

Clasificación y principales factores de riesgo en la preeclampsia

Dora Vanessa Mallama Orozco

Resumen

Objetivo: hacer revisión de diferentes fuentes bibliográficas confiables en las que se haga referencia a la preeclampsia, su clasificación y todos aquellos factores más predisponentes para que se presente la patología.

Método: filtración de búsqueda electrónica, con el fin de que aparezcan únicamente aquellos artículos o trabajos de grado actualizados que se encuentren estrechamente relacionados con la preeclampsia, clasificación y factores de riesgo.

Introducción

Los trastornos hipertensivos del embarazo son causa importante de morbilidad grave, discapacidad crónica y muerte entre las madres, los fetos y los recién nacidos. En América Latina, una cuarta parte de las muertes maternas se relacionan con esas complicaciones. Entre los trastornos hipertensivos que complican el embarazo, la preeclampsia y la eclampsia sobresalen como causas principales de morbilidad y mortalidad maternas y perinatales. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014, p. 1)

Muchas de las patologías que generan morbimortalidad, a nivel materno y fetal, se pueden evitar si se proporcionan los cuidados requeridos por cada paciente de manera oportuna, actividades que se deben ejecutar desde el primer nivel de atención, que es a donde las pacientes ingresan por primera vez para que sea llevado a cabo su control prenatal. Por lo tanto, es importante que se realice un adecuado seguimiento, con el fin de detectar de manera temprana aquellos factores de riesgo a los que se encuentra expuesta la gestante, evaluar si se están produciendo cambios anormales, aquellos que no se encuentren relacionados con el embarazo. Además, es fundamental la educación que se brinde, para que la paciente sea capaz de reconocer aquellos síntomas que, en caso de presentarlos, deben ser atendidos de manera inmediata para evitar llegar a fases críticas.

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. (Instituto Nacional de Salud Pública, 2006, p. 1)

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. (Herrera, 2018, p. 9)

Clasificación

Preeclampsia sin criterios de severidad

Desorden de carácter hipertensivo asociado con proteinuria, edema, llegando en algunos casos a presentar anomalías en las pruebas de funcionamiento de la coagulación sanguínea, pudiendo ser también a nivel hepático, generalmente, hace su debut a partir de la semana 20, aunque los casos más frecuentes se dan al final de la misma.

El nivel de presión arterial que le da la caracterización es $\geq 140/90$ mmHg, lo que se revela mediante el seguimiento que se hace en dos ocasiones por separado y en dos momentos diferentes, con intervalos de cuatro horas, la proteinuria presenta una concentración igual o superior a 300 mg en el transcurso de 24 horas y menor a 5 g en el lapso de 24 horas. (Carrión, 2020, p. 3).

Preeclampsia con criterios de severidad

La presión arterial que se observa es igual a 160/110 mmHg, con la concentración de proteinuria en la muestra de orina elevada y mayor a 5 g en el transcurso de 24 horas, además de esto se observa cuadro edematoso masivo en la paciente, el mismo que puede comprometer la cara, las extremidades, paredes del abdomen, e inclusive la región sacra, pudiendo llegar a presentar ascitis (acumulación de líquido en la zona peritoneal) o anasarca (acumulación de líquido masiva en todo el cuerpo).

En muchas ocasiones puede presentar disminución en la producción de orina, llegando a ser menor a 400 ml/24h, con trombocitopenia menos de 100.000/mm³, la coagulación intravascular puede ser diseminada, edema a nivel pulmonar y/o compromisos serios a nivel neurológico. (Carrión, 2020, p. 4)

Etiología

En condiciones normales, durante el primer y segundo trimestre se produce la invasión del trofoblasto a nivel de las arterias espirales por parte de la decidua, ocasionando la destrucción del tejido medio y de la capa muscular de la pared arterial, por lo que se produce el remplazo del endotelio por materiales fibrinoides, lo que determina la desaparición de la estructura musculo-elástica de las arterias espirales antes mencionadas, a

consecuencia de lo cual se tiene la presencia de vasos dilatados que serían los responsables de soportar el aumento de la volemia característica del embarazo, proceso que no ocurre en mujeres con preeclampsia en donde se observa el efecto contrario a lo anterior, (...) lo que va acompañado de alteraciones a nivel local, a nivel de tono vascular, alteración en el balance inmunológico y por ende del estado inflamatorio. (Carrión, 2020, p. 4)

