

424/3778 - CEFALEA EN MUJER EMBARAZADA

R. Hernando Gómez¹, A. Ibáñez Cubillas², V. Vicente Martín³ y C. Gómez Sánchez⁴

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Jose Luis Santamaría. Burgos. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cristóbal Acosta. Burgos. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Cubos. Burgos. ⁴Médico de Familia. Centro de Salud Jose Luis Santamaría. Burgos.

Resumen

Descripción del caso: Mujer embarazada de 26 años sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés en tratamiento con ácido fólico. Refiere embarazo bien controlado. Acude a Urgencias hospitalarias embarazada de 26+6 semanas refiriendo edemas bilaterales en extremidades inferiores y tumefacción facial de 12 horas de evolución y cefalea y dolor costal de 7 días. Niega fotopsias, epigastralgia y disnea. Dado que la paciente se encuentra en el tercer trimestre de gestación y presenta tensión arterial alta (195/120), se decide monitorizar constantes a la paciente y descartar criterios de gravedad de preeclampsia. Ante los hallazgos analíticos se habla con el médico de guardia de Ginecología quien ingresa a la paciente con diagnóstico de preeclampsia con criterios de gravedad.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración general: normal salvo edemas bimaleolares. No alteraciones neurológicas. Monitorización TA: tensiones elevadas durante todo el registro. Analítica: hemoglobina 10,1, plaquetas 65.000, GOT 53, proteinuria 600, cociente albúmina/creatinina en orina 83,97. ECG: sin alteraciones. Ritmo sinusal a 70 lpm.

Orientación diagnóstica: Dado que la paciente se encuentra en el tercer trimestre del embarazo y presenta hipertensión arterial, lo primero que debemos descartar es una preeclampsia. Para ello habría que ver si la paciente presenta proteinuria y, en caso de existir, descartar criterios de gravedad.

Diagnóstico diferencial: Hipertensión crónica. Hipertensión gestacional. Preeclampsia. Eclampsia.

Comentario final: Los estados hipertensivos del embarazo tienen una frecuencia que oscila entre el 1-5% de los embarazos. No se conoce bien su etiología pero se piensa que es de origen multifactorial. Para llevar a cabo un diagnóstico de preeclampsia, la gestante tiene que encontrarse después de la semana 20 de gestación y presentar hipertensión más proteinuria con o sin edemas. Existen unos criterios de gravedad que permiten clasificarla en leve o grave, y que ayudarán a decidir la conducta obstétrica en cada caso teniendo en cuenta que el tratamiento de elección es la finalización de la gestación, salvo en gestación pretérmino donde se intentará alcanzar la madurez pulmonar del feto siempre que sea posible.

Bibliografía

1. Arigita M. Diagnosis, prediction and screening for pre-eclampsia. Is it time to change the classic definition of pre-eclampsia? Hipertens Riesgo Vasc. 2019;36(2):59-62.

Palabras clave: Proteinuria. Hipertensión arterial. Tercer trimestre.