



Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia

ISSN: 2304-5124

s pog@terra.com.pe

Sociedad Peruana de Obstetricia y
Ginecología
Perú

Huertas, Erasmo

MANEJO CLÍNICO DE LA PREECLAMPSIA

Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, vol. 52, núm. 4, octubre-diciembre, 2006, pp. 237-238

Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

San Isidro, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo. oa?id=323428182008>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

MANEJO CLÍNICO DE LA PREECLAMPSIA

RESUMEN

Lo más importante en el manejo de la preeclampsia es un adecuado control prenatal, el mismo que deberá permitir tanto la identificación de mujeres de riesgo de desarrollar la enfermedad, como la detección temprana del problema a través del reconocimiento de signos y síntomas clínicos y la progresión a estadios severos. El principal objetivo del manejo de la preeclampsia debe ser siempre la seguridad de la madre. La decisión entre culminar la gestación y el manejo expectante dependerá de la edad gestacional fetal, condición fetal, la condición materna, presencia o no de trabajo de parto y estado de las membranas.

PALABRAS CLAVE: Preeclampsia leve, preeclampsia severa, manejo.

ABSTRACT

The most important issue in preeclampsia management is an adequate prenatal care in order to identify high risk women as well as early recognition of clinical signs and symptoms and progression to severe stages. The main objective in treatment is maternal safety. Decision to end gestation or expectant management will depend on gestational age, fetal and maternal condition, labor or no labor and membranes status.

KEY WORDS: Mild preeclampsia, severe preeclampsia, management.

INTRODUCCIÓN

Lo más importante en el manejo de la preeclampsia es un adecuado control prenatal, el mismo que deberá permitir tanto la identificación de mujeres de riesgo de desarrollar la enfermedad como la detección temprana del problema, a través del reconocimiento de signos y síntomas clínicos y la progresión a estadios severos. El principal objetivo del manejo de la preeclampsia debe

ser siempre la seguridad de la madre. La decisión entre culminar la gestación y el manejo expectante dependerá de la edad gestacional fetal, condición fetal, la condición materna, presencia o no de trabajo de parto y estado de las membranas. (Working Group 2002, Sibai 2003, Brown 2000, Helewa, 1997).

PREECLAMPSIA LEVE

Es definida como presión arterial < 160/110 mmHg y proteinuria < 5 mg/dl, en ausencia de compromiso multiorgánico, como edema pulmonar, convulsiones, oliguria, trombocitopenia, enzimas hepáticas elevadas asociadas con dolor epigástrico persistente o dolor en cuadrante superior derecho del abdomen, o síntomas severos o persistentes de la enfermedad (dolor de cabeza, visión borrosa, ceguera) (Sibai, 2003, Brown, 2000).

Erasmo Huertas

Rev Per Ginecol Obstet. 2006;52(4):237-238

Gineco-Obstetra. Médico Asistente de la Unidad de Medicina Fetal del Instituto Nacional Materno Perinatal erasmohuertas@hotmail.com, ehuertas@imp.gob.pe

Una vez definida y clasificada la condición, se procederá a determinar la edad gestacional (EG) fetal. Si ésta se encuentra a término (EG \geq 37 semanas), no sería prudente continuar con el embarazo, exponiendo a esa madre y su producto a riesgos innecesarios, por lo que recomendamos la culminación del embarazo mediante Inducción del parto, si existen condiciones obstétricas adecuadas (presentación cefálica, placenta normoinserta, pelvis ginecoide).

Si el embarazo es pretérmino (< 37 semanas), habría que valorar previamente si la paciente se encuentra en trabajo de parto o no y el estado de las membranas.

Si no hay trabajo de parto y las membranas se encuentran íntegras, se recomienda reposo. Existe evidencia grado A que algún tipo de reposo en cama estaría asociado con la reducción del riesgo de hipertensión severa y parto pretérmino (Crowther,

1992). Sin embargo, los resultados necesitan ser respaldados por ensayos clínicos con mayor cantidad de pacientes, según la Biblioteca Cochrane (Meher, 2006). También existe evidencia grado A que el uso de antihipertensivos como la metildopa disminuye el número de episodios hipertensivos (Magee, 1999), aunque para los revisores de la Biblioteca Cochrane no está claro aún si la terapia antihipertensiva en estos casos sea realmente valiosa (Abalos, 2006).

Si hay trabajo de parto pretérmino, se recomienda hospitalizar a la paciente con una vía endovenosa permeable, con infusión de suero fisiológico. Solo se usará tocolíticos entre las 27 y 34 semanas, por máximo 72 horas, para permitir el efecto de los administración de corticoides sobre la maduración pulmonar. Se indicará pruebas de evaluación del bienestar fetal y se solicitará exámenes auxiliares para monitorizar daños a órganos blanco maternos (pruebas de función renal, hepática y perfil de coagulación).

