



Universidad del sureste universidad  
Campus Comitán  
Licenciatura en medicina humana

**Materia:**  
Urgencias

**Nombre del trabajo**  
Caso clínico

**Alumno:**  
Óscar Manuel Moreno Maza

**Grupo**  
A

**Grado**  
8

**Docente:**  
Dr. Jesús Alejandro Morales Pérez

Comitán de Domínguez a 26 de mayo del 2025

**NOMBRE:** Sofía Guillén López    **Edad:** 21 años    **Peso:** 69kg

Se trata de paciente femenina, con embarazo actual, quien acude a tu unidad refiriendo **dolor de cabeza de hace 3 días**, el cual no se le quita, refiere haberse automedicado con paracetamol (500mg C/8hrs) sin obtener mejoría. Por lo que decide acudir a valoración.

Al momento, refiere continuar con dolor de cabeza, se agrega **zumbido en los oídos hace 30min**, acompañados de **visión borrosa**. Decides valorar signos vitales los cuales te reportan: **TA: 162/96 mmHg**, FC 86lpm, FR 18rpm, T°: 36.8 °C, SpO2 96%,

Dentro de los antecedentes ginecológicos de importancia reporta: G2 C1(hace año y medio) A0 P 0, FUR 13 de septiembre del 2024, sin control prenatal, refiere cesárea anterior fue por presencia de circular de cordón, no refiere otras alteraciones en su embarazo previo, sin embargo, refiere no llevo control. Niega ingesta de ácido fólico y vitaminas.

***Explicación física de importancia se reporta:***

Cráneo cefálico sin alteraciones, cardiorrespiratorio sin alteraciones, abdomen globoso a expensas de útero gestante, con fondo uterino de 27 cm, PUVI (producto único vivo) en situación longitudinal, cefálico, dorso a la derecha, no encajado, con FCF de 148lpm medido con Doppler fetal portátil, genitales adecuados para edad y sexo, al tacto vaginal se palpa cuello uterino posterior, cerrado, sin presencia de flujo ni líquido amniótico. Miembros superiores sin alteraciones, miembros inferiores **con presencia de edema ++, godet +**. Resto sin alteraciones.

Solicita estudios de laboratorio los cuales reportan: **GPO Y RH O+**, **BH:** eritrocitos 3.1, hb 10, hto 33, leucos 9mil, diferencial sin alteraciones, **plaquetas 96mil**, **QS:** glucosa 99, urea 40, **creatinina 2.3**, **PFH:** BILIRRUBINAS sin alteraciones, **ast 80**, **alt 100**, proteínas totales 8, albumina 4, **EGO:** Amarillo ámbar, pH 7, **glucosa**, eritrocitos, leucocitos negativos. **Proteínas en tira reactiva (++ 100 a 300 mg/dL)**, **VIH Y VDRL** No reactivo.

**USG actual reporta:** embarazo de 35.6 sdg, peso de 2400grs, PUVI longitudinal, dorso a la izquierda, cefálico, FCF 139lpm, placenta grado II según escala de GRANNUM, Índice de líquido amniótico (ILA) de 12 por Phelan. Sin circular de cuello al momento.

**Con lo anterior responde lo siguiente:**

1. ¿Cuántas semanas de gestación tiene la paciente?

R: 35, 6 SDG por USG previo

2. ¿Cuál es el diagnóstico en este paciente? Justifica tu respuesta.

R: PRE-ECLAMPSIA + SINDROME DE HELLP, debido a que tenemos una plquetopenia, en los estudios de lab en la BH nos marca una alteración a nivel de los glóbulos rojos, en la QS tenemos creatinina, y en la PFH tenemos el AST Y ALT elevados, y aparte los síntomas clínicos de daño a órgano

Menciona todos los criterios de severidad que obtuvo la paciente.

1. TA: >160/90
  2. Presencia de compromiso a órgano blanco: cefalea, tinitus y visión borrosa.
  3. Trombocitopenia (96 mil)
  4. AST: 80 ALT:100
3. Menciona los Anti hipertensión y dosis para preeclampsia

1. Alfametildopa. Dosis: 250-500 mg Vo c/8h
2. Labetalol Dosis:100-400 mg Vo c/24h (No hay México)
3. Nifedipino Dosis: 20-60mg Vo c/24h
4. Hidralazina Dosis: 25-50mg Vo c/6h

4. En esta paciente, cómo indicamos el manejo anti hipertensivo? Y en caso de no mejorar como escalonas el tratamiento?

Primero iniciaremos con el nifedipino, el cual su dosis inicial es de 10mg/dosis/Vo, la cual tendremos que monitorizar 3 veces cada 15min.

Si no mejora en esos 45min: daremos la segunda dosis de 10mg/Vo, la cual monitorizamos 3 veces con intervalos de 15 minutos.

Si llegando los 90 min aun no hay mejoría: damos la ultima dosis de nifedipino la cual es de 10 mg/Vo, y monitorizamos la TA.

Si la paciente no cede su TA, pasaremos al siguiente esquema el cual es Iv con la Hidralazina. La cual se diluye una ampula en 20ml de solución.

La primera dosis se inicia de 5mg o 5ml, con una monitorización de la TA cada 10 min 2 veces.

Si no mejora, damos una segunda dosis de 5ml o 5mg,, monitorizamos la TA cada 10 min 2 veces.

Si aun no mejora pasado los 40 min posterior a la primera administración de hidralazina, aplicaremos la tercera dosis la cual es de 5mg o 5ml.

Si no mejora con los bolos, daremos una infusion la cual estará diluida en 500ml de sol al 0.9% donde quitaremos 10 ml y diluiremos entre las 4 ampulas de hidralazina (80mg), para pasar la infusion a 30ml/h (igual 5mg/h), y valoramos cada 30 min.

Si posterior a 1 hora no mejora podemos subirle 10ml de infusion y si no mejora pasando las horas le podemos subir hasta un máximo de 90ml/h.

Si hasta este punto aun no ha mejorado tenemos que hacer la resolución del embarazo, sin antes mencionar el uso de maduradores pulmonares o del sulfato de magnesio.

Menciona indicaciones para iniciar terapia con sulfato de magnesio.

Presencia de convulsiones

Presencia de preeclampsia grave

Hipertension grave persistente

5. Menciona las dosis para iniciar terapia con sulfato de magnesio (tanto actual como la GPC).

GPC: Dosis inicial: de 4gr Iv, glucosada al 5% en 5 min seguido de infusion de 1-2 g/h y mantener por 24h.

Impregnación: 4gr diluidos en 250 mL de glucosada al 5% en 20 min.

Mantenimiento: 1-2 gr/h en 900ml msol. Glucosada al 5% + 10 ampulas 1g /100-200ml/h)

6. Tratamiento definitivo para esta paciente, justifica tu respuesta.

Inducir el embarazo, debido a que las complicaciones que esto puede llevar son mayores lo que queremos es tratar de tener las menores complicaciones posibles esto tanto para la madre como para el feto debido que es un riesgo a desarrollar por ejemplo una eclampsia o alguna patología del recién nacido.

**RIESGO DE UNA MUERTE MATERNO-FETAL**