

REPORTE DE CASO

Puerperal eclampsia in the immediate postoperative period of cesarean section: a critical obstetric emergency

Eclampsia puerperal en el posoperatorio inmediato de cesárea: una emergencia obstétrica crítica

Laura Pamela Mamani Manzaneda¹  , Jose Antonio Uzeda Peredo¹  , Jhossmar Cristians Auza-Santivañez²  , Albert Brayam Monasterios Blanco³  , Daniel Ramiro Elías Vallejos-Rejas⁴  , Camila Tassoula Egüez-Pereira⁴  , Carmen Julia Salvatierra-Rocha⁵  , Marlon Carbonell González⁶  

¹Hospital Petrolero de Obrajes - Caja Petrolera de Salud. La Paz, Bolivia.

²Ministerio de Salud y Deportes. Instituto Académico Científico Quispe-Cornejo. La Paz, Bolivia.

³Ministerio de Salud y Deportes. La Paz, Bolivia.

⁴Facultad de Medicina. Universidad Privada del Valle Bolivia. Santa Cruz, Bolivia.

⁵Seguro Social Universitario Santa Cruz. Clínica Foianini. Santa Cruz, Bolivia.

⁶Hospital Clínico Quirúrgico Miguel Enríquez. Unidad de Cuidados Intensivos. La Habana, Cuba.

Citar como: Mamani Manzaneda LP, Uzeda Peredo JA, Auza-Santivañez JC, Monasterios Blanco AB, Vallejos-Rejas DRE, Egüez-Pereira CT, et al. Puerperal eclampsia in the immediate postoperative period of cesarean section: a critical obstetric emergency. South Health and Policy. 2025; 4:342. <https://doi.org/10.56294/shp2025342>

Enviado: 24-01-2025

Revisado: 04-05-2025

Aceptado: 14-08-2025

Publicado: 15-08-2025

Editor: Dr. Telmo Raúl Aveiro-Róbaló 

Autor para la correspondencia: Jhossmar Cristians Auza-Santivañez 

ABSTRACT

Eclampsia is a serious and potentially life-threatening complication of hypertensive disorders of pregnancy, characterized by the onset of new-onset seizures (tonic-clonic, focal, or multifocal) in the absence of other identifiable neurological causes. Most cases of eclampsia manifest postpartum, with the first 48 hours being the highest risk period. Recent literature has documented the emergence of atypical forms of eclampsia, in which seizures can occur in the absence of hypertension or proteinuria. The unpredictable nature of these cases makes timely diagnosis and management difficult. A 29-year-old female patient at approximately 40,6 weeks presented to the emergency department with prodromes of labor. An obstetric ultrasound was performed, and given the diagnosis of risk of loss of fetal well-being, an emergency segmental cesarean section was performed. Approximately four hours after the cesarean section, the patient presented two generalized tonic-clonic seizures. Anticonvulsant treatment was administered, a diagnosis of puerperal eclampsia was established, and her transfer to the Intensive Care Unit (ICU) was coordinated. The therapeutic plan in the ICU included an infusion of phenytoin as an anticonvulsant, antihypertensive management with alpha-methyldopa, hemodynamic support, correction of fluid and electrolyte imbalance, and empirical antibiotic therapy due to suspected urinary tract infection. Her subsequent evolution was favorable, remaining afebrile, hemodynamically stable, and without recurrence of seizures. The unusual presentation of puerperal eclampsia in the immediate postoperative period, in the initial absence of the classic diagnostic criteria of hypertension and proteinuria, is significant and of academic value. This case underscores the importance of maintaining a high level of clinical suspicion for eclampsia in the immediate postpartum period, even without prior criteria for preeclampsia. Early recognition and the timely use of magnesium sulfate are essential to reduce maternal morbidity and mortality.

Keywords: Puerperal Eclampsia; Postpartum Seizures; Atypical Presentation; Hypertensive Disorders of Pregnancy.

