
PREECLAMPSIA ECLAMPSIA

Josefina Leonor Avena

Dra. Verónica Natalia Joerin, Dra. Lorena Analía Dozdor, Dra. Silvina Andrea Brés

Resumen

La preeclampsia es una enfermedad de origen desconocido y multifactorial cuyo tratamiento definitivo es el parto, además de ser causal de repercusiones sobre la madre y el recién nacido, es motivo de hospitalizaciones prolongadas y repercusiones económicas para la familia, los establecimientos de salud y el sistema de salud del país.

Este trastorno hipertensivo multisistémico exclusivo del ser humano complica aproximadamente el 10% de todos los embarazos con una incidencia ligeramente mayor en los países en desarrollo, constituye una de las principales causas de muerte materna de causa obstétrica y es responsable de una alta morbi- mortalidad fetal..

La eclampsia es la presencia de convulsiones tónico-clónicas focales o generalizadas, que ocurren la mayoría de las veces durante el trabajo de parto o el puerperio inmediato y complican uno de cada 2000 a 3000 embarazos teniendo una alta tasa de mortalidad.

Aunque existen tantas teorías para explicar su origen, como investigadores se han abocado al tema, no está claro todavía cual es su causa etiológica y quizás por ello no es posible todavía prevenirla eficazmente.

En el presente trabajo, se revisa cuales son los síntomas y signos que contribuyen al diagnóstico de la preeclampsia-eclampsia, se resalta la importancia del control prenatal y se evalúa cual es el tratamiento más adecuado para resolver dicha patología.

Palabras claves: preeclampsia, síntomas, signos, preeclampsia + diagnóstico

Summary

The preeclampsia is a disease of unknown origin and multifactorial which definitive treatment is the childbirth, beside being a grounds of repercussions on the mother and the newborn child, is a motive of long hospitalization and economic repercussions for the family, the establishments of health and the system of health of the country.

This hypertensive disorder exclusive of the human being complicates approximately 10 % of all the pregnancies (embarrassments) with an effect lightly major in the countries in development, constitutes one of the principal reasons of mother death of obstetric reason and is responsible for a discharge morbi-mortality fetal

The eclampsia is the presence of convulsions tonic - clonics focal or widespread, that happen the majority of the times during the work of childbirth or the immediate puerperal and complicate one of every 2000 to 3000 pregnancies(embarrassments) having a high rate of mortality.

Though so many theories exist to explain his origin, as investigators there are the doomed one to the topic, not this one clearly yet which is his reason etiologic and probably for it is not possible still(yet) to prepare her effectively.

In the present work, it is checked which are the symptoms and signs that they contribute to the diagnosis of the preeclampsia-eclampsia, there is highlighted the importance of the prenatal control and there is evaluated which is the treatment most adapted to solve the above mentioned pathology.

Key words: preeclampsia, symptoms, signs, preeclampsia + diagnosis

INTRODUCCION

Las alteraciones hipertensivas durante el embarazo son una importante causa de muerte materna y morbimortalidad fetal en todo el mundo. ⁽¹⁾

La OMS estima que existen anualmente más de 166 mil muertes por preeclampsia. Su incidencia es del 5 al 10% de los embarazos, pero la mortalidad es de 5 a 9 veces mayor en los países en vía de desarrollo. ⁽²⁾ En Latinoamérica, la morbilidad perinatal es de 8 al 45% y la mortalidad del 1 al 33%. ⁽³⁾

La HTA es la complicación médica más frecuente del embarazo. La elevación tensional de la embarazada tiene diversas causas y expresiones. En primer lugar el embarazo puede inducir elevación tensional y daño renal específico para esta condición. Por otra parte, un número

importante de mujeres hipertensas en edad fértil son susceptibles de quedar embarazadas y finalmente otras, con predisposición genética para desarrollar hipertensión, la expresan en forma transitoria durante la gestación, al estar sometidas a las alteraciones hemodinámicas y hormonales de esta condición.

