

Pregunta – Tratamiento de la Preeclampsia Severa.

Dr. Ricardo Velasco.
Dr. Haroldo Capurro

Actualización: JUNIO 2009

PREECLAMPSIA GRAVE

INTODUCCION

La preeclampsia (PE) es un desorden que sucede frecuentemente después de las 20 semanas de embarazo y se caracteriza por hipertensión arterial y proteinuria. El edema ha sido excluido últimamente como criterio diagnóstico.

La preeclampsia severa o grave (PES) se diagnostica cuando: a) la presión arterial sistólica es mayor de 160 mm Hg y la presión diastólica mayor de 110 mm Hg. b) proteinuria mayor de 5 g en 24 horas c) puede asociarse a oliguria, edema pulmonar, cianosis, disturbios en la visión, alteración de la función hepática, trombocitopenia, dolor epigástrico y cefalea. El retardo de crecimiento intrauterino es frecuente. Ella es causa de morbi-mortalidad materna fetal importante. En todos los casos la paciente debe ser internada.

La preeclampsia moderada presenta hipertensión pero con valores inferiores a los niveles que la preeclampsia severa y proteinuria.

La eclampsia es cuando se agregan convulsiones.

La prevalencia de preeclampsia severa y eclampsia es de 5,2 por 1.000 en Inglaterra luego de haber analizado 210.631 mujeres (1).

TRATAMIENTO

Su justificación responde a 3 principios básicos:

- a) El nacimiento es siempre adecuado para la madre pero no para el feto.
- b) Los cambios fisiopatológicos en la preeclampsia severa son factores importantes. La hipoperfusión es capaz de incrementar la morbi-mortalidad perinatal. Intentar tratarla con natriuresis o sea bajando la tensión arterial, exacerba esta situación, debido al menor aporte de sangre de la madre al feto a través de la placenta.
- c) Los cambios patológicos que la preceden son cambios en la reactividad vascular, en el volumen plasmático y en la función tubular renal que se expresa con aumento de la tensión arterial, de la excreción urinaria de proteínas y retención de sodio.

RESULTADOS

El tratamiento definitivo de la preeclampsia severa es finalizar con el embarazo (feto y placenta). Esta indicación es urgente cuando el feto está a término pero en caso de pretérmino, se podría demorar 48 horas (siempre que las condiciones clínicas lo permitan) para dar tiempo al corticoide de madurar el pulmón.

Resultados generales

Este documento es un instrumento de información, que no reemplaza al personal médico en el cuidado de la salud y no es responsable directa ni indirectamente del posible daño causado a terceros.

Un estudio clínico randomizado (2) comparó la intervención activa temprana versus intervención expectante (nacimiento demorado). Se incluyeron 133 mujeres y debido a su escaso número fue insuficiente obtener conclusiones sobre mortalidad fetal y/o neonatal. En el grupo intervencionista hubo significativamente más dificultad respiratoria en el recién nacido (RR = 2,3 IC 95% 1,39-3,81), más enterocolitis necrotizante (RR = 5,5 IC 95% 1,04-29,56) y mayor necesidad de utilizar la unidad de cuidado intensivo neonatal (RR = 1,3 IC 95% 1,13-1,55) que en los casos de manejo expectante, en caso de gestaciones antes del término. Sin embargo en el grupo de intervención activa fueron menos probable los retardo de crecimiento (RR = 0,36 IC 95% 0,14-0,90).

No hubo diferencias significativas entre ambos grupos en ninguna de las otras variables analizadas.

En un trabajo reciente (3) en 15 estudios no randomizados (4 de países latinoamericanos) se encontró que en la preeclampsia severa la prolongación del embarazo entre 10 a 14 días no, incrementó la mortalidad materna con el manejo expectante y en 2 estudios randomizados tampoco se encontró mejoría en la madre pero si en el neonato. En Estados Unidos sugieren que el manejo expectante es sólo posible en determinadas mujeres con gestaciones entre 23 y 32 semanas, pero siempre en un nivel terciario de atención y consulta con gineco-obstetras junto a cardiólogos e intensivistas de adultos y disponer de un servicio de neonatología con estructura y recursos materiales adecuada y recursos humanos capacitados.

En la Hipertensión Arterial

Un segundo estudio clínico randomizado (4) incluyó 1.637 mujeres embarazadas con hipertensión severa y compara varios agentes antihipertensivos. Sus resultados mostraron que la hidralazina es una droga recomendable ya que es efectiva, de bajo costo, relativamente segura y factible de ser aplicada en países de bajos recursos.

El suplemento de calcio durante el embarazo y su efecto sobre la hipertensión arterial ha sido estudiado en 6.634 mujeres (5) y se ha encontrado una reducción del 42% (RR = 0,58 IC 95% 0,43-0,79) de la hipertensión, habiendo sido mayor el efecto en mujeres con factores de riesgo de hipertensión. No hay evidencia de asociación con mortalidad fetal y neonatal. Hubo pocos nacimientos de bajo peso y/o pretérmino en mujeres con hipertensión arterial.

