



# Caso clínico de obstetricia



Elda, 11 de octubre 2012

María José García Teruel

Jefa de Sección del Servicio de Ginecología y Obstetricia

Colaboran los servicios de Pediatría, SAIP, Nefrología y Anestesia

Hospital General Universitario de Elda

# Antecedentes personales

- ◆ Edad 26 años.
- ◆ Raza árabe.
- ◆ Nivel socioeconómico bajo.
- ◆ Dificultad lingüística: no habla castellano.
- ◆ Alergia al Iodo
- ◆ No refiere enfermedad crónica ni intervenciones quirúrgicas.
- ◆ GS RH: A+

# Control de gestación.

- ◆ Primigesta.
- ◆ FUR 2/10/11.
- ◆ Aporta su cartilla maternal 1° control: Analítica del 1° trimestre, Peso y TA (normales), Eco: gestación intrauterina acorde a edad de gestación.
- ◆ El siguiente control se lo hizo en Argelia y no aporta informe. Lo refiere como normal.

# Motivo de consulta.

Acude el día 21/3/12 remitida por su matrona al servicio de urgencias de obstetricia.

- ◆ Gestante de 24+3 sem.
- ◆ Por aumento de la TA (190/100) y edemas en EEII.
- ◆ Cefalea frontal
- ◆ Síntomas gripales con tos y mucosidad nasal.

# Exploracion clinica:

Utero aumentado de tamaño, menor que amenorrea, no dolorosa la movilización.

Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpacion, no genitorragia ni salida de liquido amniótico.

TA: 179/94 ; 176/91

Edemas en EEII

# ¿Pruebas complementarias?

- ◆ Analítica general sangre y orina.
- ◆ Eco obstétrica.

# ¿Pruebas complementarias?

- ◆ Hemograma: Hb 13,4, GOT 37, GPT 53  
Plaquetas normales.
- ◆ Orina: proteinuria +++

# ¿Pruebas complementarias?

- ◆ Ecografía obstétrica: GESTACION DE 24+3

Presentación transversa.

DBP 50,94 (21+3)

CA 147 (20)

LF 38,7 (22+3)

PESO ESTIMADO DE 401gr (21+4)  $P < 3$

- ◆ ILA 6 (oligoamnios)
- ◆ IPau 1,55 (<p50) flujo diastólico presente (no se puede medir el Doppler de la art cerebral media)



# ¿Que hacer de urgencia?

- ◆ ¿Hacer una cesárea urgente porque la madre tiene alta la tensión y esto puede hacer que se desprenda la placenta y matar al feto?.
- ◆ ¿Poner tratamiento hipotensor y esperar a que el feto alcance el percentil estimado?
- ◆ ¿Poner tratamiento hipotensor y continuar el estudio?

# ¿Qué se hizo?

- ◆ Se inicia tratamiento hipotensor: labetalol: 100 mg, a los 10 min continua con TA de 180/93 por lo que se asocian 250 mg alfametil-dopa, se consigue disminuir a 170/98 y se mantiene con dosis de labetalol en perfusión continua y controles TA horarios.
- ◆ Maduración pulmonar con betametasona 12mg/24h dos días.

# ¿Qué se hizo?

- ◆ Control analíticos/24h
- ◆ Nuevo control eco Doppler.
- ◆ Hoja de interconsulta con el servicio de pediatría (valorar la viabilidad fetal).
- ◆ Hoja de interconsulta con el servicio de nefrología.

# ¿Qué se hizo?

## ◆ Analítica:

Creatinina 1,2 mg/dl

GOT 40

GPT 60

HB 14,2 g/dl (Hg 13,4:hemoconcentración)

Plaquetas 220,000

Coagulación normal

# ¿Qué se hizo?

## ◆ **Ecografía Doppler:**

Presentación podálica

ILA 6: oligoamnios.

Biometria con peso estimado de 390gr  $P < 3$

Ipav  $> p 95$

Hematoma retroplacentario. (DPP)

# ¿Qué se hizo?

- ◆ Valoración Clínica:
- ◆ Empeoramiento paciente (S de Nefrología y de Obstetricia)
- ◆ Alteración de los perfiles ecográficos fetales (DPP)
- ◆ Se decide finalizar gestación.

# ¿Qué diagnóstico?

- ◆ Hipertensión inducida por el embarazo
- ◆ Proteinuria.
- ◆ Provoca en el feto retraso del crecimiento con alteración de sus flujos Doppler y DDP

# ¿Como terminar el embarazo?

- ¿Tiene posibilidad de vivir un feto de un peso estimado de 390 gr? ¿con una edad de gestación de 24+4?

