

DOI: 10.26820/recimundo/4.(4).octubre.2020.343-352

URL: <http://recimundo.com/index.php/es/article/view/910>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIMUNDO

ISSN: 2588-073X

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Reporte de caso

CÓDIGO UNESCO: Ciencias Médicas

PAGINAS: 343-352







Preeclampsia severa y sus complicaciones a propósito de un caso

Severe preeclampsia and its complications on the subject of a case

Pré-eclâmpsia severa e suas complicações, como tema de um caso

Lisette Liliana Muñoz Rodríguez¹; Ayllen Jazmín Estupiñan Ramírez²; Yustin Antonieta Torres Yamunaque³;
Karen Lisseth Cacay Ramos⁴

RECIBIDO: 10/07/2020 **ACEPTADO:** 26/08/2020 **PUBLICADO:** 15/10/2020

1. Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; www.lisa288@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0003-3403-6995>
2. Doctor en Medicina y Cirugía; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; ayer4481@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0001-7616-814X>
3. Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; justinnetorres@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0001-9093-7451>
4. Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; karen.cacay@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-5706-8845>

CORRESPONDENCIA

Lisette Liliana Muñoz Rodríguez
www.lisa288@hotmail.com

Guayaquil, Ecuador

RESUMEN

La preeclampsia es un síndrome que se puede presentar dentro de las 20 semanas del embarazo y se constituye principalmente de una tensión arterial por encima de los 160 mm/HG, esta se puede clasificar de severa y leve y puede generar otras afecciones como síndrome de HELLP y eclampsia. Esta afección es una de las primeras causas de muerte en las gestantes y perinatales ya que si esta es severa es necesaria la interrupción del embarazo y si es leve se controla hasta llegar al término del mismo. Se presenta caso clínico de paciente femenino de 40 años de edad gestante con 39 semanas, ingresa por presentar cuadro clínico de aproximadamente 12 horas de evolución caracterizado por dolor abdominopelvico tipo contráctil, de moderada a gran intensidad, además refiere perdida de tapón mucoso, hipermotilidad fetal, elevación de cifras de tensión arterial, acúfenos, fotopsias dolor en hipocondrio derecho, al momento del ingreso con ta 170/90 mmhg, fc 103 lpm, fr 20 rpm, t° 36.5, st 98% aire ambiente, despierta orientada siendo ingresada bajo diagnóstico de EMABARAZO DE 37 SEMANAS + PREECLAMPسيا SEVERA. Es intervenida para realización de cesárea de emergencia para luego ser manejada en área de hospitalización. Las conclusiones generadas de la investigación, es que aunque la etiología de la esta patología no está bien definida, cualquiera de sus síndromes asociados (Eclampsia y Síndrome Hellp), constituyen una causa importante en la morbilidad materna y perinatal. Se ha establecido que la nuliparidad, representa un factor de riesgo importante para el desarrollo de esta patología. El seguimiento del historial del paciente es importante, para poder detectar a tiempo posibles complicaciones que se puedan presentar en el embarazo. Pacientes con antecedentes familiares y con trastornos alimenticios (obesidad), pueden en un porcentaje significativo, padecer preeclampsia. Se ha asociado ciertos factores de riesgo como: edad materna, primipaternidad, exposición al esperma, paridad, historia personal de preeclampsia, historia familiar de preeclampsia y antecedentes familiares hipertensivos. Todas ellas con investigaciones importantes que sugieren su relación y riesgos de padecer preeclampsia, la que menos aceptación tiene es la edad, ya que se puede presentar en primerizas jóvenes o en edades intermedias.

Palabras clave: Preeclampsia, Gestante, Perinatal, Morbilidad, Embarazo.

ABSTRACT

Preeclampsia is a syndrome that can occur within 20 weeks of pregnancy and is mainly constituted by a blood pressure above 160 mm / HG, this can be classified as severe and mild and can generate other conditions such as HELLP syndrome and eclampsia. This condition is one of the leading causes of death in pregnant and perinatal women, since if it is severe it is necessary to interrupt the pregnancy and if it is mild it is controlled until the end of it. A clinical case of a 40-year-old female patient with 39 weeks of age is presented, she is admitted due to a clinical picture of approximately 12 hours of evolution characterized by contractile-type abdominopelvic pain, of moderate to great intensity, also refers to loss of mucous plug, fetal hypermotility, elevation of blood pressure figures, tinnitus, photopsias pain in the right upper quadrant, at the time of admission with ta 170/90 mmhg, fc 103 bpm, fr 20 rpm, t ° 36.5, st 98% room air, awake oriented being admitted under diagnosis of PREGNANCY OF 37 WEEKS + SEVERE PREECLAMPسيا. She is intervened for an emergency cesarean section and then managed in the hospitalization area. The conclusions generated from the research is that although the etiology of this pathology is not well defined, any of its associated syndromes (Eclampsia and Hellp Syndrome) constitute an important cause of maternal and perinatal morbidity. It has been established that nulliparity represents an important risk factor for the development of this pathology. Monitoring the patient's history is important, in order to detect possible complications that may occur in pregnancy in time. Patients with a family history and eating disorders (obesity) may, in a significant percentage, suffer from preeclampsia. Certain risk factors have been associated such as: maternal age, primipaternity, exposure to sperm, parity, personal history of preeclampsia, family history of preeclampsia and hypertensive family history. All of them with important investigations that suggest their relationship and risks of suffering preeclampsia, the one that is least accepted is age, since it can occur in young gilts or in intermediate ages.