Factores de riesgo

Dentro de los factores más predisponentes para desarrollar preeclampsia en la gestación, se encuentran los siguientes:

- Edad: >35 y <20 años.
- Antecedente de preeclampsia en gestaciones anteriores.
- Obesidad.
- Antecedente de hipertensión.
- Situaciones estresantes en la gestante.
- Embarazo gemelar.
- Primigestante.

Cuadro clínico

En las gestantes que desarrollan preeclampsia, se pueden presentar una serie de signos característicos de la patología, ante lo cual, como profesionales de Enfermería, en cada control con la paciente se debe prestar gran atención para poder realizar un abordaje oportuno, para evitar que se generen complicaciones en la salud materno-fetal.

Edema

Por el aumento de la presión intravascular y disminución de la presión oncótica, esto determina que el líquido intracelular se desplace a la zona extracelular. De esa forma, se puede observar la presencia de edema a nivel de cerebro, retina, pulmón e hígado. Al generarse edema a nivel de órganos como el hígado, se desarrolla compresión en el epigastrio, lo que desencadena la denominada Epigastralgia (González, como se citó en Carrión, 2020)

Visión borrosa o fosfenos

Generadas por la vasoconstricción a nivel de los vasos sanguíneos y la presencia de edema de la retina (Carrión, 2020).

Proteinuria

Ocasionada por el daño a nivel glomerular y a la hipertensión, lo que genera un mal funcionamiento renal, que impide la adecuada filtración de proteínas (Carrión, 2020).

Aumento de transaminasas

Generada por el edema o la isquemia hepática, lo cual crea cuadros de necrosis centrolobulillar, esto determina la elevación de transaminasas y de deshidrogenasa láctica (Carrión, 2020).

Alteraciones hematológicas

Debido a la pérdida de líquido intravascular, lo que va a generar una hemoconcentración. Puede presentarse también la trombocitopenia y la coagulación intravascular diseminada, debido a que en la zona de la alteración del endotelio se produce la activación de la llamada cascada de coagulación y por ende el consumo de plaquetas. (Carrión, 2020, p. 6)

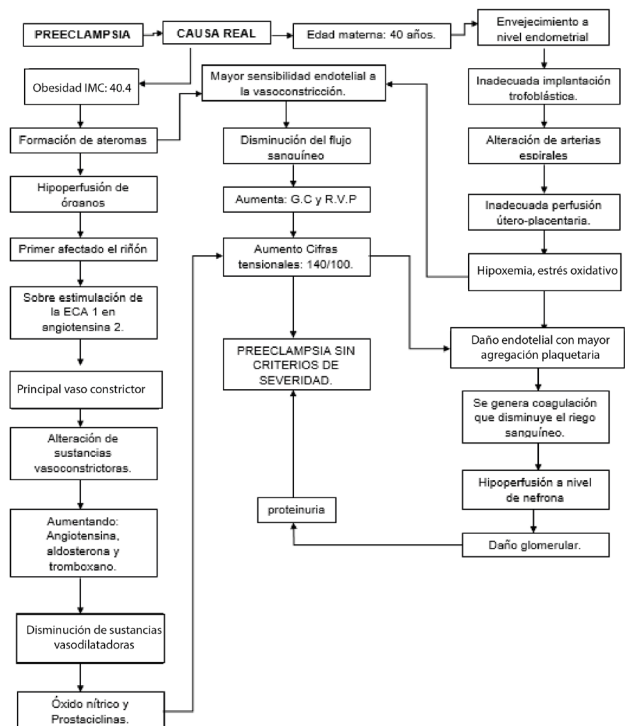
Las muertes fetales están íntimamente relacionadas con la disminución del flujo uteroplacentario y los espasmos producidos en las arterias espirales, con la subsecuente trombosis arterial, que motiva una anoxia intrauterina al feto y si este no está bien preparado para soportarla lo llevará inevitablemente a la muerte. Un gran número de gestantes desarrolló preeclampsia con agravamiento o algunas de las complicaciones inherentes a esta afección, por lo que resulta imprescindible continuar estudios que permitan modificar precozmente los factores de riesgo y relacionar un grupo de acciones que garanticen mayor la gestión del cuidado con calidad, así como, la atención prioritaria de las gestantes complicadas. (Cuenca et al., 2016, p. 663)