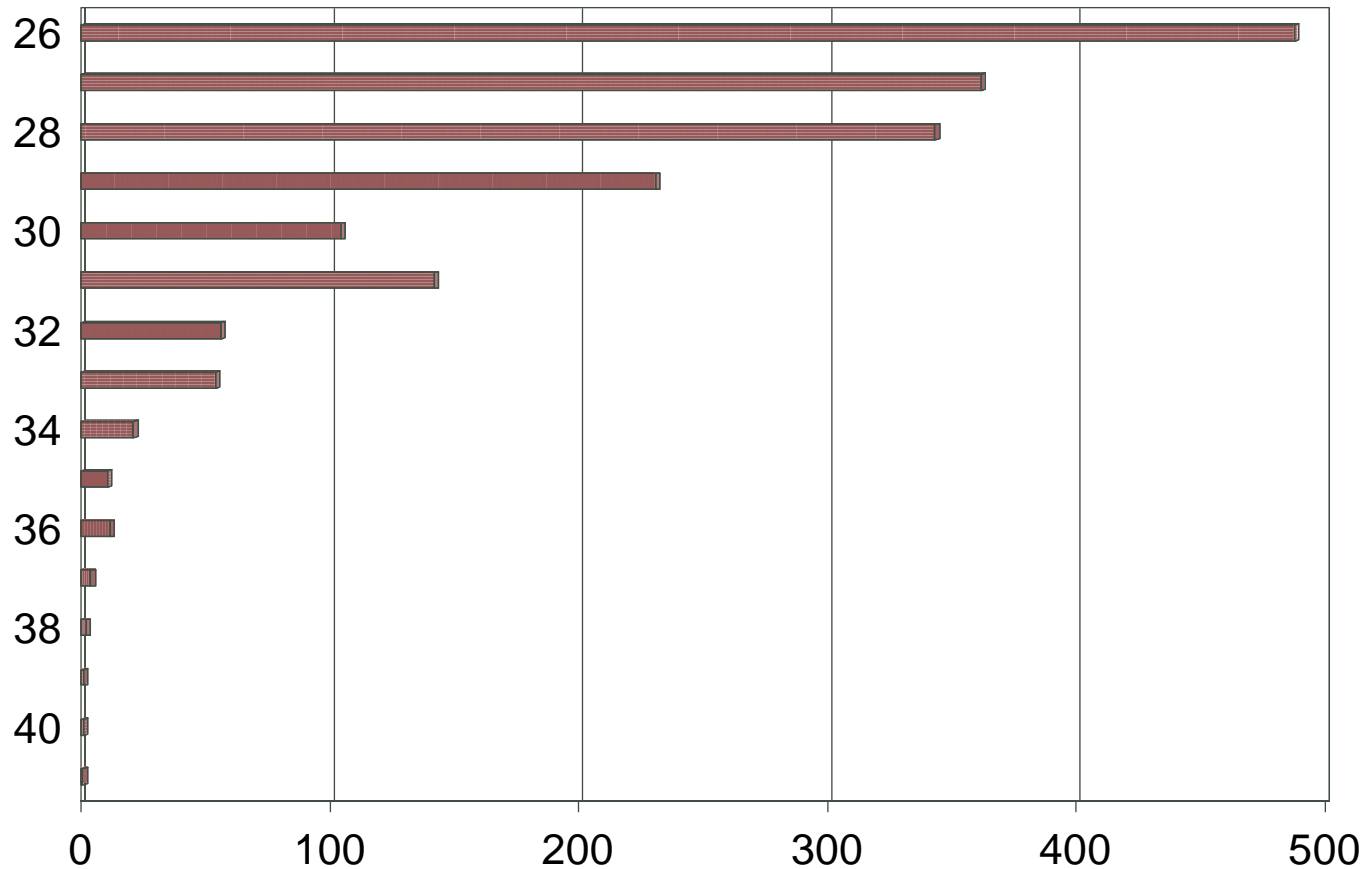




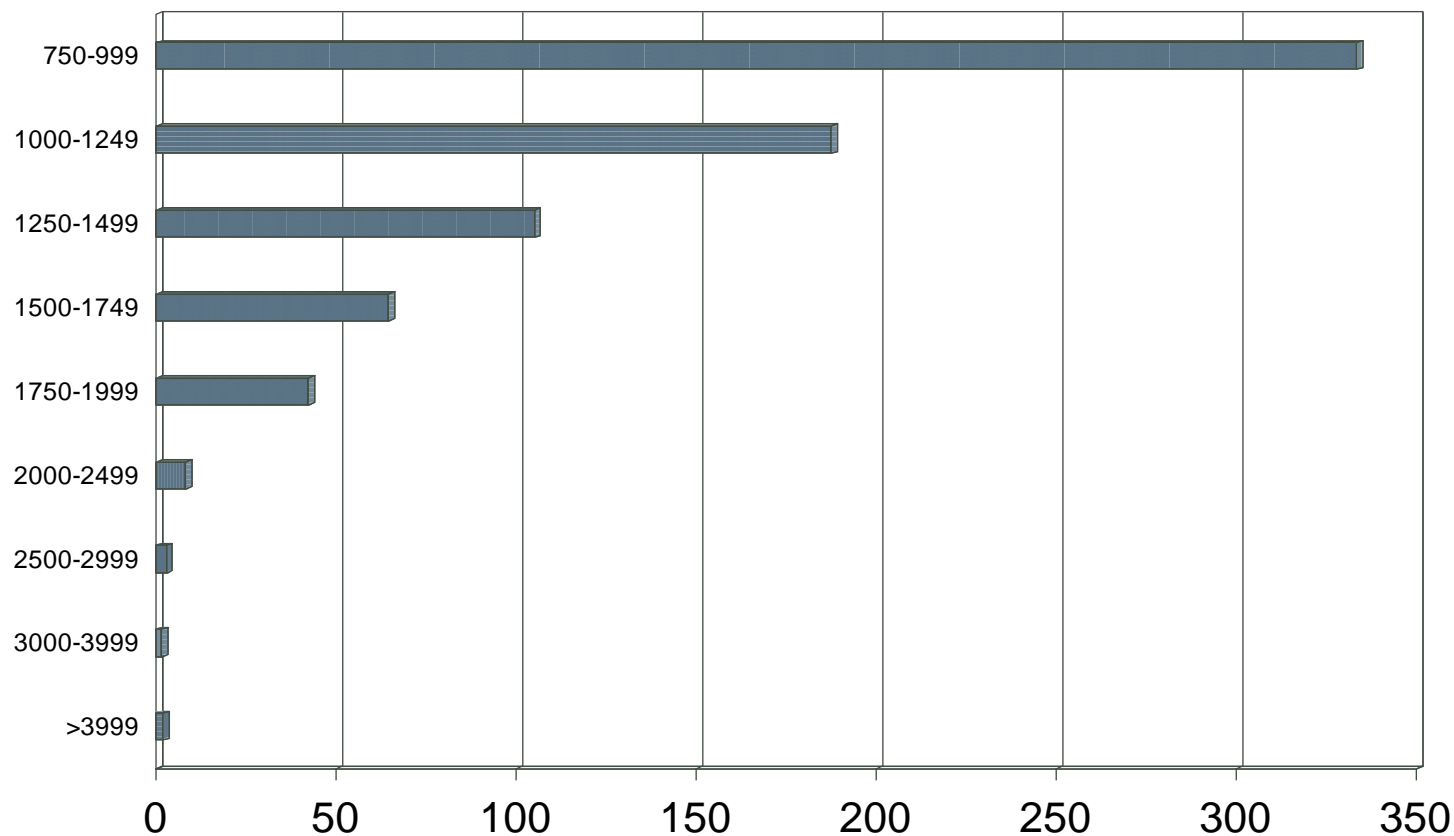
# Viabilidad de los recién nacidos de MBPN

*Servicio Neonatología H.G.U. Elda*

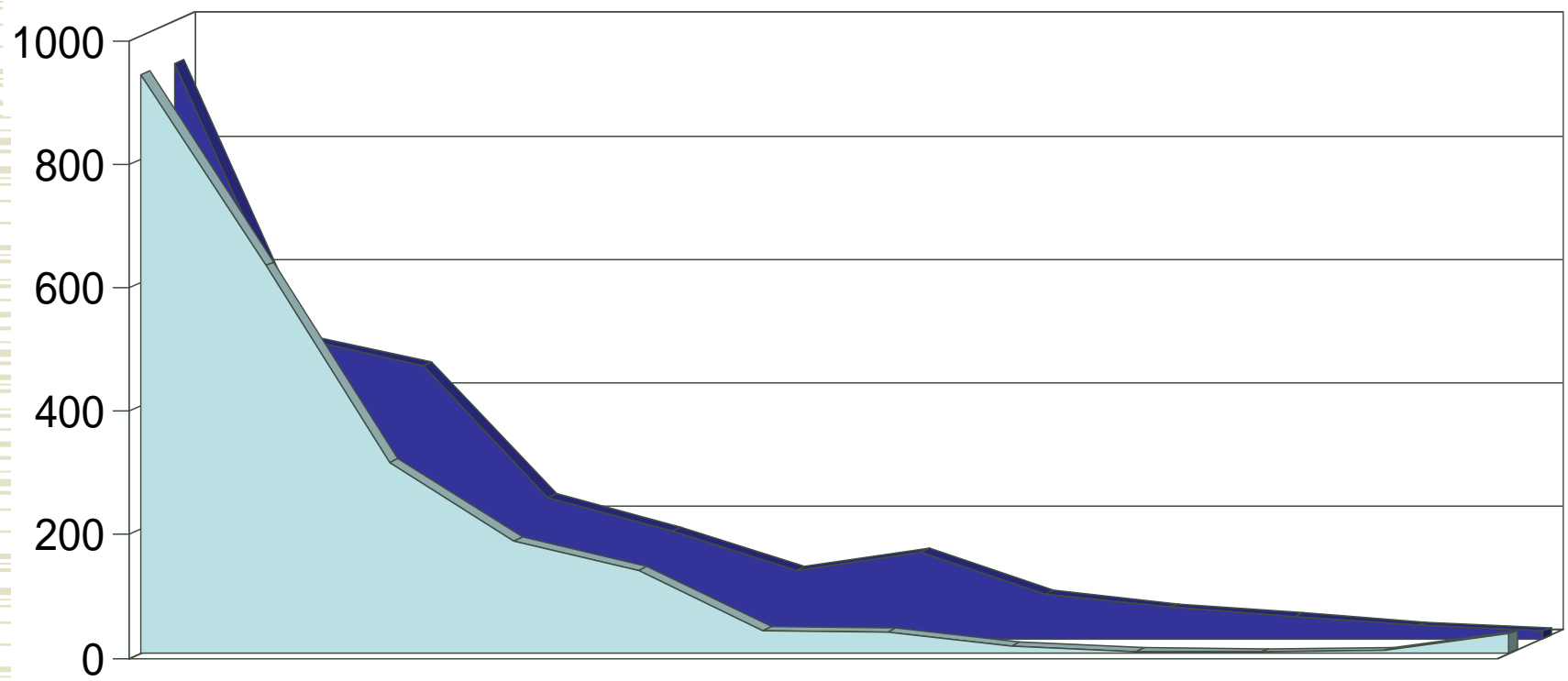
# Mortalidad por edad gestacional en la Comunidad Valenciana 2010



# Mortalidad por peso al nacimiento en la Comunidad Valenciana 2010



■ Mortalidad según peso ■ Mortalidad según edad gestacional





¿ De que depende la supervivencia?

Edad gestacional

Peso al nacimiento ( $> 100$  g según EG estimada)

Género femenino

Gestación única

Tratamiento con corticoides

# ¿Cuándo RCP?

< 24 sem: No RCP

24-25 sem: según vitalidad y consensuado con la familia

> 25 sem: Sí RCP

Presencia del pediatra a partir de 22 semanas



# CONTINUACIÓN CASO

# Por tanto ....

- Se le propone a la familia finalizar como feto no viable (aborto tardio).
- El marido nos dice que su mujer (no habla castellano) desea continuar con la gestación y que asume las complicaciones.





