

Preeclampsia-eclampsia: aptitud clínica en atención primaria

Víctor M. Gómez-López,* Jesús Ramírez-Martínez,* Martha E. García-Ruiz,*
Ignacio Lee-Santos,** Guadalupe Fong-Jaramillo,** Carlos Barrientos-Guerrero***

* Escuela de Medicina "Dr. José Sierra Flores" de la UNE, Tampico, Tamps.

** HGZMF 11, IMSS, Nvo. Laredo, Tamps.

*** UMF 77, IMSS, Cd. Madero, Tamps.

**Pre-eclampsia, eclampsia:
clinical aptitude on primary attention**

ABSTRACT

Objective. To compare the clinical aptitude in preeclampsy and eclampsy attention in medical personnel that work in first level of attention. **Materials and methods.** A cross-sectional, prospective comparative study was performed to compare the clinical aptitude in pre-eclampsy and eclampsy attention in family practice physicians. A questionnaire comprising four clinical real cases, that belong to maternal death cases developed in the previous year of the study, was applied to 77 doctors that work at a familiar medicine unit. This questionnaire was formed by 109 statements, 54 were true correct answers and 55 were false correct answers. To compare the clinical aptitude among the group of physicians evaluated, a Kruskal-Wallis and U Mann-Whitney tests were used. **Results.** In general any difference were observed in the clinical aptitude in pre-eclampsy and eclampsy according to the obtained academic degree and the antiquity at work ($p = NS$). The clinical aptitude level identified was the mean level, with a medium of 57 to 74 of a theoretical total of 109. **Conclusions.** The development grade about clinical aptitude that present family practice physicians was not the desirable, for the optimal attention in this pathology.

Key words. Clinical aptitude. Preeclampsia. Eclampsia. Family practice physicians.

RESUMEN

Objetivo. Comparar la aptitud clínica en la atención de la preeclampsia-eclampsia del personal médico que se desempeña en el primer nivel de atención. **Material y métodos.** Se realizó un estudio transversal, prospectivo y comparativo para evaluar la aptitud clínica en la atención de la preeclampsia-eclampsia en medicina familiar. Se elaboró un instrumento de medición constituido por cuatro casos clínicos reales, los cuales pertenecían a los casos de muerte materna ocurridos en el año anterior al estudio, el cual se aplicó a un total de 77 médicos que laboran en unidades de medicina familiar. El instrumento estuvo integrado por 109 enunciados, de los cuales 54 correspondieron con respuesta correcta verdadero y 55 con respuesta correcta falso. Para comparar la aptitud clínica entre los grupos de médicos evaluados se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis y la prueba U de Mann-Whitney. **Resultados.** En general no se observó diferencia en la aptitud clínica en preeclampsia-eclampsia según grado académico alcanzado y antigüedad laboral ($p = NS$). El nivel de aptitud clínica identificado fue el medio, con una mediana de 57 a 74 de un total teórico de 109. **Conclusiones.** El grado de desarrollo de la aptitud clínica que presentan los médicos familiares no es el deseable, para la atención óptima de esta patología.

Palabras clave. Aptitud clínica. Preeclampsia-eclampsia. Médicos familiares.

INTRODUCCIÓN

La preeclampsia-eclampsia es un síndrome de causa desconocida caracterizado por edema, hipertensión arterial y proteinuria que se presenta después de la vigésima semana de gestación.¹ Cuando la enfermedad progresa y hay convulsiones se habla de eclampsia, cuya gravedad puede condicionar la muerte materna y del producto.²

La preeclampsia es un problema vigente en nuestros días, dado que no ha disminuido su incidencia y es una de las tres primeras causas de mortalidad materna en los países desarrollados y subdesarrollados.^{3,4} En México, representa 30% de los casos y es la principal causa de muerte materna.⁵

En nuestra delegación, el comportamiento de su incidencia ha ido en aumento, representando hoy en día el principal problema asociado a la mortalidad

materna, por lo que una preocupación de los directivos médicos, es el poder evaluar la aptitud de los médicos de los diferentes niveles de atención que participan en el proceso de atención prenatal, para poder resolver este problema prioritario en la atención de la salud.

