

PREECLAMPSIA

(Preeclampsia)

* Dra. Kimberly Herrera Sánchez
Hospital de Guápiles,
Limón, Costa Rica

RESUMEN

La preeclampsia se define como cifras tensionales sostenidas por arriba de 140/90 asociado a proteinuria en embarazadas con edad gestacional mayor a 20 semanas. Siendo esta una de las patologías con mayor morbi mortalidad materna y perinatal es de gran importancia mantener dentro de los controles prenatales un adecuado seguimiento para documentar la presencia de factores de riesgo, signos y síntomas que nos conlleven a un posible diagnóstico además criterios de severidad para evitar llegar a fases tan críticas como lo son el síndrome de HELLP o la Eclampsia entre otros.

DESCRIPTORES

Preeclampsia, trastornos hipertensivos del embarazo, síndrome de HELLP, eclampsia, proteinuria en el embarazo

SUMMARY

Preeclampsia is defines as blood pressure above 140/90 associated with proteinuria in pregnant women with gestational age greater than 20 weeks. This is one of the pathologies with greater maternal and perinatal morbimortality so is very important to keep an adequate follow-up in the medical controls to document the presence of risk factors, signs and symptoms that lead us to a possible diagnosis, as well as severity criteria for avoid reaching critical stages such as HELLP syndrome or Eclampsia among others.

KEYWORDS

Preeclampsia, hypertensive disorders of pregnancy, HELLP syndrome, eclampsia, proteinuria in pregnancy.

*Médico General.
cod: 12635.
Graduada de la
Universidad de Ciencias
Médicas (UCIMED),
Trabaja como médico
en Hospital de Guápiles,
Limón, Costa Rica.

INTRODUCCION

Las principales causas de defunciones maternas son las hemorragias postparto, las infecciones y los trastornos hipertensivos, ocupando estos últimos el 12 al 25% del total de las defunciones. Los trastornos hipertensivos del embarazo y en particular la preeclampsia

son las principales causas de morbimortalidad materna y perinatal.

Clasificación

- Hipertensión pregestacional: aquella que está presente antes del embarazo o que aparece antes de la semana 20.

- Preeclampsia: presión arterial por encima de 140/90mmHg asociado a proteinuria (más de 30 mg en muestra única o más de 300mg en muestra de 24 horas el cual es diagnóstico de elección) por encima de la semana 20 de gestación.
- Hipertensión crónica con preeclampsia sobreañadida: paciente hipertensa crónica que en algún momento del embarazo desarrolla preeclampsia y se define como:
 - Hipertensa crónica que durante el embarazo desarrolla proteinuria.
 - Hipertensa crónica con proteinuria crónica que durante el embarazo aumenta más de 30mmHg la presión sistólica y más de 15mmHg la diastólica o aumenta por encima de 300mg de proteinuria.
- Eclampsia: situación potencialmente grave poco frecuente que incluye hipertensión o preeclampsia con convulsiones durante el embarazo.
- Hipertensión transitoria del embarazo: se desarrolla hipertensión durante el embarazo sin desarrollar proteinuria.

PREECLAMPSIA

La preeclampsia es un síndrome multisistémico de severidad variable, específico del embarazo caracterizado por una reducción en la perfusión sistémica generada por vasoespasmo y activación de los sistemas de coagulación. Se presenta después de la semana 20 de gestación, durante el parto o en las dos semanas posteriores a este.

La preeclampsia es una patología con una prevalencia a nivel mundial de 10% de los embarazos. Presenta una mayor incidencia en mujeres menores de 20 años y mayores de 35 años al momento del embarazo y de estas el 75% de los casos corresponden a pacientes primigestas. Anteriormente se clasificaba como preeclampsia leve, moderada y severa pero dentro de la nueva clasificación solamente se habla de preeclampsia con criterios de severidad o sin criterios de severidad. Es una patología que en la mayoría de los casos es asintomática y ya cuando presenta síntomas presenta por lo general criterios de severidad por lo que es importante el control de la presión arterial dentro de los controles prenatales.

Factores de riesgo

- Preeclampsia en embarazo anterior
- Historia familiar de preeclampsia en madre o hermanas.
- Síndrome antifosfolípido.
- Periodo intergenésico mayor a 10 años.
- Antecedente de enfermedad renal o proteinuria.
- Embarazo múltiple.
- Antecedente de Diabetes mellitus, hipertensión, trombofilia, enfermedades del colágeno, nefropatía.
- Primipaternidad.
- Primigestas o multiparidad.
- Enfermedad trofoblástica del embarazo.
- Obesidad.
- Infecciones en el embarazo.
- Menores de 20 años o mayores de 35 años

Etiología

Se han descrito muchos mecanismos patológicos para la aparición de la preeclampsia pero aun la etiología no está totalmente clara.

El principal mecanismo descrito que la explica es la invasión trofoblástica anormal de los vasos uterinos. También se ha descrito la intolerancia inmunitaria entre tejidos maternos y fetoplacentarios, mala adaptación de la madre a cambios inflamatorios y cardiovasculares del embarazo normal e influencias genéticas.

Fisiopatología

Existe un defecto en la placentación y un fallo en la reorganización de las arterias espirales lo que conlleva a liberación de factores tóxicos circulantes con disfunción endotelial, vasoconstricción y estado de hipercoagulabilidad.