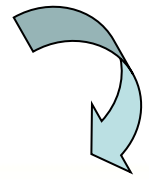
SAIP



**SERVICIO DE ATENCION E  
INFORMACION AL PACIENTE  
(SAIP)**



# SISTEMA DE INFORMACION Y COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE



**SUS DATOS PARA CONTACTAR CON UN INTERPRETE**

Teléfono de acceso  
**902112811**

Código de usuario  
**032627**

Nombre de su centro  
**H. ELDA**

info@interpretsolutions.com  
T. 902 11 28 11 F. 902 11 28 79

## interpretación telefónica

manual de uso hc hospitales y centros de salud



### H. ELDA

	Beosztás magyarúl	Húngaro 407
	I speak English	Inglés 104
	Parlo italiano	Italiano 208
	<b>日本語を話します</b>	Japonés 207
	Es runioja lietuviškai	Letón 408
	Aš kalbu lietuviškai	Lituano 808
	Асирмак лие манакмак лие	Letón 801
	Wǒ kàn Mándàrēn hǔo	Mandarin 501
	Эр охирондоо ярих дээ	Mongol 502
	Ik spreek Nederlands	Nederlandés 205
	Eng snakker norsk	Noruego 304
	من لغتي حرفه من لغتي	Persa 302
	Mówię po polsku	Polaco 107
	Eu falo português	Portugués 203
	Dianama, mi halayre pular	Pular 803
	ਮੈਂ ਹਿੰਦੀ ਬੋਲਦੀ ਹਾਂ	Punjabi 401
	<b>Vorbesc românește</b>	Rumano 102
	Я говорю по-русски	Ruso 108
	<b>Ja govorim srpski</b>	Serbio 307
	Jag pratar svenska	Sueco 306
	N'anzokho fatama a tangra	Susu 802
	PURDE MU AND MACKOSAP TAGALOG	Tegalo 206
	తెలుగు మాతృభాష	Telándés 807
	Türkçe konuşuyorum	Turco 308
	Я розмовляю українською	Ucraniano 202
	میں اردو بولتی ہوں	Urdu 204
	Men danay wakh wolof	Wolof 301

PARA CUALQUIER INFORMACIÓN O SOLICITUD DE TRADUCCIÓN:  
info@interpretsolutions.com, T. 902 11 28 11 F. 902 11 28 79



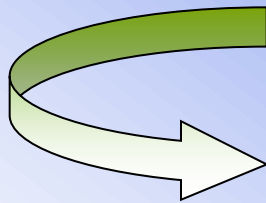
LEY 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos en materia de información documentación clínica



- **Médico responsable:** el profesional que tiene a su cargo coordinar la información y la asistencia sanitaria del paciente o del usuario, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales.



Información asistencial al paciente



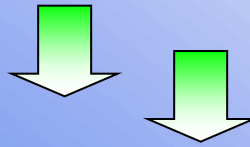
40128

Viernes 15

al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.

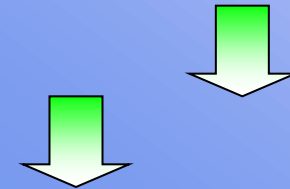
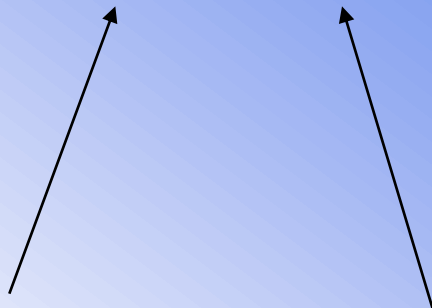
3. El médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle.

Ley 1/2003, de 28 de enero, de derechos e información al paciente de la Comunidad Valenciana



## **Artículo 19. Alta forzosa**

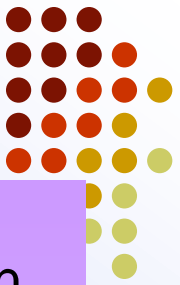
1. Los pacientes o, en su caso, personas que pueden recibir el informe de alta, estarán obligados a firmar el alta cuando no acepten el tratamiento prescrito; de negarse a ello, la dirección del centro sanitario, a propuesta del médico responsable, podrá ordenar el alta forzosa.



**Obligaciones de los pacientes**  
*Artículo 31. Obligaciones de los pacientes*



# Excepciones del C. Informado



- a) **Cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública**, según determinen las autoridades sanitarias. En estos supuestos se adoptarán las medidas administrativas, de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública.
  - b) **Cuando el paciente no esté capacitado para tomar decisiones** y no existan familiares, personas allegadas o representante legal, o estos últimos se negasen injustificadamente a prestarlo de forma que ocasionen un riesgo grave para la salud del paciente **y siempre que se deje constancia por escrito de estas circunstancias**.
- c) **Ante una situación de urgencia que no permita demoras** por existir el riesgo de lesiones irreversibles o de fallecimiento y la alteración del juicio del paciente no permita obtener su consentimiento.



# Diagrama de actuación



- **ALTA FORZOSA**



- **Médico responsable**

- Servicios jurídicos
- SAIP



- **Jefe de Servicio**

*Días laborables*



- **Jefe de la Guardia**

*Días festivos*

- En el caso de que no se aceptara el alta forzosa, la dirección del centro, una vez comprobado el informe clínico correspondiente, deberá oír al paciente, y si persiste en su negativa lo pondrá en conocimiento del juez para que confirme o revoque la decisión.






# CONTINUACIÓN CASO



# Tratamiento

- Perfusion de sulfato de magnesio (disminuye el riesgo de convulsiones maternas)
- Perfusion continua de trandate.
- Control horario de diuresis.
- Control de fr respiratoria y de reflejos.

- 
- El servicio de nefrología aconseja finalizar gestación
  - El servicio de obstetricia aconseja finalizar gestación.
  - El servicio de pediatría aconseja finalizar.
  - Se consulta al servicio de atención al paciente.

# Tratamiento:

- Administracion de misoprostol vaginal. 100mg/6h hasta un total de 8 dosis. (se inicia a las 13h30min)
- Continuar con el tratamiento prescrito anteriormente.
- Parto se produce al día siguiente (13h 38min) nace hombre de 360 gr muerto, se inhibe la lactancia con cabergolina.

# Puerperio inmediato

16h 30min :

- ◆ Cefaléa que no mejora con el decúbito.
- ◆ Sudoración,
- ◆ Mareo
- ◆ TA 120/80,
- ◆ No fotopsias,
- ◆ No sabor metálico.

# Puerperio inmediato

Se ingresa en REA.

2 días y tras estabilizarla se le da el alta de REA e ingresa en planta de obstetricia

Se ajusta la dosis de labetalol x el servicio de nefrologia y se da el alta y control en c. ext de nefrologia.



---

# Caso de obstetricia.

---

Preclamsia grave  
CIR



# NEFROLOGÍA

# Alteraciones renales en la gestación

## Cambios fisiológicos

Aumento del gasto cardiaco 40%

La frecuencia cardiaca  $\uparrow$  10 lpm (3° T)

