



Universidad del Sureste

Escuela de Medicina

Título del trabajo:

Revisión de Caso clínico.

Nombre del alumno: Cristian Jonathan Aguilar Ocampo

Nombre de la asignatura: Análisis de decisiones en la clínica

Semestre y grupo: Octavo semestre grupo A

Nombre del profesor: Dr. Gutiérrez Gómez Darío Cristiaderit.

Lugar y fecha: Comitán de Domínguez Chiapas a 05 de Marzo del 2021.

Mujer de 34 años, sin hábitos tóxicos, con HTA gestacional en un embarazo hace 4 años complicado con preeclampsia leve en la semana 36 resuelta tras la inducción 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 una presión arterial (PA) de 145/90 mmHg.

Exploración física. Buen estado general, PA primera toma. 140/95 mmHg, y segunda toma (15 minutos después de la primera): 135/85 mmHg, frecuencia cardiaca 85 lpm. Talla 1,62 m, peso 65 kg, IMC 32,4 kg/m<sup>2</sup>

Fondo de ojo: normal Resto sin datos relevantes.

Pruebas complementarias: Analítica hemoglobina 11.7 g/dl (11-18), hematocrito 37% (42-52), VCM 73fl (82-98), HCM 22 pg (27.33, 5), leucocitos y plaquetas, función renal e iones sin alteraciones. Sedimento de orina normal. Relación proteína/creatinina orina: 165 mg (20-200) albúmina/creatinina 15 mg/g (1-30). Electrocardiograma: ritmo sinusal a 78 latidos, sin alteraciones del QRS ni del ST.

1. ¿Cuál es el diagnóstico de la paciente? Hipertensión arterial crónica, obesidad con antecedentes de preeclampsia.
2. Criterios por el que se debería ingresar al paciente por hospitalización: Ambulante vigilado.
3. La Dra. Alondra está por terminar su guardia cuando mando con otro médico tratante sin tratamiento ni indicaciones ideales.  
¿Cuáles serían el tratamiento y las indicaciones ideales?  
Labetalol 100mg cd/12hrs y AAS 100mg/24hrs.
4. ¿Qué tipo de heurística cometió la doctora Alondra?  
Heurística de conveniencia.
5. En caso de que la paciente fallezca al día siguiente ¿cómo podrías explicar tus acciones para no ir a la cárcel y perder la cédula?  
No tienen justificación.

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 tensión arterial de 130-90 mmHg, consciente, bien orientada, con abdomen blando, útero grávido por debajo de la cicatriz umbilical, frecuencia cardiaca fetal de 145 latidos por minuto, cuello uterino cerrado, sin pérdidas hemáticas. Tres horas después la tensión arterial fue de 160-90 mmHg, hemoglobina de 14 g/dL, 93,000 plaquetas por mm<sup>3</sup>, 129 UI/L de transaminasas glutámica oxalacética, 192 UI/L de transaminasa glutámica pirúvica, 235 UI/L de deshidrogenasa láctica, 0.6 mg/dL de creatinina sérica, 4.5 mg/dL de ácido úrico, bilirrubina total 0.21 mg/dL, fibrinógeno 862 mg/dL, laboratoriositix++. Se estableció que el embarazo era de 18.5 semanas, con hipertensión crónica, preeclampsia sobre agregada y síndrome HELLP incompleto. Se trató con 500 mg de alfa metildopa y 50 mg de hidralazina por vía oral cada 6 horas. Se sugirió la terminación del embarazo pero la paciente no la aceptó.

1. ¿Cuál es el diagnóstico correcto? Embarazo de 18.5 SDG con Hipertensión arterial crónica con preeclampsia atípica sobre agregada y síndrome de Help incompleto.
2. Al ingresar a urgencias la paciente es recibida por la Dra. Nancy quien la regaña por no tomar su tratamiento y no ir a consulta, el Dr. Cristian Aguilar revisa las notas médicas y recetas y observa que le enviaron Atenolol por lo que no puede comprarlo. ¿Qué medicamento debió haber recetado para su Tx? Nifedipino de 10 mg /Kg/peso.
3. ¿Considera correcto el diagnóstico de la Doctora Nancy de Síndrome de Help incompleto? No porque faltó la palabra atípica en preeclampsia y se omitió la obesidad.
4. El hospital en cuestión se encuentra en San Cristóbal de las casas Chis. Y se ha establecido una alerta de dengue por lo que el Dr. Javier Guillen sugiere que podría ser un caso de dengue hemorrágico ya que acaba de tener dos casos el fin de semana en la clínica que trabaja en Chiapa

de Corzo. ¿Estás de acuerdo de que puede ser dengue? Si porque, no porque.

