



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE
CAMPUS COMITÁN**



LICENCIATURA EN MEDICINA HUMANA

TEMA: CASO CLINICO

ALUMNOS:

MARTÍN MAR CALDERÓN

JEFERSON ENRIQUE OGALDES NORIO

GRADO: 3

GRUPO: "C"

 UDS Mi Universidad

 @UDS_universidad

www.uds.mx

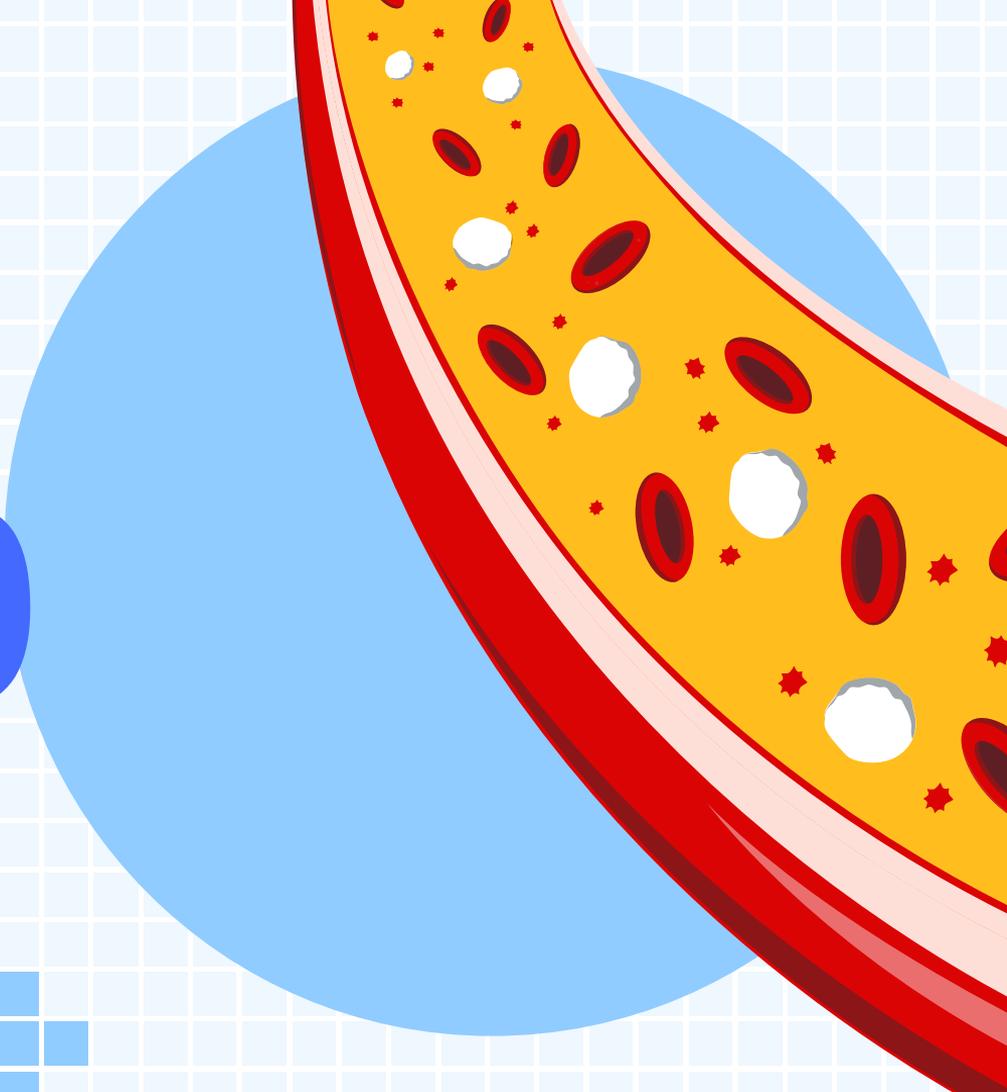
Comitán de Domínguez, Chiapas a 15 de octubre de 2022.

Mi Universidad

CASO CLINICO

Martín Mar Calderón

Jeferson Enrique Ógaldes Norio



CASO CLÍNICO

Px femenino de 36 años de edad quien acude a la sala de urgencias del hospital materno infantil, por presentar manchas de secreción y sangrado vaginal, la px refiere estar embarazada con 22 SDG siendo G-1, P-0, C-0, A-0. Refiere ser diabética con 6 años de evolución e HAS con 2 años de evolución en TX. Menciona haber tenido una caída hace 2 días y no acudió a consulta porque no presentó dolor, y que ya no siente los movimientos del feto.