En el Edema

Durante la gestación normal el incremento de líquido es entre 6 y 8 litros y las 2/3 partes se distribuye en el espacio extracelular. Ocho de cada 10 gestantes tienen edemas sobretodo en los miembros inferiores. Existe una moderada caída de la presión coloidal osmótica en el intersticio e incremento de la presión hidrostática. Esta situación hace que el rol de los diuréticos estén contraindicados en la preeclampsia, excepto en el edema pulmonar, mientras que la expansión brusca de volumen incrementa el riesgo de edema pulmonar y cerebral (6).

Existe escasa evidencia científica en el manejo de fluidos y electrolitos en la preeclampsia; tampoco hay evidencia sobre el daño renal a largo plazo, pero sí hay un fuerte convencimiento de que el edema pulmonar está asociado a la administración inadecuada de líquidos (7).

Un trabajo reciente estudia 29 mujeres con PE y 14 con retardo del crecimiento intrauterino. Todas recibían el mismo tratamiento hipertensivo anti-hipertensivo y se le adicionó terapia oncótica (dextrán 40). Con la adición de dextrán no hubo diferencias en cuanto a los niveles de ácido úrico, plaquetas y presión arterial; sin

Este documento es un instrumento de información, que no reemplaza al personal médico en el cuidado de la salud y no es responsable directa ni indirectamente dl posible daño causado a terceros.

embargo esta asociación mejora los resultados perinatales en lo que se refiere a menor depresión neonatal al 5to minuto de vida (Apgar < de 7) y mejor pH de la sangre del cordón umbilical, así como una mejoría de los parámetros hematológicos y parámetros útero sonográficos (8).

La expansión de volumen en 216 pre-eclampsias severas acompañadas con hemólisis, elevadas enzimas hepáticas y bajo recuento plaquetario fueron randomizados en 2 grupos: a uno se le administró plasma como expansor de volumen (intervención) y al otro grupo restricción de líquidos endovenosos (controles). Se concluye que en el grupo intervenido los resultados materno fetales son similares a los del grupo control (9).

En caso de diagnosticarse edema cerebral (resonancia magnética) sobretodo acompañado con altos valores de presión arterial diastólica y exceso de aspartato aminotransferasa sérica (AST), la finalización del embarazo está indicada (10).

CONCLUSION

Al desconocerse la patogenia de la pre-eclampsia, los tratamientos se basaban en el conocimiento de la fisiopatología y patología, sobretodo en lo que se refiere al manejo de líquidos y electrolitos. Últimamente estudios clínicos randomizados (2, 4 y 5) hacen que los resultados generales y sobre el tratamiento de la hipertensión arterial en la preeclampsia severa, basen sus conclusiones en la evidencia científica. Aún hace falta nuevos estudios clínicos para responder a varios interrogantes que plantea el tratamiento de esta patología. Por ahora la única cura definitiva es interrumpir el embarazo.

BIBLIOGRAFIA

1- Tuffnell DJ, Jankowicz D, Lindow SW, Lyons G, Mason GC, Russell IF, Walker JJ, Yorkshire Obstetric Critical care group. Outcomes of severe preeclampsia/eclampsia in Yorkshire 1999/2003. BJOG. 2005 jul;112(7):875-80.

2 – Churchill D, Duley L. Interventionist versus expectant care for severe preeclampsia before term (Cochrane Review). In: The Reproductive Health Library, Issue 9, 2006. Oxford: Uptade Software Ltd. Available from <http://www.library.com>. Reprinted from The Cochrane Library, Issue 1, 2006. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

3 - Briceño Pérez C, Briceño Sanabria L. Evidence-based obstetric conduct. Severe preeclampsia: aggressive or expectant management?. Hypertension. 2008 Apr;51(4):1042-6. Epub 2008 Feb 7.

4 – Duley L, Henderson-Smart DJ. Drugs for treatment of very high blood pressure during pregnancy (Cochrane Review). In: The Reproductive Health Library, Issue 9, 2006. Oxford: Up-date Software Ltd. Available from <http://www.library.com>. (Reprinted from The Cochrane Library, Issue 1, 2006. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

5 – Atallah AN, Hofmeyr GJ, Duley L. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems (Cochrane Review). In: The Reproductive Health Library, Issue 9, 2006. Oxford: Up-date Software Ltd. Available from <http://www.library.com>. (Reprinted from The Cochrane Library, Issue 1, 2006. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

6 – Davison JM. Edema in pregnancy. Kidney JM Int Suppl. 1997 Jun;59:S90-6.

Este documento es un instrumento de información, que no reemplaza al personal médico en el cuidado de la salud y no es responsable directa ni indirectamente dl posible daño causado a terceros.

7 – Engelhardt T, MacLennan FM. Fluid management in pre-eclampsia. Int J Obstet Anesth. 1999 Oct;8(4):253-9.

8 – Habeck D, Bovic MV, Habeck JC. Oncotic therapy in management of preeclampsia. Arch Med Res. 2006 Jul; 37(5):619-23.

9 – Ganzevoort W, Rep A, Bonsel GJ, Fetter WP, van Sonderen, De Vries JI, Wolf H,; PETRA investigators. A randomised controlled trial comparing two temporising management strategies, one with and one without plasma volume expansion. BJOG. 2005 Oct; 112(10):1358-68.

10 – Matsuda H, Sakaguchi K, Shibasaki T, Takahashi H, Kawakami Y, Furuya K, Kikuchi Y. Cerebral oedema on MRI in severe pre-eclampsia women developing eclampsia. Perinat Med. 2005; 33(3):199-205.