RESUMEN

La eclampsia es una complicación grave y potencialmente mortal de los trastornos hipertensivos del embarazo, caracterizada por la aparición de convulsiones de nuevo inicio (tónico-clónicas, focales o multifocales) en ausencia de otras causas neurológicas identificables. La mayor parte de los casos de eclampsia se manifiestan en el postparto, siendo el primer periodo de 48 horas el de más alto riesgo. La literatura reciente ha documentado la emergencia de formas atípicas de eclampsia, en las que las convulsiones pueden ocurrir en ausencia de hipertensión o proteinuria. La naturaleza impredecible de estos casos dificulta el diagnóstico y el manejo oportunos. Paciente femenina de 29 años de aproximadamente 40,6 semanas que acude al servicio de urgencias por presentar pródromos de trabajo de parto, se realizó una ecografía obstétrica y ante el diagnóstico de Riesgo de Pérdida de Bienestar Fetal, se decidió realizar una cesárea segmentaria de emergencia. Aproximadamente cuatro horas después de la cesárea, la paciente presentó dos convulsiones tónico-clónicas generalizadas. Se administró tratamiento anticonvulsivo, se estableció el diagnóstico de Eclampsia Puerperal y se coordinó su traslado a la Unidad de Terapia Intensiva (UTI). El plan terapéutico en la UTI incluyó la infusión de fenitoína como anticonvulsivante, manejo antihipertensivo con alfametildopa, soporte hemodinámico, corrección del desequilibrio hidroelectrolítico y antibioticoterapia empírica ante la sospecha de una infección del tracto urinario. Su evolución posterior fue favorable, manteniéndose afebril, hemodinámicamente estable y sin recurrencia de las convulsiones. La presentación inusual de eclampsia puerperal en el posoperatorio inmediato en ausencia inicial de los criterios diagnósticos clásicos de hipertensión y proteinuria, es de significativo y de valor académico. Este caso subraya la importancia de mantener un alto índice de sospecha clínica de eclampsia en el posparto inmediato, incluso sin criterios previos de preeclampsia. El reconocimiento temprano y el uso oportuno de sulfato de magnesio son fundamentales para reducir la morbilidad materna.

Palabras clave: Eclampsia Puerperal; Convulsiones Postparto; Presentación Atípica; Trastornos Hipertensivos del Embarazo.

INTRODUCCIÓN

La eclampsia es una complicación grave y potencialmente mortal de los trastornos hipertensivos del embarazo, caracterizada por la aparición de convulsiones de nuevo inicio (tónico-clónicas, focales o multifocales) en ausencia de otras causas neurológicas identificables.⁽¹⁾ Afecta aproximadamente al 2-8 % de los embarazos a nivel mundial^(2,3) y se presenta en el 2-3 % de las pacientes con preeclampsia.⁽⁴⁾ Como una de las principales causas de mortalidad materna y perinatal, su diagnóstico oportuno y manejo inmediato, que incluye el control de las convulsiones con sulfato de magnesio y la finalización apropiada del embarazo, son cruciales para mitigar las complicaciones maternas y fetales. La mayor parte de los casos de eclampsia se manifiestan en el postparto, siendo el primer periodo de 48 horas el de más alto riesgo.⁽¹⁾ Clásicamente, la preeclampsia y por extensión, la eclampsia, se han definido por la presencia concomitante de hipertensión y proteinuria significativas. De hecho, la mayoría de las mujeres que desarrollan estas condiciones exhiben dichos signos entre las 20 semanas de gestación y las 48 horas postparto.⁽⁵⁾ Sin embargo, la literatura reciente ha documentado la emergencia de formas atípicas de eclampsia, en las que las convulsiones pueden ocurrir en ausencia de hipertensión o proteinuria.⁽¹⁾ Estas presentaciones atípicas constituyen aproximadamente el 8 % de los casos de eclampsia, y en estudios se ha observado que hasta un 38 % de las convulsiones eclámpicas se producen antes de que se documenten estos signos.^(2,5) La naturaleza impredecible de estos casos dificulta el diagnóstico y el manejo oportunos.⁽⁵⁾ Este reporte de caso de una paciente primigesta, quien desarrolló convulsiones tónico-clónicas generalizadas cuatro horas después de una cesárea, sin antecedentes de hipertensión ni proteinuria evidentes al inicio, aunque posteriormente se identificaron una leve elevación de la presión arterial y ligera proteinuria.