Las diferentes patologías hipertensivas durante el embarazo y/o el puerperio precoz se agrupan bajo el nombre de *síndromes hipertensivos del embarazo*. Si bien sus etiologías y riesgos difieren, su enfoque diagnóstico y terapéutico es similar. ⁽⁴⁾

Objetivos

Los objetivos de esta revisión bibliográfica son: determinar cuales son los principales sín-

tomas y signos a la hora de arribar al diagnóstico de la preeclampsia-eclampsia, destacar la importancia del control prenatal en la prevención de esta patología y comparar los diferentes tratamientos e identificar cual es el más aceptado por los diferentes autores

Material y métodos:

Utilizamos como fuente de datos: libros de obstetricia y ginecología. Revistas médicas que se obtuvieron de la Hemeroteca de la Facultad de Medicina de la UNNE. Se accedieron a páginas de Internet relacionadas con el tema, a la base de datos "LILACS" y Medline.

Se usaron como palabras claves: preeclampsia, eclampsia, preeclampsia + tratamiento.

DESARROLLO

Definición: Se habla de hipertensión en el embarazo cuando la tensión arterial diastólica es > 90 mmHg y la sistólica es > 140 mmHg, o un incremento de la TA sistólica de por lo menos 30 mmHg del valor basal o de diastólica de por lo menos 15 mmHg sobre el valor basal. ⁽⁵⁾

Clasificación:

Preeclampsia: es la HTA propia del embarazo y se caracteriza además por proteinuria, asociada o no a edemas. Esta enfermedad afecta de preferencia a las nulíparas, aparece después de las 24 semanas de gestación y es típicamente reversible en el posparto inmediato.

Eclampsia: la magnitud de la vasoconstricción y el alza tensional provocan una encefalopatía hipertensiva, capaz de producir convulsiones en ausencia de patología neurológica previa.

HTA crónica de la embarazada: es el alza tensional detectada antes del embarazo o durante las primeras 24 semanas de gestación, la HTA se exacerba durante el embarazo y aparece edema y proteinuria, esto se denomina HTA crónica más preeclampsia.

Las mujeres con hipertensión preexistente (crónica) tienen mayor riesgo de desarrollar preeclampsia, y el pronóstico para la madre y el feto es peor que en los casos en los que la hipertensión se desarrolla por primera vez durante el embarazo. Casi una de cada cuatro mujeres hipertensas desarrollará preeclampsia durante el embarazo, típicamente durante la mitad del mismo. ⁽⁶⁾

HTA esencial desencadenada por el embarazo: se refiere al alza tensional transitoria que se presenta en forma recurrente en embarazos sucesivos. ⁽⁴⁾

Para otros es aquella que se desarrolla durante el embarazo, especialmente al final de la gestación, en el parto o en las primeras 24 hs del puerperio. ⁽⁵⁾

Factores de riesgo:

Los principales factores de riesgo asociados a la preeclampsia-eclampsia son la edad materna, sobre todo cuando ésta es menor de 18 o mayor de 35 años, primíparas, la desnutrición y la pobreza, el bajo nivel de instrucción, las gestaciones múltiples, el embarazo molar, las mujeres diabéticas o con lupus eritematoso. ⁽⁵⁾

Otros factores asociados a un riesgo elevado son: deficiencia de proteína S, presencia de anticuerpos anticardiolipina, factores genéticos como historia familiar donde se evidencia que las madres, hermanas e hijas de pacientes que han presentado preeclampsia tienen una incidencia mayor de la enfermedad y la obesidad previa al embarazo. ⁽⁴⁾

Fisiopatología:

Se han desarrollado varias teorías que tratan de explicar el origen de los síndromes hipertensivos del embarazo y se acepta hoy en día que sea multifactorial, donde factores vasoactivos celulares y séricos desempeñan un papel muy importante.

