), ALCALINA FOSFATASA (84075), PROTEÍNAS TOTALES (84155) ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) (SGPT) (84460), ASPARTATO AMINOTRANSFERASA (AST) (SGOT) (84450)	3	17.00%	37.29	19.02
82803	DOSAJE DE GASES EN SANGRE, CUALQUIER COMBINACIÓN DE PH, P0O2, PO2, CO2, HCO3 (INCLUYENDO LA SATURACIÓN DE O2 CALCULADA)	3	17.00%	64.59	32.94
82565	DOSAJE DE CREATININA EN SANGRE	3	17.00%	13.35	6.81
84540	UREA EN ORINA (24 HORAS)	3	17.00%	9	4.59
8005	PERFIL DE ELECTROLITO, ESTE PERFIL DEBERÁ INCLUIR LOS SIGUIENTES: DIÓXIDO DE CARBONO (82374), CLORURO (82435), POTASIO (84132) Y SODIO (84295)	3	17.00%	21.77	11.10

80063	PERFIL DE COAGULACIÓN BÁSICO (DENOMINACIÓN ADAPTADA, SIN CPT ESTÁNDAR DE REFERENCIA)	3	17.00%	40.65	20.73
76801	ECOGRAFÍA, ÚTERO GRÁVIDO, TIEMPO REAL CON DOCUMENTACIÓN DE LA IMAGEN, EVALUACIÓN FETAL Y MATERNA TER TRIMESTRE (<14 SEMANAS 0 DÍAS), ABORDAJE TRANSABDOMINAL; GESTACIÓN ÚNICA O PRIMERA	1	17.00%	61.62	10.48
93000	ELECTROCARDIOGRAMA, ECG DE RUTINA CON POR LO MENOS 12 ELECTRODOS; CON INTERPRETACIÓN E INFORME	1	17.00%	38.5	6.55
83615	DOSAJE DE LACTATO DESHIDROGENASA (LD), (LDH)	3	17.00%	18.01	9.19
<b>Subtotal</b>					<b>681.93</b>
<b>Total</b>					<b>681.93</b>

### Anexo 3.1.3: Desenlace Preeclampsia con criterios de severidad

PROCEDIMIENTOS MÉDICOS					
CPMS	Denominación	Nº	Porcentaje de indicación	Costo unitario	Costo total ponderado
59514	CESÁREA SOLAMENTE	1	9.35%	1047.23	97.92
99281	CONSULTA EN EMERGENCIA PARA EVALUACIÓN Y MANEJO DE UN PACIENTE QUE REQUIERE DE ESTOS TRES COMPONENTES: HISTORIA FOCALIZADA AL PROBLEMA, EXAMEN CLÍNICO FOCALIZADO AL PROBLEMA, DECISIÓN MEDICA SIMPLE Y DIRECTA USUALMENTE EL PROBLEMA ES AUTOLIMITADO Y DE MENOR COMPLEJIDAD (PRIORIDAD)	1	9.35%	73.48	6.87
99295	ATENCIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, DÍA PACIENTE	5	9.35%	1417.96	662.90
94002	ASISTENCIA Y MANEJO DE VENTILACIÓN, INICIO DE VENTILADORES DE PRESIÓN O DE VOLUMEN PREDEFINIDOS PARA RESPIRACIÓN ASISTIDA O CONTROLADA; EN PACIENTE BAJO OBSERVACIÓN/INTERNAMIENTO, DÍA INICIAL	5	9.35%	313.63	146.62
85384	MEDICIÓN DE ACLIVIDAD DE FIBRINÓGENO	20	9.35%	17.33	32.41
99199.22	TAMIZAJE DE LA PRESIÓN ARTERIAL	120	9.35%	21.06	236.29
81000	ANÁLISIS DE ORINA POR TIRA DE ANÁLISIS O REACTIVO EN TABLETA, PARA BILIRRUBINA, GLUCOSA, HEMOGLOBINA, CETONAS, LEUCOCITOS, NITRITO, PH, PROTEÍNAS, GRAVEDAD ESPECÍFICA, UROBILINÓGENO, CUALQUIER NÚMERO DE ESTOS COMPONENTES: NO AUTOMATIZADO, CON MICROSCOPIA	5	9.35%	11	5.14
85023	HEMOGRAMA Y RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADOS, Y RECUENTO MANUAL DIFERENCIAL DE LEUCOCITOS (CBC)	20	9.35%	19.16	35.83
80076	PERFIL DE LA FUNCIÓN HEPÁTICA, ESTE PERFIL DEBE INCLUIR LO SIGUIENTE: ALBÚMINA (82040), TOTAL DE BILIRRUBINA (82247), BILIRRUBINA DIRECTA (82248),	20	9.35%	37.29	69.73

	ALCALINA FOSFATASA (84075), PROTEÍNAS TOTALES (84155) ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) (SGPT) (84460), ASPARTATO AMINOTRANSFERASA (AST) (SGOT) (84450)				
82803	DOSAJE DE GASES EN SANGRE, CUALQUIER COMBINACIÓN DE PH, P0O2, PO2, CO2, HCO3 (INCLUYENDO LA SATURACIÓN DE O2 CALCULADA)	20	9.35%	64.59	120.78
82565	DOSAJE DE CREATININA EN SANGRE	20	9.35%	13.35	24.96
84540	UREA EN ORINA (24 HORAS)	5	9.35%	9	4.21
8005	PERFIL DE ELECTROLITO, ESTE PERFIL DEBERÁ INCLUIR LOS SIGUIENTES: DIÓXIDO DE CARBONO (82374), CLORURO (82435), POTASIO (84132) Y SODIO (84295)	20	9.35%	21.77	40.71
80063	PERFIL DE COAGULACIÓN BÁSICO (DENOMINACIÓN ADAPTADA, SIN CPT ESTÁNDAR DE REFERENCIA)	20	9.35%	40.65	76.02
76801	ECOGRAFÍA, ÚTERO GRÁVIDO, TIEMPO REAL CON DOCUMENTACIÓN DE LA IMAGEN, EVALUACIÓN FETAL Y MATERNA TER TRIMESTRE (<14 SEMANAS 0 DÍAS), ABORDAJE TRANSABDOMINAL; GESTACIÓN ÚNICA O PRIMERA	5	9.35%	61.62	28.81
76604	ECOGRAFÍA DE TÓRAX (INCLUYENDO MEDIASTINO), TIEMPO REAL CON DOCUMENTACIÓN DE IMAGEN	5	9.35%	61.62	28.81
76770.01	ECOGRAFÍA RENAL	5	9.35%	69.43	32.46
71035	EXAMEN RADIOLÓGICO DE TÓRAX, INCIDENCIAS ADICIONALES (P. EL. DECÚBITO IALERAL)	2	9.35%	53.31	9.97
70552	IMÁGENES POR RESONANCIA MAGNÉTICA (P. EJ. DE PROTONES), CEREBRO (INCLUYENDO EL FALLO CEREBRAL); CON MATERIALES DE CONTRASTE	3	9.35%	754.87	211.74
93000	ELECTROCARDIOGRAMA, ECG DE RUTINA CON POR LO MENOS 12 ELECTRODOS; CON INTERPRETACIÓN E INFORME	10	9.35%	38.5	36.00
90935	HEMODIALISIS POR SESION	3	9.35%	139	38.99
83615	DOSAJE DE LACTATO DESHIDROGENASA (LD), (LDH)	20	9.35%	18.01	33.68
36430	TRANSFUSIÓN DE SANQRE O COMPONENTES SANGUÍNEOS	2	9.35%	196.49	36.74
<b>Subtotal</b>					<b>2,017.58</b>
<b>MEDICAMENTOS</b>					
<b>Código SISMED</b>	<b>Principio activo</b>	<b>Unidades</b>	<b>Porcentaje de indicación</b>	<b>Precio unitario</b>	<b>Precio total ponderado</b>
04556	MAGNESIO SULFATO 10 mL 200 mg/mL INYECTABLE	5	9.35%	1.00	0.47
05873	SODIO CLORURO 1 L 900 mg/100 mL (0.9 %) INYECTABLE	15	9.35%	3.67	5.15
04701	METILDOPA 250 mg TABLETA	16	9.35%	0.34	0.51
22373	BOLSA PARA NUTRICION PARENTERAL X 2 L UNIDAD	5	9.35%	30.00	14.03

02433	SOLUCIONES PARA NUTRICION PARENTERAL 2 L INYECTABLE	5	9.35%	562.50	262.97
16730	EQUIPO PARA BOMBA DE INFUSION CON VOLUTROL UNIDAD	2	9.35%	48.00	8.98
05018	NIFEDIPINO 10 mg	15	9.35%	1.54	2.16
01684	CEFTRIAXONA SODICA 1 g INYECTABLE	10	9.35%	0.94	0.88
04776	METRONIDAZOL 100 mL 500 mg INYECTABLE	20	9.35%	0.95	1.79
<b>Subtotal</b>					<b>296.92</b>
<b>Total</b>					<b>2,314.50</b>