El objetivo es destacar la presentación inusual de eclampsia puerperal en el posoperatorio inmediato en ausencia inicial de los criterios diagnósticos clásicos de hipertensión y proteinuria, lo cual es de significativo valor académico y clínico. Este caso subraya la necesidad de mantener un alto índice de sospecha clínica y considerar el diagnóstico de eclampsia aun en la ausencia de características típicas, dado que el reconocimiento temprano es fundamental para la prevención de morbilidad y mortalidad materna y neonatal.⁽⁶⁾

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 29 años, primigesta, procedente y residente de La Paz, Bolivia, con antecedentes personales patológicos de relevancia, anemia moderada en la infancia, tratada de forma intermitente con sulfato ferroso. En diciembre de 2024, fue diagnosticada con colpitis micótica, para la cual se prescribió tratamiento con clotrimazol vaginal, sin que la paciente lo completara. No refiere alergias, consumo de tabaco,

alcohol y/o drogas. Antecedentes gineco-obstétricos incluyen, menarca a los 15 años con ciclos menstruales regulares (28/4 días), inicio de vida sexual a los 17 años, gravidez 0 (G0), partos 0 (P0), abortos 0 (A0), cesáreas 0 (C0). Su fecha de última menstruación (FUM) fue el 29 de abril de 2024. La edad gestacional calculada al momento de ingreso fue de 40,6 semanas. La paciente negó el uso de métodos anticonceptivos y antecedentes de infecciones de transmisión sexual. Su última citología cérvicouterina data del año 2013, con resultado normal. Realizó 10 controles prenatales de manera adecuada.

Paciente acude al servicio de urgencias por presentar pródomos de trabajo de parto, con cuadro clínico de dolor abdominal tipo contráctil de intensidad progresiva, irradiado a la región lumbar, acompañado de la expulsión de tapón mucoso. Al examen físico de ingreso, se registraron los siguientes signos vitales: presión arterial de 100/70 mmHg, frecuencia cardíaca de 102 latidos por minuto (lpm), frecuencia respiratoria de 20 respiraciones por minuto (rpm), temperatura de 37 °C y saturación de oxígeno del 93 %.

Se realizó una ecografía obstétrica que reportó, embarazo de 37,2 semanas por biometría fetal, con un feto único vivo en presentación cefálica, peso fetal estimado de 3 556 gr y hallazgos patológicos de oligohidramnios severo (Índice de Líquido Amniótico: 2 cm) y un perfil Doppler fetal alterado. Ante el diagnóstico de Riesgo de Pérdida de Bienestar Fetal, se decidió realizar una cesárea segmentaria de emergencia. Durante el procedimiento quirúrgico, se obtuvo un recién nacido vivo de sexo femenino, con un peso de 3 030 gr y una talla de 50 cm, sin complicaciones neonatales inmediatas. El sangrado intraoperatorio estimado fue de 350 ml. Aproximadamente cuatro horas después de la cesárea, mientras se encontraba en la sala de recuperación, la paciente presentó dos convulsiones tónico-clónicas generalizadas, sin relajación de esfínteres. Se administró midazolam endovenoso como manejo inmediato. Con base en el cuadro clínico, se estableció el diagnóstico de Eclampsia Puerperal y se coordinó su traslado a la Unidad de Terapia Intensiva (UTI). A su ingreso a la UTI, la paciente se encontraba con estado neurológico conservado (Escala de Coma de Glasgow 15/15), sin signos de focalización neurológica. Se documentaron cifras tensionales de 135/90 mmHg, con un pico posterior de 145/90 mmHg. Los estudios de laboratorio iniciales mostraron una función renal discretamente alterada (creatinina: 1,1 mg/dL), hiponatremia leve (133 mmol/L), anemia leve (hemoglobina: 9,7 g/dL) y proteinuria en el examen de orina. No se encontraron criterios para síndrome HELLP.