En la preeclampsia, por factores genéticos y/o inmunológicos, existe falla de la invasión trofoblástica a las paredes de arterias espirales durante la placentación. Se modifica la musculatura arterial a material fibrinoide, la luz arterial está disminuida; hay aterosclerosis aguda, con agregación de fibrina, plaquetas y macrófagos cargados de lípidos, trombosis e infartos, lo cual puede bloquear las arterias. Por lo tanto, la perfusión placentaria disminuye hasta 50%, con menor flujo al feto, desnutrición crónica y RCIU (retardo de crecimiento intrauterino). ⁽⁶⁾

La fisiología del endotelio se altera, con disminución de sus sustancias relajantes (prostaciclina (PGI₂), óxido nítrico), aumento de las sustancias contractivas (aniones superóxidos, peróxidos lipídicos, tromboxano A₂ (TxA₂) y endotelina 1) y modificaciones de las prostaglandinas vasodilatadoras (Pgl 2, PgE 2) y vasoconstrictoras (Pgf2a, tromboxano A₂). La Pgl₂ es un mediador relevante del flujo sanguíneo feto placentario, teniendo su deficiencia un rol importante en la preeclampsia. ⁽⁸⁾

Por lo tanto, la preeclampsia podría tener etiologías heterogéneas, que convergerán en la hipoperfusión placentaria y el daño endotelial materno ⁽⁴⁾

Cuadro clínico:

Preeclampsia: en muchas oportunidades la primera manifestación de la enfermedad es la elevación de las cifras tensionales que generalmente es asintomática y es pesquisada en el control prenatal.

En la preeclampsia la hipertensión es generalmente leve o moderada, en la mayoría de los casos no excede valores de 160/110 mmHg.

La proteinuria es considerada patológica cuando la concentración de proteínas es mayor a 300 mg en orinas de 24 Hs. La magnitud de la proteinuria reviste especial importancia para evaluar severidad y progresión de la preeclampsia.

El edema puede expresarse en forma precoz, por un aumento de peso exagerado. La retención hidrosalina en cara, manos y región lumbosacra se instala tardíamente.⁽⁴⁾

Se aprecian clínicamente por la depresión que deja la presión del dedo sobre la cara interna de la tibia o el tobillo. El edema es la expresión del encharcamiento del espacio interticial: consecutivamente aparece oliguria mantenida.⁽⁹⁾

Cuando se presente elevación tensional durante el embarazo, aun cuando no se documente la presencia de proteinuria, si se acompaña de cefaleas, visión borrosa, dolor abdominal o alteraciones en las pruebas de laboratorio se debe considerar como muy probable la preeclampsia.

La alteración hepática usualmente es subclínica aunque puede manifestarse con náuseas, vómitos y dolor epigástrico o en hipocondrio derecho y con menos frecuencia ictericia, esto, secundario a la distensión de la cápsula de Glisson. Estos síntomas son frecuentes en la preeclampsia grave y más aun cuando ésta se complica con el síndrome de Hellp.⁽²⁾

El **síndrome Hellp** es una enfermedad multisistémica que acompaña a los cuadros graves de preeclampsia. Es un elemento de pronóstico desfavorable en las pacientes afectadas por una hipertensión durante el embarazo. Se caracteriza por la presencia de anemia hemolítica microangiohepática, disfunción hepática con elevación de enzimas hepáticas y trombocitopenia.⁽¹⁰⁾

Eclampsia: en ausencia de otros factores etiológicos, la presencia de convulsiones tónico-clónicas focales o generalizadas define la existencia de eclampsia en pacientes que cursan con HTA inducida por el embarazo. La mayor parte de las mismas ocurren durante el trabajo de parto o el puerperio inmediato. La gravedad no resulta de la extensión y topografía de las lesiones cerebrales, sino de la persistencia de las convulsiones, del compromiso multiorgánico y de la activación de la coagulación, las complicaciones intracraneales más temidas son los hematomas y el edema cerebral difuso con hipertensión endocraneana.⁽¹¹⁾