Keywords: Pre-eclampsia, Pregnant, Perinatal, Morbidity, Pregnancy.

RESUMO

A pré-eclâmpsia é uma síndrome que pode ocorrer dentro das 20 semanas de gravidez e é constituída principalmente por uma pressão arterial acima de 160 mm / HG, podendo ser classificada em grave e leve e pode gerar outras condições como a síndrome HELLP e eclâmpsia. Essa condição é uma das principais causas de morte em gestantes e perinatais, pois se for grave é necessário interromper a gravidez e se for leve é controlada até o fim. É apresentado o caso clínico de uma paciente do sexo feminino, 40 anos, com 39 semanas de idade, internada por apresentar quadro clínico de aproximadamente 12 horas de evolução caracterizado por dor abdominopélvica do tipo contrátil, de moderada a grande intensidade. à perda do tampão mucoso, hipermotilidade fetal, elevação dos valores da pressão arterial, zumbido, dor nas fotópsias no quadrante superior direito, no momento da admissão com ta 170/90 mmhg, fc 103 bpm, fr 20 rpm, t ° 36,5, st 98% ar ambiente, acordado orientado sendo admitido com diagnóstico de GRAVIDEZ DE 37 SEMANAS + PRÉ-ECLÂMPسيا GRAVE. Ela é submetida a uma cesariana de emergência e, em seguida, tratada na área de internação. As conclusões geradas com a pesquisa são que embora a etiologia desta patologia não esteja bem definida, qualquer uma de suas síndromes associadas (Eclâmpsia e Síndrome de Hellp) constitui uma importante causa de morbidade materna e perinatal. Está comprovado que a nuliparidade representa um importante fator de risco para o desenvolvimento dessa patologia. O monitoramento da história da paciente é importante, a fim de detectar possíveis complicações que podem ocorrer na gravidez com o tempo. Pacientes com história familiar e distúrbios alimentares (obesidade) podem, em uma porcentagem significativa, sofrer de pré-eclâmpsia. Certos fatores de risco têm sido associados, tais como: idade materna, primipaternidade, exposição ao esperma, paridade, história pessoal de pré-eclâmpsia, história familiar de pré-eclâmpsia e história familiar de hipertensão. Todas elas com investigações importantes que sugerem sua relação e riscos de sofrer pré-eclâmpsia, a menos aceita é a idade, pois pode ocorrer em marrãs jovens ou em idades intermediárias.

Palavras-chave: Pré-eclâmpsia, Gestante, Perinatal, Morbidade, Gravidez.

Introducción

La preeclampsia grave o severa es una enfermedad de causa desconocida que afecta el endotelio y se manifiesta con hipertensión arterial y proteinuria luego de la 20ª semana de gestación o en el puerperio. Sin embargo, esta somera definición soslaya el principal concepto que guiará el accionar del médico intensivista que asiste las formas graves de la enfermedad: se trata de un síndrome con falla multiorgánica con o sin hipertensión y/o proteinuria, que pone en riesgo la vida de la madre y el feto. Carece de tratamiento específico excepto la interrupción del embarazo y exige, para cada caso en particular, ejecutar la mejor conducta terapéutica que indique el equipo multidisciplinario actuante, en el momento oportuno y en el único lugar adecuado: un centro asistencial de nivel 3 (Malvino 2002).

La preeclampsia-eclampsia aparece en el 5-10% de todos los embarazos y es más bien una enfermedad de primigesta (85%), la padecen del 14.5 al 20% de las gestantes múltiples y el 30% de mujeres con anomalías uterinas graves, afecta a 25% de mujeres con hipertensión crónica, neuropatía crónica o ambos grupos. Otras series informan una incidencia de eclampsia que va del 0.05% al 0.2% de todos los partos y de 3.6% en embarazos múltiples, con respecto al inicio de las convulsiones se refiere que 73% ocurren antes del parto, 27% durante el puerperio, siendo el 85% en primigrávida. La preeclampsia se observa entre 5-10% de las embarazadas y produce 22% de las muertes perinatales, la incidencia del síndrome de HELLP en la preeclampsia-eclampsia va del 2 al 20%; la diferencia en la información se debe principalmente a que los estudios se han realizado en poblaciones muy distintas, y a los criterios que se utilizan. Se reconoce a la eclampsia como la principal causa de mortalidad y al síndrome de HELLP como causal de la mayor morbilidad fetal (Sarabia, Díaz,, & García, 2005).