El volumen sanguíneo  $\uparrow$  50%, eritrocitario y Na

La TA disminuye

El riñón  $\uparrow$  1 cm y su volumen un 30%

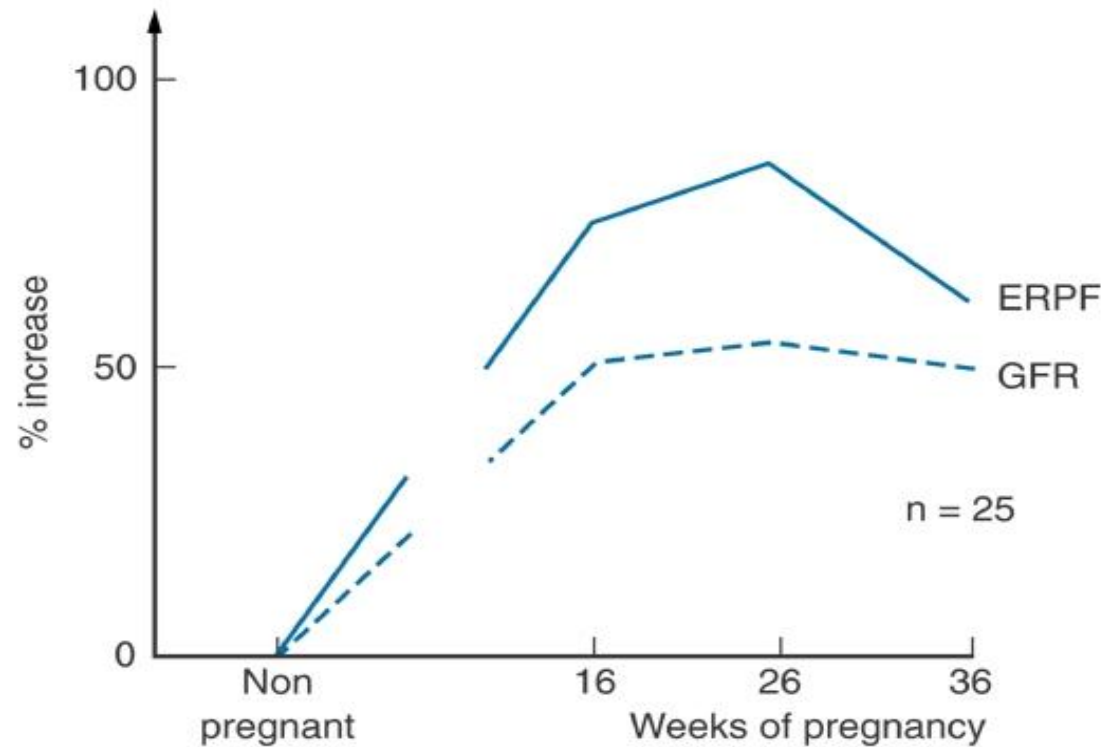
Hidronefrosis fisiológica del embarazo

$\uparrow$  el FPR y el FG



# Alteraciones renales en la gestación

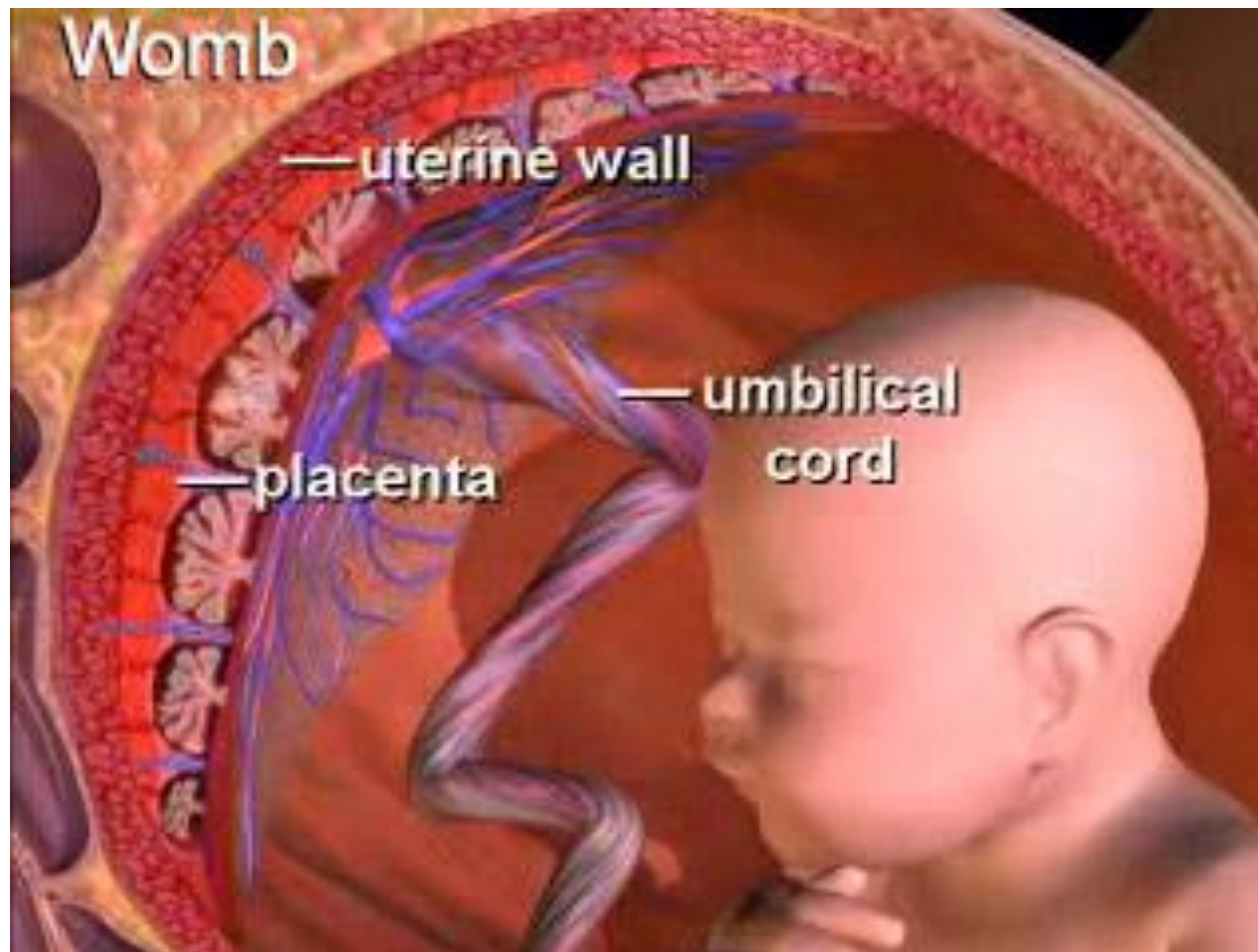
## Cambios fisiológicos



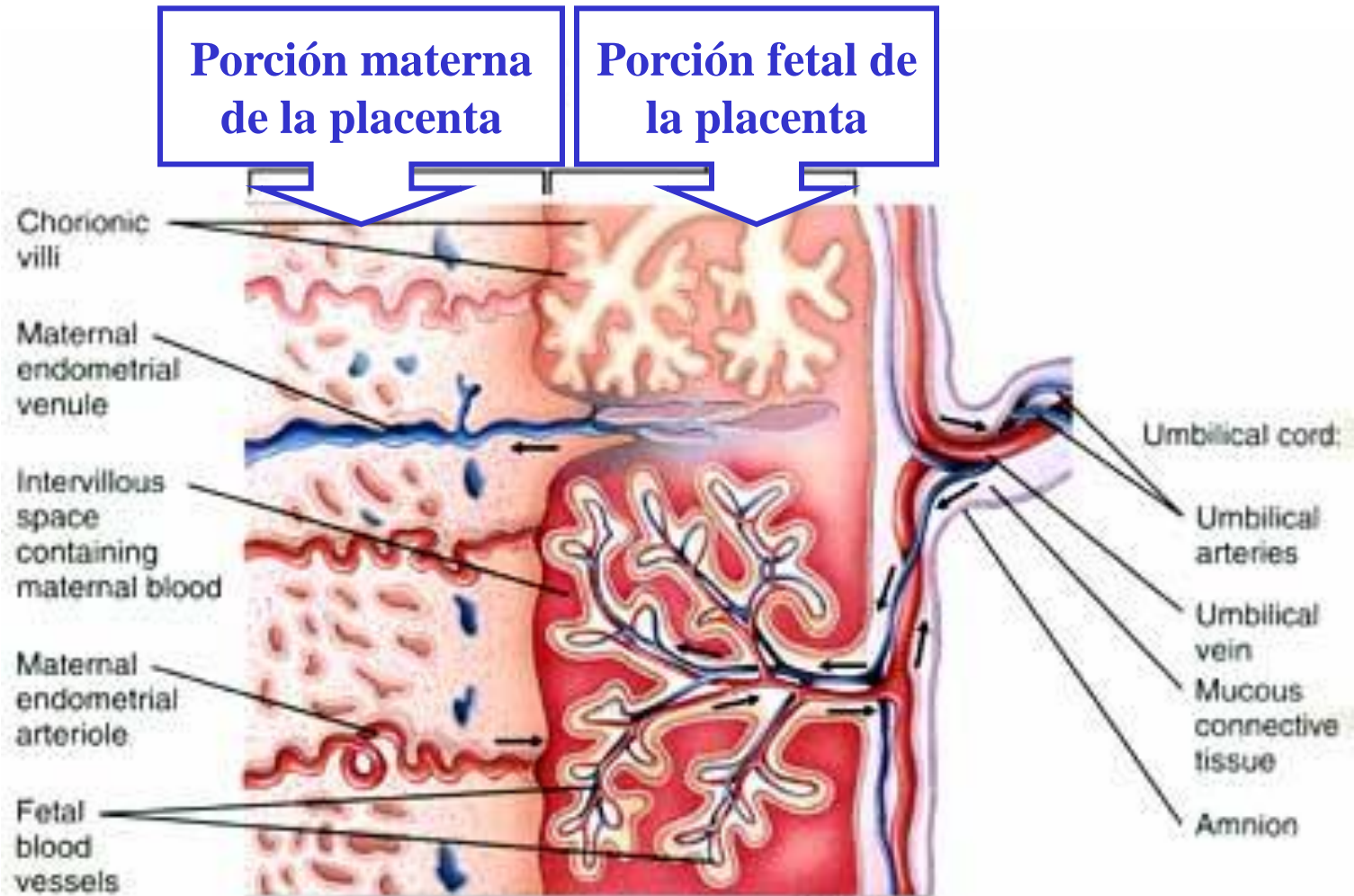
(From Davison JM: Overview: Kidney function in pregnant women. Am J Kidney Dis 9:248, 1987.)

