



# **UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

## **ESCUELA DE MEDICINA**

**Ana Laura Villatoro Ortiz**

**Análisis de Decisiones en la Clínica**

**Semestre: 8°**

**Grupo: "B"**

**Dr. Darío Cristiaderit Gutiérrez Gómez**

**Comitán de Domínguez, Chiapas**

**a 09 de Marzo de 2021.**

## CASO 1

Mujer de 34 años, sin hábitos tóxicos, con Hipertensión Gestacional en un embarazo, hace 4 años, complicado con Preeclampsia leve en la semana 36, resuelta tras la introducción del parto.

La presión arterial se normalizó en las 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 en una TA de 145/ 90 mmHg.

Exploración Física: Buen estado general, TA primera toma 140/ 95 mmHg y segunda toma 15 minutos después 135/ 85 mmHg. Frecuencia Cardíaca 85 latidos por minuto, Talla 1.62 cm, Peso 85 Kg, IMC 32.4 Kg/ m<sup>2</sup>. Fondo de ojo normal, resto sin datos relevantes.

Pruebas Complementarias: Hemoglobina 11.7 g/dl (11-18) Hematocrito 37% (42-52) VCM 73 f (82-98) HCM 22 pg (27-33.5) leucocitos y plaquetas, función renal e iones sin alteraciones. Sedimento de orina normal. Relación proteína/ creatinina en orina 165 mg/ g (20-200) y albúmina/ creatinina 15 mg/ g (1-30). Electrocardiograma ritmo sinusal a 78 latidos, sin alteraciones del QRS ni ST.

1.- ¿Cuál es el diagnóstico actual y por qué? Hipertensión Crónica, por los signos que presentaba desde hace tiempo.

2.- ¿Cuál es la indicación de hospitalización de esta paciente? Mantenerla bajo observación.

3.- Es conveniente que la paciente acuda a la visita general, la envía a su domicilio, sin explicar datos de alarma y sin medicación antihipertensiva, ¿considera usted correcto su diagnóstico y su proceder? ¿Por qué? No fue lo correcto, ya que el médico tratante sabía el estado de salud de la paciente, convirtiéndolo en negligencia médica.

4.- Datos de alarma y tratamiento. Tinnitus, acúfenos, fosfenos, mareos, cefalea, inflamación de extremidades.

Tratamiento a base de Calcioantagonista (Nifedipino).

5.- ¿Qué tipo de heurística llevo a cabo? Por Conveniencia.

6.- Al ser cuestionada por sus superiores, ¿cómo puede justificar sus acciones? La paciente debía ser valorada por medicina general, para poder ser derivada a ginecología y obstetricia.

## CASO 2

Llega a su unidad de referencia a las 18.5 semanas de embarazo determinadas por la fecha de la última menstruación confiable (21/ 11/ 2011), con Tensión Arterial de 150/ 100 mmHg y cefalea con intensidad 8/10, de 5 días de evolución. En el servicio de admisión se encontró con TA 130/ 90 mmHg, consciente, bien orientada, con abdomen blando, útero grávido por debajo de la cicatriz umbilical, FCF 145 latidos por minuto, cuello uterino cerrado, sin pérdidas hemáticas. Tres horas después la tensión arterial fue de 160/ 90 mmHg, Hemoglobina 14 g/ dl, 93.000 plaquetas por mm<sup>3</sup>, 129 UI/ l de Transaminasas Glutámica Oxalacética, 192 UI/ l Transaminasa Glutámica Pirúvica, 235 UI/ l Deshidrogenasa Láctica, 0.6 mg/ dl Creatinina Sérica, 4.5 mg/ dl Ácido Úrico, Bilirrubina Total 0.21 mg/ dl, Fibrinógeno 862 mg/dl, LABSTIX ++.

Se estableció que el embarazo era de 18.5 semanas, con Hipertensión Crónica, Preeclampsia sobreagregada y Síndrome de HELLP incompleto.

Se trató con 500 mg de Alfametildopa y 50 mg de Hidralazina por vía oral cada 6 horas. Se sugirió la terminación del embarazo pero la paciente no aceptó.

1.- ¿Cree usted que el diagnóstico con que ingresa al hospital es el correcto? ¿Si no, cuál? No, ya que no puede tener Preeclampsia sobreagregada.

2.- Atendida por la doctora quien la regaña por no tomar su medicamento, la paciente responde que le enviaron Labetolol, por lo que no lo pudo comprar. ¿Qué medicamento debió haberle enviado y cómo debería redactar su receta? Nifedipino 10 mg cada 8 horas ininterrumpidamente.

3.- ¿Considera usted correcto el diagnóstico de HELLP incompleto? Justifique su respuesta. Sí.

4.- El hospital en cuestión se encuentra en San Cristóbal de las Casas, Chiapas, y en el estado se ha establecido una alerta epidemiológica de Dengue, por lo que la doctora sugiere que podría ser un caso de Dengue Hemorrágico, ya que acaba de tener 2 casos el fin de semana pasado en la clínica donde trabaja en Chiapa de Corzo. ¿Consideraría usted correcto este diagnóstico? ¿Si no, por qué? No porque San Cristóbal no es una zona endémica de dengue.

- 5.- ¿Qué tipo de heurística cometería la doctora? De memoria y de ancla.
- 6.- La doctora insiste a pesar de la negativa de la paciente en que debe realizarse inmediatamente el aborto y acude con la doctora, jefa del hospital, para que extienda un certificado de Incompetencia Mental, sin embargo la doctora se niega agregando uno de los principios biomédicos. ¿Qué principio bioético está utilizando la doctora? Autonomía.
- 7.- Aunque ambas doctoras están de acuerdo, la doctora alega que debería considerarse otro principio, ¿cuál es este? No maleficiencia.
- 8.- ¿Cree usted que el o los errores diagnósticos influyeron en la muerte de la paciente? Si no, ¿por qué? Si porque el tratamiento pudo haberse establecido acorde al padecimiento patológico.
- 9.- ¿Las dosis de medicamento de la paciente se calcularon correctamente según su peso? No.
- 10.- El diagnóstico en el certificado de defunción fue únicamente "Paro Cardíaco", el cual no se aceptó y originó toda la investigación que llevamos a cabo, ¿cómo debían ser los cuatro diagnósticos del certificado? Hipertensión Crónica, Preeclampsia Atípica, Síndrome de HELLP.
- 11.- ¿Cuál pudo haber sido la causa de defunción y cómo la determinaría si su TA aparentemente se controló (complicación de HELLP)? Coagulación Intravascular Diseminada causando el paro cardíaco.
- 12.- ¿Qué aprendió de lo que le falta aprender de este caso? No podemos actuar solo por los síntomas "aparentes" que el paciente manifiesta, muchas veces son signos compensatorios. Debemos investigar a fondo la causa de la sintomatología del paciente.