Patologías que se presentan en una gestante de más de 20 semanas:

a) Preeclampsia severa:

Aumento de PAS >160 mmHg o PAD >110 mmHg. Proteinuria >2 gr/24 horas (+2 a +3 de proteínas en el examen cualitativo de orina). Cefalea persistente u otros disturbios cerebrales o visuales. Dolor epigástrico persistente.

b) Eclampsia:

Definida como la ocurrencia de una convulsión que no es atribuida a otras causas en una paciente con preeclampsia severa.

c) Síndrome Hellp

A la preeclampsia severa o eclampsia se asocian alteraciones bioquímicas como la anemia hemolítica, enzimas hepáticas elevadas y bajo recuento de plaquetas (Barreto, 2003).

Tabla 1. Factores de riesgo que más se asocian a la preeclampsia

Factores	Descripción
Edad Materna	En las más jóvenes es frecuente la aparición de hipertensión proteinúrica gestacional y de eclampsia. No se ha encontrado a las edades extremas como un factor de riesgo significativo para la presentación de preeclampsia severa.
Primipaternidad	Se ha encontrado que las multíparas con preeclampsia y síndrome de HELLP tenían un nuevo compañero en 20-25% de los casos vrs. 3.4% en los controles.
Exposición al esperma	Aparentemente la duración de la cohabitación sexual se ha relatado como un importante determinante de la presentación de la enfermedad.
Paridad	Es un hecho aceptado universalmente que la preeclampsia-eclampsia es casi privativa de la primigrávida de todas las edades, y que si la edad es de 35 años o más se asocia con primigravidez el riesgo de presentar la enfermedad es muy alto.
Historia personal de preeclampsia	El antecedente de haber sufrido Preeclampsia especialmente temprana o en las formas graves del síndrome, aumenta en forma significativa el riesgo de desarrollar el síndrome en los embarazos subsiguientes.
Historia familiar de preeclampsia	La incidencia de preeclampsia en madres, hijas, hermanas y abuelas es dos a cinco veces mayor que en hijas y hermanas políticas. El estudio noruego realizado por Lie, encontró que la relación fue más alta en hermanas completas (OR: 2.2, IC95%: 1.9-2.5), no siendo significativa para las hermanas medias (OR: 1.6, IC95%: 0.9- 2.6).
Antecedentes familiares hipertensivos	La incidencia de trastornos hipertensivos es significativamente mayor en los hijos y nietos de mujeres que han presentado esta entidad en sus embarazos, lo cual plantea una tendencia familiar.

Fuente: (Restrepo, Restrepo, Cárdenas, & Zapata, 2001). Elaboración Propia.

A pesar de los esfuerzos de investigación, la patogénesis de la preeclampsia aún es poco comprendida. Las observaciones fisiológicas y patológicas, al igual que los datos epidemiológicos y las alteraciones bioquímicas, han llevado a proponer varias teorías para explicar la preeclampsia. Hasta el momento, cinco hipótesis son sujeto de intensas investigaciones: a) teoría genética; b) falta de adaptación inmune; c) isquemia placentaria; d) disfunción endotelial generalizada y e) metabolismo defectuoso de ácidos grasos libres, lipoproteínas y / o lipoperoxidasas. Sin embargo, no existe una teoría que unifique todos los hallazgos (Pérez-Romero, y otros, 2009).

De forma frecuente en perinatología, cuando se piensa interrumpir el embarazo, se toman en cuenta tres factores: edad gestacional, salud materna y salud fetal. En la preeclampsia severa las condiciones maternas predominan sobre los otros dos factores. Si bien el tratamiento definitivo es el parto, éste sólo es para la madre, pero no para el feto, el cual si está lejos del término obtiene más ventajas al prolongar el embarazo. Tradicionalmente, en pacientes con preeclampsia leve se ha prolongado el embarazo y en las pacientes con preeclampsia severa el parto se ha atendido inmediatamente, sin considerar las condiciones fetales (Pérez & Sanabria, 2007).