El plan terapéutico en la UTI incluyó la infusión de fenitoína como anticonvulsivante, manejo antihipertensivo con alfametildopa, soporte hemodinámico, corrección del desequilibrio hidroelectrolítico y antibioticoterapia empírica ante la sospecha de una infección del tracto urinario. Además, se transfundieron dos unidades de concentrado de glóbulos rojos y tres unidades de plasma fresco congelado debido a la anemia y una alteración inicial en los parámetros de coagulación. Tras 48 horas de manejo y estabilización en la UTI, la paciente fue transferida a la sala de puerperio. Su evolución posterior fue favorable, manteniéndose afebril, hemodinámicamente estable y sin recurrencia de las convulsiones. Se continuó con tratamiento antihipertensivo oral y se observó una mejoría progresiva en los resultados de laboratorio. Neurológicamente, permaneció vigil, orientada y sin déficits. Finalmente, fue dada de alta con indicación de seguimiento ambulatorio por el servicio de Ginecología y Obstetricia.

DISCUSIÓN

La eclampsia se define clásicamente como la aparición de convulsiones en una mujer con preeclampsia, sin que sean atribuibles a otras causas. Tradicionalmente, la preeclampsia se asocia con hipertensión y proteinuria significativa.^(7,8) Globalmente, la incidencia modelada de preeclampsia y eclampsia es de aproximadamente 4,6 % y 1,4 % de todos los partos, respectivamente, con una amplia variación regional. La eclampsia puede ocurrir antes, durante o después del parto. Cerca de un tercio de las mujeres con eclampsia tienen su primera convulsión después del nacimiento del bebé.^(4,7) El mayor riesgo de aparición de eclampsia se encuentra en la primera semana posparto, siendo la eclampsia posparto temprana la que ocurre dentro de las primeras 48 horas tras el parto, como en el caso presentado. La particularidad nuestro caso radica en la ausencia de los signos clásicos de preeclampsia (hipertensión o proteinuria manifiesta) antes de la aparición de las convulsiones. La literatura ha documentado que la eclampsia puede presentarse sin advertencia previa.⁽¹⁾ En efecto, un porcentaje significativo de mujeres, entre el 20 % y el 38 %, no muestran los signos clásicos de preeclampsia antes del episodio convulsivo.⁽²⁾ Además, se ha observado que el 21 % de las pacientes femeninas con eclampsia tenían presión arterial normal ($\leq 140/90$ mmHg).⁽⁷⁾ Esto desafía la noción de una progresión lineal de la preeclampsia a eclampsia.^(1,2) Nuestro caso, donde la paciente era normotensa en el período prenatal y solo mostró una leve elevación de la presión arterial y proteinuria después de las convulsiones, es un claro ejemplo de esta presentación atípica.^(1,6) En cuanto a la fisiopatología, se ha debatido si los síntomas neurológicos de la eclampsia se deben a vasoespasmo o a hiperperfusión cerebral que causa la formación de edema cerebral. La evidencia actual sugiere que la eclampsia es una forma de síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES), caracterizada por anomalías reversibles en neuroimágenes que son sugestivas de edema cerebral.⁽⁷⁾ La disfunción de las células endoteliales es un elemento central en la patogénesis de la preeclampsia, lo que lleva a vasoespasmo, trasudación de plasma e isquemia, y en casos atípicos, el compromiso de órganos

puede comenzar con el sistema cerebral.⁽²⁾ Las lesiones de PRES afectan principalmente el cerebro posterior, las cortezas occipital y parietal, aunque otras áreas también pueden estar involucradas. La fuga de células interendoteliales, asociada con la preeclampsia, se desarrolla a niveles de presión arterial mucho más bajos de lo que normalmente causaría edema vasogénico, y se acompaña de una pérdida de autorregulación del límite superior del flujo sanguíneo cerebral.^(11,12) Las implicaciones clínicas son significativas. Es crucial mantener un alto índice de sospecha clínica para la eclampsia, incluso en pacientes que no presentan los signos clásicos de preeclampsia durante el embarazo o antes del parto. La necesidad de vigilancia neurológica en el puerperio, especialmente en pacientes sin antecedentes hipertensivos, resulta esencial para una detección precoz.^(13,14) En un contexto poscesárea, es imperativo considerar la eclampsia en el diagnóstico diferencial ante la aparición de convulsiones, ya que el diagnóstico y el tratamiento oportunos, como la administración de sulfato de magnesio, son críticos para prevenir complicaciones maternas y fetales graves.⁽¹⁾ es importante destacar el accionar en base a flujograma de nuestro hospital. (figura1)

