

## Boletín Epidemiológico **Preeclampsia**, Tlaxcala



### INTRODUCCIÓN

También llamada toxemia del embarazo es un estado patológico de la mujer en el embarazo que se caracteriza por hipertensión arterial, edema y presencia de proteínas en la orina.

Debido a que la preeclampsia se refiere a un cuadro clínico o conjunto sintomático, en vez de un factor causal específico, se ha establecido que puede haber varias etiologías para el trastorno. Es posible que exista un componente en la placenta que cause disfunción endotelial en los vasos sanguíneos maternos de mujeres susceptibles. Aunque el signo más notorio de la enfermedad es una elevada presión arterial, puede desembocar en una eclampsia, con daño al endotelio materno, riñones e hígado. El único tratamiento es el parto, siendo la inducción del parto o la cesárea los procedimientos más comunes. Puede aparecer hasta seis semanas posparto. Es la complicación del embarazo más común y peligroso, por lo que debe diagnosticarse y tratarse rápidamente, ya que en casos graves ponen en peligro la vida del feto y de la madre.

Se caracteriza por el aumento de la tensión arterial (hipertensión) junto al de proteínas en la orina (proteinuria), así como edemas en las extremidades.

### EPIDEMIOLOGIA

La tasa de la eclampsia es de aproximadamente 1 por cada 2.000 a 3.000 embarazos y, por tanto, resulta difícil predecir qué mujeres de las que presentan preeclampsia grave con presión sanguínea alta, dolores de cabeza, cambios en la visión o exámenes sanguíneos anormales, padecerán las convulsiones y la pérdida de consciencia. No obstante, diversos estudios han observado que las siguientes características incrementan las probabilidades de que una mujer padezca preeclampsia: primer embarazo, embarazos en adolescentes, embarazos tardíos en mujeres de más de 35 años, ser de raza negra, albergar un embarazo múltiple o tener antecedentes de diabetes, hipertensión o enfermedad renal.



### Factores de riesgo preconceptionales para preeclampsia

- \*Preeclampsia en embarazo anterior.
- \*Periodo intergenésico corto menor a 18 meses.
- \*Hipertensión arterial crónica.
- \*Enfermedad renal previa.
- \*Diabetes Mellitus.
- \*Trombofilias.
- \*IMC  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> (Las pacientes con IMC menor de 20,0 kg/m<sup>2</sup> o mayor de 25,0 kg necesitan mayor atención para su requerimiento dietético).
- \*Mujeres mayores de 40 años.
- \*Historia familiar de preeclampsia, diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica crónica



**CLASIFICACION CRITERIOS  
DIAGNOSTICOS:**

**PREECLAMPSIA LEVE**

- \* Presión arterial de 140/90mmHg
- \* Edema de cara y manos
- \* Alteración de la función hepática y visual
- \* Presencia de proteínas en la orina

**PREECLAMPSIA GRAVE SI AL MENOS 1 DE:**

- \* TA  $\geq$  160 y/o  $\geq$  110
- \* Proteinuria 24h  $\geq$  5g (3+ en multistick). Por encima de 5g, el grado de proteinuria no se relaciona con la gravedad ni los resultados materno-fetales
- \* Oliguria  $\leq$  500 ml/ día. • Creatinina  $>$  1,2 mg/dl y/ o urea  $>$  40 mg/dl.
- \* Plaquetas  $<$  100.000/ $\mu$ l.
- \* GOT y/o GPT  $>$  62 UI/l ó  $>$  doble del límite alto de la normalidad.
- \* Hemólisis: bilirrubina  $>$  1,2 mg/dl; LDH  $>$  600 UI;
- \* Clínica neurológica: hiperreflexia, cefalea intensa, alteraciones visuales, estupor
- \* Dolor epigástrico / hipocondrio derecho
- \* náuseas / vómitos
- \* Cianosis / edema de pulmón

**CRITERIOS PARA MANEJO AMBULATORIO DE PREECLAMPSIA LEVE**

- \* La paciente debe cumplir correctamente los controles
- \* TA  $\leq$  150 / 100
- \* Hemograma y bioquímica normales
- \* Paciente asintomática
- \* Pruebas de bienestar fetal correctas y crecimiento adecuado
- \* Proteinuria 24 h  $\leq$  1 g (1000 mg)

**CONTROLES AMBULATORIOS PREECLAMPSIA LEVE**

**MATERNOS**

- \* Consulta 1-2 veces / semana
- \* Reposo relativo y dieta normal
- \* TA, peso y multistick diarios
- \* Proteinuria 24h, hemograma, bioquímica y coagulación semanales
- \* Información sobre síntomas prodrómicos de eclampsia (ante su aparición acudirá por urgencias) FETALES
- \* Control diario de movimientos fetales
- \* PNS semanal a partir de la semana 28
- \* Eco-Doppler / 2 semanas (biometría, LA, Doppler umbilico-fetal)

Las indicaciones para interrupción del embarazo Siempre considerando la edad gestacional, madurez, y tamaño fetal, son las siguientes:

**Absolutas:**

- a) Maternas: Convulsiones, Irritabilidad cerebral, fallo cardiaco, Oliguria (< 20 ml/h), Hipertensión incontrolable, Aumento de creatinina plasmática en más del 50%, trombopenia (< 150.000), anemia microangiopática, clínica de abruptio placentae.
- b) Fetales: Distress fetal.