Presentación del caso

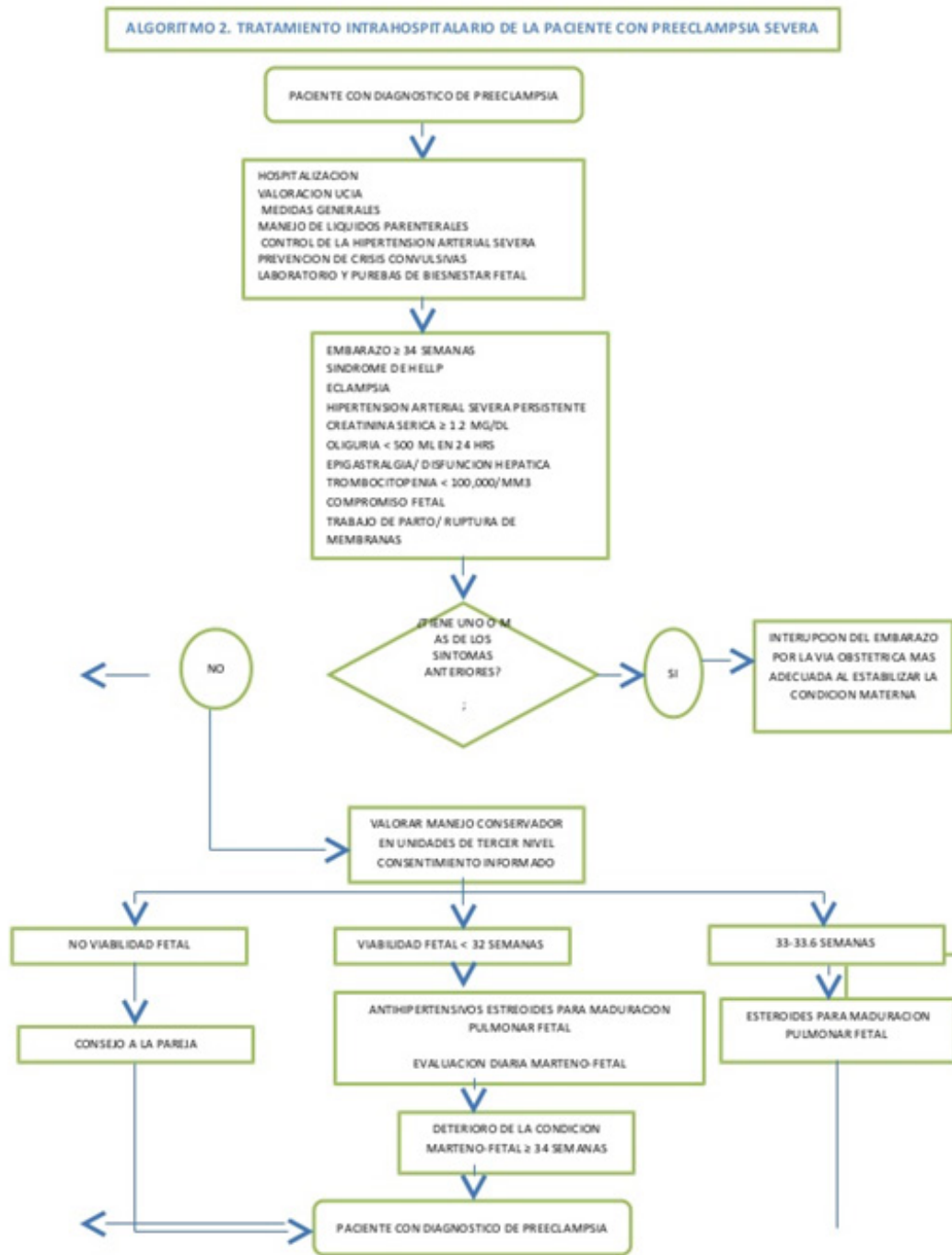


Imagen 1. Tratamiento intrahospitalario de la paciente con preeclampsia severa

Fuente: Los autores

Paciente Femenino de 40 años de edad gestante con 39 semanas según FUM con antecedentes gineco-obstetricos FUM 06/11/2020, primigesta nulípara, niega actualmente hábitos enolicos/ tabaquismo, ocupación: empleada pública.

