



Universidad del Sureste

Escuela de Medicina

ANALISIS DE LA TOMA DE DECISIONES

Caso clínico

Catedrático: Gutiérrez Gómez Darío Cristiaderit

Alumna: Janeth Araceli Álvarez Gordillo

Grado: 8 semestre Grupo: "A"

Mujer de 34 años, sin hábitos tóxicos, con HTA gestacional en un embarazo hace 4 años complicado por preeclampsia leve en la semana 36, resuelta tras la inducción del parto, la presión arterial se normalizo semanas posteriores al parto y en los años siguientes la paciente no se realizó controles de la misma.

Enfermedad actual: gestante actual de 13 semanas asintomática, remitida a nuestra consulta tras objetivarse en la primera visita de obstetricia una Presión arterial de 145/85 mmHg.

-Exploración física: Buen estado general, PA en primera toma 140/95 y segunda toma (15 minutos después) 135/85 mmHg, FC 85 lpm, Talla 1.62, Peso 85 kg, IMC 32.4 kg/m2.

-Fondo de ojo normal. Resto sin datos de relevancia.

-Pruebas complementarias: Analítica hemoglobina 11.7 g/dl (11-18), hematocrito 37% (42-52), VCM 73fl (82-98), HCM 22 mg (27-33.5), leucocitos y plaquetas, función renal e iones sin alteración, sedimento de orina normal. Relación proteína/creatinina en orina 165 mg/g (20-200), albumina/ creatinina 15 mg/g (1-30), electrocardiograma con ritmo sinusal a 78 latidos, sin alteración del QRS ni del ST.

1) Diagnostico: Hipertensión arterial crónica con antecedentes de preeclampsia y obesidad.

2) ¿Cuál es el criterio por el cual se debería ingresar a la paciente en hospitalización?

Ambulante vigilado

3) La doctora Alondra se encontraba a punto de terminar turno nocturno C, por lo que decide mandar a consulta con su médico tratante sin medicamento e indicaciones. ¿Qué tratamiento e indicaciones le debía dar?

Ácido acetilsalicílico 100 mg/24 h y Labetalol 100 mg/12 h en caso de presentar en domicilio una PA mayor o igual de 140/90 mmHg de forma repetida, y seguimiento estrecho por parte de obstetricia y medicina interna. En la semana 16 de gestación tomar Labetalol 100 mg/ 12 h, consiguiéndose un buen control hasta la semana 32 en que preciso aumento de dosis a 200 mg/12 h

4) Tipo De Heurística cometió la Dra. Pinto.

Heurística por conveniencia

5) En caso de que la paciente muera como podría justificar sus acciones de manera legal para no perder su cedula e ir a la cárcel?

Presión elevada constante y no había daño renal.

La paciente por falta de información menosprecia su enfermedad y acude a su unidad de referencia las 18.5 semanas de embarazo determinadas por la fecha de ultima

menstruación confiable (22/11/2011), con tensión arterial 150/100 mmHg y cefalea con intensidad 8/10, de 5 días de evolución. en el servicio de admisión se encontró con tensión arterial 130/90 mmHg, consiente, bien orientada, con abdomen blando, útero grávido por debajo de la cicatriz umbilical, frecuencia cardiaca de 145 lpm, cuello uterino cerrado, sin perdidas hemáticas, tres horas después la tensión arterial se fue de 160/90 mmHg, hemoglobina de 14 g/dl, 93000 plaquetas por mm³, 129 U/L de transaminasas glutámica oxalacetina, 192 U/L de glutaminasas glutámica purivica, 235 U/L de deshidrogenasa láctica, 0.6 mg/dl de creatinina sérica, 4.5 de ácido úrico, bilirrubina total 0.21 mg/dl, fibrinógeno 862 mg/dl, se estableció que el embarazo era de 18.5 semanas, con hipertensión crónica, preeclampsia sobre agregada y síndrome de HELLP incompleto. Se trató con 500 mg de alfa-metildopa y 50 mg de hidralazina por vía oral.