En su concepción más simple, evaluar es comparar una medida con un estándar o patrón y emitir un juicio valorativo basado en esa comparación. La evaluación ha sido y continuará siendo un gran desafío para los educadores en virtud de la diversidad de modificaciones que sufren los educandos como resultado de su exposición a numerosas experiencias de aprendizaje.⁶

La competencia clínica es una estrategia de indagación estructurada con base en lo que llamamos problematización de las situaciones clínicas descritas (casos clínicos reales); esto significa que el respondiente de los instrumentos utilizados debe poner en juego su propio criterio al reconocer con mayor o menor claridad las particularidades de cada situación clínica que enfrenta, identificar las alternativas que se proponen con fines de diagnóstico, tratamiento o prevención y diferenciar las que a su juicio resultan apropiadas, útiles, oportunas o beneficiosas, de las inapropiadas, inútiles, extemporáneas, inconvenientes o perjudiciales. Es en este sentido que los instrumentos de medición de la competencia clínica nos permiten reconstruir la experiencia de aprendizaje de quien responde,⁷ es decir, con estos instrumentos no se indaga la memoria, sino el criterio, el buen juicio y la acuciosidad clínica.⁸

La competencia clínica que constituye una parte trascendental del desempeño de los profesionales clínicos también es entendida como una determinante de éste; se expresa en el grado de pericia de los médicos para afrontar con éxito problemas clínicos con base en la reflexión y la crítica aplicadas a distintas situaciones clínicas, es decir, constituye el conjunto de capacidades involucradas con la detección y resolución de problemas clínicos suscitados en la práctica clínica cotidiana, en sus aspectos de prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento.⁹

La competencia de los individuos se deriva por lo tanto de su dominio de un conjunto de atributos (como conocimientos, habilidades, actitudes y valores) necesarios para el desempeño de un trabajo según la norma apropiada.

Reconocemos que la aptitud clínica debe explorarse en el sitio donde se desarrolla actividad clínica. Sin embargo, los instrumentos orientados para medir la aptitud clínica constituyen una alternativa adecuada para los propósitos que aquí se persiguen.

Los instrumentos utilizados por nosotros fueron validados y sobre todo tienen pertinencia en cuanto a los indicadores que exploran como son reconocimiento de factores de riesgo, indicios clínicos, integración diagnóstica, uso de estudios de laboratorio y recursos terapéuticos, comisión u omisión de conductas iatrogénicas perjudiciales.^{10,11}

El objetivo en la presente investigación fue comparar la aptitud clínica en la atención de la preeclampsia-eclampsia del personal médico que se desempeña en el primer nivel de atención.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal, prospectivo y comparativo para evaluar la aptitud clínica en la atención de la preeclampsia-eclampsia en medicina familiar en tres unidades de medicina familiar de una institución pública del norte del país. Para efectos de este trabajo se entiende por aptitud clínica la competencia del médico para identificar y resolver apropiadamente las situaciones clínicas problema, representadas por casos clínicos reales de pacientes con preeclampsia-eclampsia.

Se elaboraron inicialmente un total de 134 enunciados, los cuales en su conjunto correspondieron a cuatro casos clínicos reales que pertenecían a los casos de muerte materna ocurridos en el año anterior al estudio. Para la validación del instrumento se recurrió a cinco expertos del área (tres ginecologistas encargados de la supervisión y evaluación del proceso de atención materno infantil y dos médicos familiares con experiencia docente y operativa) a quienes se les solicitó a través de la técnica Delphi su opinión sobre la pertinencia y claridad de los enunciados, así como realizar las observaciones necesarias para mejorar el instrumento. Se eliminaron 25 enunciados quedando al final 109 de los cuales 54 correspondieron con respuesta correcta *verdadera* y 55 con respuesta correcta *falsa*.

Se exploraron indicadores que se relacionan con los niveles de atención del proceso salud enfermedad tales como:

- Reconocimiento de factores de riesgo,
- Reconocimiento de signos y síntomas,
- Utilización e interpretación de recursos de laboratorio y gabinete,
- Integración diagnóstica,
- Utilización de medidas terapéuticas y
- Medidas de seguimiento.