Ingresar por presentar cuadro clínico de aproximadamente 12 horas de evolución caracterizado por dolor abdominopelvico tipo contráctil, de moderada a gran intensidad, además refiere perdida de tapón mucoso, hipermotilidad fetal, elevación de cifras de tensión arterial, acúfenos, fotopsias dolor en hipocondrio derecho motivo por el cual se ingresa

Al momento del ingreso con ta 170/90 mmhg, fc 103 lpm, fr 20 rpm, t° 36.5, st 98% aire ambiente, despierta orientada siendo ingresada bajo diagnóstico de EMABARAZO DE 37 SEMANAS + PREECLAMPSIA SEVERA

Es intervenida para realización de cesárea de emergencia para luego ser manejada en área de hospitalización mismo día del ingreso con hb: hct: plaquetas: ast: alt: bilirrubinas t: D: I: tiempos de coagulación tp: ttp: fibrinógeno:

En su primer postquirúrgico paciente fría pálida, estuporosa, mala mecánica ventilatoria, desaturación, 80%, pulso poco perceptible, no se detecta presión arterial, por lo que se decide intubación orotraqueal. Se inicia vasopresor, a 0.2 mcg/kg/min se obtiene presión de 50/30, fc 130 lpm, además presenta ictericia generalizada, abdomen distendido, iu +2 se palpa útero atónico, con sangrado transvaginal, edema severo de extremidades inferiores.

Orina colúrica, 50 cc durante proceso de intubación, paciente presenta movimientos clónicos de extremidades superiores, por lo que se decide dosis de carga de sulfato de magnesio por lo que se concluye que intercorre con shock hipovolémico grado IV y

se pasa a quirófano para control de sangrado urgente.

Durante el transquirúrgico se realiza ligadura de arterias hipogástricas causantes del sangrado más colocación de dos drenes bilaterales posterior a lo cual paciente ingresa a área de cuidados intensivos con diagnóstico de preclampsia severa, sdr help completo, eclampsia, shock hipovolémico grado IV, atonía uterina, hepatitis isquémica, infarto de miocardio tipo II, hematoma subcapsular, insuficiencia renal aguda akin 3, se le realiza colocación de medios invasivos más controles de laboratorio que reportan hb 4, hct 17, tp, ttp por lo que se realizan transfusiones de hemoderivados (glóbulos rojos - plasma fresco), debido a persistir anurica, se interconsulta con área de nefrología que indica inicio de terapia de reemplazo renal con hemodiálisis.

En el segundo día en UCI y post quirúrgico paciente persiste en condiciones delicadas, persiste con sangrado, evidenciándose por descenso de hb y hto, taquicardia, se mantiene en asistencia respiratoria mecánica, saturando 100%, hemodinámica se conserva sin alteración de la misma, con tam 80-90 mmhg, se observa registros subfebriles, mayor distensión abdominal y dolor a la palpación, y requerimiento de vasopresor, drenes persisten productivos con salida de líquido hemático abundante con laboratorios urea 56.9, creatinina 4.33, tgo 2157, tgp 1484, bilirrubina directa 1.77, hgb 7.5, hct 20.3, plaquetas 63000, ph 7.41, hco3 21.5, pafi 297, ttp 34.6, tp 11.7, na 136, k 4.07, cl 99.5, p 5.1, ca 8.2, ldh 1285, test de coombs d/i negativo.

Presenta exámenes de frotis de sangre periférica: no se observan esquistocitos, no blastos, muestra hipercelular con predominio de línea granulocítica, se observa bandemia, granulaciones tóxicas, linfocitos maduros, plaqueta aprox 75000 paciente grave, en falla multiorgánica secundaria a múltiples complicaciones, con amv, curso

con microangiopatía activa hace 72 hrs, al momento valores han mejorado, con tiempos de coagulación normales y fibrinógeno normal, se mantiene expectante ingreso a qx por sospecha de trauma hepático, mantiene apoyo con hemodiálisis, ha requerido múltiples transfusiones.

Hematológicamente con leucocitosis a expensas de granulocitos por proceso infeccioso / inflamatorio, anemia moderada sin datos de hemólisis trombocitopenia moderada y al momento tiempos de coagulación normales sin hipofibrinogenemia

Paciente persiste con descenso de hb y hct a pesar de transfusiones sanguíneas continuas en un total de 23 transfusiones de concentrados de glóbulos rojos junto con 12 Plasmas Frescos Congelados y 4 Crioprecipitados para control de descenso de hemoglobina y hematocrito, se moviliza para imágenes donde se observan imágenes en abdomen compatibles con colección intrabdominal junto con aumento de transaminasas hepáticas e imágenes compatibles con infarto hepático que persiste anurica por lo que se inicia terapia dialítica, se decide programar Laparotomía Exploratoria por persistencia de sangrado intrabdominal paciente con 4 día post quirúrgico que intercorre con -Posquirúrgico de laparotomía exploratoria -preeclampsia severa -sdr help completo -eclampsia -shock hipovolémico -atónia uterina -hepatitis isquémica -infarto de miocardio tipo ii -ruptura hepática -insuficiencia renal aguda akin 3 -falla hepática.