### Anexo 3.1.4: EA Reacción alérgica, edema alérgico/angioedema

PROCEDIMIENTOS MÉDICOS					
CPMS	Denominación	Nº	Porcentaje de indicación	Costo unitario	Costo total ponderado
99203	CONSULTA AMBULATORIA PARA LA EVALUACIÓN Y MANEJO DE UN PACIENTE NUEVO NIVEL DE ATENCIÓN III	1	1.00%	33.48	0.33
<b>Subtotal</b>					<b>0.33</b>

MEDICAMENTOS					
Código SISMED	Principio activo	Unidades	Porcentaje de indicación	Precio unitario	Precio total ponderado
02128	CLORFENAMINA MALEATO 1 mL 10 mg/mL INYECTABLE	1	1.00%	0.17	0.002
<b>Subtotal</b>					<b>0.00</b>
<b>Total</b>					<b>0.34</b>

### Anexo 3.1.5: EA cefalea

PROCEDIMIENTOS MÉDICOS					
CPMS	Denominación	Nº	Porcentaje de indicación	Costo unitario	Costo total ponderado
99203	CONSULTA AMBULATORIA PARA LA EVALUACIÓN Y MANEJO DE UN PACIENTE NUEVO NIVEL DE ATENCIÓN III	1	10.00%	33.48	3.35
<b>Subtotal</b>					<b>3.35</b>
MEDICAMENTOS					
Código SISMED	Principio activo	Unidades	Porcentaje de indicación	Precio unitario	Precio total ponderado
05335	PARACETAMOL 500 mg TABLETA	6	10.00%	0.03	0.015
<b>Subtotal</b>					<b>0.02</b>
<b>Total</b>					<b>3.36</b>

### Anexo 3.1.6: EA Dolor gastrointestinal y abdominal, náuseas, indigestión, hinchazón, boca seca

PROCEDIMIENTOS MÉDICOS					
CPMS	Denominación	Nº	Porcentaje de indicación	Costo unitario	Costo total ponderado
99203	CONSULTA AMBULATORIA PARA LA EVALUACIÓN Y MANEJO DE UN PACIENTE NUEVO NIVEL DE ATENCIÓN III	1	1.00%	33.48	0.33
<b>Subtotal</b>					<b>0.33</b>
MEDICAMENTOS					
Código SISMED	Principio activo	Unidades	Porcentaje de indicación	Precio unitario	Precio total ponderado
05335	PARACETAMOL 500 mg TABLETA	6	1.00%	0.03	0.002
<b>Subtotal</b>					<b>0.00</b>
<b>Total</b>					<b>0.34</b>

### Anexo 3.1.7: EA Eritema

PROCEDIMIENTOS MÉDICOS					
CPMS	Denominación	Nº	Porcentaje de indicación	Costo unitario	Costo total ponderado
99203	CONSULTA AMBULATORIA PARA LA EVALUACIÓN Y MANEJO DE UN PACIENTE NUEVO NIVEL DE ATENCIÓN III	1	1.00%	33.48	0.33
<b>Subtotal</b>					<b>0.33</b>
MEDICAMENTOS					
Código SISMED	Principio activo	Unidades	Porcentaje de indicación	Precio unitario	Precio total ponderado
02128	CLORFENAMINA MALEATO 1 mL 10 mg/mL INYECTABLE	1	1.00%	0.17	0.002
<b>Subtotal</b>					<b>0.00</b>
<b>Total</b>					<b>0.34</b>

### Anexo 3.1.8: EA Calambres musculares, inflamación de articulaciones

PROCEDIMIENTOS MÉDICOS					
CPMS	Denominación	Nº	Porcentaje de indicación	Costo unitario	Costo total ponderado
99203	CONSULTA AMBULATORIA PARA LA EVALUACIÓN Y MANEJO DE UN PACIENTE NUEVO NIVEL DE ATENCIÓN III	1	1.00%	33.48	0.33
<b>Subtotal</b>					<b>0.33</b>
MEDICAMENTOS					
Código SISMED	Principio activo	Unidades	Porcentaje de indicación	Precio unitario	Precio total ponderado
05335	PARACETAMOL 500 mg TABLETA	6	1.00%	0.03	0.002

<b>Subtotal</b>	<b>0.00</b>
<b>Total</b>	<b>0.34</b>

### Anexo 3.1.9: EA Poliuria, disuria

PROCEDIMIENTOS MÉDICOS					
CPMS	Denominación	Nº	Porcentaje de indicación	Costo unitario	Costo total ponderado
99203	CONSULTA AMBULATORIA PARA LA EVALUACIÓN Y MANEJO DE UN PACIENTE NUEVO NIVEL DE ATENCIÓN III	1	1.00%	33.48	0.33
<b>Subtotal</b>					<b>0.33</b>
MEDICAMENTOS					
Código SISMED	Principio activo	Unidades	Porcentaje de indicación	Precio unitario	Precio total ponderado
03411	FENAZOPIRIDINA 100 mg TABLETA	3	1.00%	0.20	0.01
<b>Subtotal</b>					<b>0.01</b>
<b>Total</b>					<b>0.34</b>

### Anexo 3.1.10: EA Dolor inespecífico, escalofríos

PROCEDIMIENTOS MÉDICOS					
CPMS	Denominación	Nº	Porcentaje de indicación	Costo unitario	Costo total ponderado
99203	CONSULTA AMBULATORIA PARA LA EVALUACIÓN Y MANEJO DE UN PACIENTE NUEVO NIVEL DE ATENCIÓN III	1	1.00%	33.48	0.33
<b>Subtotal</b>					<b>0.33</b>
MEDICAMENTOS					

Código SISMED	Principio activo	Unidades	Porcentaje de indicación	Precio unitario	Precio total ponderado
05335	PARACETAMOL 500 mg TABLETA	6	1.00%	0.03	0.002
<b>Subtotal</b>					<b>0.00</b>
<b>Total</b>					<b>0.34</b>

### Anexo 3.2: Tratamiento con no Brindar o dar Placebo

#### Anexo 3.2.1: Desenlace Eclampsia

PROCEDIMIENTOS MÉDICOS					
CPMS	Denominación	Nº	Porcentaje de indicación	Costo unitario	Costo total ponderado
59514	CESÁREA SOLAMENTE	1	1.40%	1047.23	14.66
99281	CONSULTA EN EMERGENCIA PARA EVALUACIÓN Y MANEJO DE UN PACIENTE QUE REQUIERE DE ESTOS TRES COMPONENTES: HISTORIA FOCALIZADA AL PROBLEMA, EXAMEN CLÍNICO FOCALIZADO AL PROBLEMA, DECISIÓN MEDICA SIMPLE Y DIRECTA USUALMENTE EL PROBLEMA ES AUTOLIMITADO Y DE MENOR COMPLEJIDAD (PRIORIDAD)	1	1.40%	73.48	1.03
99295	ATENCIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, DÍA PACIENTE	5	1.40%	1417.96	99.26
94002	ASISTENCIA Y MANEJO DE VENTILACIÓN, INICIO DE VENTILADORES DE PRESIÓN O DE VOLUMEN PREDEFINIDOS PARA RESPIRACIÓN ASISTIDA O CONTROLADA; EN PACIENTE BAJO OBSERVACIÓN/INTERNAMIENTO, DÍA INICIAL	5	1.40%	313.63	21.95
85384	MEDICIÓN DE ACLIVIDAD DE FIBRINÓGENO	20	1.40%	17.33	4.85
99199.22	TAMIZAJE DE LA PRESIÓN ARTERIAL	120	1.40%	21.06	35.38
81000	ANÁLISIS DE ORINA POR TIRA DE ANÁLISIS O REACTIVO EN TABLETA, PARA BILIRRUBINA, GLUCOSA, HEMOGLOBINA, CETONAS, LEUCOCITOS, NITRITO, PH, PROTEÍNAS, GRAVEDAD ESPECÍFICA, UROBILINÓGENO, CUALQUIER NÚMERO DE ESTOS COMPONENTES: NO AUTOMATIZADO, CON MICROSCOPIA	5	1.40%	11	0.77
85023	HEMOGRAMA Y RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADOS, Y RECUENTO MANUAL DIFERENCIAL DE LEUCOCITOS (CBC)	20	1.40%	19.16	5.36
80076	PERFIL DE LA FUNCIÓN HEPÁTICA, ESTE PERFIL DEBE INCLUIR LO SIGUIENTE: ALBÚMINA (82040), TOTAL DE BILIRRUBINA (82247), BILIRRUBINA	20	1.40%	37.29	10.44