**Relativas:**

- a) Maternas: Hipertensión grave, Dolor epigástrico, Proteinuria severa.
- b) Fetales: Cese de crecimiento fetal.

No debe inducirse el parto hasta que la paciente, no se encuentra en situación estable.

**Las indicaciones de ingreso en UCI:**

- \* Inestabilidad o hipertensión severa.
- \* Incremento de la proteinuria.
- \* Irritabilidad cerebral.
- \* Alteración de la función renal o hepática (aumento de creatinina, y transaminasas).
- \* Alteración de la coagulación (contaje de plaquetas por debajo de 150.000).
- \* Cese de crecimiento fetal

El dolor epigástrico, trombocitopenia y alteraciones visuales son indicaciones para realizar el parto con urgencia.

Es necesario prestar mucha atención a cambios sutiles en la presión arterial y en el peso. Los objetivos consisten en prolongar el embarazo ya sea hasta el término o hasta alcanzar la madurez pulmonar fetal, evitando al mismo tiempo la progresión a una enfermedad grave y a eclampsia

El reconocimiento temprano de la enfermedad es la clave para realizar un tratamiento adecuado.

**Hipertensión y embarazo (preeclampsia - eclampsia)**

**¿Qué es?**

Los desórdenes hipertensivos se encuentran entre las complicaciones médicas más comunes del embarazo, y ocurren en alrededor del 10% de éstos. Cuando hablamos de "hipertensión en el embarazo" nos estamos refiriendo a un conjunto amplio de condiciones que se acompañan de elevaciones de la presión arterial durante el embarazo. Muchos casos adquieren formas leves pero otros pueden ser muy severos y llegar a tener un gran impacto en la salud de la embarazada y su bebé. Las manifestaciones en estas pacientes pueden ser clínicamente similares sin embar-go, las causas pueden ser diferentes:

- \* Hipertensión inducida por el embarazo
- \* Preeclampsia
- \* Hipertensión crónica
- \* Enfermedad renal

A veces la hipertensión durante el embarazo se asocia a un cuadro clínico llamado "preeclampsia", que es una complicación del embarazo muy peligrosa, por lo que debe diagnosticarse y tratarse rápidamente, ya que en casos severos pone en peligro la vida del bebé y de la madre.

Dos tercios de los casos de preeclampsia ocurren en embarazadas que, fuera de este desorden, no han tenido hijos, ni ninguna otra complicación.

## ¿Cuáles son los síntomas de la preeclampsia-eclampsia?

La preeclampsia–eclampsia puede manifestarse:

- \* Por un conjunto de síntomas y signos: síndrome materno (hipertensión y pre-presencia de proteínas en la orina).
- \* Por un síndrome fetal (disminución del crecimiento intrauterino, reducción del líquido amniótico y falta de oxígeno fetal).

Aquellas madres con hipertensión tienen riesgo aumentado para desarrollar complicaciones potencialmente letales, tales como:

- desprendimiento de placenta,
- hemorragia cerebral,
- alteración de la coagulación de la sangre,
- daño en el hígado,
- insuficiencia renal aguda.

## ¿Cómo se trata?

El manejo obstétrico de la preeclampsia se basa fundamentalmente en el balance entre la salud feto-neonatal y la salud materna.

El mejor tratamiento para este trastorno es provocar el nacimiento (por inducción del parto o por cesárea). Muchas veces esto ocurre varias semanas antes de la fecha probable de parto (nacimiento pre-término). Hay que considerar el momento oportuno y el lugar adecuado para el nacimiento, especialmente en los nacimientos prematuros que deben ocurrir en maternidades con la complejidad suficiente para asistir a recién nacidos prematuros.

El objetivo del tratamiento es prevenir la eclampsia y las complicaciones severas, tal como la lesión cerebral y las alteraciones cardiovasculares.

Se recomienda la hospitalización en aquellas embarazadas que presenten preeclampsia, en cualquiera de sus formas, ya que es el inicio de una fase inestable en la que la salud del bebé y de la madre puede deteriorarse de forma impredecible.

## ¿En qué situaciones la embarazada debe consultar en forma urgente al médico?

- Presión arterial igual o mayor a 140/90 mm Hg.
- Visión borrosa o nublada, visión de puntos negros.
- Dolor de cabeza intenso.
- Náuseas y/o vómitos persistentes.
- Disminución o ausencia de los movimientos del bebé.
- Dolor en el abdomen superior derecho o en la boca del estómago.
- Fotofobia (intolerancia a la luz).
- Exagerada tendencia al sueño (somnia).

## ¿Puede prevenirse?

La aparición de este cuadro no puede prevenirse. No obstante, el control prenatal periódico y oportuno permite detectar la hipertensión en forma precoz y realizar tratamiento médico en los casos que lo requieran. De esta forma, las complicaciones severas muchas veces pueden ser anticipadas. Es importante que los consejos acerca de la alimentación y los signos de alarma sean transmitidos a la embarazada.

---

# SALUD DE TLAXCALA

CALLE IGNACIO PICAZO NORTE No. 25  
COL. CENTRO  
SANTA ANA CHIAUTEMPAN, TLAXCALA  
C.P. 90800

JEFATURA DE EPIDEMIOLOGÍA

TELEFONOS:  
246 46 2 10 60  
Ext: 8072 y 80 76  
Directo: 246 46 2 53 23