© 2004, 2000, 1996, 1991, 1986, 1981, 1976, Elsevier Inc. All rights reserved.

# Implantación placentaria



# Implantación placentaria

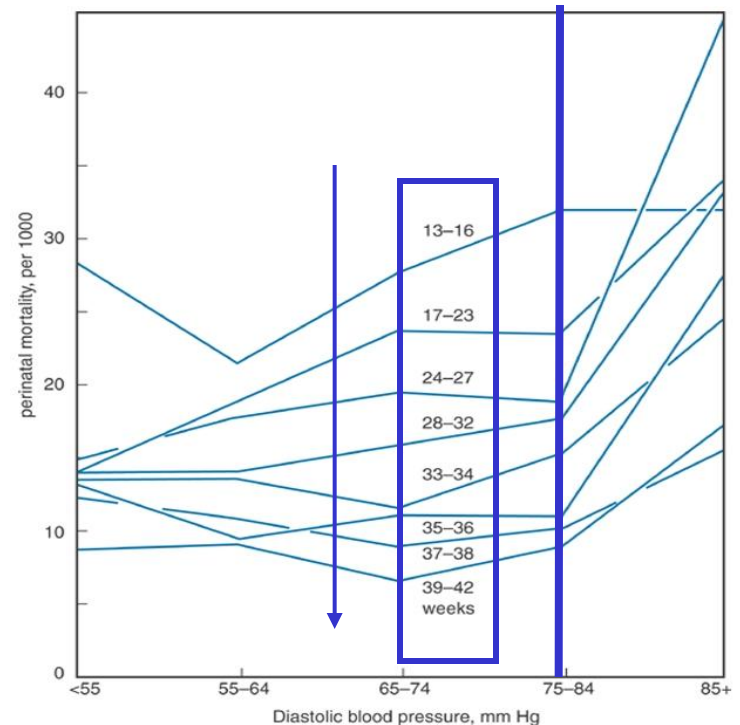


(a) Details of placenta and umbilical cord

# Preeclampsia

## Epidemiología

- Desorden asociado a la gestación
- Aparece >20 SG (habitual >32; puede hasta 7 días postparto)
- 5-7% de embarazadas desarrolla preeclampsia
- Incidencia en ↑
- Parto como tratamiento
- Resolución en días-semanas
- Ocasiona un 15% de los bebés pretérmino
- Mortalidad fetal

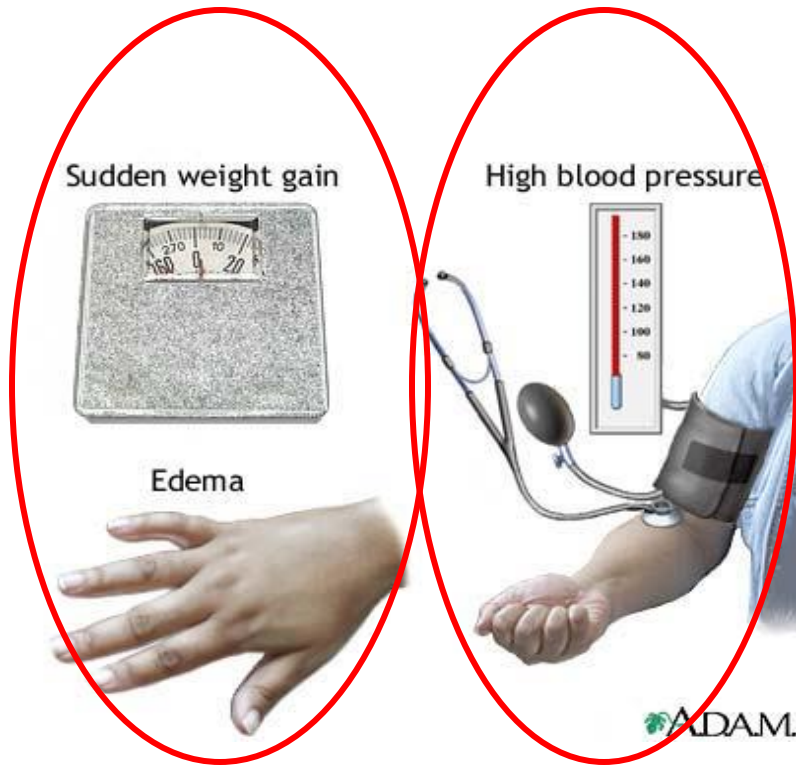


(From Friedman EA, Neff RK: Pregnancy Hypertension: A Systemic Evaluation of Clinical Diagnostic Criteria. Littleton, MA, PSG Publishing, 1977, p 64. By permission of Mosby-Year Book.)

© 2004, 2000, 1996, 1991, 1986, 1981, 1976, Elsevier Inc. All rights reserved.

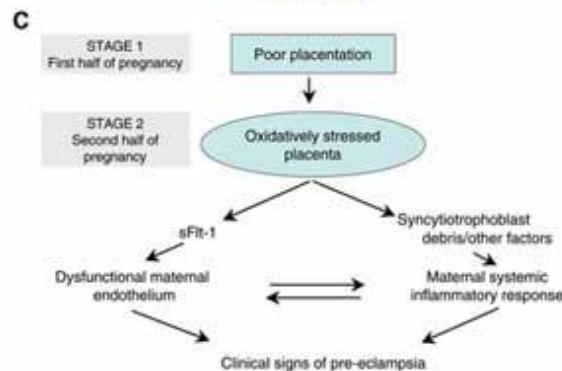
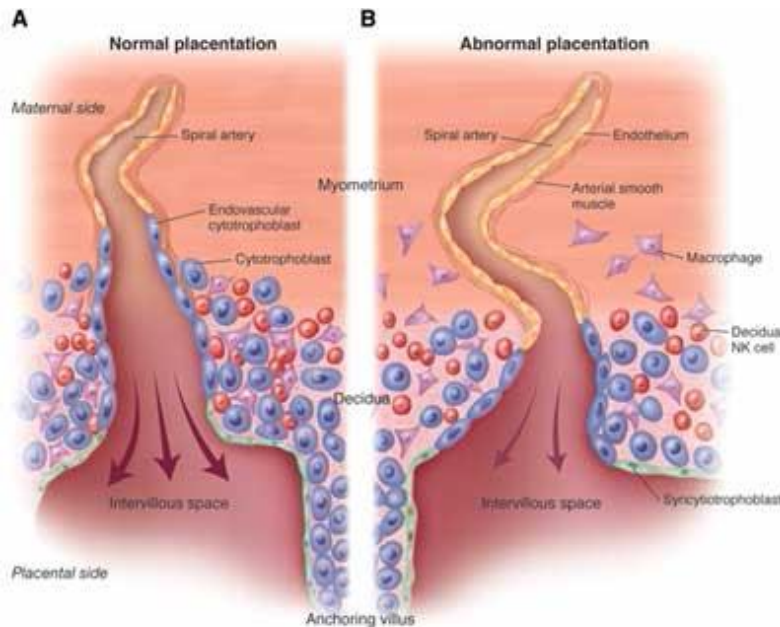
# Preeclampsia

## Clínica



- Hipertensión
- Retención de líquidos
- Proteinuria
- Cefalea
- Alteraciones visuales
- Epigastralgia
- Náuseas, vómitos
- Estado mental alterado
- Disnea, dolor torácico
- Oligohidramnios
- CIR