	DIRECTA (82248), ALCALINA FOSFATASA (84075), PROTEÍNAS TOTALES (84155) ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) (SGPT) (84460), ASPARTATO AMINOTRANSFERASA (AST) (SGOT (84450)				
82803	DOSAJE DE GASES EN SANGRE, CUALQUIER COMBINACIÓN DE PH, P0O2, PO2, CO2, HCO3 (INCLUYENDO LA SATURACIÓN DE O2 CALCULADA)	20	1.40%	64.59	18.09
82565	DOSAJE DE CREATININA EN SANGRE	20	1.40%	13.35	3.74
84540	UREA EN ORINA (24 HORAS)	5	1.40%	9	0.63
8005	PERFIL DE ELECTROLITO, ESTE PERFIL DEBERÁ INCLUIR LOS SIGUIENTES: DIÓXIDO DE CARBONO (82374), CLORURO (82435), POTASIO (84132) Y SODIO (84295)	20	1.40%	21.77	6.10
80063	PERFIL DE COAGULACIÓN BÁSICO (DENOMINACIÓN ADAPTADA, SIN CPT ESTÁNDAR DE REFERENCIA)	20	1.40%	40.65	11.38
76801	ECOGRAFÍA, ÚTERO GRÁVIDO, TIEMPO REAL CON DOCUMENTACIÓN DE LA IMAGEN, EVALUACIÓN FETAL Y MATERNA TER TRIMESTRE (<14 SEMANAS 0 DÍAS), ABORDAJE TRANSABDOMINAL; GESTACIÓN ÚNICA O PRIMERA	5	1.40%	61.62	4.31
76604	ECOGRAFÍA DE TÓRAX (INCLUYENDO MEDIASTINO), TIEMPO REAL CON DOCUMENTACIÓN DE IMAGEN	5	1.40%	61.62	4.31
76770.01	ECOGRAFÍA RENAL	5	1.40%	69.43	4.86
71035	EXAMEN RADIOLÓGICO DE TÓRAX, INCIDENCIAS ADICIONALES (P. EL. DECÚBITO IALERAL)	2	1.40%	53.31	1.49
70552	IMÁGENES POR RESONANCIA MAGNÉTICA (P. EJ. DE PROTONES), CEREBRO (INCLUYENDO EL FALLO CEREBRAL); CON MATERIALES DE CONTRASTE	3	1.40%	754.87	31.70
93000	ELECTROCARDIOGRAMA, ECG DE RUTINA CON POR LO MENOS 12 ELECTRODOS; CON INTERPRETACIÓN E INFORME	10	1.40%	38.5	5.39
90935	HEMODIALISIS POR SESION	3	1.40%	139	5.84
83615	DOSAJE DE LACTATO DESHIDROGENASA (LD), (LDH)	20	1.40%	18.01	5.04
36430	TRANSFUSIÓN DE SANQRE O COMPONENTES SANGUÍNEOS	2	1.40%	196.49	5.50
<b>Subtotal</b>					<b>302.10</b>
<b>MEDICAMENTOS</b>					
<b>Código SISMED</b>	<b>Principio activo</b>	<b>Unidades</b>	<b>Porcentaje de indicación</b>	<b>Precio unitario</b>	<b>Precio total ponderado</b>
04556	MAGNESIO SULFATO 10 mL 200 mg/mL INYECTABLE	5	1.40%	1.00	0.07
05873	SODIO CLORURO 1 L 900 mg/100 mL (0.9 %) INYECTABLE	15	1.40%	3.67	0.77
04701	METILDOPA 250 mg TABLETA	16	1.40%	0.34	0.08

22373	BOLSA PARA NUTRICION PARENTERAL X 2 L UNIDAD	5	1.40%	30.00	2.10
02433	SOLUCIONES PARA NUTRICION PARENTERAL 2 L INYECTABLE	5	1.40%	562.50	39.38
16730	EQUIPO PARA BOMBA DE INFUSION CON VOLUTROL UNIDAD	2	1.40%	48.00	1.34
05018	NIFEDIPINO 10 mg	15	1.40%	1.54	0.32
01684	CEFTRIAXONA SODICA 1 g INYECTABLE	10	1.40%	0.94	0.13
04776	METRONIDAZOL 100 mL 500 mg INYECTABLE	20	1.40%	0.95	0.27
<b>Subtotal</b>					<b>44.46</b>
<b>Total</b>					<b>346.56</b>

### Anexo 3.2.2: Desenlace Preeclampsia sin criterios de severidad

PROCEDIMIENTOS MÉDICOS					
CPMS	Denominación	Nº	Porcentaje de indicación	Costo unitario	Costo total ponderado
76827	ECOCARDIOGRAFÍA DOPPLER, FETAL, CON ONDAS DE PULSO Y/O ONDAS CONTINUAS CON REGISTRO DE ESPECTRO; COMPLETO	1	18.50%	69.43	12.84
59514	CESÁREA SOLAMENTE	1	18.50%	1047.23	193.74
99281	CONSULTA EN EMERGENCIA PARA EVALUACIÓN Y MANEJO DE UN PACIENTE QUE REQUIERE DE ESTOS TRES COMPONENTES: HISTORIA FOCALIZADA AL PROBLEMA, EXAMEN CLÍNICO FOCALIZADO AL PROBLEMA, DECISIÓN MEDICA SIMPLE Y DIRECTA USUALMENTE EL PROBLEMA ES AUTOLIMITADO Y DE MENOR COMPLEJIDAD (PRIORIDAD)	1	18.50%	73.48	13.59
99231.11	ATENCIÓN PACIENTE-DIA HOSPITALIZACIÓN ESPECIALIZADA CONTINUADA EN GINECOLOGÍA	3	18.50%	402.17	223.20
85384	MEDICIÓN DE ACLIVIDAD DE FIBRINÓGENO	3	18.50%	17.33	9.62
99199.22	TAMIZAJE DE LA PRESIÓN ARTERIAL	36	18.50%	21.06	140.26
81000	ANÁLISIS DE ORINA POR TIRA DE ANÁLISIS O REACTIVO EN TABLETA, PARA BILIRRUBINA, GLUCOSA, HEMOGLOBINA, CETONAS, LEUCOCITOS, NITRITO, PH, PROTEÍNAS, GRAVEDAD ESPECÍFICA, UROBILINÓGENO, CUALQUIER NÚMERO DE ESTOS COMPONENTES: NO AUTOMATIZADO, CON MICROSCOPIA	3	18.50%	11	6.11
85023	HEMOGRAMA Y RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADOS, Y RECUENTO MANUAL DIFERENCIAL DE LEUCOCITOS (CBC)	3	18.50%	19.16	10.63

80076	PERFIL DE LA FUNCIÓN HEPÁTICA, ESTE PERFIL DEBE INCLUIR LO SIGUIENTE: ALBÚMINA (82040), TOTAL DE BILIRRUBINA (82247), BILIRRUBINA DIRECTA (82248), ALCALINA FOSFATASA (84075), PROTEÍNAS TOTALES (84155) ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) (SGPT) (84460), ASPARTATO AMINOTRANSFERASA (AST) (SGOT (84450)	3	18.50%	37.29	20.70
82803	DOSAJE DE GASES EN SANGRE, CUALQUIER COMBINACIÓN DE PH, P002, PO2, CO2, HCO3 (INCLUYENDO LA SATURACIÓN DE O2 CALCULADA)	3	18.50%	64.59	35.85
82565	DOSAJE DE CREATININA EN SANGRE	3	18.50%	13.35	7.41
84540	UREA EN ORINA (24 HORAS)	3	18.50%	9	5.00
8005	PERFIL DE ELECTROLITO, ESTE PERFIL DEBERÁ INCLUIR LOS SIGUIENTES: DIÓXIDO DE CARBONO (82374), CLORURO (82435), POTASIO (84132) Y SODIO (84295)	3	18.50%	21.77	12.08
80063	PERFIL DE COAGULACIÓN BÁSICO (DENOMINACIÓN ADAPTADA, SIN CPT ESTÁNDAR DE REFERENCIA)	3	18.50%	40.65	22.56
76801	ECOGRAFÍA, ÚTERO GRÁVIDO, TIEMPO REAL CON DOCUMENTACIÓN DE LA IMAGEN, EVALUACIÓN FETAL Y MATERNA TER TRIMESTRE (<14 SEMANAS O DÍAS), ABORDAJE TRANSABDOMINAL; GESTACIÓN ÚNICA O PRIMERA	1	18.50%	61.62	11.40
93000	ELECTROCARDIOGRAMA, ECG DE RUTINA CON POR LO MENOS 12 ELECTRODOS; CON INTERPRETACIÓN E INFORME	1	18.50%	38.5	7.12
83615	DOSAJE DE LACTATO DESHIDROGENASA (LD), (LDH)	3	18.50%	18.01	10.00
<b>Subtotal</b>					<b>742.11</b>
<b>Total</b>					<b>742.11</b>

### Anexo 3.2.3: Desenlace Preeclampsia con criterios de severidad

PROCEDIMIENTOS MÉDICOS					
CPMS	Denominación	Nº	Porcentaje de indicación	Costo unitario	Costo total ponderado
59514	CESÁREA SOLAMENTE	1	19.80%	1047.23	207.35
99281	CONSULTA EN EMERGENCIA PARA EVALUACIÓN Y MANEJO DE UN PACIENTE QUE REQUIERE DE ESTOS TRES COMPONENTES: HISTORIA FOCALIZADA AL PROBLEMA, EXAMEN CLÍNICO FOCALIZADO AL PROBLEMA, DECISIÓN MEDICA SIMPLE Y DIRECTA USUALMENTE EL PROBLEMA ES AUTOLIMITADO Y DE MENOR COMPLEJIDAD (PRIORIDAD)	1	19.80%	73.48	14.55