ALGORITMO DE MANEJO DE ECLAMPSIA PUERPERAL EN EL POSOPERATORIO DE CESÁREA

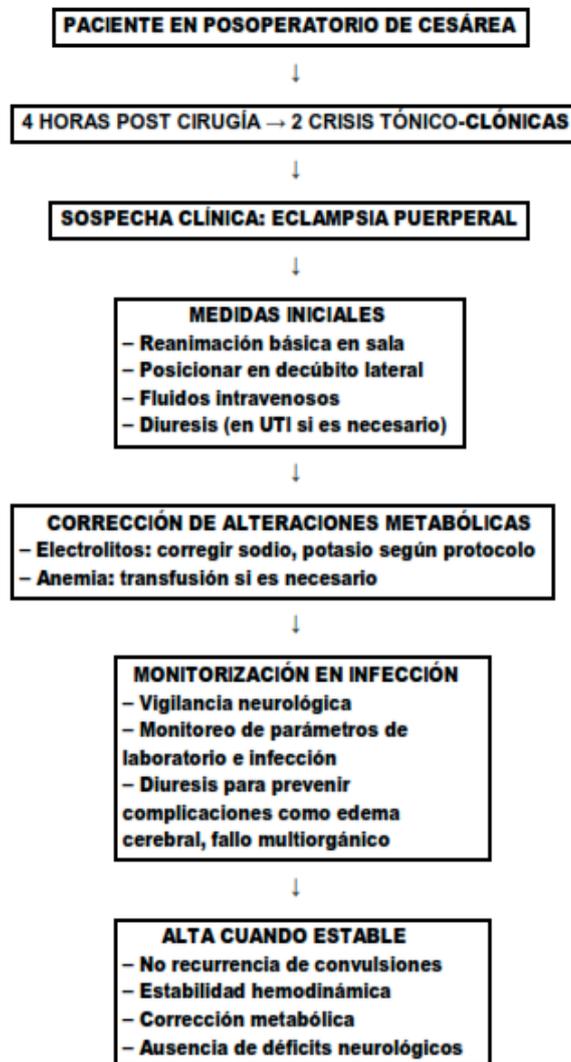


Figura 1. Algoritmo de manejo de eclampsia puerperal en el posoperatorio de cesárea

CONCLUSIONES

El caso clínico describe la aparición de convulsiones tónico-clónicas generalizadas, sin antecedentes de hipertensión ni proteinuria. Esta presentación desafía el perfil clásico de la eclampsia y se alinea con la evidencia actual que indica que hasta un 38 % de los casos pueden presentarse sin diagnóstico previo de hipertensión o proteinuria e incluso con cifras tensionales normales. Este caso subraya la importancia de mantener un alto índice de sospecha clínica de eclampsia en el posparto inmediato, incluso sin criterios previos de preeclampsia. La evaluación de los síntomas clínicos y la monitorización de la presión arterial siguen siendo los métodos