No, porque no hay hipotensión característico del dengue, las marcas de islas blancas en mar rojo y no es zona endémica de dengue.

¿Qué tipo de heurística cometió? Heurística de memoria.

5. ¿La doctora Nancy insiste a pesar de la negación de la paciente que debe realizarse inmediatamente el aborto y acude al Dr. Juan Gómez para que extienda un certificado de incompetencia mental a la paciente, sin embargo, el Dr. Juan se niega basándose en uno de los 4 principios éticos, ¿qué principio está utilizando el Dr. Juan Gómez? Autonomía.
6. Aunque el Dr. Juan Gómez está de acuerdo con la Doctora Nancy sabe que el principio está por encima del paciente.

Beneficencia o máximo beneficio

Finalmente, la paciente aceptó la terminación del embarazo y se realizó la histerotomía, con anestesia general. Se obtuvo un feto masculino de 290 gramos, óbito, con líquido amniótico claro y placenta calcificada. Durante el transoperatorios se transfundió una aféresis plaquetaria. La paciente no aceptó ningún método de planificación familiar. Reingresó a cuidados intensivos con tensión arterial de 130-90 mmHg y 61,000 plaquetas por mm<sup>3</sup>, 244 UI/L de transaminasa glutámica oxalacética y 284 UI/L de transaminasa glutámico pirúvica. La evolución postoperatoria fue satisfactoria. Al siguiente día se reportó con tensión arterial de 120-70 mmHg, 79,000 plaquetas por mm<sup>3</sup>, 159 UI/L de transaminasa glutámica oxalacética, 150 UI/L de transaminasa glutámica pirúvica, 173 UI/L de deshidrogenasa láctica y 567 mg/dL de fibrinógeno. Salió de terapia intensiva a las 48 horas MUERTA POR CUSA DE PARO CARDIACO.

1. Cree usted que el o los errores de diagnóstico influyeron en la muerte de la paciente: Si, Ya que si se hubiera diagnosticado antes y de manera adecuada la paciente hubiera obtenido un mejor tratamiento, manejo y pronóstico.

2. Las dosis de medicamento se calcularon correctamente según su peso:

No porque más en adelante ya ni se tomó en consideración el peso y hay que recordar que los medicamentos se calculan muchos de ellos en Dosis/kg/peso y estos pierden su actividad a mayor peso y ella tenía obesidad grado I.

3. El diagnóstico en el certificado de defunción fue paro cardíaco el cual no se aceptó y origino la investigación. Como debían ser los diagnósticos del certificado:

Embarazo de 18.5 SDG con Hipertensión arterial crónica con preeclamsia atípica sobre agregada y síndrome de Help incompleto.

4. Cual puede haber sido la causa de defunción y como la determinaría si su TA Aparentemente se controló. (Pista complicación de Help)

Pudo haber sido consecuencia del secuestro plaquetario que ocasiona el Help y la alteración de enzimas hepáticas como la AST, como factores de coagulación formando coagulación intravascular diseminada y provocando de esta manera el IAM por formación de coagulo y el paro cardíaco.

5. Que aprendió sobre las decisiones con este caso:

Aprendí que es muy importante el análisis en la toma de las decisiones clínicas ya que acorde a ello se toman las acciones como lo es el diagnóstico así como el tratamiento a seguir y que hay que considerar las formas atípicas en la cual se presentan algunas enfermedades y de igual forma aprendí que existe una forma de presentación de la preeclamsia que es la atípica y la manera de justificar siempre nuestras acciones en el expediente clínico del paciente y documentar todo así como las guías de práctica clínica que son muy importantes.