99295	ATENCIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, DÍA PACIENTE	5	19.80%	1417.96	1,403.78
94002	ASISTENCIA Y MANEJO DE VENTILACIÓN, INICIO DE VENTILADORES DE PRESIÓN O DE VOLUMEN PREDEFINIDOS PARA RESPIRACIÓN ASISTIDA O CONTROLADA; EN PACIENTE BAJO OBSERVACIÓN/INTERNAMIENTO, DÍA INICIAL	5	19.80%	313.63	310.49
85384	MEDICIÓN DE ACLIVIDAD DE FIBRINÓGENO	20	19.80%	17.33	68.63
99199.22	TAMIZAJE DE LA PRESIÓN ARTERIAL	120	19.80%	21.06	500.39
81000	ANÁLISIS DE ORINA POR TIRA DE ANÁLISIS O REACTIVO EN TABLETA, PARA BILIRRUBINA, GLUCOSA, HEMOGLOBINA, CETONAS, LEUCOCITOS, NITRITO, PH, PROTEÍNAS, GRAVEDAD ESPECÍFICA, UROBILINÓGENO, CUALQUIER NÚMERO DE ESTOS COMPONENTES: NO AUTOMATIZADO, CON MICROSCOPIA	5	19.80%	11	10.89
85023	HEMOGRAMA Y RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADOS, Y RECUENTO MANUAL DIFERENCIAL DE LEUCOCITOS (CBC)	20	19.80%	19.16	75.87
80076	PERFIL DE LA FUNCIÓN HEPÁTICA, ESTE PERFIL DEBE INCLUIR LO SIGUIENTE: ALBÚMINA (82040), TOTAL DE BILIRRUBINA (82247), BILIRRUBINA DIRECTA (82248), ALCALINA FOSFATASA (84075), PROTEÍNAS TOTALES (84155) ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) (SGPT) (84460), ASPARTATO AMINOTRANSFERASA (AST) (SGOT) (84450)	20	19.80%	37.29	147.67
82803	DOSAJE DE GASES EN SANGRE, CUALQUIER COMBINACIÓN DE PH, P <sub>O</sub> 2, PO <sub>2</sub> , CO <sub>2</sub> , HCO <sub>3</sub> (INCLUYENDO LA SATURACIÓN DE O <sub>2</sub> CALCULADA)	20	19.80%	64.59	255.78
82565	DOSAJE DE CREATININA EN SANGRE	20	19.80%	13.35	52.87
84540	UREA EN ORINA (24 HORAS)	5	19.80%	9	8.91
8005	PERFIL DE ELECTROLITO, ESTE PERFIL DEBERÁ INCLUIR LOS SIGUIENTES: DIÓXIDO DE CARBONO (82374), CLORURO (82435), POTASIO (84132) Y SODIO (84295)	20	19.80%	21.77	86.21
80063	PERFIL DE COAGULACIÓN BÁSICO (DENOMINACIÓN ADAPTADA, SIN CPT ESTÁNDAR DE REFERENCIA)	20	19.80%	40.65	160.97
76801	ECOGRAFÍA, ÚTERO GRÁVIDO, TIEMPO REAL CON DOCUMENTACIÓN DE LA IMAGEN, EVALUACIÓN FETAL Y MATERNA TER TRIMESTRE (<14 SEMANAS 0 DÍAS), ABORDAJE TRANSABDOMINAL; GESTACIÓN ÚNICA O PRIMERA	5	19.80%	61.62	61.00
76604	ECOGRAFÍA DE TÓRAX (INCLUYENDO MEDIASTINO), TIEMPO REAL CON DOCUMENTACIÓN DE IMAGEN	5	19.80%	61.62	61.00
76770.01	ECOGRAFÍA RENAL	5	19.80%	69.43	68.74
71035	EXAMEN RADIOLÓGICO DE TÓRAX, INCIDENCIAS ADICIONALES (P. EL. DECÚBITO LATERAL)	2	19.80%	53.31	21.11
70552	IMÁGENES POR RESONANCIA MAGNÉTICA (P. EJ. DE PROTONES), CEREBRO (INCLUYENDO EL FALLO CEREBRAL); CON MATERIALES DE CONTRASTE	3	19.80%	754.87	448.39

93000	ELECTROCARDIOGRAMA, ECG DE RUTINA CON POR LO MENOS 12 ELECTRODOS; CON INTERPRETACIÓN E INFORME	10	19.80%	38.5	76.23
90935	HEMODIALISIS POR SESION	3	19.80%	139	82.57
83615	DOSAJE DE LACTATO DESHIDROGENASA (LD), (LDH)	20	19.80%	18.01	71.32
36430	TRANSFUSIÓN DE SANQRE O COMPONENTES SANGUÍNEOS	2	19.80%	196.49	77.81
<b>Subtotal</b>					<b>4 272.53</b>

<b>MEDICAMENTOS</b>					
<b>Código SISMED</b>	<b>Principio activo</b>	<b>Unidades</b>	<b>Porcentaje de indicación</b>	<b>Precio unitario</b>	<b>Precio total ponderado</b>
04556	MAGNESIO SULFATO 10 mL 200 mg/mL INYECTABLE	5	19.80%	1.00	0.99
05873	SODIO CLORURO 1 L 900 mg/100 mL (0.9 %) INYECTABLE	15	19.80%	3.67	10.90
04701	METILDOPA 250 mg TABLETA	16	19.80%	0.34	1.07
22373	BOLSA PARA NUTRICION PARENTERAL X 2 L UNIDAD	5	19.80%	30.00	29.70
02433	SOLUCIONES PARA NUTRICION PARENTERAL 2 L INYECTABLE	5	19.80%	562.50	556.88
16730	EQUIPO PARA BOMBA DE INFUSION CON VOLUTROL UNIDAD	2	19.80%	48.00	19.01
05018	NIFEDIPINO 10 mg	15	19.80%	1.54	4.58
01684	CEFTRIAXONA SODICA 1 g INYECTABLE	10	19.80%	0.94	1.86
04776	METRONIDAZOL 100 mL 500 mg INYECTABLE	20	19.80%	0.95	3.78
<b>Subtotal</b>					<b>628.77</b>
<b>Total</b>					<b>4 901.29</b>

#### Anexo 4: Antibióticos y tratamiento de los eventos adversos de la pregunta 4 (Metildopa)

CPMS	Denominación	Nº	Porcentaje de indicación	Costo unitario	Costo total ponderado
04701	METILDOPA 250 mg TABLETA	6	100.00%	0.34	2.03

#### Anexo 4.1: Tratamiento con Metildopa

##### Anexo 4.1.1: Desenlace Eclampsia

PROCEDIMIENTOS MÉDICOS					
CPMS	Denominación	Nº	Porcentaje de indicación	Costo unitario	Costo total ponderado
59514	CESÁREA SOLAMENTE	1	0.50%	1047.23	5.24
99281	CONSULTA EN EMERGENCIA PARA EVALUACIÓN Y MANEJO DE UN PACIENTE QUE REQUIERE DE ESTOS TRES COMPONENTES: HISTORIA FOCALIZADA AL PROBLEMA, EXAMEN CLÍNICO FOCALIZADO AL PROBLEMA, DECISIÓN MEDICA SIMPLE Y DIRECTA USUALMENTE EL PROBLEMA ES AUTOLIMITADO Y DE MENOR COMPLEJIDAD (PRIORIDAD)	1	0.50%	73.48	0.37
99295	ATENCIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, DÍA PACIENTE	5	0.50%	1417.96	35.45
94002	ASISTENCIA Y MANEJO DE VENTILACIÓN, INICIO DE VENTILADORES DE PRESIÓN O DE VOLUMEN PREDEFINIDOS PARA RESPIRACIÓN ASISTIDA O CONTROLADA; EN PACIENTE BAJO OBSERVACIÓN/INTERNAMIENTO, DÍA INICIAL	5	0.50%	313.63	7.84
85384	MEDICIÓN DE ACLIVIDAD DE FIBRINÓGENO	20	0.50%	17.33	1.73
99199.22	TAMIZAJE DE LA PRESIÓN ARTERIAL	120	0.50%	21.06	12.64
81000	ANÁLISIS DE ORINA POR TIRA DE ANÁLISIS O REACTIVO EN TABLETA, PARA BILIRRUBINA, GLUCOSA, HEMOGLOBINA, CETONAS, LEUCOCITOS, NITRITO, PH, PROTEÍNAS, GRAVEDAD ESPECÍFICA, UROBILINÓGENO, CUALQUIER NÚMERO DE ESTOS COMPONENTES: NO AUTOMATIZADO, CON MICROSCOPIA	5	0.50%	11	0.28