Esquema fisiopatológico

Esquema fisiopatológico de una paciente de 40 años de edad, con un IMC de 40.4 (obesidad), desarrolló preeclampsia sin criterios de severidad en la semana 33.2 de gestación.

Figura 1

Esquema fisiopatológico



Se puede observar en el esquema fisiopatológico de la paciente, quien presentó un cuadro de preeclampsia sin criterios de severidad, que pudo ser desencadenado por los factores de riesgo predisponentes en la usuaria, entre los que se encuentran los siguientes: edad avanzada, índice de masa corporal, ya que presentaba un estado de obesidad, estos factores incidieron en el estado de gestación de la paciente, por lo cual tuvo que ser hospitalizada.

Se pudo observar que la paciente, al momento de la revisión, ya se encontraba estable, con tensiones arteriales de 130/90 mmHg y monitoreo fetal que no indicaba alteraciones, por lo cual no le administraron medicamentos; estaba hospitalizada con el fin de mantenerla monitorizada y así evitar que se presente algún tipo de alteración de manera repentina.

Mediante la revisión bibliográfica, se puede corroborar que los trastornos hipertensivos durante la gestación se presentan con mayor incidencia en la población, lo que genera daños en el estado de salud materno-fetal, por tanto, se hace necesario hacer un abordaje en las mujeres, desde antes que se produzca el embarazo, para que conozcan todos aquellos factores que podrían ocasionar un estado hipertensivo durante la gestación, con el fin de comprender que es necesario visitar al

personal de salud para recibir las recomendaciones pertinentes y lograr tener una gestación lo más tranquila posible, en la que no se ponga en riesgo el estado de salud de la madre y tampoco del bebé.

Conclusiones

Mediante la revisión de diferentes fuentes bibliográficas y tomando como referente una paciente real que presentó preeclampsia sin criterios de severidad, se ve la necesidad de seguir profundizando en dicha patología, con la finalidad de crear una base de razonamiento científico sobre aquellas actividades que deberían realizarse de manera oportuna, desde el área de Enfermería, para prevenir los trastornos hipertensivos durante el embarazo y evitar que esta enfermedad siga estando dentro de las primeras causas de muertes materno-fetales.

Es de gran interés que haya mayor investigación y realización de diferentes diseños de intervención desde el primer nivel de atención, ya que es en donde se hace por primera vez el abordaje hacia las gestantes, con el fin de desarrollar redes de apoyo hacia las usuarias, proporcionando información pertinente que favorezca la participación activa y responsable en la construcción y cumplimiento de un plan de acción o tratamiento, donde se fomente, además, todos aquellos hábitos que permitan el adecuado progreso de la gestación, teniendo en cuenta que muchos factores desencadenantes de la preeclampsia pueden ser modificados.

Referencias

- Carrión, Y. (2020). *Proceso de atención de Enfermería en paciente gestante de 30 años con 37 semanas con preeclampsia severa* [tesis de pregrado, Universidad Técnica de Babahoyo].
- Cuenca, Y., Rodríguez, Z., Cruz, B., Cruz, Y., Barquilla, E. y García, T. (2016). Comportamiento de la preeclampsia con agravamiento en gestantes o puérperas en Mayarí. *Correo Científico Médico*, 20(4), 657-666.
- Herrera, K. (2018). Preeclampsia. *Revista Médica Sinergia*, 3(3), 8-12.
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2006). Preeclampsia / eclampsia. *Boletín de Práctica Médica Efectiva*. https://www.insp.mx/images/stories/Centros/nucleo/docs/pme_o6.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia. OMS. <https://www.who.int/es/publications/item/9789241548335>

