

Revista Mexicana de Anestesiología

Volumen 28
Volume

Suplemento 1
Supplement

2005

Artículo:




Preeclampsia-eclampsia

Derechos reservados, Copyright © 2005:
Colegio Mexicano de Anestesiología, AC

**Otras secciones de
este sitio:**

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

***Others sections in
this web site:***

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



www.Medigraphic.com

Preeclampsia-eclampsia

Dr. Eleazar Muñoz-Sánchez*

* Ex-Presidente de la Asociación de Residentes y Ex-Residentes, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS.
Ex-jefe del Servicio de Anestesia "Dr. Luis Castelazo Ayala", IMSS.
Ex-presidente de la SMAGO.

INTRODUCCIÓN

Es una enfermedad específica del género humano presente después de la vigésima semana de gestación⁽¹⁾, durante el parto o en el postparto. Multisistémica, con fisiopatología compleja y que se asocia a una morbilidad y mortalidad materno fetal elevada⁽²⁾.

Su incidencia en México es del 5 al 10%.

CONCEPTO

Se caracteriza por la presencia de hipertensión, proteinuria, aumento excesivo de peso y/o edema aunque este último no se acepta como criterio diagnóstico en la actualidad⁽¹⁾, también puede presentarse: hemoconcentración, hipoalbuminemia, trombocitopenia, hiperuricemia, pruebas de función renal y hepáticas alteradas y presencia de convulsiones (eclampsia).

CLASIFICACIÓN

Se clasifica en leve y severa de acuerdo al incremento de la presión arterial, proteinuria o ambos⁽³⁾.

Preeclampsia leve:

Presión arterial sistólica, diastólica o presión arterial media superiores a: 140 mmHg, 90 mmHg ó 105 mmHg, respectivamente presentes en dos ocasiones en la misma posición y con al menos 4 horas de intervalo.

- Proteinuria: mayor de 300 mg o más en una muestra de orina de 24 horas
- Diuresis conservada y creatinina sérica normal
- Recuento plaquetario normal
- Ausencia de afectación multisistémica

Preeclampsia severa:

- Presión sistólica de 160 mmHg, presión diastólica de 110 mmHg en dos ocasiones en un intervalo de 4 horas y tomadas en la misma posición
- Proteinuria de al menos 5 g en orina de 24 horas, o 3 a 4 + en análisis semicuantitativo
- Oliguria menor de 500 ml en 24 horas
- Trastornos cerebrales o visuales con alteración del estado de vigilia, cefalea, escotomas, amaurosis o visión borrosa
- Edema pulmonar o cianosis
- Dolor epigástrico o en el cuadrante superior del abdomen
- Alteración hepática
- Trombocitopenia

EPIDEMIOLOGÍA

Afecta principalmente a primíparas jóvenes o añosas, nivel socioeconómico bajo, predisposición familiar, ciertos estados del embarazo asociados a un crecimiento rápido uterino, ciertas patologías como: Hipertensión crónica, enfermedad renal, diabetes, LES, y enfermedad vascular preexistente⁽⁴⁾.

ETIOLOGÍA

Desconocida aunque se han considerado numerosas hipótesis siendo la principal la de un daño endotelial inmunorreactivo⁽⁵⁾.

Se acepta que el factor inicial desencadenante es por una isquemia uteroplacentaria por anomalías en la placentación, por fallas en la segunda invasión trofoblástica hacia las arterias espirales del útero, dicha isquemia provoca la liberación de sustancias y/o factores citotóxicos que dan lugar a

la lesión generalizada del endotelio, con lo que se inicia una serie de procesos que dan origen al síndrome clínico de la preeclampsia.

FISIOPATOLOGÍA

El vasoespasmo parece ser el elemento fisiopatológico esencial con repercusión multisistémica, generando una hipoperfusión tisular y un aumento de las resistencias vasculares periféricas y de la tensión arterial. Esta repercusión multisistémica incluye al útero y la placenta.

Los cambios hemodinámicos que acompañan a la preeclampsia son complejos y variables⁽²⁾ en las preeclámpticas no tratadas que se caracterizan: Por un gasto cardíaco, presiones de llenados bajos y resistencias vasculares sistémicas altas.

Por el contrario en la preeclámptica con terapéutica previa presentan gasto cardíaco alto, PVC baja, PCP normal o alta y resistencias vasculares normales o altas.

Existe una gran discrepancia entre la PVC y la PCP, la diferencia entre estas presiones de llenado, quizás sea consecuencia de conservar el gasto cardíaco alto en presencia de una postcarga mayor, este esfuerzo lleva por lo tanto a presiones intracavitarias izquierdas mayores en comparación con las normales o bajas en cavidades derechas; de ahí que algunos autores sugieren que la redistribución central del volumen intravascular por el vasoespasmo generalizado que incluye los vasos de capacitancia, produce los cambios observados en la preeclampsia grave.

TERAPÉUTICA

Requiere esfuerzos activos y terapéutica intensiva para lograr objetivos específicos de los que a continuación se mencionan⁽⁵⁾:

- I. Estabilización del aparato cardiovascular que incluye:
 1. Vigilancia hemodinámica adecuada
 2. Disminución de la postcarga
 3. Reposición adecuada de volumen
 4. Conservación de un riego adecuado
- II. Prevención o tratamiento de las convulsiones
- III. Valoración del grado de afectación del proceso patológico a nivel materno fetal
- IV. Resolución del parto

MANEJO ANESTÉSICO

Es fundamental la evaluación de la gravedad de la preeclampsia no sólo por la repercusión materno fetal que com-

porta si no por las implicaciones anestésicas que se derivan de la misma.

En este sentido conviene considerar:

1. La presión arterial
2. Hematócrito/hemoglobina
3. Albúmina plasmática
4. Disfunción: renal, hepática, neurológica y del estado de coagulación

Un riesgo anestésico contempla:

1. Condición clínica materno fetal
2. Características de la vía aérea
3. Vía de resolución del parto
4. Urgencia del procedimiento

Independientemente del método anestésico de elección, éste debe adecuarse a las exigencias que plantea la preeclampsia:

1. Vasoespasmo e hipovolemia
2. Sensibilidad hacia los cambios hemodinámicos y agentes vasopresores
3. Sufrimiento fetal crónico asociado
4. Interacciones farmacológicas entre anestésicos, antihipertensivos y anticonvulsivantes

ANALGESIA EPIDURAL

Se considera que el bloqueo epidural es el método de elección, ya que ofrece múltiples ventajas.

Antes de su aplicación deben considerarse algunos aspectos:

1. Acceso endovenoso de gran calibre
2. Recuento plaquetario (cifra y función)
3. Estabilización cardiovascular

ANESTESIA GENERAL

Aspectos a considerar:

1. Intubación endotraqueal difícil
2. Respuesta hipertensiva a la intubación y/o extubación
3. Disminución de la P-50 de oxígeno
4. Interacciones farmacológicas
5. Estado fetal