85023	HEMOGRAMA Y RECuento DE PLAQUETAS AUTOMATIZADOS, Y RECuento MANUAL DIFERENCIAL DE LEUCOCITOS (CBC)	20	0.50%	19.16	1.92
80076	PERFIL DE LA FUNCIÓN HEPÁTICA, ESTE PERFIL DEBE INCLUIR LO SIGUIENTE: ALBÚMINA (82040), TOTAL DE BILIRRUBINA (82247), BILIRRUBINA DIRECTA (82248), ALCALINA FOSFATASA (84075), PROTEÍNAS TOTALES (84155) ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) (SGPT) (84460), ASPARTATO AMINOTRANSFERASA (AST) (SGOT (84450)	20	0.50%	37.29	3.73
82803	DOSAJE DE GASES EN SANGRE, CUALQUIER COMBINACIÓN DE PH, P002, PO2, CO2, HCO3 (INCLUYENDO LA SATURACIÓN DE O2 CALCULADA)	20	0.50%	64.59	6.46
82565	DOSAJE DE CREATININA EN SANGRE	20	0.50%	13.35	1.34
84540	UREA EN ORINA (24 HORAS)	5	0.50%	9	0.23
8005	PERFIL DE ELECTROLITO, ESTE PERFIL DEBERÁ INCLUIR LOS SIGUIENTES: DIÓXIDO DE CARBONO (82374), CLORURO (82435), POTASIO (84132) Y SODIO (84295)	20	0.50%	21.77	2.18
80063	PERFIL DE COAGULACIÓN BÁSICO (DENOMINACIÓN ADAPTADA, SIN CPT ESTÁNDAR DE REFERENCIA)	20	0.50%	40.65	4.07
76801	ECOGRAFÍA, ÚTERO GRÁVIDO, TIEMPO REAL CON DOCUMENTACIÓN DE LA IMAGEN, EVALUACIÓN FETAL Y MATERNA TER TRIMESTRE (<14 SEMANAS 0 DÍAS), ABORDAJE TRANSABDOMINAL; GESTACIÓN ÚNICA O PRIMERA	5	0.50%	61.62	1.54
76604	ECOGRAFÍA DE TÓRAX (INCLUYENDO MEDIASTINO), TIEMPO REAL CON DOCUMENTACIÓN DE IMAGEN	5	0.50%	61.62	1.54
76770.01	ECOGRAFÍA RENAL	5	0.50%	69.43	1.74
71035	EXAMEN RADIOLÓGICO DE TÓRAX, INCIDENCIAS ADICIONALES (P. EL. DECÚBITO IALERAL)	2	0.50%	53.31	0.53
70552	IMÁGENES POR RESONANCIA MAGNÉTICA (P. EJ. DE PROTONES), CEREBRO (INCLUYENDO EL FALLO CEREBRAL); CON MATERIALES DE CONTRASTE	3	0.50%	754.87	11.32
93000	ELECTROCARDIOGRAMA, ECG DE RUTINA CON POR LO MENOS 12 ELECTRODOS; CON INTERPRETACIÓN E INFORME	10	0.50%	38.5	1.93
90935	HEMODIALISIS POR SESION	3	0.50%	139	2.09
83615	DOSAJE DE LACTATO DESHIDROGENASA (LD), (LDH)	20	0.50%	18.01	1.80
36430	TRANSFUSIÓN DE SANQRE O COMPONENTES SANGUÍNEOS	2	0.50%	196.49	1.96
<b>Subtotal</b>					<b>107.89</b>

MEDICAMENTOS					
Código SISMED	Principio activo	Unidades	Porcentaje de indicación	Precio unitario	Precio total ponderado
04556	MAGNESIO SULFATO 10 mL 200 mg/mL INYECTABLE	5	0.50%	1.00	0.03
05873	SODIO CLORURO 1 L 900 mg/100 mL (0.9 %) INYECTABLE	15	0.50%	3.67	0.28
04701	METILDOPA 250 mg TABLETA	16	0.50%	0.34	0.03
22373	BOLSA PARA NUTRICION PARENTERAL X 2 L UNIDAD	5	0.50%	30.00	0.75
02433	SOLUCIONES PARA NUTRICION PARENTERAL 2 L INYECTABLE	5	0.50%	562.50	14.06
16730	EQUIPO PARA BOMBA DE INFUSION CON VOLUTROL UNIDAD	2	0.50%	48.00	0.48
05018	NIFEDIPINO 10 mg	15	0.50%	1.54	0.12
01684	CEFTRIAXONA SODICA 1 g INYECTABLE	10	0.50%	0.94	0.05
04776	METRONIDAZOL 100 mL 500 mg INYECTABLE	20	0.50%	0.95	0.10
<b>Subtotal</b>					<b>15.88</b>
<b>Total</b>					<b>123.77</b>

#### Anexo 4.1.2: Desenlace Preeclampsia sin criterios de severidad

PROCEDIMIENTOS MÉDICOS					
CPMS	Denominación	Nº	Porcentaje de indicación	Costo unitario	Costo total ponderado
76827	ECOCARDIOGRAFÍA DOPPLER, FETAL, CON ONDAS DE PULSO Y/O ONDAS CONTINUAS CON REGISTRO DE ESPECTRO; COMPLETO	1	17.00%	69.43	11.80
59514	CESÁREA SOLAMENTE	1	17.00%	1047.23	178.03
99281	CONSULTA EN EMERGENCIA PARA EVALUACIÓN Y MANEJO DE UN PACIENTE QUE REQUIERE DE ESTOS TRES COMPONENTES: HISTORIA FOCALIZADA AL PROBLEMA, EXAMEN CLÍNICO FOCALIZADO AL PROBLEMA, DECISIÓN MEDICA SIMPLE Y DIRECTA USUALMENTE EL PROBLEMA ES AUTOLIMITADO Y DE MENOR COMPLEJIDAD (PRIORIDAD)	1	17.00%	73.48	12.49

99231.11	ATENCIÓN PACIENTE-DIA HOSPITALIZACIÓN ESPECIALIZADA CONTINUADA EN GINECOLOGÍA	3	17.00%	402.17	205.11
85384	MEDICIÓN DE ACLIVIDAD DE FIBRINÓGENO	3	17.00%	17.33	8.84
99199.22	TAMIZAJE DE LA PRESIÓN ARTERIAL	36	17.00%	21.06	128.89
81000	ANÁLISIS DE ORINA POR TIRA DE ANÁLISIS O REACTIVO EN TABLETA, PARA BILIRRUBINA, GLUCOSA, HEMOGLOBINA, CETONAS, LEUCOCITOS, NITRITO, PH, PROTEÍNAS, GRAVEDAD ESPECÍFICA, UROBILINÓGENO, CUALQUIER NÚMERO DE ESTOS COMPONENTES: NO AUTOMATIZADO, CON MICROSCOPIA	3	17.00%	11	5.61
85023	HEMOGRAMA Y RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADOS, Y RECUENTO MANUAL DIFERENCIAL DE LEUCOCITOS (CBC)	3	17.00%	19.16	9.77
80076	PERFIL DE LA FUNCIÓN HEPÁTICA, ESTE PERFIL DEBE INCLUIR LO SIGUIENTE: ALBÚMINA (82040), TOTAL DE BILIRRUBINA (82247), BILIRRUBINA DIRECTA (82248), ALCALINA FOSFATASA (84075), PROTEÍNAS TOTALES (84155) ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) (SGPT) (84460), ASPARTATO AMINOTRANSFERASA (AST) (SGOT (84450)	3	17.00%	37.29	19.02
82803	DOSAJE DE GASES EN SANGRE, CUALQUIER COMBINACIÓN DE PH, PO2, PO2, CO2, HCO3 (INCLUYENDO LA SATURACIÓN DE O2 CALCULADA)	3	17.00%	64.59	32.94
82565	DOSAJE DE CREATININA EN SANGRE	3	17.00%	13.35	6.81
84540	UREA EN ORINA (24 HORAS)	3	17.00%	9	4.59
8005	PERFIL DE ELECTROLITO, ESTE PERFIL DEBERÁ INCLUIR LOS SIGUIENTES: DIÓXIDO DE CARBONO (82374), CLORURO (82435), POTASIO (84132) Y SODIO (84295)	3	17.00%	21.77	11.10
80063	PERFIL DE COAGULACIÓN BÁSICO (DENOMINACIÓN ADAPTADA, SIN CPT ESTÁNDAR DE REFERENCIA)	3	17.00%	40.65	20.73
76801	ECOGRAFÍA, ÚTERO GRÁVIDO, TIEMPO REAL CON DOCUMENTACIÓN DE LA IMAGEN, EVALUACIÓN FETAL Y MATERNA TER TRIMESTRE (<14 SEMANAS 0 DÍAS), ABORDAJE TRANSABDOMINAL; GESTACIÓN ÚNICA O PRIMERA	1	17.00%	61.62	10.48
93000	ELECTROCARDIOGRAMA, ECG DE RUTINA CON POR LO MENOS 12 ELECTRODOS; CON INTERPRETACIÓN E INFORME	1	17.00%	38.5	6.55
83615	DOSAJE DE LACTATO DESHIDROGENASA (LD), (LDH)	3	17.00%	18.01	9.19
<b>Subtotal</b>					<b>681.93</b>
<b>Total</b>					<b>681.93</b>