A la exploración física encontramos

FC: 110 LxM

FR: 22 RxM

TA: 130/90 mm/Hg

SatO₂: 89%

Temp: 38.3° C

Glucosa: 150 mg/dl

Cianosis en extremidades superiores distal, disnea, edema y dolor en extremidades inferiores

Al tener estos síntomas sospechamos de una muerte fetal, por lo que a la exploración con el Doppler, hay ausencia de los laditos cardiacos fetales.

¿Cuáles son los posibles diagnósticos?

¿Qué estudio pedirías para confirmar el DX?

¿Cuál sería el TX?

CASO CLÍNICO

Px femenino de 36 años de edad quien acude a la sala de urgencias del hospital materno infantil, por presentar manchas de secreción y sangrado vaginal, la px refiere estar embarazada con 22 SDG siendo G-1, P-0, C-0, A-0. Refiere ser diabética con 6 años de evolución e HAS con 2 años de evolución en TX. Menciona haber tenido una caída hace 2 días y no acudió a consulta porque no presentó dolor, y que ya no siente los movimientos del feto.

A la exploración física encontramos

FC: 110 LxM

FR: 22 RxM

TA: 130/90 mm/Hg

SatO2: 89%

Temp: 38.3° C

Glucosa: 150 mg/dl

Cianosis en extremidades superiores distal, disnea, edema y dolor en extremidades inferiores

Al tener estos síntomas sospechamos de una muertes fetal, por lo que a la exploración con el Doppler, hay ausencia de los laditos cardiacos fetales.

¿Cuáles son los posibles diagnósticos?

- **Huevo muerto retenido**

- **CID por huevo muerto retenido**

¿Qué estudio pedirías para confirmar el DX?

Ecografía fetal, Prueba de fibrinógeno, Prueba del tiempo de protrombina (TP), Prueba del tiempo de tromboplastina parcial activado (TTPa)

¿Cuál sería el TX?

Retirar el huevo muerto retenido (Legrado)

CONTINUACIÓN DE CASO CLÍNICO

A las 2 hrs. Posquirúrgico, la px presentó inestabilidad hemodinámica, y había presencia de palidez moco cutánea y hemorragia trasvaginal abundante, además de presentar petequias y equimosis, por lo que se solicitó un hemograma

¿Qué esperas encontrar en el Hemograma?

¿Cuál sería el DX?

¿Cuál sería el TX?

¿Qué esperas encontrar en el Hemograma?

Hemoglobina baja, HTO disminuido, plaquetas disminuidas, leucocitos bajos

¿Cuál sería el DX?

CID aguda por complicación obstétrica

¿Cuál sería el TX?

transfusión de plasma para reponer plaquetas y factores de la coagulación

EXPLICACIÓN



En el presente caso clínico se presenta un claro ejemplo, del Síndrome conocido como CID, recordemos que este va a ser un Trastorno trombo-hemorrágico, el cual NO SERA PRIMARIO, por lo que entonces debemos de prestar mucha atención a cada dato que se proporciona en el caso clínico ya que estos nos ayudaran a poder desarrollar nuestro ojo clínico y poder llegar al dx correcto.

Para llegar al Dx correcto debemos de tomar en cuenta que el 50% de las CID son por complicaciones obstétricas, como segundo dato la px presento una caída aunque no presento dolor, ella dice no sentir los movimientos de su producto, este es otro dato que nos ayuda para ir por el camino correcto, el siguiente dato a observar son sus signos vitales y su exploración física pues son signos claros de infección por la misma complicación obstétrica, el siguiente dato son los signos que presentan en sus extremidades, que nos hace pensar en una generación de trombos.

Una vez que tomemos en cuenta todos estos datos, podemos realizar nuestro posible diagnostico, que seria CID asociada a Huevo muerto retenido, puesto que con los estudios que realizamos como lo son la ecografía fetal para confirmar al 100% la muerte del producto y así realizar los otros estudios para checar como están sus tiempos de coagulación.

EXPLICACIÓN



Una vez, corroborado nuestro diagnóstico el tratamiento para un Síndrome de CID es TRATAR LA PATOLOGÍA PRIMARIA en este caso sería el huevo muerto retenido con un legrado.



En este mismo caso, 2 hrs después del legrado la px presenta signos de hemorragia, ¿Y esto porque? Si nos damos cuenta en el tratamiento no aplicamos lo que son los anticoagulantes lo que generó que se presentara una hemorragia posquirúrgica, llegando al punto de que nuestra px presentara una inestabilidad hemodinámica, entonces en este caso la px pasó de tener una CID aguda a una CID crónica recordando que la CID aguda son eventos hemorrágicos ¿Entonces porque no le damos anticoagulantes en este momento? No porque eso debió de haber sido antes, ahora en este momento lo que nuestra px tiene son deficiencias en los factores de coagulación y disminución de plaquetas debido a la hemorragia por lo que otra afección que presenta es una trombocitopenia. Por lo que el Tx más viable es reponer lo que falta mediante una transfusión de plasma.