Si hay rotura prematura de membranas pretérmino, se agrega antibióticos y manejo según protocolo de RPM.

PREECLAMPSIA SEVERA

Si la PA es ≥ 160 mmHg de sistólica o ≥ 110 mmHg de diastólica o existen signos y síntomas premonitorios o compromiso del bienestar fetal (RCIU), se recomienda hospitalizar a la paciente en un centro hospitalario nivel 3.

Debido a las altas tasas de morbilidad materna y perinatal se recomienda la culminación del embarazo si la enfermedad se desarrolla a partir de las 34 semanas de gestación. (Sibai 2005).

El manejo de emergencia incluye:

1. Hidratación endovenosa, evitando la sobrecarga. Limitar la velocidad de infusión a 80 mL/h (aproximadamente 1 mL/kg/h). Debido al alto riesgo de cesárea se debe limitar la ingesta de líquidos por vía oral.
2. Indique sonda Foley permanente para un control estricto del balance hídrico a través de la correcta cuantificación del gasto urinario.
3. Administración de metildopa por vía oral. En nuestro medio no contamos con hidralazina EV.
4. Administración de nifedipino (droga de acción rápida vía oral) para disminuir los valores de presión arterial a niveles que sean seguros tanto para la madre como para el feto. No son recomendables disminuciones bruscas.
5. Administración profiláctica de sulfato de magnesio, por vía EV, para prevenir convulsiones (Duley, 2006)
6. Corticoides, para maduración pulmonar fetal si la edad gestacional está entre 27 y 34 semanas.
7. Evaluación del bienestar fetal (cardiotocografía, Doppler).
8. Evaluación del bienestar materno (función renal, hepática, perfil de coagulación, fondo de ojo).
9. La frecuencia de estas evaluaciones dependerá de la edad gestacional, severidad de la condición materna y la presencia o ausencia de RCIU.

Son indicaciones para la culminación del embarazo.

1. Eclampsia.
2. Preeclampsia severa antes de las 24-26 semanas que no responde al manejo expectante (evidencia grado C).
3. Insuficiencia renal.
4. Síndrome Hellp.
5. Hipertensión incontrolable.
6. Hipertensión severa a partir de las 34 semanas.
7. Restricción del crecimiento intrauterino.
8. Trombocitopenia asociada.

El único tratamiento que cura la preeclampsia es la expulsión de la placenta (alumbramiento). Sin embargo el riesgo de hipertensión o preeclampsia no se resuelve inmediatamente después del parto, de modo tal que esta entidad puede presentarse por primera vez durante el puerperio. Por esta razón, las mujeres con hipertensión o preeclampsia (o ambas) deben ser objeto de control estricto de la presión arterial, síntomas maternos, ingesta de líquidos y diuresis. No está claro si se debe administrar antihipertensivos en forma rutinaria después del parto a las mujeres con hipertensión anteparto, como tampoco cuál es la droga de elección (Duley 2006).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Report of the National High Blood Pressure Education Program. Working group report on high blood pressure in pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 2000;183:S1-22.
2. Sibai BM. Diagnosis and management of gestational hypertension and preeclampsia. Obstet Gynecol. 2003;102:181-92.
3. Brown MA, Hague WM, Higgins J, et al. The detection, investigation and management of hypertension in pregnancy: executive summary. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2000;40: 133-38.
4. Helewa ME, Burrows RF, Smith J, et al. Report of the Canadian Hypertension Society Consensus Conference: 1. Definitions, evaluation and classification of hypertensive disorders in pregnancy. CMAJ. 1997;157:715-25.
5. Meher S, Abalos E, Carroli G. Bed rest with or without hospitalization for hypertension during pregnancy (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2006. Oxford: Update Software
6. Crowther CA, Bouwmeester AM, Ashurst HM. Does admission to hospital for bed rest prevent disease progression or improve fetal outcome in pregnancy complicated by non-proteinuric hypertension? Br J Obstet Gynaecol. 1992;99:13-7.
7. Magee LA, et al. Management of hypertension in pregnancy. Br Med J. 1999;318:1332-6.
8. Abalos E, Duley L, Steyn DW, Henderson-Smart DJ. Antihypertensive drug therapy for mild to moderate hypertension during pregnancy (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2006. Oxford: Update Software.
9. Duley L, Meher S, Abalos E. Management of pre-eclampsia. Br Med J 2006;332:463-468.