### Anexo 4.1.3: Desenlace Preeclampsia con criterios de severidad

PROCEDIMIENTOS MÉDICOS					
CPMS	Denominación	Nº	Porcentaje de indicación	Costo unitario	Costo total ponderado
59514	CESÁREA SOLAMENTE	1	9.35%	1047.23	97.92
99281	CONSULTA EN EMERGENCIA PARA EVALUACIÓN Y MANEJO DE UN PACIENTE QUE REQUIERE DE ESTOS TRES COMPONENTES: HISTORIA FOCALIZADA AL PROBLEMA, EXAMEN CLÍNICO FOCALIZADO AL PROBLEMA, DECISIÓN MEDICA SIMPLE Y DIRECTA USUALMENTE EL PROBLEMA ES AUTOLIMITADO Y DE MENOR COMPLEJIDAD (PRIORIDAD)	1	9.35%	73.48	6.87
99295	ATENCIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, DÍA PACIENTE	5	9.35%	1417.96	662.90
94002	ASISTENCIA Y MANEJO DE VENTILACIÓN, INICIO DE VENTILADORES DE PRESIÓN O DE VOLUMEN PREDEFINIDOS PARA RESPIRACIÓN ASISTIDA O CONTROLADA; EN PACIENTE BAJO OBSERVACIÓN/INTERNAMIENTO, DÍA INICIAL	5	9.35%	313.63	146.62
85384	MEDICIÓN DE ACTIVIDAD DE FIBRINÓGENO	20	9.35%	17.33	32.41
99199.22	TAMIZAJE DE LA PRESIÓN ARTERIAL	120	9.35%	21.06	236.29
81000	ANÁLISIS DE ORINA POR TIRA DE ANÁLISIS O REACTIVO EN TABLETA, PARA BILIRRUBINA, GLUCOSA, HEMOGLOBINA, CETONAS, LEUCOCITOS, NITRITO, PH, PROTEÍNAS, GRAVEDAD ESPECÍFICA, UROBILINÓGENO, CUALQUIER NÚMERO DE ESTOS COMPONENTES: NO AUTOMATIZADO, CON MICROSCOPIA	5	9.35%	11	5.14
85023	HEMOGRAMA Y RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADOS, Y RECUENTO MANUAL DIFERENCIAL DE LEUCOCITOS (CBC)	20	9.35%	19.16	35.83
80076	PERFIL DE LA FUNCIÓN HEPÁTICA, ESTE PERFIL DEBE INCLUIR LO SIGUIENTE: ALBÚMINA (82040), TOTAL DE BILIRRUBINA (82247), BILIRRUBINA DIRECTA (82248), ALCALINA FOSFATASA (84075), PROTEÍNAS TOTALES (84155) ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) (SGPT) (84460), ASPARTATO AMINOTRANSFERASA (AST) (SGOT) (84450)	20	9.35%	37.29	69.73
82803	DOSAJE DE GASES EN SANGRE, CUALQUIER COMBINACIÓN DE PH, PO2, PO2, CO2, HCO3 (INCLUYENDO LA SATURACIÓN DE O2 CALCULADA)	20	9.35%	64.59	120.78
82565	DOSAJE DE CREATININA EN SANGRE	20	9.35%	13.35	24.96
84540	UREA EN ORINA (24 HORAS)	5	9.35%	9	4.21

8005	PERFIL DE ELECTROLITO, ESTE PERFIL DEBERÁ INCLUIR LOS SIGUIENTES: DIÓXIDO DE CARBONO (82374), CLORURO (82435), POTASIO (84132) Y SODIO (84295)	20	9.35%	21.77	40.71
80063	PERFIL DE COAGULACIÓN BÁSICO (DENOMINACIÓN ADAPTADA, SIN CPT ESTÁNDAR DE REFERENCIA)	20	9.35%	40.65	76.02
76801	ECOGRAFÍA, ÚTERO GRÁVIDO, TIEMPO REAL CON DOCUMENTACIÓN DE LA IMAGEN, EVALUACIÓN FETAL Y MATERNA TER TRIMESTRE (<14 SEMANAS 0 DÍAS), ABORDAJE TRANSABDOMINAL; GESTACIÓN ÚNICA O PRIMERA	5	9.35%	61.62	28.81
76604	ECOGRAFÍA DE TÓRAX (INCLUYENDO MEDIASTINO), TIEMPO REAL CON DOCUMENTACIÓN DE IMAGEN	5	9.35%	61.62	28.81
76770.01	ECOGRAFÍA RENAL	5	9.35%	69.43	32.46
71035	EXAMEN RADIOLÓGICO DE TÓRAX, INCIDENCIAS ADICIONALES (P. EL. DECÚBITO IALERAL)	2	9.35%	53.31	9.97
70552	IMÁGENES POR RESONANCIA MAGNÉTICA (P. EJ. DE PROTONES), CEREBRO (INCLUYENDO EL FALLO CEREBRAL); CON MATERIALES DE CONTRASTE	3	9.35%	754.87	211.74
93000	ELECTROCARDIOGRAMA, ECG DE RUTINA CON POR LO MENOS 12 ELECTRODOS; CON INTERPRETACIÓN E INFORME	10	9.35%	38.5	36.00
90935	HEMODIALISIS POR SESION	3	9.35%	139	38.99
83615	DOSAJE DE LACTATO DESHIDROGENASA (LD), (LDH)	20	9.35%	18.01	33.68
36430	TRANSFUSIÓN DE SANQRE O COMPONENTES SANGUÍNEOS	2	9.35%	196.49	36.74
<b>Subtotal</b>					<b>2 017.58</b>
<b>MEDICAMENTOS</b>					
<b>Código SISMED</b>	<b>Principio activo</b>	<b>Unidades</b>	<b>Porcentaje de indicación</b>	<b>Precio unitario</b>	<b>Precio total ponderado</b>
04556	MAGNESIO SULFATO 10 mL 200 mg/mL INYECTABLE	5	9.35%	1.00	0.47
05873	SODIO CLORURO 1 L 900 mg/100 mL (0.9 %) INYECTABLE	15	9.35%	3.67	5.15
04701	METILDOPA 250 mg TABLETA	16	9.35%	0.34	0.51
22373	BOLSA PARA NUTRICION PARENTERAL X 2 L UNIDAD	5	9.35%	30.00	14.03
02433	SOLUCIONES PARA NUTRICION PARENTERAL 2 L INYECTABLE	5	9.35%	562.50	262.97
16730	EQUIPO PARA BOMBA DE INFUSION CON VOLUTROL UNIDAD	2	9.35%	48.00	8.98
05018	NIFEDIPINO 10 mg	15	9.35%	1.54	2.16
01684	CEFTRIAXONA SODICA 1 g INYECTABLE	10	9.35%	0.94	0.88

04776	METRONIDAZOL 100 mL 500 mg INYECTABLE	20	9.35%	0.95	1.79
<b>Subtotal</b>					<b>296.92</b>
<b>Total</b>					<b>2 314.50</b>

## Anexo 4.2: Tratamiento con no Brindar o dar Placebo

### Anexo 4.2.1: Desenlace Eclampsia

PROCEDIMIENTOS MÉDICOS					
CPMS	Denominación	Nº	Porcentaje de indicación	Costo unitario	Costo total ponderado
59514	CESÁREA SOLAMENTE	1	1.40%	1047.23	14.66
99281	CONSULTA EN EMERGENCIA PARA EVALUACIÓN Y MANEJO DE UN PACIENTE QUE REQUIERE DE ESTOS TRES COMPONENTES: HISTORIA FOCALIZADA AL PROBLEMA, EXAMEN CLÍNICO FOCALIZADO AL PROBLEMA, DECISIÓN MEDICA SIMPLE Y DIRECTA USUALMENTE EL PROBLEMA ES AUTOLIMITADO Y DE MENOR COMPLEJIDAD (PRIORIDAD)	1	1.40%	73.48	1.03
99295	ATENCIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, DÍA PACIENTE	5	1.40%	1417.96	99.26
94002	ASISTENCIA Y MANEJO DE VENTILACIÓN, INICIO DE VENTILADORES DE PRESIÓN O DE VOLUMEN PREDEFINIDOS PARA RESPIRACIÓN ASISTIDA O CONTROLADA; EN PACIENTE BAJO OBSERVACIÓN/INTERNAMIENTO, DÍA INICIAL	5	1.40%	313.63	21.95
85384	MEDICIÓN DE ACLIVIDAD DE FIBRINÓGENO	20	1.40%	17.33	4.85
99199.22	TAMIZAJE DE LA PRESIÓN ARTERIAL	120	1.40%	21.06	35.38
81000	ANÁLISIS DE ORINA POR TIRA DE ANÁLISIS O REACTIVO EN TABLETA, PARA BILIRRUBINA, GLUCOSA, HEMOGLOBINA, CETONAS, LEUCOCITOS, NITRITO, PH, PROTEÍNAS, GRAVEDAD ESPECÍFICA, UROBILINÓGENO, CUALQUIER NÚMERO DE ESTOS COMPONENTES: NO AUTOMATIZADO, CON MICROSCOPIA	5	1.40%	11	0.77
85023	HEMOGRAMA Y RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADOS, Y RECUENTO MANUAL DIFERENCIAL DE LEUCOCITOS (CBC)	20	1.40%	19.16	5.36
80076	PERFIL DE LA FUNCIÓN HEPÁTICA, ESTE PERFIL DEBE INCLUIR LO SIGUIENTE: ALBÚMINA (82040), TOTAL DE BILIRRUBINA (82247), BILIRRUBINA DIRECTA (82248), ALCALINA FOSFATASA (84075), PROTEÍNAS TOTALES (84155)	20	1.40%	37.29	10.44

	ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) (SGPT) (84460), ASPARTATO AMINOTRANSFERASA (AST) (SGOT) (84450)				
82803	DOSAJE DE GASES EN SANGRE, CUALQUIER COMBINACIÓN DE PH, P0O2, PO2, CO2, HCO3 (INCLUYENDO LA SATURACIÓN DE O2 CALCULADA)	20	1.40%	64.59	18.09
82565	DOSAJE DE CREATININA EN SANGRE	20	1.40%	13.35	3.74
84540	UREA EN ORINA (24 HORAS)	5	1.40%	9	0.63
8005	PERFIL DE ELECTROLITO, ESTE PERFIL DEBERÁ INCLUIR LOS SIGUIENTES: DIÓXIDO DE CARBONO (82374), CLORURO (82435), POTASIO (84132) Y SODIO (84295)	20	1.40%	21.77	6.10
80063	PERFIL DE COAGULACIÓN BÁSICO (DENOMINACIÓN ADAPTADA, SIN CPT ESTÁNDAR DE REFERENCIA)	20	1.40%	40.65	11.38
76801	ECOGRAFÍA, ÚTERO GRÁVIDO, TIEMPO REAL CON DOCUMENTACIÓN DE LA IMAGEN, EVALUACIÓN FETAL Y MATERNA TER TRIMESTRE (<14 SEMANAS O DÍAS), ABORDAJE TRANSABDOMINAL; GESTACIÓN ÚNICA O PRIMERA	5	1.40%	61.62	4.31
76604	ECOGRAFÍA DE TÓRAX (INCLUYENDO MEDIASTINO), TIEMPO REAL CON DOCUMENTACIÓN DE IMAGEN	5	1.40%	61.62	4.31
76770.01	ECOGRAFÍA RENAL	5	1.40%	69.43	4.86
71035	EXAMEN RADIOLÓGICO DE TÓRAX, INCIDENCIAS ADICIONALES (P. EL. DECÚBITO IALERAL)	2	1.40%	53.31	1.49
70552	IMÁGENES POR RESONANCIA MAGNÉTICA (P. EJ. DE PROTONES), CEREBRO (INCLUYENDO EL FALLO CEREBRAL); CON MATERIALES DE CONTRASTE	3	1.40%	754.87	31.70
93000	ELECTROCARDIOGRAMA, ECG DE RUTINA CON POR LO MENOS 12 ELECTRODOS; CON INTERPRETACIÓN E INFORME	10	1.40%	38.5	5.39
90935	HEMODIALISIS POR SESION	3	1.40%	139	5.84
83615	DOSAJE DE LACTATO DESHIDROGENASA (LD), (LDH)	20	1.40%	18.01	5.04
36430	TRANSFUSIÓN DE SANQRE O COMPONENTES SANGUÍNEOS	2	1.40%	196.49	5.50
<b>Subtotal</b>					<b>302.10</b>
<b>MEDICAMENTOS</b>					
<b>Código SISMED</b>	<b>Principio activo</b>	<b>Unidades</b>	<b>Porcentaje de indicación</b>	<b>Precio unitario</b>	<b>Precio total ponderado</b>
04556	MAGNESIO SULFATO 10 mL 200 mg/mL INYECTABLE	5	1.40%	1.00	0.07
05873	SODIO CLORURO 1 L 900 mg/100 mL (0.9 %) INYECTABLE	15	1.40%	3.67	0.77
04701	METILDOPA 250 mg TABLETA	16	1.40%	0.34	0.08

22373	BOLSA PARA NUTRICION PARENTERAL X 2 L UNIDAD	5	1.40%	30.00	2.10
02433	SOLUCIONES PARA NUTRICION PARENTERAL 2 L INYECTABLE	5	1.40%	562.50	39.38
16730	EQUIPO PARA BOMBA DE INFUSION CON VOLUTROL UNIDAD	2	1.40%	48.00	1.34
05018	NIFEDIPINO 10 mg	15	1.40%	1.54	0.32
01684	CEFTRIAXONA SODICA 1 g INYECTABLE	10	1.40%	0.94	0.13
04776	METRONIDAZOL 100 mL 500 mg INYECTABLE	20	1.40%	0.95	0.27
<b>Subtotal</b>					<b>44.46</b>
<b>Total</b>					<b>346.56</b>

#### Anexo 4.2.2: Desenlace Preeclampsia sin criterios de severidad

PROCEDIMIENTOS MÉDICOS					
CPMS	Denominación	Nº	Porcentaje de indicación	Costo unitario	Costo total ponderado
76827	ECOCARDIOGRAFÍA DOPPLER, FETAL, CON ONDAS DE PULSO Y/O ONDAS CONTINUAS CON REGISTRO DE ESPECTRO; COMPLETO	1	18.50%	69.43	12.84
59514	CESÁREA SOLAMENTE	1	18.50%	1047.23	193.74
99281	CONSULTA EN EMERGENCIA PARA EVALUACIÓN Y MANEJO DE UN PACIENTE QUE REQUIERE DE ESTOS TRES COMPONENTES: HISTORIA FOCALIZADA AL PROBLEMA, EXAMEN CLÍNICO FOCALIZADO AL PROBLEMA, DECISIÓN MEDICA SIMPLE Y DIRECTA USUALMENTE EL PROBLEMA ES AUTOLIMITADO Y DE MENOR COMPLEJIDAD (PRIORIDAD)	1	18.50%	73.48	13.59
99231.11	ATENCIÓN PACIENTE-DÍA HOSPITALIZACIÓN ESPECIALIZADA CONTINUADA EN GINECOLOGÍA	3	18.50%	402.17	223.20
85384	MEDICIÓN DE ACLIVIDAD DE FIBRINÓGENO	3	18.50%	17.33	9.62
99199.22	TAMIZAJE DE LA PRESIÓN ARTERIAL	36	18.50%	21.06	140.26
81000	ANÁLISIS DE ORINA POR TIRA DE ANÁLISIS O REACTIVO EN TABLETA, PARA BILIRRUBINA, GLUCOSA, HEMOGLOBINA, CETONAS, LEUCOCITOS, NITRITO, PH, PROTEÍNAS, GRAVEDAD ESPECÍFICA, UROBILINÓGENO, CUALQUIER NÚMERO DE ESTOS COMPONENTES: NO AUTOMATIZADO, CON MICROSCOPIA	3	18.50%	11	6.11
85023	HEMOGRAMA Y RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADOS, Y RECUENTO MANUAL DIFERENCIAL DE LEUCOCITOS (CBC)	3	18.50%	19.16	10.63

80076	PERFIL DE LA FUNCIÓN HEPÁTICA, ESTE PERFIL DEBE INCLUIR LO SIGUIENTE: ALBÚMINA (82040), TOTAL DE BILIRRUBINA (82247), BILIRRUBINA DIRECTA (82248), ALCALINA FOSFATASA (84075), PROTEÍNAS TOTALES (84155) ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) (SGPT) (84460), ASPARTATO AMINOTRANSFERASA (AST) (SGOT (84450)	3	18.50%	37.29	20.70
82803	DOSAJE DE GASES EN SANGRE, CUALQUIER COMBINACIÓN DE PH, P002, PO2, CO2, HCO3 (INCLUYENDO LA SATURACIÓN DE O2 CALCULADA)	3	18.50%	64.59	35.85
82565	DOSAJE DE CREATININA EN SANGRE	3	18.50%	13.35	7.41
84540	UREA EN ORINA (24 HORAS)	3	18.50%	9	5.00
8005	PERFIL DE ELECTROLITO, ESTE PERFIL DEBERÁ INCLUIR LOS SIGUIENTES: DIÓXIDO DE CARBONO (82374), CLORURO (82435), POTASIO (84132) Y SODIO (84295)	3	18.50%	21.77	12.08
80063	PERFIL DE COAGULACIÓN BÁSICO (DENOMINACIÓN ADAPTADA, SIN CPT ESTÁNDAR DE REFERENCIA)	3	18.50%	40.65	22.56
76801	ECOGRAFÍA, ÚTERO GRÁVIDO, TIEMPO REAL CON DOCUMENTACIÓN DE LA IMAGEN, EVALUACIÓN FETAL Y MATERNA TER TRIMESTRE (<14 SEMANAS O DÍAS), ABORDAJE TRANSABDOMINAL; GESTACIÓN ÚNICA O PRIMERA	1	18.50%	61.62	11.40
93000	ELECTROCARDIOGRAMA, ECG DE RUTINA CON POR LO MENOS 12 ELECTRODOS; CON INTERPRETACIÓN E INFORME	1	18.50%	38.5	7.12
83615	DOSAJE DE LACTATO DESHIDROGENASA (LD), (LDH)	3	18.50%	18.01	10.00
<b>Subtotal</b>					<b>742.11</b>
<b>Total</b>					<b>742.11</b>

