



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

264/199 - CUANDO ALGO NO EMPIEZA BIEN...

C. López López^a, I. Gallego Serrano^b, M. Tijeras Úbeda^c, M. García Ventura^d, J. Langa Valdivieso^b y M. Compán Medina^b

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Cañada. Almería. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Almería Periferia. ^cMédico de Familia. Centro de Salud La Cañada. Almería. ^dMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Cañada. Almería.

Resumen

Descripción del caso: Gestante de 29 años, sin antecedentes personales de interés, su tía materna sufrió hemorragia cerebral hipertensiva en embarazo. Realizamos control en Atención Primaria (AP) del embarazo según Proceso Asistencial Integrado (PAI), sin ninguna incidencia hasta semana 20 que en consulta de segundo nivel ecográficamente se observa “edad gestacional acorde a semanas de amenorrea y arterias uterinas patológicas con índice de pulsatilidad (IP) por encima del percentil 95” decidiéndose seguimiento estrecho en consulta de Obstetricia con control ecográfico, analítica con función renal y proteínas en orina, y control de tensión arterial (TA) mensuales. En semana 26 se aprecian indicios de proteinuria y TA 130/86 mmHg, y ecográficamente en semana 28 se constata feto con crecimiento intrauterino retardado (CIR) sin repercusión hemodinámica. En semana 33+2 acude a consulta de AP, detectándose TA 145/90 mmHg y proteinuria de 300 mg/dl, por lo que se deriva a urgencias de Tocoginecología para valoración con diagnóstico de Preeclampsia, procediéndose al alta dada la normalidad del estudio físico y analítico. A los cuatro días vuelve a consultar en AP, con TA 166/100 mmHg, iniciamos tratamiento con alfa-metildopa 250 mg/24 horas y volvemos a derivar, quedando ingresada con monitorización feto-materna por CIR moderado y preeclampsia leve. Finalmente en semana 34+4, se aprecia en analítica elevación de transaminasas, trombopenia y anemia, por lo que ante la sospecha de síndrome de HELLP se realiza cesárea de urgencia con nacimiento de niña sana de 1.605 g, Apgar 8/9, la madre evoluciona favorablemente.

Exploración y pruebas complementarias: Analíticas y exploración física según PAI embarazo. Proteínas en orina, función renal, ecografía obstétrica y toma de TA mensual desde semana 20. Control obstétrico del embarazo.

Juicio clínico: Preeclampsia complicada con síndrome de Hellp.

Diagnóstico diferencial: Hipertensión arterial (HTA) en embarazo: HTA crónica, transitoria, preeclampsia-eclampsia, nefropatía lúpica.

Comentario final: La preeclampsia (TA > 140/90 mmHg y proteinuria tras semana 20 del embarazo) es una enfermedad propia del embarazo que con un adecuado tratamiento de los síntomas puede no tener complicaciones graves. En España la frecuencia es baja (1-2%) comparando con el 4% de países anglosajones. Entre las posibles complicaciones en la gestante están la eclampsia, el grave síndrome de HELLP, hemorragia cerebral, edema agudo de pulmón, insuficiencia renal... mientras que en el feto se acompaña de CIR. La medición de la velocimetría doppler de las arterias uterinas en un método diagnóstico no invasivo útil para evaluar la circulación feto-placentaria, y se ha visto que en la preeclampsia precoz (34

semanas), un resultado anormal al inicio del cuadro está asociado a complicaciones materno-fetales como las descritas. En Andalucía el programa de seguimiento del embarazo se encuentra dentro de la cartera de servicios de AP y resulta gratificante por el fuerte vínculo que se crea con la familia. Esto favorece la longitudinalidad y seguimiento estrecho que en casos como este resulta fundamental para la buena evolución, y evitar complicaciones trágicas.

Bibliografía

1. Meler E, Figueras F, Bennasar M, et al. The prognostic role of uterine artery Doppler investigation in patients with severe early-onset preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol*. 2010;202:559.e1-4.
2. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Urgencias Pediátricas SEUP-AEP, 2^a ed. Madrid: Ergon; 2010. Disponible en: <http://www.aeped.es/documentos/protocolos-urgencias-pediatricas>