El cuestionario se aplicó a un total de 77 médicos que laboran, en algunas unidades de medicina fami-

liar que prestan atención médica en el sector público, e incluyó opciones de respuestas de *verdadero*, *falso* y *no sé*, del cual una respuesta correcta suma un punto, una incorrecta resta un punto y la respuesta *no sé* ni sumaba ni restaba puntos.

Para comparar la aptitud clínica entre los grupos de médicos evaluados se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis y la prueba U de Mann-Whitney.¹²

Para valorar el grado de desarrollo de la aptitud clínica se utilizó la fórmula de Pérez-Padilla y Viniestra¹³ y se construyó una escala de 21 a 109 puntos. La consistencia interna del instrumento de medición se evaluó mediante el coeficiente alfa de Cronbach.

Cuadro 1. Aptitud clínica en preeclampsia-eclampsia según grado académico y antigüedad laboral.

Variable	n	Mediana	p = 0.05
Médico general	23	61	NS*
Especialista en Med. Familiar	46	60	
Certificado en Med. Familiar	8	60	
Antigüedad laboral			NS**
1 a 9 años	26	62	
10 y + años	51	59	

* Prueba de Kruskal-Wallis. ** Prueba U de Mann-Whitney. NS: No significativa.

Cuadro 2. Grado de desarrollo de la aptitud clínica en preeclampsia-eclampsia.

Desarrollo de la aptitud clínica	Frecuencia	%
Muy alto (93 a 109)	0	0.0
Alto (75 a 92)	6	7.8
Medio (57 a 74)	39	50.6
Bajo (39 a 56)	25	32.5
Muy bajo (21 a 38)	6	7.8
Azar (0 a 20)	1	1.3
Total	77	100.0

Cuadro 3. Valor de la mediana por indicador de aptitud clínica en preeclampsia-eclampsia.

Indicadores	Número de reactivos	Mediana	Valor mínimo y máximo
Reconocimiento de factores de riesgo	29	17	-3 a 25
Reconocimiento de datos clínicos y paraclínicos	24	16	2 a 22
Integración diagnóstica	26	16	-4 a 24
Uso de recursos para el diagnóstico	11	9	5 a 11
Uso de recursos terapéuticos	14	6	-6 a 14
Medidas de seguimiento	5	5	1 a 5

RESULTADOS

La consistencia interna del instrumento por medio del coeficiente alfa de Cronbach, arrojó un resultado de 0.82. En general no se observó diferencia en la aptitud clínica en preeclampsia-eclampsia según grado académico alcanzado y antigüedad laboral (Cuadro 1).

En el cuadro 2 se muestra el nivel o grado de desarrollo alcanzado en la aptitud clínica para la atención de la preeclampsia, considerando la calificación global, el número de respuestas por efecto del azar, en donde se observa que 50% de los médicos participantes en este estudio, muestran un nivel medio en la aptitud clínica para la atención de la preeclampsia-eclampsia.

En el cuadro 3 se observan los seis indicadores de aptitud clínica en preeclampsia-eclampsia con su respectiva frecuencia, mediana, valor mínimo y máximo.

DISCUSIÓN

El síndrome de la preeclampsia es un problema de salud de gran importancia debido a su importante morbilidad y mortalidad materna y perinatal a nivel mundial. Al momento actual, no se dispone de una prueba de detección o una intervención preventiva que sea universal, reproducible y costo-efectiva. El tratamiento se fundamenta en el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, la prevención de las convulsiones y la interrupción del embarazo.¹⁴

Por lo tanto adquiere gran relevancia desde el punto de vista médico, indagar acerca de la aptitud clínica que muestran los médicos de la atención primaria, ya que brinda la oportunidad de identificar el grado de aptitud clínica en la atención de este problema de salud en el binomio madre hijo e implementar acciones tendientes a mejorar el proceso de la atención médica. Los resultados de este estudio muestran que la aptitud clínica en la atención de la preeclampsia-eclampsia se situó en el nivel medio, lo

cual concuerda con un estudio similar realizado en otro lugar de México.¹⁵

Ya se han realizado investigaciones en otra área de la medicina, en donde ha quedado demostrado que no existe diferencia en la aptitud clínica de los médicos en padecimientos atendidos en atención primaria según el grado académico alcanzado,¹⁶ situación que fue corroborada en este trabajo, en donde además la antigüedad laboral tampoco influye en esa competencia profesional.