Cuando esta por desencadenarse el ataque convulsivo, hay un corto periodo prodrómico denominado **eclampsismo** que presenta las siguientes manifestaciones: trastornos nervio-

sos; como excitabilidad acentuada y cefalea frontooccipital, elevación aguda de la presión arterial, diplopía, escotomas, amaurosis, vértigos, zumbidos, hormigueo en la cara y las manos, epigastralgia y sequedad de boca.⁽⁸⁾

Coma eclámptico: las convulsiones que caracterizan a la eclampsia no son, sin embargo un prerrequisito para rotularla como tal. La paciente preeclámptica grave que experimenta un eclampsismo más o menos evidente, puede caer en sopor e insensiblemente en coma. Estos casos son habitualmente más graves que aquellos en los que se presenta un coma a continuación de la convulsión. El coma puede ser de pocas horas o llegar a las 12 o 24, cuando se prolonga más seguramente la enferma muere.⁽⁹⁾

Diagnóstico:

Como en realidad el factor etiológico de la preeclampsia- eclampsia aún continúa en la oscuridad, el diagnóstico se hace tardíamente en la mayoría de los casos. Por lo tanto es muy importante elaborar una historia clínica perinatal detallada⁽⁵⁾. La atención prenatal (control prenatal), reduce la mortalidad materna y perinatal, partos prematuros y el número de productos con bajo peso al nacer, también permite identificar factores de riesgo, lo cual hace posible establecer acciones preventivas y terapéuticas oportunas durante el embarazo.⁽¹¹⁾

En la anamnesis deberán recogerse datos de los antecedentes familiares, del compartimiento de la presión arterial en los embarazos anteriores si los hubiera, y en caso de existir HTA en ellos precisar la época del embarazo en la que se presentó.

En el examen físico se valorará el compromiso de conciencia, la presencia de 3 o 4 ruidos que expresen insuficiencia cardíaca, la presencia de edemas en cara, manos y región lumbosacra. Es importante dijimos valorar el peso corporal y el fondo de ojo en el que se podrá observar vasoconstricción arteriolar y aumento de brillo retiniano en las pacientes hipertensas.

El edema afecta aproximadamente al 85 % de las mujeres con preeclampsia, en estos casos es de aparición rápida y puede estar asociado con una rápida ganancia de peso.

En cuanto al registro de la tensión arterial, para realizar el diagnóstico de HTA en la mujer embarazada es preciso conocer la evolución de las cifras tensionales. Esto constituye un argumento más a favor de la necesidad de realizar controles prenatales precoces y frecuentes. La HTA es el síntoma capital y el que seguramente tiene mayor significación fisiopatológica y pronóstica.⁽⁹⁾

En el momento de medir las cifras tensionales es necesario evitar estímulos capaces de

elevar la T.A como tensión, frío, ejercicio, dolor, vejiga llena, etc.

El enfoque clínico de la paciente está dirigido a evaluar la severidad del síndrome hipertensivo, realizar el diagnóstico diferencial entre los distintos tipos de hipertensión del embarazo y precisar la magnitud del daño causado por la HTA en los parénquimas maternos (encéfalo, corazón, riñones, vasos sanguíneos) y en la unidad feto placentaria.⁽⁴⁾

Signos y síntomas de severidad en la preeclampsia son la cefalea, hiperreflexia, epigastralgia, oligoanuria, trastornos visuales (amaurosis-escotomas) y descompensación cardiopulmonar.⁽⁸⁾

En el examen obstétrico se evaluará la vitalidad y crecimiento fetal y su relación con la edad gestacional, mediante la medición de la altura uterina.⁽⁴⁾

Exámenes complementarios:

Evaluación materna: están encaminados a estimar el funcionamiento de los principales órganos que pueden estar comprometidos en la P-E. Se deben solicitar pruebas de laboratorio para evaluar los siguientes sistemas: hematológico, hepático, renal, cardiovascular, neurológico y coagulación sanguínea.