#### Anexo 4.2.3: Desenlace Preeclampsia con criterios de severidad

PROCEDIMIENTOS MÉDICOS					
CPMS	Denominación	Nº	Porcentaje de indicación	Costo unitario	Costo total ponderado
59514	CESÁREA SOLAMENTE	1	19.80%	1047.23	207.35
99281	CONSULTA EN EMERGENCIA PARA EVALUACIÓN Y MANEJO DE UN PACIENTE QUE REQUIERE DE ESTOS TRES COMPONENTES: HISTORIA FOCALIZADA AL PROBLEMA, EXAMEN CLÍNICO FOCALIZADO AL PROBLEMA, DECISIÓN MEDICA SIMPLE Y DIRECTA USUALMENTE EL PROBLEMA ES AUTOLIMITADO Y DE MENOR COMPLEJIDAD (PRIORIDAD)	1	19.80%	73.48	14.55

99295	ATENCIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, DÍA PACIENTE	5	19.80%	1417.96	1,403.78
94002	ASISTENCIA Y MANEJO DE VENTILACIÓN, INICIO DE VENTILADORES DE PRESIÓN O DE VOLUMEN PREDEFINIDOS PARA RESPIRACIÓN ASISTIDA O CONTROLADA; EN PACIENTE BAJO OBSERVACIÓN/INTERNAMIENTO, DÍA INICIAL	5	19.80%	313.63	310.49
85384	MEDICIÓN DE ACLIVIDAD DE FIBRINÓGENO	20	19.80%	17.33	68.63
99199.2 2	TAMIZAJE DE LA PRESIÓN ARTERIAL	120	19.80%	21.06	500.39
81000	ANÁLISIS DE ORINA POR TIRA DE ANÁLISIS O REACTIVO EN TABLETA, PARA BILIRRUBINA, GLUCOSA, HEMOGLOBINA, CETONAS, LEUCOCITOS, NITRITO, PH, PROTEÍNAS, GRAVEDAD ESPECÍFICA, UROBILINÓGENO, CUALQUIER NÚMERO DE ESTOS COMPONENTES: NO AUTOMATIZADO, CON MICROSCOPIA	5	19.80%	11	10.89
85023	HEMOGRAMA Y RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADOS, Y RECUENTO MANUAL DIFERENCIAL DE LEUCOCITOS (CBC)	20	19.80%	19.16	75.87
80076	PERFIL DE LA FUNCIÓN HEPÁTICA, ESTE PERFIL DEBE INCLUIR LO SIGUIENTE: ALBÚMINA (82040), TOTAL DE BILIRRUBINA (82247), BILIRRUBINA DIRECTA (82248), ALCALINA FOSFATASA (84075), PROTEÍNAS TOTALES (84155) ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) (SGPT) (84460), ASPARTATO AMINOTRANSFERASA (AST) (SGOT) (84450)	20	19.80%	37.29	147.67
82803	DOSAJE DE GASES EN SANGRE, CUALQUIER COMBINACIÓN DE PH, P <sub>O2</sub> , PO <sub>2</sub> , CO <sub>2</sub> , HCO <sub>3</sub> (INCLUYENDO LA SATURACIÓN DE O <sub>2</sub> CALCULADA)	20	19.80%	64.59	255.78
82565	DOSAJE DE CREATININA EN SANGRE	20	19.80%	13.35	52.87
84540	UREA EN ORINA (24 HORAS)	5	19.80%	9	8.91
8005	PERFIL DE ELECTROLITO, ESTE PERFIL DEBERÁ INCLUIR LOS SIGUIENTES: DIÓXIDO DE CARBONO (82374), CLORURO (82435), POTASIO (84132) Y SODIO (84295)	20	19.80%	21.77	86.21
80063	PERFIL DE COAGULACIÓN BÁSICO (DENOMINACIÓN ADAPTADA, SIN CPT ESTÁNDAR DE REFERENCIA)	20	19.80%	40.65	160.97
76801	ECOGRAFÍA, ÚTERO GRÁVIDO, TIEMPO REAL CON DOCUMENTACIÓN DE LA IMAGEN, EVALUACIÓN FETAL Y MATERNA TER TRIMESTRE (<14 SEMANAS 0 DÍAS), ABORDAJE TRANSABDOMINAL; GESTACIÓN ÚNICA O PRIMERA	5	19.80%	61.62	61.00
76604	ECOGRAFÍA DE TÓRAX (INCLUYENDO MEDIASTINO), TIEMPO REAL CON DOCUMENTACIÓN DE IMAGEN	5	19.80%	61.62	61.00
76770.0 1	ECOGRAFÍA RENAL	5	19.80%	69.43	68.74
71035	EXAMEN RADIOLÓGICO DE TÓRAX, INCIDENCIAS ADICIONALES (P. EL. DECÚBITO IALERAL)	2	19.80%	53.31	21.11

70552	IMÁGENES POR RESONANCIA MAGNÉTICA (P. EJ. DE PROTONES), CEREBRO (INCLUYENDO EL FALLO CEREBRAL); CON MATERIALES DE CONTRASTE	3	19.80%	754.87	448.39
93000	ELECTROCARDIOGRAMA, ECG DE RUTINA CON POR LO MENOS 12 ELECTRODOS; CON INTERPRETACIÓN E INFORME	10	19.80%	38.5	76.23
90935	HEMODIALISIS POR SESION	3	19.80%	139	82.57
83615	DOSAJE DE LACTATO DESHIDROGENASA (LD), (LDH)	20	19.80%	18.01	71.32
36430	TRANSFUSIÓN DE SANQRE O COMPONENTES SANGUÍNEOS	2	19.80%	196.49	77.81
<b>Subtotal</b>					<b>4 272.53</b>
<b>MEDICAMENTOS</b>					
<b>Código SISMED</b>	<b>Principio activo</b>	<b>Unidades</b>	<b>Porcentaje de indicación</b>	<b>Precio unitario</b>	<b>Precio total ponderado</b>
04556	MAGNESIO SULFATO 10 mL 200 mg/mL INYECTABLE	5	19.80%	1.00	0.99
05873	SODIO CLORURO 1 L 900 mg/100 mL (0.9 %) INYECTABLE	15	19.80%	3.67	10.90
04701	METILDOPA 250 mg TABLETA	16	19.80%	0.34	1.07
22373	BOLSA PARA NUTRICION PARENTERAL X 2 L UNIDAD	5	19.80%	30.00	29.70
02433	SOLUCIONES PARA NUTRICION PARENTERAL 2 L INYECTABLE	5	19.80%	562.50	556.88
16730	EQUIPO PARA BOMBA DE INFUSION CON VOLUTROL UNIDAD	2	19.80%	48.00	19.01
05018	NIFEDIPINO 10 mg	15	19.80%	1.54	4.58
01684	CEFTRIAXONA SODICA 1 g INYECTABLE	10	19.80%	0.94	1.86
04776	METRONIDAZOL 100 mL 500 mg INYECTABLE	20	19.80%	0.95	3.78
<b>Subtotal</b>					<b>628.77</b>
<b>Total</b>					<b>4 901.29</b>



### VII.5 Anexo N° 5: Prioridades de investigación

El panel de expertos identificó la necesidad de investigaciones de alta calidad con respecto a los siguientes temas:

N° de Pregunta	Prioridades de investigación
Pregunta 1	El panel recomienda como tema de interés en investigación el generar modelos predictivos y/o calculadoras validadas para predecir con buen nivel de certeza preeclampsia u otros trastornos hipertensivos del embarazo en gestantes peruanas.
Pregunta 2	El panel recomienda realizar estudios de investigación longitudinales con distintas dosis de AAS, teniendo en cuenta las semanas de inicio y término, la hora de administración durante el día y evaluar las reacciones adversas al medicamento.
Pregunta 3	El panel recomienda realizar estudios de investigación longitudinales con distintas dosis de calcio, teniendo en cuenta las semanas de inicio y término, la hora de administración durante el día y evaluar las reacciones adversas al medicamento.
Pregunta 4	-