Esta investigación ha permitido identificar los indicadores de la aptitud clínica con mayor problema. Los resultados identifican áreas de oportunidad para orientar las decisiones en la educación médica continua, sobre todo enfocadas a lo que se refiere a factores de riesgo e identificación de datos clínicos y paraclínicos, que pudieran incidir positivamente en el problema, situación que además es prácticamente una copia de los resultados de otros autores.¹⁵

Sin embargo es importante resaltar los aspectos del uso de recursos para el diagnóstico y medidas de seguimiento, importantes para una atención optima de estas pacientes, ya que mas de 80% de los médicos mostraron una aptitud adecuada para la atención de la preeclampsia-eclampsia.

Por otro lado es evidente que queda mucho por hacer para lograr abatir la tasa de mortalidad por esta enfermedad, ya que no hay que olvidar que casi la tercera parte de las muertes maternas pueden prevenirse a través de acciones sobre la calidad de la atención médica y la coordinación entre las unidades y servicios de los niveles de atención.¹⁷

REFERENCIAS

1. Gant NF, Worley RJ. Hipertensión en el embarazo. Conceptos y tratamiento. México: El Manual Moderno; 1982.
2. Zhang J, Zeisler J, Hatch MC, Berkowitz G. Epidemiology of pregnancy induced hypertension. *Epidemiol Rev* 1997; 19: 218-32.
3. De Sweit M. Maternal mortality: Confidential Enquiries into Maternal Death in the United Kingdom. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 182: 760-5.

4. Trejo RC. Mortalidad materna. Evolución de su estudio en México en los últimos 25 años. *Ginec Obstet Mex* 1997; 65: 317-25.
5. Elu MC, Santos PE. Mortalidad materna: una tragedia evitable. *Perinatol Reprod Hum* 2004; 18: 44-52.
6. Viniegra-VL, Jiménez JL, Pérez-Padilla JR. El desafío de la evaluación de la competencia clínica. *Rev Invest Clin* 1991; 43(1): 87-95.
7. Viniegra L. Evaluación de la competencia clínica: describir o reconstruir. *Rev Invest Clin* 2000; 52(2): 109-10.
8. Sabido-Siglier MC, Viniegra-Velázquez L. Aptitud y desempeño, en la evaluación del médico. En: Viniegra L (ed.). La investigación en la educación. 2a Ed. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2000, p. 251-69.
9. García HA, Viniegra VL. Competencia clínica del médico familiar en hipertensión arterial sistémica. *Rev Invest Clin* 1999; 51(2): 93-8.
10. Rivera ID, Aguilar ME, Viniegra VL. Evaluación de la aptitud clínica de médicos residentes de medicina física y rehabilitación. *Rev Invest Clin* 1998; 50(4): 341-6.
11. Viniegra L, Jiménez JL. Nuevas aproximaciones a la medición de la competencia clínica. *Rev Invest Clin* 1992; 44(2): 269-75.
12. Dawson BS, Trapp RG. Bioestadística médica. 2a Ed. México: El Manual Moderno; 1997, p. 263.
13. Pérez-Padilla JR, Viniegra-Velázquez L. Método para calcular la distribución de las calificaciones esperadas por azar en un examen del tipo falso, verdadero y no sé. *Rev Invest Clin* 1989; 41: 375-9.
14. Villanueva-Egan LA, Collado-Peña SP. Conceptos actuales sobre la preeclampsia-eclampsia. *Rev Fac Med UNAM* 2007; 50(2): 57-61.
15. Pérez-Cervantes BA, García-Hernández A, Del Angel-Alfaro ME. Aptitud clínica de los médicos familiares en preeclampsia-eclampsia. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2006; 44(Supl. 1): 39-44.
16. Gómez-López VM, García-Ruiz ME, Barrientos-Guerrero C. Diabetes Mellitus: Aptitud clínica del médico de atención primaria. *Educación médica* 2006; 9(1): 36-40.
17. Velasco-Murillo V. La mortalidad materna: un problema vigente hasta nuestros días. *Rev Med IMSS* 2002; 40(3): 185-6.