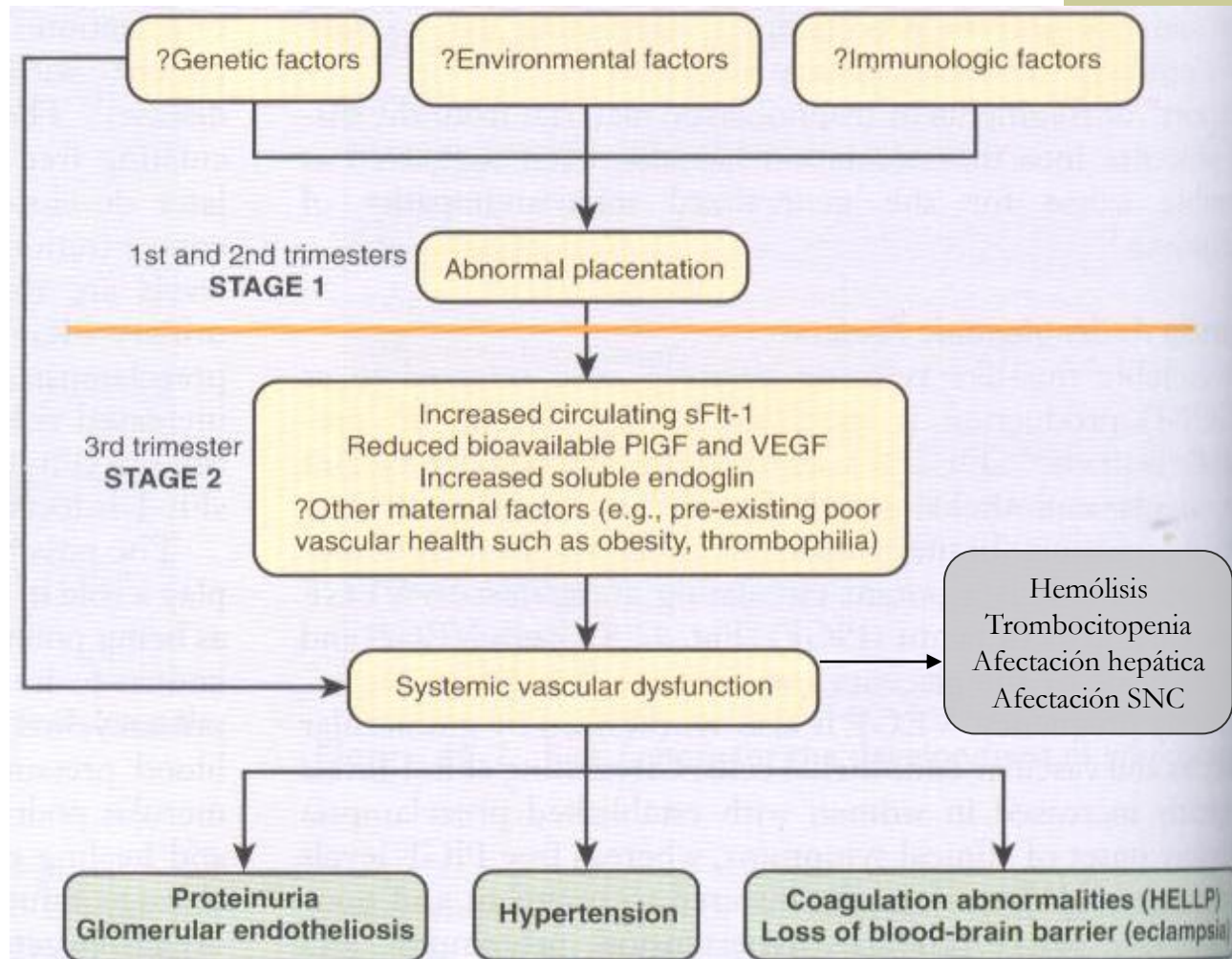
# Implantación placentaria anómala



- Disfunción placentaria por mala diferenciación
- Mecanismos genéticos, ambientales e inmunológicos
- Hipoperfusión de útero y placenta
- Secreción de factores circulantes que ocasionan disfunción endotelial