Hematológico: la hemoconcentración es el hallazgo más sobresaliente y se comprueba por un aumento del hematocrito. La alteración se produce porque hay un desplazamiento del líquido intravascular hacia el espacio extracelular.

Renal: el citoquímico de orina permite identificar la proteinuria la cual es casi constante. La presencia de cilindros indica el compromiso de la unidad renal. Cuando la paciente se encuentra hospitalizada es mejor analizar los valores en una muestra de 24 horas.⁽⁹⁾

En el embarazo normal, la uremia, el nitrógeno ureico y la creatinina sérica se encuentran en niveles bajos por lo cual ascensos discretos pueden pasar inadvertidos. Por esta razón la función renal se debe evaluar mediante el clearance de creatinina.⁽⁴⁾

Cardiovascular: el principal estudio es el ECG, especialmente en los casos graves donde se requiere el uso de hipotensores.

Coagulación sanguínea: la trombocitopenia es el hallazgo más constante en la PE-E. Se debe evaluar también el fibrinogeno, el tiempo parcial de tromboplastina y la protrombina para descartar una CID (Coagulación intravascular diseminada).⁽⁴⁾

En cuanto al diagnóstico por imágenes en la eclampsia no resulta habitual solicitar estudios por imágenes dado que, en la mayor parte de los casos, las convulsiones son controladas con inmediata recuperación sin secuelas neurológicas. No obstante, su indicación es indiscutible en enfermas que persisten con convulsio-

nes, en las que no recuperan el estado de conciencia en el período post-comicial inmediato o que presentan signos de déficit neurológico focal o de irritación meníngea⁽¹⁴⁾. Se puede indicar TAC o RNM

Evaluación de la unidad feto placentaria: la muerte neonatal en pacientes con preeclampsia es mayor que las ocurridas en pacientes que solo presentan hipertensión gestacional.⁽¹⁵⁾

Por ello se recomiendan los siguientes estudios: ultrasonido, pruebas bioeléctricas de vitalidad fetal, amnioscopia, Doppler.⁽⁴⁾

La ultrasonografía permite el registro de los movimientos fetales, como también la monitorización de los latidos cardíacos.

La ultrasonografía seriada, permite la evaluación del crecimiento fetal y el diagnóstico de RCIU, la evaluación biofísica del feto (perfil biofísico), el diagnóstico de anomalías congénitas y la evaluación del compromiso de la hemodinámica uterina y fetal mediante la velocimetría doppler.

El examen ultrasonográfico se repite cada 7 días cuando se trata de evaluar el bienestar fetal mediante el perfil biofísico y doppler.

Amniocentesis: el estudio del líquido amniótico mediante el Test de Clements, el índice de lecitina-esfingomielina y el fosfatidilglicerol, permiten verificar la madurez pulmonar fetal, previo a la interrupción del parto.

Todo esto va dirigido a prevenir o disminuir las complicaciones perinatales, entendiéndose como tal a toda alteración médica que presente el feto o neonato nacido de una madre con diagnóstico de preeclampsia-eclampsia desde las 28 semanas hasta el séptimo día de vida.⁽¹⁴⁾

Tratamiento

Definitivamente el tratamiento es empírico y sintomático porque no está dirigido a la causa, la cual como se sabe es desconocida. Los tres objetivos principales que se pretenden alcanzar son:

1. prevenir el desarrollo de convulsiones y de esta manera, disminuir el riesgo de un ACV (accidente cerebro vascular).
2. Disminuir el vasoespasmo y evitar así, que la HTA deje secuelas en la madre
3. Obtener un RN en buenas condiciones para evitar problemas en la etapa neonatal y en el desarrollo neurológico⁽⁵⁾. Hay que tener en cuenta que la identificación de preeclampsia durante el embarazo es un potente productor de Apgar bajo, muerte u hospitalización neonatal, como también recién nacido prematuro.⁽¹⁵⁾

Como generalmente el diagnóstico es tardío, se recomienda la selección de las embarazadas con factores de riesgo desde la primera consulta prenatal, con el fin de realizarles un control específico que permita detectar pre-

cozmente el síndrome y prevenir las complicaciones.