Reimpresos:

Dr. Víctor M. Gómez-López

Calle Juárez 1203 Sur,
Col. Obrera,
89490, Cd. Madero, Tamps.
Tels.: 01 833 230 38 30, Ext. 1110
01 833 210-0627
Correo electrónico: vmgomezl@yahoo.com

Recibido el 22 de junio de 2007.
Aceptado el 31 de marzo de 2008.

Instrucciones para responder casos clínicos

Más adelante encontrará cuatro casos clínicos reales. Lea cuidadosamente cada caso. Utilice la línea que aparece a la izquierda de cada enunciado para anotar sus respuestas: "V" si considera que la afirmación es cierta y "F" si considera que la aseveración es falsa y "NS" en caso de que ignore o no pueda decidir si el enunciado es verdadero o falso. **Tome en cuenta que: una respuesta correcta le suma un punto, una respuesta incorrecta le resta un punto, una respuesta no sé, no le suma ni le resta puntos y un enunciado no respondido le resta un punto.**

Términos empleados en este instrumento de medición

- **Factor de riesgo.** Se refiere a la existencia demostrada de antecedentes o condiciones actuales del paciente, que sin formar parte de un padecimiento, hacen más probable su aparición o que éste se agrave.
 - **Compatible.** Se refiere al hecho de que los elementos de un caso clínico concuerdan con la entidad nosológica propuesta como diagnóstico.
 - **A favor.** Presencia de un dato clínico, de laboratorio o gabinete que forma parte y es base importante en el diagnóstico de la enfermedad en cuestión.
 - **Útil.** Hace referencia a ciertos procedimientos o medidas de diagnóstico que presentan claramente más beneficios (precisión diagnóstica) que perjuicios (molestias innecesarias) en la situación clínica descrita.
 - **Apropiado.** Hace referencia a ciertas medidas o recomendaciones terapéuticas, preventivas o de seguimiento que son más efectivas en la situación clínica descrita, con escasos efectos indeseables y claros beneficios inmediatos potenciales.
 - **Gravedad.** Son signos y síntomas clínicos o paraclínicos que indican un estado avanzado o inminente de muerte
-

CASO CLÍNICO 1

Femenina de 36 años de edad. Menarca a los 13 años de edad, R: 30 x 3, G: IV, P: I, A: II. FUP en 1992, producto con anencefalia. Actualmente con 39 semanas de gestación. Peso al inicio del embarazo 54 kg. Se aplicó toxoide tetánico a la semana 36. Tiene cuadro clínico de 36 horas de evolución, caracterizado por cefalea, fosfenos y acúfenos. Hace 24 horas se agrega vómito y dolor epigástrico tipo cólico irradiado a región lumbosacra. Peso 69 kg, talla 1.52 cm, pulso 80 por min. TA 150/110 mm Hg, FR 18 por min. Se encuentra alerta, bien orientada en tiempo y espacio. Abdomen globoso con FU a 28 cm del borde del pubis, con frecuencia cardíaca fetal de 140 por min. Cérvix posterior blando con un cm de dilatación. Miembros inferiores con edema. Resultados de laboratorio: Hb: 10.5 g/dL, Hcto: 35%. Glucemia 120 mg/dL, EGO: pH 6, albúmina: ++, leucocitos 0-1 por campo.

Constituyen factores de riesgo para presentar preeclampsia-eclampsia:

1. ☐ El antecedente de haber presentado un aborto
2. ☐ La edad del embarazo
3. ☐ El antecedente de producto anencefálico
4. ☐ La talla de la paciente
5. ☐ La edad de la paciente

Constituyen factores de riesgo obstétrico:

6. ☐ La edad de la paciente
7. ☐ El antecedente de abortos
8. ☐ La edad del embarazo
9. ☐ La talla de la paciente
10. ☐ La edad gestacional en que se aplicó el toxoide
11. ☐ El antecedente de producto con anencefalia
12. ☐ El resultado del EGO

Son datos a favor de preeclampsia severa:

13. ☐ El edema
14. ☐ La cifra de TA encontrada
15. ☐ La cifra de Hb
16. ☐ La albúmina ++
17. ☐ La presencia de acúfenos

Son datos a favor de embarazo complicado:

- 18. ☐ La glucemia encontrada
- 19. ☐ Las cifras de TA encontradas
- 20. ☐ Los resultados del examen de orina

Son diagnósticos compatibles en el presente caso:

- 21. ☐ Embarazo de término
- 22. ☐ Preeclampsia leve
- 23. ☐ Producto valioso
- 24. ☐ Anemia hipocrómica
- 25. ☐ DM gestacional
- 26. ☐ Glomeruloesclerosis diabética

Son medidas útiles para el diagnóstico en este caso:

- 27. ☐ Pruebas de coagulación
- 28. ☐ Placa simple de abdomen
- 29. ☐ Pruebas de funcionamiento hepático
- 30. ☐ Ultrasonido abdominal

Son medidas apropiadas para el manejo de esta paciente:

- 31. ☐ Envío a segundo nivel
- 32. ☐ Sedación con fenobarbital
- 33. ☐ Tratamiento antihipertensivo con vasodilatadores
- 34. ☐ Administración de diuréticos tiazídicos
- 35. ☐ Interrupción del embarazo al estabilizar a la paciente
- 36. ☐ Iniciar insulina de acción intermedia

CASO CLÍNICO 2

Femenina de 34 años de edad. AGO: G: II P: 0, A: I. Recibió cuatro consultas prenatales detectándose durante las mismas un incremento ponderal de 10 Kg. Se derivó a la consulta externa de ginecoobstetricia por embarazo de alto riesgo a la semana 33 de gestación. Signos vitales 130/80 mm Hg, Hb 12.2 g/dL, EGO: Bacterias abundantes, proteínas +. Peso: 90 Kg.

Valorada en la consulta externa de ginecoobstetricia a la semana 36, encontrando a la exploración física: peso: 97.500 Kg, talla: 1.45 cm, TA 130/90 mm Hg. Se otorga cita en dos semanas a la CE de ginecoobstetricia. Cinco días después de ser valorada por GO acude a atención médica continua de la UMF de adscripción, presentando dolor abdominal tipo obstétrico de moderada intensidad, remitente, acompañado de contracciones uterinas aisladas una en 10 minutos. A la EF 210/110 mm Hg, proteinuria ++++ detectada por tira reactiva fondo uterino 40 cm. PUVI longitudinal, cefálico, libre con FCF 140 x minuto, edema de pared abdominal, miembros inferiores con edema.

Son factores de riesgo para presentar preeclampsia-eclampsia:

- 1. ☐ El número de gestaciones
- 2. ☐ El índice de masa corporal
- 3. ☐ El incremento de peso corporal
- 4. ☐ La cifra de Hb
- 5. ☐ El antecedente del aborto

Son datos a favor de preeclampsia leve:

- 6. ☐ El edema
- 7. ☐ La cifra de TA de 130/90
- 8. ☐ La cifra de Hb
- 9. ☐ La proteinuria detectada en la consulta de atención médica continua
- 10. ☐ El edema de pared abdominal

Son datos a favor de embarazo complicado:

11. ☐ Las cifras de TA encontradas
12. ☐ Los resultados del examen de orina

Son diagnósticos compatibles en el presente caso:

13. ☐ Trabajo de parto inicial
14. ☐ Preeclampsia leve
15. ☐ Producto valioso
16. ☐ Anemia hipocrómica
17. ☐ Preeclampsia severa
18. ☐ Embarazo e hipertensión esencial
19. ☐ Glomeruloesclerosis diabética

Son medidas útiles para el diagnóstico de preeclampsia-eclampsia:

20. ☐ EGO
21. ☐ Placa simple de abdomen
22. ☐ Pruebas de funcionamiento hepático
23. ☐ Ultrasonido abdominal

Son medidas apropiadas para el manejo de esta paciente:

24. ☐ Atención en medicina familiar
25. ☐ Sedación con diazepam
26. ☐ Tratamiento antihipertensivo con vasodilatadores
27. ☐ Administración de diuréticos tiacídicos
28. ☐ Interrupción del embarazo al estabilizar a la paciente
29. ☐ Citar a la consulta externa de medicina familiar al tercer día