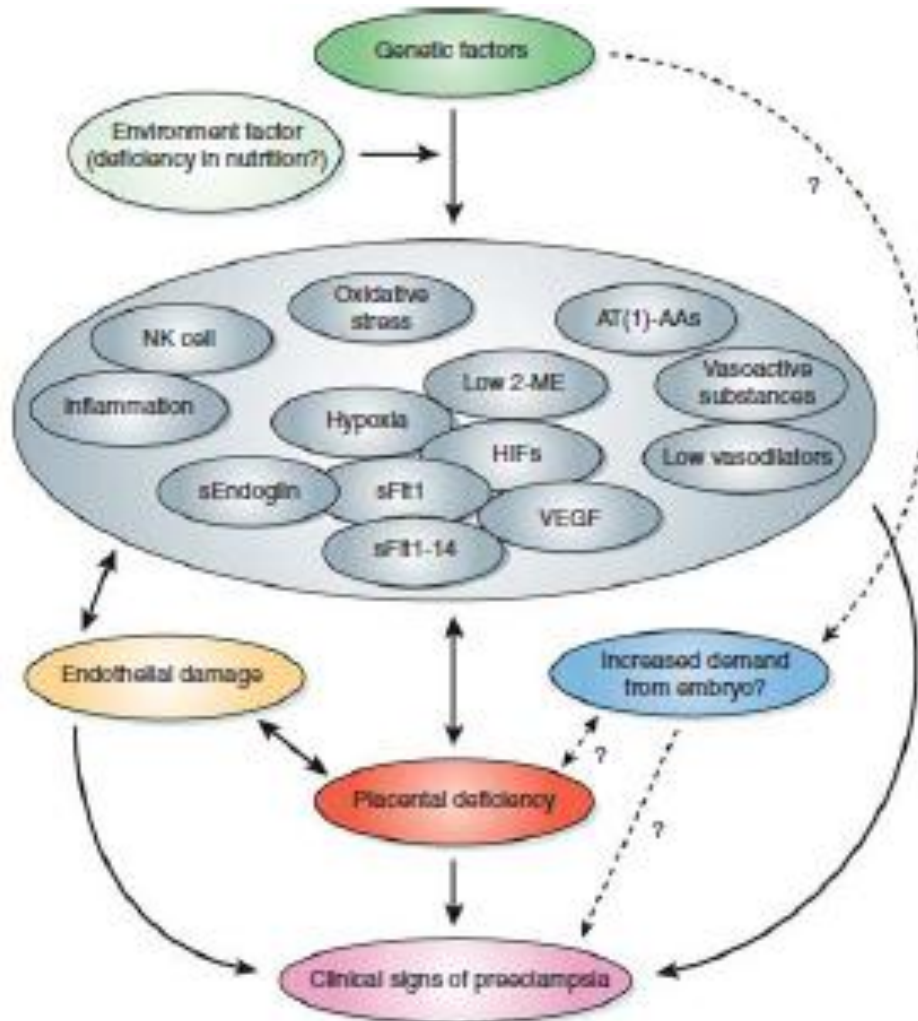
# Preeclampsia

## Etiopatogenia



# Preeclampsia

## Etiopatogenia

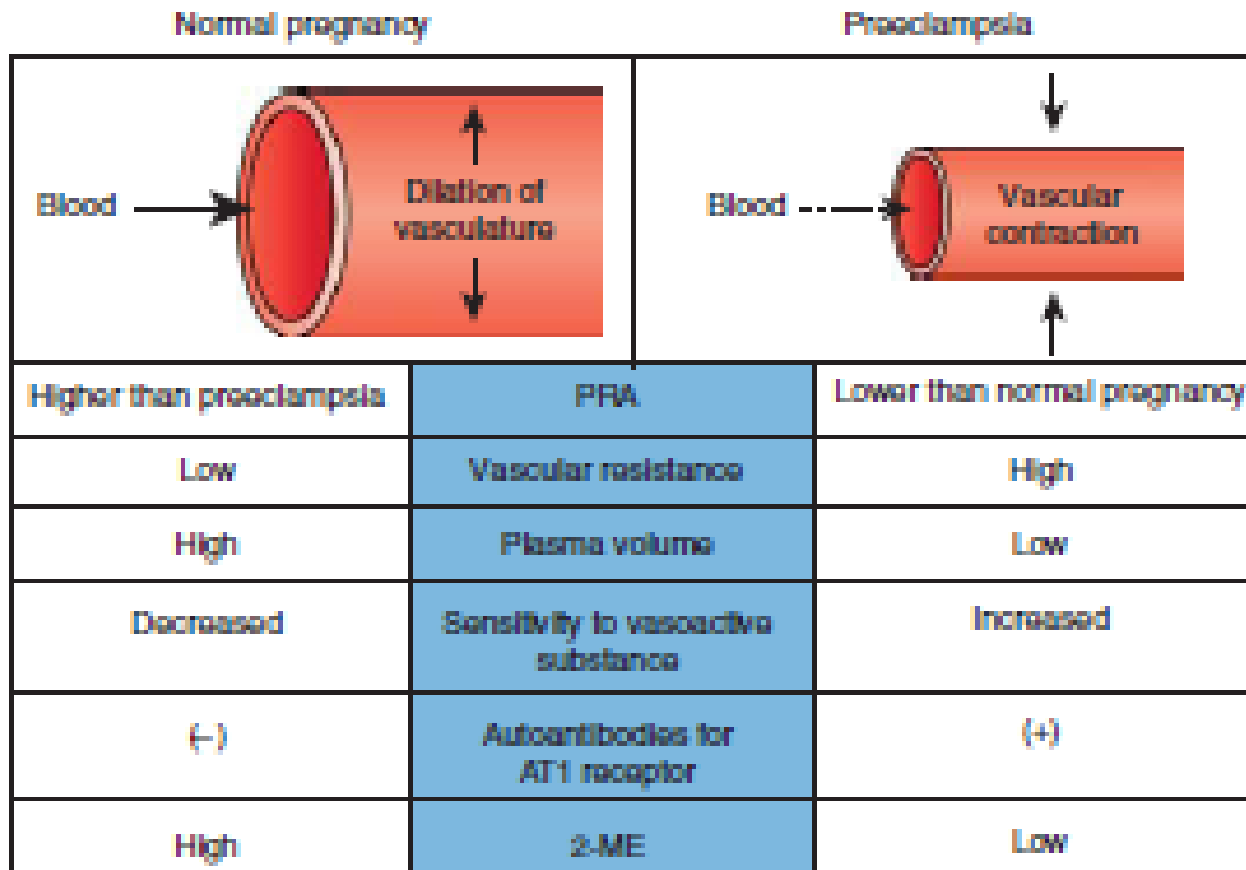


**Figure 3 | Biology of preeclampsia.** Many different mechanisms have been reported for preeclampsia and are listed here. AT(1)-AAs, autoantibodies for angiotensin receptor type I; HIFs, hypoxia-inducible factors; 2-ME, 2-methoxyestradiol; NK cell, natural killer cell; sEndoglin, soluble endoglin; sFlt1, soluble Fms-like tyrosine kinase 1; sFlt1-14, soluble Fms-like tyrosine kinase 1-14; VEGF, vascular endothelial growth factor.



# Preeclampsia

## Etiopatogenia



# Preeclampsia

## Datos analíticos

Serie roja:

↑ hematocrito

Anemia hemolítica microangiopática

Consumo de plaquetas

↑ transaminasas ( $> \times 2$ )

↑ creatinina

Proteinuria

↑ ácido úrico

LDH

Futuro: sFlt-1, sEng, VEGF y PlGF

# Preeclampsia

## Complicaciones agudas

Insuficiencia cardiaca

Encefalopatía HTA

Hígado graso agudo del embarazo

Retinopatía

Hemorragia cerebral

Insuficiencia renal aguda

Síndrome de HELLP

Diabetes insípida transitoria

# Preeclampsia

## Clasificación por gravedad

- Leve o grave
- Grave si:
  - TAS >160 o TAD >110 mm Hg
  - Proteinuria >5 g/d
  - Signos y/o síntomas de daño orgánico

**The presence of one or more of the following criteria upstages preeclampsia from mild to severe**

Symptoms of central nervous system dysfunction: Visual disturbance (photopsia, scotomata, cortical blindness, retinal vasospasm) Severe headache (ie, incapacitating, "the worst headache I've ever had") or headache that persists and progresses despite analgesic therapy Altered mental status
Symptoms of liver capsule distention: Right upper quadrant or epigastric pain Nausea, vomiting
Hepatocellular injury: Serum transaminase concentration $\geq$ twice normal
Severe blood pressure elevation: Systolic blood pressure $\geq$ 160 mm Hg or diastolic blood pressure $\geq$ 110 mm Hg on two occasions at least six hours apart
Thrombocytopenia: <100,000 platelets/microL
Proteinuria: $\geq$ 5 grams in 24 hours
Oliguria <500 mL in 24 hours
Fetal growth restriction
Pulmonary edema or cyanosis

# Preeclampsia

## Complicaciones a largo plazo

Asociada a complicaciones cardio-cerebro-vasculares

Desarrollo de HTA 3.7 veces más en 14 años

Cardiopatía isquémica x 2.16 en 11.7 años

Infarto cerebral x 1.81 en 10.4 años

Tromboembolismo venoso x 1.79 en 4.7 años

ERCT x 4.7 en 20 años (riesgo absoluto <1%)

### Deaths from cardiovascular causes

Population	Relative hazard rate (95 percent confidence interval)
Nonpreeclamptic, term delivery	1
Nonpreeclamptic, preterm delivery	2.95 (2.12 to 4.11)
Preeclamptic, term delivery	1.65 (1.01 to 2.70)
Preeclamptic, preterm delivery	8.12 (4.31 to 15.33)

# Preeclampsia

## Epidemiología

**TABLA 8.** Factores de riesgo para el desarrollo de preeclampsia

### Riesgo alto

- Preeclampsia previa
- Diabetes mellitus
- HTA crónica
- Enfermedad renal crónica
- Enfermedades autoinmunes
- Mola hidatidiforme
- Intervalo prolongado entre gestaciones
- Hidrops fetal
- Grandes altitudes

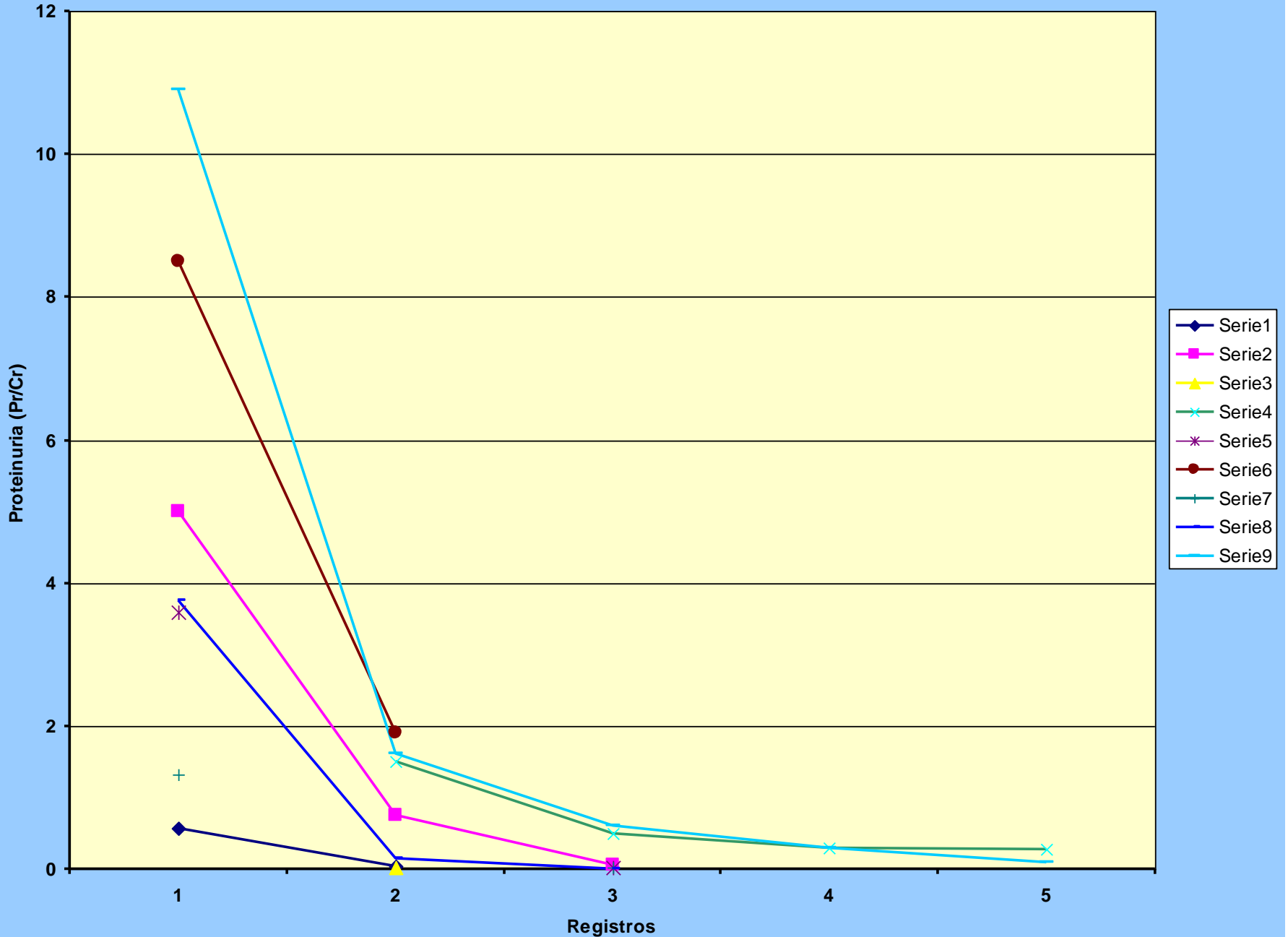
### Riesgo moderado

- Adolescente o edad > 35 años
- Primer embarazo
- Embarazo múltiple
- Historia familiar de HTA inducida por embarazo
- Obesidad
- Trombofilias