Manejo de la preeclampsia leve: se realizará un tratamiento en forma ambulatoria, debe alertarse a la paciente sobre los signos y síntomas de empeoramiento de la preeclampsia.

Debe recomendarse una dieta regular, sin restricciones de sal, ni limitaciones en la actividad física.

Además debe indicarse la toma de la presión arterial en forma diaria, la vigilancia del peso y los edemas como así también la realización de laboratorio de control en forma periódica.⁽³⁾

Tratamiento de la preeclampsia moderada:

- Hospitalización
- Reposo, de preferencia en decúbito lateral izquierdo
- Régimen completo, normosódico
- Control de signos vitales maternos y LCF cada 4 horas
- Sedación con diazepam oral (5mg cada 4 horas)
- Medición del peso y la diuresis diaria
- Hipotensores orales si la presión diastólica es mayor a 100 mmHg. Deberán usarse drogas como hidralazina, alfa metil dopa, labetalol o antagonistas del calcio.
- La dosis recomendada para la alfa metil dopa es de 500-2000 mg/día (entre 250 a 500 mgrs. c/ 6 hs).⁽⁴⁾

Si a pesar de estas medidas no se logra un buen control de las cifras tensionales y aparecen signos de mayor daño materno (elevación de la proteinuria, deterioro del cléarance de creatinina) o fetal, evidenciado a través de los parámetros de evaluación de la unidad fetoplacentaria, debe plantearse la interrupción del embarazo.

Cuando la evolución del cuadro hipertensivo señala la conveniencia de interrumpir el embarazo, y se trata de gestaciones menores de 34 semanas, con pulmón fetal inmaduro, es conveniente inducir la maduración fetal con corticoides, e interrumpir la gestación a las 48 hs de la primer dosis.⁽¹⁴⁾

Tratamiento de la preeclampsia grave:

- Hospitalización, en una sala oscura y aislada de ruidos
- Reposo absoluto, de preferencia en decúbito lateral izquierdo
- Régimen normosódico
- Se controlarán los signos vitales cada 4 hs, el peso materno una vez al día, la medición de la diuresis y un movidograma diario.
- Sedación con diazepam (dosis de ataque: 10 mgrs diluido en 10cc de dextrosa 5% EV lento)

- Sulfato de magnesio: la dosis de ataque es de 4 a 5 grs. en 500 de dextrosa al 5% a goteo libre. La dosis de mantenimiento es de 5 grs. en 500 cc de dextrosa al 5% a 35 gotas por minuto (equivale a razón de 1gr por hora).
- Durante el uso del sulfato de magnesio es necesario mantener: reflejos presentes, diuresis mayor a 25 ml/hora y ausencia de depresión respiratoria.
- Hipotensores por vía parenteral frente a la falta de respuesta a los antihipertensivos orales
- Y se deberá tener siempre presente la posibilidad de interrupción del embarazo, siendo los criterios para la interrupción del mismo los sig.: preeclampsia moderada con feto maduro (edad gestacional mayor a las 37 semanas)
- Preeclampsia severa con edad gestacional mayor de 34 semanas
- Preeclampsia severa con feto inmaduro, en que fracasa el tratamiento médico o se presenta el deterioro progresivo del estado materno (HTA severa, crisis hipertensiva)
- Evidencia de deterioro de la unidad fetoplacentaria, independientemente de la edad gestacional
- Presencia de eclampsia. (13)

Tratamiento de la eclampsia: Frente al gran riesgo materno y fetal que supone la eclampsia, debe recordarse que el único tratamiento efectivo y específico de la enfermedad es la interrupción del embarazo.⁽⁴⁾