CASO CLÍNICO 3

Femenina 25 años de edad, originaria de Platón Sánchez, Ver. Ocupación: profesora de educación primaria. AGO menarca 13 años. Inicio de VSA 22 años de edad; G: II, C: I. Cursa con 33 semanas de amenorrea. Usó DIU como método de planificación familiar. Inicia control prenatal en segundo trimestre, durante siete consultas en IMSS. Acudió a una sesión educativa en su unidad de adscripción. Valorada por médico familiar por el antecedente de crisis convulsiva en su domicilio 30 minutos antes de la consulta, donde nuevamente presenta otra crisis convulsiva. TA: 150/100 mm Hg, estuporosa, FC: 80 x min. Abdomen PUVI con frecuencia cardíaca fetal de 145 x min. Extremidades inferiores con edema hasta tercio medio del muslo y cara, proteinuria ++++.

Constituyen factores de riesgo para presentar preeclampsia-eclampsia:

1. ☐ La edad del embarazo
2. ☐ La edad de inicio de la VSA
3. ☐ La ocupación
4. ☐ La edad de la paciente
5. ☐ El número de sesiones educativas

Son datos a favor de preeclampsia severa:

6. ☐ El edema
7. ☐ La cifra de TA encontrada
8. ☐ La albuminuria ++++
9. ☐ La crisis convulsiva

Son diagnósticos compatibles en el presente caso:

- 10. ☐ Trabajo de parto inicial
- 11. ☐ Preeclampsia leve
- 12. ☐ Preeclampsia severa
- 13. ☐ Eclampsia
- 14. ☐ Embarazo e hipertensión esencial
- 15. ☐ Epilepsia

Son medidas útiles para el diagnóstico en este caso:

- 16. ☐ EGO
- 17. ☐ Química sanguínea
- 18. ☐ Determinación de PFH

Son medidas apropiadas para el manejo de esta paciente:

- 19. ☐ Envío a segundo nivel de atención
 - 20. ☐ Tratamiento antihipertensivo con vasodilatadores
 - 21. ☐ Administración de diuréticos de asa
 - 22. ☐ Interrupción del embarazo una vez estabilizada la paciente
-
-

CASO CLÍNICO 4

Femenina 30 años de edad. Escolaridad primaria incompleta Niega antecedentes de preeclampsia. G: III, P: II. Alcoholismo y tabaquismo negativos. Inicia control prenatal a la semana 27 de gestación detectándose un peso de 61.600 Kg. TA 120/ 70 y una estatura de 1.57 m. La siguiente consulta la recibió siete semanas después reportándose en la hoja de control prenatal con un peso de 74.200 Kg. TA 120/80 edema de extremidades inferiores +++. FCF de 130 por minuto. No existen datos de síndrome vásculo espasmódico. En esta consulta se envía urgente a segundo nivel. El examen general de orina practicado en esta consulta reporta: albúmina ++ hemoglobina ++ leucocitos 18-20 por campo.

Constituyen factores de riesgo para presentar preeclampsia-eclampsia:

- 1. ☐ La edad del embarazo
- 2. ☐ La edad de la paciente
- 3. ☐ El peso de la paciente
- 4. ☐ El grado de escolaridad
- 5. ☐ El número de embarazos
- 6. ☐ El número de consultas prenatales
- 7. ☐ La etapa del embarazo al momento de recibir la primera consulta prenatal

Son datos a favor de preeclampsia leve:

- 8. ☐ El edema en extremidades inferiores ++++
- 9. ☐ La cifra de TA encontrada
- 10. ☐ La albuminuria ++
- 11. ☐ La presencia de leucocituria
- 12. ☐ La hemoglobinuria detectada

Son diagnósticos compatibles en el presente caso:

- 13. ☐ Preeclampsia leve
 - 14. ☐ Preeclampsia severa
 - 15. ☐ Eclampsia
-

- 16. ☐ Embarazo e hipertensión esencial
- 17. ☐ Infección urinaria
- 18. ☐ Glomerulonefritis aguda
- 19. ☐ Síndrome nefrótico

Son medidas apropiadas para el manejo de esta paciente:

- 20. ☐ Envío a la consulta externa del segundo nivel de atención
 - 21. ☐ Tratamiento antihipertensivo con vasodilatadores
 - 22. ☐ Administración de diuréticos de asa
-