



PREECLAMPSIA

¡EMBARAZO DE ALTO RIESGO!

La preeclampsia constituye la principal causa de mortalidad y morbilidad materna y neonatal y constituye una indicación para un parto pretérmino inmediato si el trastorno es agudo. Este síndrome obstétrico se caracteriza por la aparición de hipertensión y proteinuria después de la semana 20 de gestación.

La preeclampsia se caracteriza y define por la aparición de hipertensión ($\geq 140/90$ mmHg) y proteinuria (≥ 300 mg/24 horas) después de la semana 20 de gestación. Constituye uno de los síndromes obstétricos más serios, con una incidencia de entre el 2 y el 7 por ciento de los embarazos, y es el principal contribuidor a la mortalidad y morbilidad maternal y neonatal. Así se ha puesto de manifiesto en el marco del simposio *Problemas de la mujer y el feto en el embarazo y post-parto* organizado por la **Sociedad Española de Bioquímica Clínica y Patología Molecular (SEQC)**, en el que se han abordando aspectos como la utilidad de los marcadores bioquímicos o sus consecuencias neonatales.

La preeclampsia afecta a uno de cada 20 embarazos y es la segunda causa más frecuente de mortalidad materna. Puede poner en peligro la vida de la madre y del feto, especialmente si se diagnostica de forma tardía, y es una indicación para un parto pretérmino inmediato si el trastorno es agudo. De acuerdo con las directrices actuales -que no han cambiado durante décadas-, el diagnóstico de la preeclampsia se basa en los parámetros clínicos de hipertensión arterial y proteinuria, que no son específicos ni sensibles. Además, de forma aislada, los criterios clínicos pueden ser insuficientes para predecir esta enfermedad y, especialmente, sus resultados clínicos adversos.

Precoz o tardía

Las gestantes con riesgo de padecer la enfermedad son mujeres con hipertensión inducida por el embarazo. Sin embargo, no todas las gestantes con HTA desarrollan preeclampsia, sino que es necesaria la presencia de un aumento en la concentración de proteínas en orina para que el diagnóstico quede totalmente establecido, hecho que normalmente no se considera como tal antes de la semana 20 del embarazo. Actualmente, el conocimiento limitado de la fisiopatología y etiología de la preeclampsia hace que el único tratamiento efectivo sea el parto, que puede ocasionar una mortalidad y morbilidad neonatal elevada cuando tiene lugar antes de la semana 30 de gestación. La aspirina es el fármaco que se utiliza como tratamiento de prevención en el primer trimestre de la gestación. Según explica el **doctor Francisco Álvarez, presidente de la SEQC**, la preeclampsia se puede clasificar como **precoz o tardía**, dependiendo de si se diagnostica antes o después de la semana 34 de gestación, respectivamente. La precoz supone una complicación importante para el feto, por su gran prematuridad y por tanto por su inmadurez. "Por este motivo, es importante tener en cuenta que el neonato, si es viable, va a requerir unos cuidados especiales que exigen la existencia de una UCI pediátrica, es decir que es aconsejable que el parto se realice en un hospital de tercer nivel", comenta el doctor Álvarez.

Sus complicaciones

a La **complicación materna** más seria es que progrese a eclampsia, lo que puede provocar **alteraciones visuales** (por un vasoespasmo cerebral, sobre todo del área occipital), **convulsiones, derrame cerebral, fallo renal, edema pulmonar** (por la pérdida de la integridad vascular y la disminución de la concentración de proteínas en la sangre), **fallo hepático, accidente vascular-cerebral** y **alteraciones de la coagulación**.

b Con respecto a las **complicaciones fetales**, se incluye el **retraso del crecimiento intrauterino, el riesgo de pérdida de bienestar fetal y la muerte perinatal**.

Cribados prenatales y neonatales

Los **programas de cribado prenatal** tienen como objetivo seleccionar las gestantes de riesgo dentro de la población general de embarazadas con el fin de llegar al diagnóstico de enfermedades o malformaciones que, a priori, no son esperadas y por tanto son de difícil diagnóstico. Para el doctor Álvarez, el diagnóstico prenatal en España ha tomado mucho auge en los últimos años, aunque sigue dependiendo, en muchos casos, de la inquietud de los profesionales. "La parte más importante de estos programas de cribado no es ponerlos en marcha, sino hacer un seguimiento de los mismos, conociendo la sensibilidad y falsos positivos para confirmar su bondad o rechazo". Desde el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, ya se han dado normas para la puesta en marcha de determinados programas de cribado, que no tienen que estar necesariamente relacionados con el embarazo o post-parto.

Por su parte, el objetivo del **cribado neonatal** es la detección en los primeros días de vida de algunas enfermedades que son inicialmente de difícil diagnóstico clínico y que producen daños prevenibles con un adecuado tratamiento precoz. Se trata de casos poco numerosos pero graves y son niños que serán absolutamente normales aunque se convertirán en pacientes crónicos. Lo más común es que se sometan a una dieta o que reciban, como en el caso del hipotiroidismo congénito, un suplemento de la hormona que no pueden sintetizar.



Sin diagnóstico precoz

Actualmente no existe una prueba diagnóstica que permita establecer un tratamiento preventivo. Aunque se desconoce la etiología de la preeclampsia, una de las causas probables es la presencia de un defecto en la placentación, que se produciría al inicio del embarazo y que provocaría una alteración en el tráfico celular. El descubrimiento de células fetales en sangre materna ha abierto grandes expectativas con respecto a la posibilidad de desarrollar un **método no invasivo de diagnóstico prenatal basado en marcadores bioquímicos**, que permitiría reducir el empleo de los métodos tradicionales de obtención de tejido fetal, como la amniocentesis o la biopsia corial, minimizándose por tanto el riesgo de aborto. Por sus características, el eritroblasto se ha revelado desde un principio como una célula diana interesante. Se ha visto que el aumento del



número de eritroblastos en sangre materna se podría detectar a partir de la 20 semana de gestación. Los resultados de un estudio realizado a 25 gestantes hipertensas revelan un aumento del número de eritroblastos en las pacientes hipertensas respecto al grupo control constituido por gestantes sin complicaciones obstétricas. En este trabajo, la edad gestacional de las embarazadas con HTA está comprendida entre las semanas 23 y 39 de gestación. Se ha comprobado la existencia de un aumento del número de eritroblastos en las gestantes diagnosticadas de preeclampsia, pero para averiguar si ese aumento se puede utilizar como marcador pronóstico de la enfermedad sería necesario realizar un estudio con edades gestacionales más tempranas. A la vista de los resultados, el aislamiento de eritroblastos de sangre materna sí podría ofrecer una ayuda al diagnóstico.