- 1) **Diagnóstico:** Preclampsia atípica,
- 2) **Al llegar a la clínica quien regaña a la paciente por no tomar su tratamiento y no acudir a consulta, el doctor Cristian revisa las notas y recetas y visualiza que le recetaron Atenolol, que no pudo comprar. ¿Qué medicamento debió tomar para su tratamiento?**

Nifedipino 10 mg/12h por tiempo indefinido tomando la presión arterial por varios días regresando a consulta y si puede tomarla en casa.

- 3) **¿Considera que fue correcto el diagnóstico de dio la Dra. Nancy de HELLP incompleto?**

No, porque faltaba mencionar que la paciente tiene una preeclampsia atípica

- 4) **El hospital en cuestión se encuentra en San Cristobal de las Casas en Chiapas se ha establecido una alerta de Dengue por lo que el Dr. Sugiere que es un caso de Dengue Hemorrágico, ya que, acaba de atender 2 casos de Dengue. Iguales en Chiapas de Corzo, ¿Considera usted que es correcto ¿Por qué? ¿Qué tipo de Heurística es?**

No, porque el dengue ocasiona hipotensión a diferencia de la paciente que presenta una hipertensión y faltan signos clínicos para considerar un diagnóstico de Dengue. Se considera una Heurística de memoria.

- 5) **La Dra. Nancy insiste a pesar de la negativa del paciente, insiste que debe realizarse un aborto y acude para que el director extienda un certificado de incompetencia mental a la paciente sin embargo el Dr. Juan se niega, utilizando 1 de los cuatro principios de la ética médica ¿Qué principio está utilizando el Dr. Juan?**

El principio de la Autonomía

- 6) **A pesar de que el Dr. Juan está de acuerdo con la Dra. Nancy sabe qué principio está por debajo del caso.**

Beneficiencia

La paciente acepto la terminación del embarazo y se realizó la Histerotomía. Se obtuvo un feto masculino de 290 gramos, óbito, con líquido amniótico claro, placenta calcificada. Durante el transoperatorio se transfundió una aféresis plaquetaria. La paciente no acepto ningún método de planificación familiar. Reingreso a cuidados intensivos con tensión arterial de 130/90 mmHg y 61000 plaquetas por mm³, 244 UL/L de transaminasa glutámica

oxalacetica y 284 U/L de transaminasa glutámica pirúvica. La evolución postoperatoria fue satisfactoria. Al siguiente día se reportó con tensión arterial de 120-70 mmhg, 79,000 plaquetas por mm³, 159 U/L de transaminasa glutámica oxalacetica, 150 U/L de transaminasa glutámica pirúvica, 173 U/L de deshidrogenasa láctica y 567 mg/dl de fibrinógeno, salió de terapia intensiva a las 48 horas MUERTA POR CAUSA DE PARO CARDIACO.

1) Cree usted que el o los errores de diagnóstico influyeron en la muerte de la paciente

Si influyo, dado a que no llevo un buen tratamiento al inicio, no obtuvo un diagnóstico preciso, de lo contrario la paciente hubiera evolucionado de otra manera.

2) Las dosis de medicamento se calcularon correctamente según su peso

No, debido a que la paciente tenia sobrepeso y se sabe que la absorción es menor a la normal del medicamento.

3) El diagnóstico en el certificado de defunción fue paro cardíaco el cual no se aceptó y originó la investigación. ¿cómo debían ser los diagnósticos de Certificado?

Hipertensión arterial crónica, obesa, con antecedentes de preeclampsia, complicación preeclampsia atípica.

4) Cual puede haber sido la causa de defunción y como la determinaría si su T/A aparentemente se controló. (pista complicación de Hellp)

Trombosis por la elevación del fibrinógeno debido a que proporciona mayor riesgo de sufrir coagulopatias, alterando los tiempos de coagulación.

5) Que aprendió sobre las decisiones con este caso

lo importante que es realizar la toma de decisiones para tratar a una paciente, así como el tratamiento adecuado de una preeclapsia y que pueden haber pacientes con signos y síntomas distintos en cada caso, asi mismo, las consecuencias que traerían no tener conocimiento adecuado de este tipo de patologías o complicaciones gineco-obstetricas y en general.