Paciente que para el día 25 mantiene valores de HB y Hcto pero se mantiene con diuresis disminuida. Por lo que se mantiene tratamiento dialítico. Paciente que intercorre con electroencefalograma que reporta actividad epileptogénica por lo que se le añaden anticonvulsivos a prescripción mejorando su conexión con el medio con lo que se decide discontinuar sedantes y descomplejizar posterior a lo cual la paciente

se extuba después del séptimo día con neurológico satisfactorio.

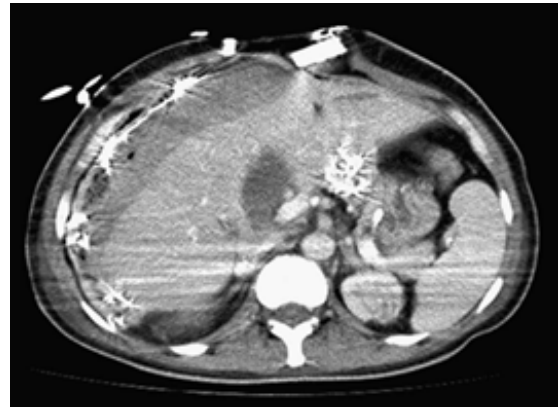
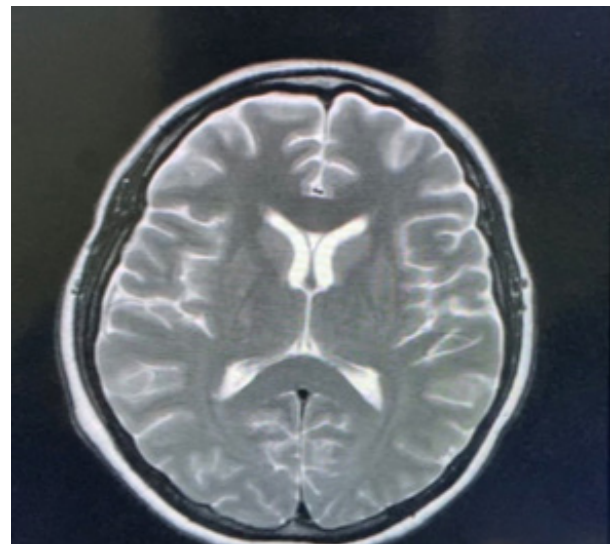


Imagen 2. Tac de abdomen y Pelvis

Fuente: Los autores

Hígado de Tamaño. Y morfología normal, densidad heterogénea, con hipodensidades su capsulares y defectos de realce evidenciándose en margen medias de segmento VIII. Y en segmento IVB, hipodensidad lineal su cápsula asociada a tenue hiperdensidad sugestiva de ruptura hepática. Moderada cantidad de líquido libre distribuido en todos los espacios peritoneales con densidades altas, sugestivo de contenido hemático, Riñones de forma, tamaño y situación normal.

Listos puntiforme en cáliz superior, medias e inferior de ambos riñones que miden entre 2mm y 5mm.



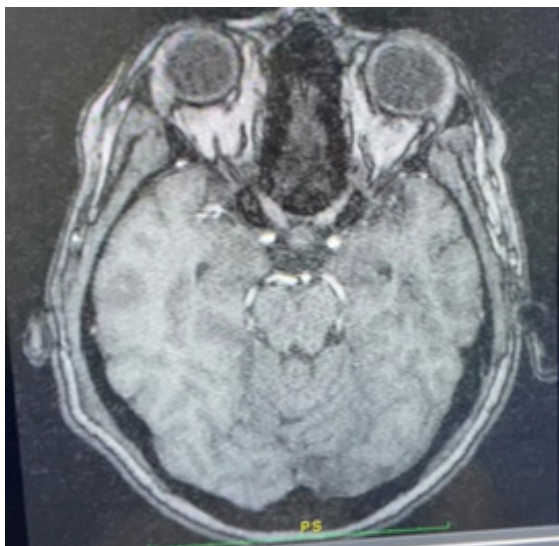


Imagen 3. Resonancia de cerebro

Fuente: Los autores

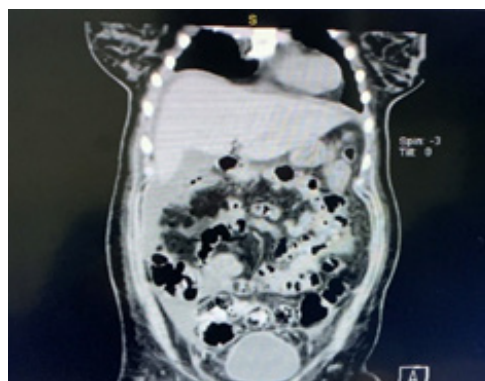
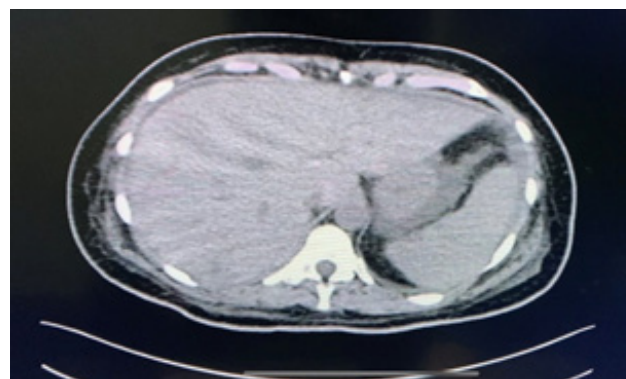