Los puntos básicos en el manejo de la eclampsia son: hospitalización en área quirúrgica

Mantención de vía aérea permeable (evitar la mordedura de lengua) e instalación de vía venosa (se recomienda el uso de abocat)⁽¹²⁾

Yugulación de la crisis convulsiva mediante el uso de sulfato de magnesio comenzando con un bolo endovenoso lento de 4 a 6 grs. diluidos en 500cc de dextrosa 5% (pasar en 10 min.) y continuar con un goteo de 10 grs. de SO4Mg en 500 cc dextrosa 5% a 35 gotas por min.⁽⁵⁾

También está indicado el uso de diazepam, como droga de segunda elección, que actuaría disminuyendo el consumo de oxígeno por el tejido cerebral, pero que posee efectos nocivos sobre el feto (depresión respiratoria, hipotonía). Las dosis recomendada son: bolo de 10 mg por vía Ev y luego continuar con 50 mg en 500 cc de solución dextrosada al 5%.

Evaluación hemodinámica y del equilibrio acido-base. Disminución de la presión arterial.

Evaluación neurológica y tratamiento del edema cerebral.

Interrupción del embarazo una vez controlado el cuadro convulsivo, las cifras tensionales y

recuperada la conciencia de la madre. El parto puede resolverse a través de inducción oxitócica u operación cesárea, de acuerdo a las condiciones obstétricas de la paciente. ⁽⁴⁾

CONCLUSION

Comenzaremos diciendo que al finalizar la lectura de todos los artículos utilizados para esta revisión, nos queda claro que la hipertensión arterial, que es una de las mayores causas de morbimortalidad cardiovascular en la población adulta, es también una complicación médica muy frecuente durante el embarazo.

Por otro lado debido a que no se conoce la causa que la origina con exactitud, pese a que existen varias teorías que tratan de explicar su fisiopatología, es difícil realizar una prevención efectiva y en la actualidad no existe un método satisfactorio para pesquisar los signos o síntomas premonitorios y que permita así detener el desarrollo de la enfermedad.

En este aspecto es muy importante el papel que juega el **control prenatal**, sobre todo aquel que determina la curva de evolución de la presión arterial, valorando la misma con especial interés en el último trimestre donde la enfermedad es mucho más frecuente. Además el programa de atención prenatal, con inicio desde el primer mes del embarazo y consultas médicas una vez por mes hasta el parto, permite identificar complicaciones del embarazo como las infecciones cervicovaginales, diabetes gestacional, preeclampsia, infecciones sistémicas (HIV y otras) y establecer medidas oportunas de acuerdo con la situación del embarazo ⁽¹¹⁾.

En cuanto a los signos y síntomas encontrados con mayor frecuencia en las mujeres con preeclampsia-eclampsia la mayoría de los estudios destaca a los siguientes: hipertensión, cefalea, fosfenos, acúfenos, dolor en epigastrio o hipocondrio derecho, vómitos e hiperreflexia.

Con respecto al tratamiento, la droga hipotensora ideal sería aquella que logre disminuir la presión arterial sin poseer efectos teratógenos, ni alterara los mecanismos de adaptación del recién nacido, como tampoco la perfusión placentaria.

Una de las drogas más usadas es la alfa metil dopa, aunque también es muy frecuente el uso de B-bloqueantes, clonidina o bloqueadores de los canales de calcio. La alfa metil dopa, es el único antihipertensivo para el cual se dispone de estudios de seguimiento de niños de madres tratadas, que muestra que a los 7 años de seguimiento no presenta efectos deletéreos.

Lo que sí queda claro que para el tratamiento de la eclampsia, es decir la presencia de convulsiones, la medida universalmente aceptada es la interrupción del embarazo y el uso de sulfato de magnesio en primera línea y como droga de segunda elección el diazepam.