más eficaces para diagnosticar la eclampsia, lo que permite una intervención temprana. Asimismo, se destaca la necesidad de vigilancia neurológica estrecha y la inclusión de eclampsia en el diagnóstico diferencial ante cualquier síntoma neurológico. El tratamiento posterior a la convulsión abarca la monitorización y el abordaje de posibles complicaciones. El reconocimiento temprano y el uso oportuno de sulfato de magnesio son fundamentales para reducir la morbilidad materna.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Magley M, Hinson MR. Eclampsia. [Updated 2024 Oct 6]. En: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov.translate.google/books/NBK554392/?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=tc
2. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. Gestational hypertension and preeclampsia: ACOG Practice Bulletin, number 222. *Obstet Gynecol.* 2020;135(6):e237-60. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0000000000003891>
3. Duley L. The global impact of pre-eclampsia and eclampsia. *Semin Perinatol.* 2009;33(3):130-7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1053/j.semperi.2009.02.010>
4. Pérez Nisperuza MJ, Sarmiento Lombana MV, Gómez Rodríguez RA, Ortega López NP, Ordosgoitia Betín ME, Soto Lara KM, et al. Actualización del manejo de la eclampsia: ¿qué ha cambiado? *Cienc Lat.* 2024;8(3):220-32. Disponible en: http://dx.doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i3.11205
5. Albayrak M, Ozdemir I, Demiraran Y, Dikici S. Atypical preeclampsia and eclampsia: report of four cases and review of the literature. *J Turk Ger Gynecol Assoc.* 2010;11(2):115-7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5152/jtgga.2010.014>
6. Ghadiali T, Nguyen MT, Lee RH, Sasso EB. Atypical eclampsia in a normotensive patient with altered mental status and severely elevated transaminases: case report and review. *Int J Gynaecol Obstet.* 2024;164(2):476-81. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/ijgo.14975>
7. Cipolla MJ. Cerebrovascular function in pregnancy and eclampsia. *Hypertension.* 2007;50(1):14-24. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1161/hypertensionaha.106.079442>
8. Acosta Aguirre Y, Bosch Costafreda C, López Barroso R, Rodríguez Reyes O, Rodríguez Yero D. Preeclampsia y eclampsia en el período gravídico y puerperal en pacientes ingresadas en cuidados intensivos. *Rev Cuba Obstet Ginecol.* 2019;45(1):14-24. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2019000100014&lang=es
9. Abalos E, Cuesta C, Grosso AL, Chou D, Say L. Global and regional estimates of preeclampsia and eclampsia: a systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2013;170(1):1-7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2013.05.005>
10. Diaz V, Long Q, Oladapo OT. Alternative magnesium sulphate regimens for women with pre-eclampsia and eclampsia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2023;10(10):CD007388. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD007388.pub3>
11. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, et al. *Williams Obstetrics.* 26th ed. New York: McGraw-Hill; 2022.
12. Hassan H, Zaarour M. Case of postpartum eclampsia in a patient with isolated proteinuria. *Int J Case Rep Images Obstet Gynecol.* 2019;5:1. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5348/100053z08hh2019cr>
13. Anandan S, Rajendran SS, Kumar JP, Shajee DS. Late postpartum eclampsia with “normal” blood pressure. *J Assoc Physicians India.* 2024;72(10):e37-8. Disponible en: <https://japi.org/article/japi-72-10-e37>
14. Norwitz E. Eclampsia. *UpToDate.* 2025. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/eclampsia>

FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para la aplicación del presente estudio.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: Laura Pamela Mamani Manzaneda, Jhossmar Cristians Auza-Santivañez.

Análisis formal: Jose Antonio Uzeda Peredo, Camila Tassoula Egüez-Pereira.

Investigación: Laura Pamela Mamani Manzaneda, Marlon Carbonell González.

Metodología: Daniel Ramiro Elías Vallejos-Rejas, Jhossmar Cristians Auza-Santivañez.

Administración del proyecto: Marlon Carbonell González.

Supervisión: Albert Brayam Monasterios Blanco.

Visualización: Carmen Julia Salvatierra-Rocha, Camila Tassoula Egüez-Pereira.

Redacción - borrador original: Laura Pamela Mamani Manzaneda, Jose Antonio Uzeda Peredo, Jhossmar Cristians Auza-Santivañez, Albert Brayam Monasterios Blanco, Daniel Ramiro Elías Vallejos-Rejas, Camila Tassoula Egüez-Pereira, Carmen Julia Salvatierra-Rocha, Marlon Carbonell González.

Redacción - revisión y edición: Laura Pamela Mamani Manzaneda, Jose Antonio Uzeda Peredo, Jhossmar Cristians Auza-Santivañez, Albert Brayam Monasterios Blanco, Daniel Ramiro Elías Vallejos-Rejas, Camila Tassoula Egüez-Pereira, Carmen Julia Salvatierra-Rocha, Marlon Carbonell González.