



Nombre del trabajo:

Caso clínico Coagulación Intravascular Diseminada(CID)

Nombres de los alumnos:

William de Jesús Sánchez López

Carlos Omar Jacob Velázquez

Grado: 3

Grupo: A

Materia: Fisiopatología II

Docente:

Dr. Gerardo Cancino

Comitán de Domínguez Chis. A 15 de octubre 2022

CASO CLÍNICO

Coagulación Intravascular Diseminada



HISTORIA CLINICA

Paciente femenina obstétrica de 25 años de edad con 19 SDG, acude al hospital por sangrado transvaginal que inicia hace 8 días pero no acude a valoración médica, el día de hoy el sangrado es abundante el cual es tratada inmediatamente ; tras la exploración física la paciente refiere tener dolor abdominal, dolor lumbar, náuseas, vómito y fiebre de 38°C, se realiza ultrasonido en el cual se observa huevo muerto retenido ; se solicitaron estudios de laboratorio (hemograma) el cual se observa presencia de leucocitosis de 14000mm³ y disminución de plaquetas de 15 000 / mm³ .

Horas después tras la hospitalización, la paciente refiere disminución en el volumen urinario, a lo que se solicita prueba de química sanguínea en donde los resultados muestran aumento de creatinina de 2.1 mg/dl, tras los resultados se solicitan pruebas de dímero D y Tiempo de coagulación en donde se observa dímero D elevado y tiempo de coagulación disminuido .

¿CUAL ES EL DX PRESUNTIVO? PMR Pb. Sepsis

¿CUAL ES EL DX ESPECIFICO? Coagulación Intravascular Diseminada (CID)

¿QUE TRATAMIENTO APLICARIAS? Anticoagulantes (Heparina), transfusión de plaquetas y factores de coagulación

¿POR QUÉ EL DX PRESUNTIVO?

1. Debido a que es una paciente obstétrica con sangrado transvaginal de hace ocho días sin valoración médica y tras los síntomas de dolor abdominal, dolor lumbar, náuseas, vómito y fiebre de 38°C inmediatamente creamos que se trata de un aborto por probable sepsis frente a una infección, por tal manera que corroboramos esto mediante un ultrasonido el cual confirma HMR, de tal manera que se solicita hemograma para diagnosticar la probable sepsis.
2. En el hemograma se observa presencia de leucocitosis de 14000mm^3 y disminución de plaquetas de $15\,000 / \text{mm}^3$ lo que pudo ser ocasionado por alguna infección y provocar el HMR

¿POR QUÉ EL DX ES ESPECÍFICO ?

1. En el caso clínico se menciona que horas después tras la hospitalización, la paciente refiere disminución en el volumen urinario, a lo que se le solicita una química sanguínea en donde se encuentra aumento de creatinina de 2.1 mg/dl y por lo tanto se sabe que el aumento de creatinina nos indica una probable enfermedad renal y por tanto para llegar al diagnóstico específico, se solicitan pruebas de dímero D y Tiempo de coagulación en donde se observa dímero D elevado y tiempo de coagulación disminuido por lo tanto con esto sabemos que no hay una coagulación correcta dentro de los vasos sanguíneos lo que ocasiono la hemorragia y como consecuencia el HMR y por tanto nuestro diagnóstico se enfoca únicamente en Coagulación Intravascular Diseminada (CID)