El sulfato de magnesio es superior al diazepam o la fenitoína, no solo por revertir el cuadro convulsivo sino también por prevenir las recurrencias de las convulsiones, así como también la morbimortalidad materna.

Por todo esto concluimos que el conocimiento acabado de las manifestaciones clínicas y del manejo terapéutico de estos síndromes permitirá detectarlos de manera precoz y en algunos casos detener su evolución y evitar las complicaciones maternas y fetales

BIBLIOGRAFIA

1. Quintana NP, Rey FD, Sisi TG, Antonelli CA, Ramos MH. Preeclampsia. Revista de postgrado de la VI cátedra de medicina 2003; 133: 16-20.
2. Peralta Pedrero ML, Guzmán Ibarra MA, Cruz Alvear A, Martínez García MC. Utilidad para establecer el diagnóstico y severidad de los síntomas y signos más frecuentes de la paciente preecláptica. Gaceta médica de México 2004; 140: 513-517.
3. Briceño Pérez C, Briceño Sanabria L. Conducta obstétrica basada en evidencias. Preeclampsia leve: manejo expectante ¿hospitalario o ambulatorio?. Revista de ginecología y obstetricia de México [en línea] 2006 Octubre [fecha de acceso 17 de noviembre de 2006]; 47 (10). 537-545 disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=38921&id_seccion=1730&id_ejemplar=4014&id_revista=40
4. Votta RA. Obstetricia. Segunda edición. Buenos Aires: López librerías, 1995:327-352.
5. Hasbún AJ. Preeclampsia-eclampsia. En: Botero J, Jubiz A, Henao G, ed. Obstetricia y ginecología texto integrado 5ª edición Medellín: Intermedicina: 1994: 167-177.
6. Pacheco J. Preeclampsia-eclampsia. Revista de la sociedad peruana de ginecología y obstetricia 2001; 47: 26-30.
7. Torales MC, Zelaya MB, Schiaffino PM, y col. Estados hipertensivos del embarazo en el hospital Madariaga. Revista de postgrado de la VI cátedra de medicina 2003;126: 20-28
8. Gómez Sosa E. Trastornos hipertensivos durante el embarazo. Revista cubana de obstetricia y ginecología 2000; 26: 17-21
9. Uranga Imaz F, Uranga Imaz F (h). Obstetricia. 5ª edición. Buenos Aires: intermedicina: 1983: 714-754.
10. Carrascal E, González M, De miguel JR, Ortiz C. Preeclampsia grave y síndrome de hells postparto. Revista cubana de ginecología y obstetricia 2004;31: 38-39
11. Sánchez Nuncio HR, Pérez Toga G, Pérez Rodríguez P, Vázquez Nava F. Impacto del control prenatal en la morbilidad y mortalidad neonatal. Revista médica del instituto mexicano del seguro social 2005 septiembre; 43 (5): 377-380.
12. Malvino E, Ríos J, Mc loughlin D, Moreno A. Correlación clínica radiológica en la eclampsia. Revista de medicina de Buenos Aires 2004; 64: 497-503.
13. Valdez G, Oyarzun E. Síndromes hipertensivos del embarazo. En: Pérez Sánchez A, Donoso Siña E, ed. Obstetricia 3ª edición. Santiago de Chile: mediterráneo: 2000: 595-617.
14. Pinedo A, Orderique L. Complicaciones maternoperinatales de la preeclampsia-eclampsia. Revista de la sociedad peruana de ginecología y obstetricia 2003; 47: 42-48.
15. Rivero MI, Perna E, Sosa T, Benítez A, Urquidí D, González MA. Impacto de la presencia de la preeclampsia-eclampsia sobre los resultados perinatales. Revista médica del nordeste [en línea] 2005 Octubre [fecha de acceso 17 de noviembre de 2006]. 12-15 disponible en: <http://med.unne.edu.ar/fisiologia/revista7/resultadosperinatales.pdf>