Imagen 5. Tac de Abdomen simple y con contraste Oral

Fuente: Los autores

Antecedentes de histerectomía, imagen ovalada, mal definida para vesical izquierda que mide 2x4 cm probablemente ovario; dorsal a esta se evidencia imagen redondeada, de bordes definidos, isodensa con tejidos blandos que mide 3x 3 cm de etiología a determinar.

Discusion

La preeclampsia parece representar el punto final de muchos factores contribuyentes y es poco probable que se consiga una causa única. La obtención del recién nacido y la extracción de la placenta continúan siendo

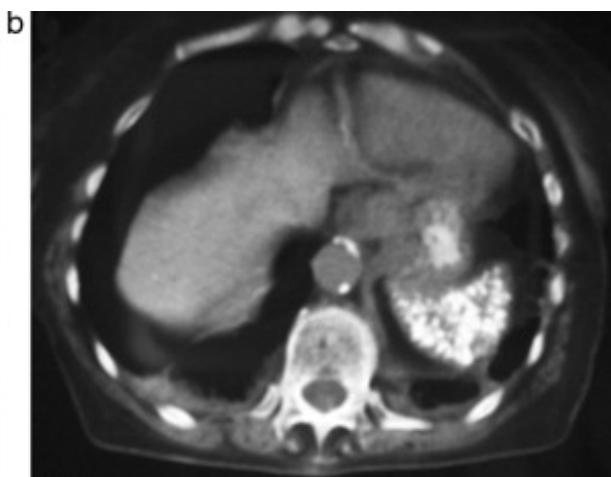
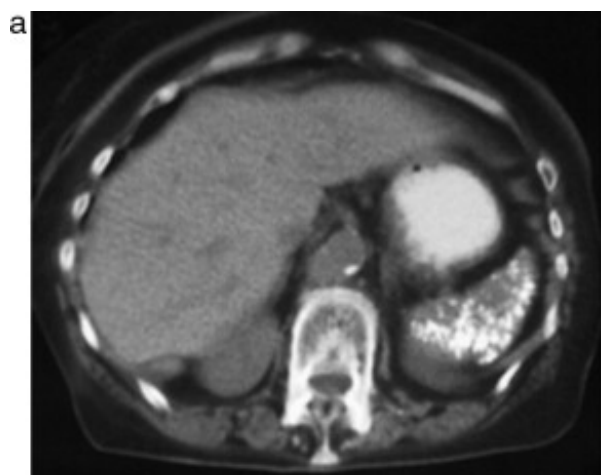


Imagen 4. Tac de Abdomen

Fuente: Los autores

el único tratamiento efectivo. Un tratamiento agresivo y temprano de esta condición para evitar las complicaciones de la preeclampsia puede ser efectivo para minimizar los efectos adversos maternos y perinatales (Perozo-Romero, y otros, 2009).

No se conocen la o las causas de la enfermedad hipertensiva aguda del embarazo (EHA), hasta la fecha no se cuenta con un modelo animal satisfactorio para estudiarla, durante mucho tiempo han aparecido múltiples teorías tratando de explicar la causa de ésta, por lo que se ha denominado “enfermedad de las teorías”; un hecho definitivo es que la causa básica es el embarazo y no se desarrolla bajo ninguna otra circunstancia. Se sabe además que el embarazo no tiene que ocurrir dentro del útero para que se desarrolle la entidad y que ni siquiera debe existir un feto, el trofoblasto es el elemento esencial del padecimiento el cual desaparece una vez que se extrae la placenta (Sarabia, Díaz, & García, 2005).

En un estudio realizado por Barreto (2003), indica que, la primiparidad es uno de los más fuertes factores de riesgo reconocidos para el desarrollo de la preeclampsia, lo que hemos podido corroborar en el presente estudio. Con respecto al control prenatal nosotros encontramos que cuando es inadecuado existía 1,5 veces más riesgo de presentar preeclampsia severa, hecho que es discordante con un reporte donde no se encontró esta asociación.

