



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/2374 - QUÉ DOLOR DE CABEZA, HE TENIDO QUE DEJAR A MI BEBÉ EN CASA

Á.A. Ruíz-Risueño Montoya^a, L.S. Bañagasta^b, C. Ramallo Holgado^b, J.J. Alcaraz Rivas^c, R. Padure El Haddad^d, M. Pancorbo Carro^e, D.L. García Santos^c, A. Sánchez del Toro Gironés^f, E. Franco Daza^g y M. Rodríguez Márquez^h

^aMédico de Familia y Médico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia. ^bMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre Pacheco Este. Murcia. ^cMédico de Familia y Médico Adjunto. Centro de Salud San Javier. Murcia. ^dMédico de Familia. Centro de Salud San Javier. Murcia. ^eMédico de Familia. Centro de Salud los Alcázares. Murcia. ^fMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia. ^gMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia. ^hMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre Pacheco Oeste. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 36 años, múltipara, G2P1C1, cesárea hace 8 días a las 39 semanas sin aportar informes aunque afirma no haber tenido complicaciones durante el embarazo. No otros antecedentes médico-quirúrgicos de interés. En tratamiento actual con Ibuprofeno, metamizol y amoxicilina/ácido clavulánico por la herida quirúrgica de la cesárea. Acude a consulta de Urgencias de Atención Primaria por cefalea intensa frontal, no irradiada, opresiva que empezó bruscamente ayer a las 4 de la tarde y que no mejora con analgesia. No ha presentado fiebre y ha comenzado con náuseas hace 2 horas con un vómito de contenido alimenticio. Se trata a la mujer durante su traslado con nolotil, nifedipino 10 mg, 2 bolos de labetalol 40 mg intravenosos llegando al hospital con TA de 190/110, allí lo tratan por hidralazina 5 mg intravenosos continuando con una perfusión de 5 mg/h controlando las cifras tensionales a 160/90 con mejoría clínica.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente y orientada, regular estado general, normohidratada y normocoloreada, taquipneica en reposo, nerviosismo durante la anamnesis. No exantemas ni petequias. ACP: rítmica y sin soplos. MVC con mínimos crepitantes bibasales. Abdomen: blando, depresible, sin masas ni megalias aparentes, no signos de irritación peritoneal (Blumberg, rovsing, psoas y Murphy negativos), herida de cesárea sin signos de infección. NRL: Glasgow 15. Pupilas poco reactivas. Reflejos rotulianos exaltados. Signos meníngeos negativos, no rigidez de nuca. Resto normal. TA (con triple toma manual): 190/90 260/110 220/150. SatO₂: 99% FC:70 lpm. Glucemia: 80, en hospital: albúmina en orina 79,2, creatinina 2,4, urea 74, PCR 5,4, Radiografía de tórax: infiltrado intersticial bilateral.

Juicio clínico: Preeclampsia puerperal, cumpliendo los criterios de TAS > 150/TAD > 100 hasta 6 semanas después del parto. Si la duración es mayor de 6 semanas hablamos de preeclampsia postparto mantenida. Nuestro caso es grave ya que la TAS > 160 y TAD > 110 + cefalea persistente ± alteraciones visuales o proteinuria.

Diagnóstico diferencial: Crisis hipertensiva aislada, hipertensión intracraneal: hemorragia

subaracnoidea, rotura de aneurisma, tumor cerebral e hipertensión postparto (preeclampsia puerperal).

Comentario final: La elevación de la presión postparto es más frecuente durante los primeros días pero a veces se desarrolla hasta cuatro o seis semanas después del nacimiento (preeclampsia posparto tardía). Esta patología requiere de tratamiento urgente para poder evitar complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1 Wang PH, Yeh CC, Chen YJ, Chen CP. Maternal serum markers and preeclampsia. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2015;54(4):339-40.

2 Werner EF, Braun JM, Yolton K, Khoury JC, Lanphear BP. The association between maternal urinary phthalate concentrations and blood pressure in pregnancy: The HOME Study. *Environ Health.* 2015;14(1):75.

3 Parker SE, Gissler M, Ananth CV, Werler MM, et al. Respond to "Preeclampsia Risk After Induced Abortion". *Am J Epidemiol.* 2015.