Como resultado de este procedimiento se produce hipertensión arterial, lesión glomerular con proteinuria, trombocitopenia, hemólisis, isquemia hepática, isquemia de sistema nervioso central y por último eclampsia con convulsiones.

Diagnóstico

Dentro de los criterios para dar el diagnóstico de preeclampsia de encuentran:

- Embarazo mayor a las 20 semanas de gestación excepto en los casos de embarazo molar.
- Presión arterial mayor a 140/90mmHg en al menos dos tomas distintas con 6 horas de diferencia.

- Proteinuria mayor o igual a 300mg/dl en 24 horas.

Dentro de los criterios de severidad se encuentran:

- Presión arterial mayor a 160/110mmHg en al menos 2 tomas con al menos 4 horas diferencia más dos de los siguientes:
 - Proteinuria mayor a 5g en orina de 24 horas.
 - Creatinina sérica mayor a 1.2mg/dl.
 - Dolor epigástrico o de hipocondrio derecho intenso y persistente.
 - Oliguria menor a 500ml en 24 horas.
 - Trombocitopenia por debajo de 100 000.
 - Alteración en las pruebas de función hepática con valores que doblan su nivel normal.
 - Trastornos visuales. Caracterizados principalmente por fosfenos o la presencia de tinnitus o acufenos.
 - Cefalea.
 - Edema pulmonar

SÍNDROME DE HELLP

Es una forma de preeclampsia severa con mayor gravedad la cual se describe por los siguientes signos clínicos:

- Plaquetas por debajo de 100 000.
- Transaminasas elevadas.
- Aumento de la LDH.
- Hiperbilirrubinemia (hemólisis).
- Hiperuricemia por fallo renal agudo

Tratamiento

a) **Preeclampsia sin datos de severidad**

El objetivo ante una preeclampsia sin datos de severidad es mantener cifras tensionales en niveles cercanos a los normales con una presión sistólica entre 135 y 155 mmHg y una presión diastólica entre 80 y 105mmHg.

Dentro de los tratamientos utilizados para este fin se encuentran:

- Metildopa en dosis de 250 a 500mg por día aunque se pueden utilizar inclusive dosis de hasta 2g cada día. Tratamiento de primera línea.
- Hidralazina en dosis de 60 a 200mg por día. Se usa principalmente en emergencias ya que el riesgo de hipotensión es muy elevado.
- Labetalol en dosis de 100 a 400mg pero con dosis inclusive de hasta 1200mg al día. Debe evitarse en pacientes asmáticas o insuficiencia cardiaca y en mujeres en labor de parto ya que puede generar bradicardia fetal.
- Nifedipina dosis de 10 a 20mg hasta 180mg al día.

b) **Preeclampsia con datos de severidad**

- Se debe hospitalizar a la paciente con monitoreo cardiaco no invasivo en posición de decúbito lateral izquierdo.
Canalizar vías periféricas de grueso calibre. Colocar sonda Foley para cuantificar diuresis.

- Dentro del tratamiento farmacológico se utiliza:

- Hidralazina con bolo inicial de 5mg IV con bolos de 5 a 10mg IV cada 20 minutos con una dosis máxima de 30mg.
- Labetalol; 20mg IV seguido de 40 a 80mg cada 10 minutos hasta una dosis máxima de 220mg.
- Nifedipina: 10mg cada 30 minutos hasta una dosis máxima de 50mg.

c) **Control de crisis convulsivas**

- Se utiliza como neuroprotección el sulfato de magnesio en dosis de 4g diluidos en 250cc de solución glucosada a pasar en 20 minutos y luego dosis de mantenimiento a 1g IV por hora en infusión con solución glucosada al 5%.
- En caso de determinarse intoxicación por magnesio, determinada por hiperreflexia, se administra 1g de gluconato de calcio en 100cc de solución fisiológica a pasar en 15 minutos.

d) **Terminación del embarazo**

- La terminación del embarazo es la única cura para la preeclampsia. Los demás tratamientos son solamente de sostén para lograr llevar el embarazo a una edad gestacional con feto viable.
- Debe terminarse el embarazo con preeclampsia que presente criterios de severidad o en embarazos que presenten restricción de crecimiento intrauterino, oligohidramnios, flujo diastólico umbilical invertido con madurez pulmonar.

BIBLIOGRAFIA

1. De Cherney, A; Laufer, NÑ Nathan, & Roman, A. (2014). Diagnóstico y tratamiento ginecoobstetricos. XI edición. Nueva York: Lange Medical Book. Mc Graw-Hill.
2. Gabbe, S. et al. (2017). Obstetrics. Normal and Problem Pregnancies VII Edición Philadelphia: Saunders.
3. Leslie. K, Thilaganathan. B, Papageorgiu. A. (2011). Early prediction and prevention of preeclampsia. Best Practice and research clinical obstetrics and gynecology, 25, 343-354.
4. Romero. J, Morales. E, García. M, Peralta. M. (2012). Guía de práctica clínica preeclampsia-eclampsia. Revista médica Instituto mexicano de seguro social. , 50, 569-579.
5. Vest. A. (2012). Hipertensión en el embarazo. Cardiología clínica, 30, 407-423.
6. Orizondo. R. (2007, febrero 22). Novedades y controversia en relación con la preeclampsia/eclampsia. Revista Cubana de medicina , 2, 1-1

Recepción: 29 Diciembre de 2018

Aprobación: 20 Febrero de 2018