La preeclampsia severa afecta a la madre y al feto, el mayor número de cesáreas se explica porque la interrupción del embarazo persiste como el único tratamiento definitivo de la preeclampsia, siendo considerada ésta como el tratamiento de elección para la madre; ello explica también la mayor incidencia de prematuridad y la mayor morbi-mortalidad perinatal (Barreto, 2003).

Rivero (2002) en su trabajo de investigación, nos indica que, la edad promedio de las pa-

cientes fue de 25.2 años, encontrándose un porcentaje importante en las menores de 19 años, similar a lo reportado en otras publicaciones. Esto subraya que las adolescentes son un grupo de riesgo para la EHE. Hemos encontrado un pequeño porcentaje de pacientes mayores de 40 años con esta patología, que según algunos estudios es un factor de riesgo de hasta 3 veces más de presentar enfermedad hipertensiva en el embarazo.

Sobre este particular Restrepo, Restrepo, Cárdenas, & Zapata (2001) argumentan que, sin embargo es de considerar que la edad aparentemente juega un papel clave en el manejo de las complicaciones, y que frecuentemente es relatada en la literatura su relación con la instalación temprana del síndrome, por lo cual no es solamente un problema metodológico, sino que puede en realidad tratarse de un factor importante en relación a la presentación del síndrome en sus formas severas.

Conclusión

Los médicos deben estar alertas al atender a mujeres embarazadas primerizas, y con un control prenatal que no haya sido el más adecuado, para de esta manera, descartar esta patología y evitar o minimizar los resultados perinatales adversos.

Aunque la etiología de esta patología no está bien definida, cualquiera de sus síndromes asociados (eclampsia y Síndrome Hellp), constituyen una causa importante en la morbilidad materna y perinatal. Se ha establecido que la nuliparidad, representa un factor de riesgo importante para el desarrollo de esta patología.

Se ha asociado ciertos factores de riesgo como: edad materna, primiparidad, exposición al esperma, paridad, historia personal de preeclampsia, historia familiar de preeclampsia y antecedentes familiares hipertensivos. Todas ellas con investigacio-

nes importantes que sugieren su relación y riesgos de padecer preeclampsia, la que menos aceptación tiene es la edad, ya que se puede presentar en primerizas jóvenes o en edades intermedias.

El seguimiento del historial del paciente es importante, para poder detectar a tiempo posibles complicaciones que se puedan presentar en el embarazo. Pacientes con antecedentes familiares y con trastornos alimenticios (obesidad), pueden en un porcentaje significativo, padecer preeclampsia.

Bibliografía

- Barreto, S. (2003). Factores de riesgo y resultados perinatales en la preeclampsia severa: un estudio caso control. *Revista del hospital materno infantil Ramón Sarda*, 22(3), 116-120.
- Malvino, E. (2011). Preeclampsia grave y eclampsia. Buenos Aires-Argentina: Biblioteca de Obstetricia, 3, 65-194.
- Pérez, C. B., & Sanabria, L. (2007). Conducta obstétrica basada en evidencias. Preeclampsia severa: ¿tratamiento agresivo o expectante? *Ginecología y Obstetricia de México*, 75(2), 95-103.
- Perozo-Romero, J., Santos-Bolívar, J., Peña-Paredes, E., Sabatini-Sáez, I., Torres-Cepeda, D., & Reyna-Villasmil, E. (2009). Conducta expectante en la preeclampsia severa. *Rev Obstet Ginecol Venez*, 69(1), 56-62.
- Restrepo, C. M., Restrepo, L., Cárdenas, M., & Zapata, A. (2001). Factores de riesgo para la Preeclampsia Severa y Temprana en el Hospital General de Medellín 1999-2000. *Revista CES Medicina*, 15(1), 19-28.
- Rivero, S. B. (2002). Preeclampsia severa, eclampsia y síndrome hellp: características maternas y resultado neonatal. Unidad de Cuidados Intensivos Maternos. Instituto Materno Perinatal. Lima, Perú 1999-2000. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sarda*, 1, 17-23.
- Sarabia, E. S., Díaz, J., & García, V. (2005). Preeclampsia severa, eclampsia, síndrome de HELLP, comportamiento clínico. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 48(4), 145-150.



CITAR ESTE ARTICULO:

Muñoz Rodríguez, L. L., Estupiñan Ramírez, A. J., Torres Yamunaque, Y. A., & Cacay Ramos, K. L. (2020). Preeclampsia severa y sus complicaciones a propósito de un caso. *RECIMUNDO*, 4(4), 343-352. [https://doi.org/10.26820/recimundo/4.\(4\).octubre.2020.343-352](https://doi.org/10.26820/recimundo/4.(4).octubre.2020.343-352)