## Comparison of Clinical and Laboratory Characteristics of TTP/HUS, HELLP and AFLP

Clinical Feature	HUS/TTP	HELLP	AFLP
Hemolytic anemia	+++	++	+/-
Thrombocytopenia	+++	++	+/-
Coagulopathy	-	+/-	+
CNS symptoms	++	+/-	+/-
Renal failure	+++	+	++
Hypertension	+/-	+++	+/-
Proteinuria	+/-	++	+/-
Elevated AST	+/-	++	+++
Elevated bilirubin	++	+	+++
Anemia	++	+	+/-
Blood ammonia	Normal	Normal	High
Effect of delivery on disease	None	Recovery	Recovery
Management	Plasma exchange	Supportive care, delivery	Supportive care, delivery

### Preeclampsia: evolución de la proteinuria





# Management of Preeclampsia

Clinical Problem	Management
Assess indications for delivery	Always review whether an indication for delivery is present by clinical and laboratory monitoring
Control blood pressure (BP)	Acute treatment if BP $\geq$ 170/110 mmHg Chronic treatment if BP $\geq$ 140/90 mmHg
Eclampsia prophylaxis or treatment	Diazepam 10–20 mg IV to terminate convulsions Magnesium sulfate for persistent neurologic signs (also an indication for delivery): 4 g IV over 20 min, then 1.5 g/h for 48 h
Supportive therapies (sometimes required)	Platelet infusion if count $<$ $20\text{--}40 \times 10^9/l$ Fresh-frozen plasma for microangiopathy or for reduced clotting factors Dialysis for established acute kidney injury
Progressive decline in renal, hepatic, or clotting function or of fetal growth	Delivery



# ANESTESIA

# Tratamiento antiHTA preeclampsia

## HTA NO SEVERA (TAS 140-159 TAD 90-109)

Labetalol de elección

Son seguros metildopa, nifedipino y otros  $\beta$  bloqueante.

CONTRAINDICADOS: Atenolol (asociado CIR). IECA's y ARA-2 (teratogenicidad). Diuréticos (relativamente contraindicados. Reservar para tto de EAP)

## HTA SEVERA O CRISIS HTA (TAS $\geq 160$ TAD $\geq 110$ )

Seguros el Labetalol, nifedipino e hidralazina.

Labetalol y nifedipino son preferibles debido a las menores complicaciones fetales y maternas.

Hidralazina hay una amplia experiencia con su seguridad y eficacia.

# Tratamiento antiHTA preeclampsia

## LABETALOL

**$\alpha$  y  $\beta$  bloqueante.** Pasa a placenta, aunque no produce efecto  $\beta$  en el feto.

Administración intravenosa u oral (fin de la gestación distante).

Bolo 20 mg iv. Perfusión continua 1-2 mg/min aumentando hasta TA deseada.

**Inicio de acción a los 5', efecto máximo a los 10-20'.**

↓ TA, ↓ FC, ↓ RVS

**Sin efectos adversos sobre flujo sanguíneo uteroplacentario ni fetal.**

Puede provocar broncoespasmo y bradicardia.

**Contraindicado en asma, insuficiencia cardíaca y hepática.**

Puede utilizarse para disminuir la respuesta hipertensiva a la intubación.

# Tratamiento antiHTA preeclampsia

## HIDRALAZINA

Vasodilatador de acción directa.

Administración intravenosa.

Dosis 5-10 mg iv repetibles. Perfusión continua 5-20 mg/hora.

**Inicio de acción a los 20'**, efecto máximo a los 60'.

↓ TAM, ↓ RVS, ↑ GC, ↑ FC.

Efectos adversos: taquicardia, cefalea, palpitaciones, temblores, ansiedad, náuseas, vómitos y dolor epigástrico, **pudiendo simular el inicio de eclampsia.**

No es de elección en intubación por su inicio lento y efecto máximo tardíos.

# Tratamiento antiHTA preeclampsia

## $\alpha$ -METILDOPA

**$\alpha$ -2 agonista. Pasa la placenta y se excreta en leche materna.**

Administración oral.

Dosis 500-3000 mg repartidos en 2-4 dosis.

Efecto máximo a los 4-6 h.

↓ TAM, ↓ RVS, ↑ retención Na<sup>+</sup>, ↑ Prolactina.

Efectos adversos: **hipotensión ortostática, bradicardia, interacción con IMAOs.**

# Tratamiento antiHTA preeclampsia

## **NIFEDIPINO**

Bloqueante canales calcio. Vía oral o sublingual.

Efectos adversos: ↑ **cardiotoxicidad del magnesio**. Causa hipotensión y depresión miocárdica graves.

## **NITROPRUSIATO SÓDICO**

Vasodilatador arterial y venoso. ↑ PIC.

**Utilidad limitada a crisis hipertensivas con riesgo vital.**

Efectos adversos: **Toxicidad por cianuro en tto prolongado**, hipotensión, bradicardia paradójica.

## **NITROGLICERINA**

Vasodilatador predominante venoso.

**Elección en pre eclampsia y EAP.**

# Prevención y tratamiento convulsiones en preeclampsia

## SULFATO DE MAGNESIO

Depresor SNC, vasodilatador arterial cerebral. Antihipertensivo, tocolítico y disminuye endotelina-1.

Eficacia demostrada. Más seguro que fenitoína (neumonía) y diazepam.

**Disminuye a más de la mitad el riesgo de desarrollar eclampsia.**  
**Neuroprotector fetal.**

Bolo 4-6 g en 20'. Perfusion 1-2 g/h.

**Mantener hasta 12-24 h tras parto o hasta ausencia de cefalea, alteraciones visuales y dolor epigástrico, TA < 150/100 sin antihipertensivos y diuresis espontánea > 100 ml/h durante al menos 2 horas.**

Control estrecho de FR, ROT, ECG, diuresis y magnesemia.



# Prevención y tratamiento convulsiones en preeclampsia

## SULFATO DE MAGNESIO

Efectos secundarios del magnesio; concentraciones y efectos clínicos.

- Náuseas, cefalea, enrojecimiento, debilidad
- Descenso del tono uterino
- Aumento del bloqueo neuromuscular
- Analgesia ligera
- Toxicidad:

5-7 mg/dl	<i>Rango terapéutico</i>
8-9 mg/dl	<i>Alargamiento intervalo PQ</i>
9-12 mg/dl	<i>Pérdida de reflejos tendinosos</i>
15-20 mg/dl	<i>Depresión respiratoria</i>
25 mg/dl	<i>Paro cardiaco</i>

El tratamiento para la toxicidad de MgSO<sub>4</sub> es gluconato-Ca al 10%, 1g en 10'.

Administración prolongada de MgSO<sub>4</sub> puede provocar **depresión respiratoria e hipotonía neonatales**.

PE leve el MgSO<sub>4</sub> indicado debido a la impredecible evolución a eclampsia (riesgo/beneficio).

# Anestesia/analgesia en preeclampsia

## NEUROAXIAL

De elección. Bloqueo simpático que ↓ TA. Evitamos respuesta vasopresora de laringoscopia y extubación.

Sin evidencia de diferencias entre epidural y subaracnoidea.

Criterios de exclusión:

Plaquetas < 75000-100000.

Clásicos: inestabilidad hemodinámica, ↓ nivel de conciencia.

## GENERAL

Indicado si coagulopatía, EAP o eclampsia.

Aumento del riesgo de vía aérea difícil y respuesta vasopresora a laringoscopia

Labetalol  
Lidocaína  
Opiodes corta duración  
Nitroprusiato