



Universidad Del Sureste

Campus Comitán

Licenciatura en Medicina Humana



“Caso clínico”

Alumna:

Anzueto Aguilar Mónica Monserrat.

Grupo: A

Grado: 8°

Materia:

“Urgencias Médicas”

Docente:

Dr. Jesús Alejandro Morales Pérez

Comitán de Domínguez, Chiapas a 26 de mayo de 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 30 min, acompañados de visión borrosa**. Decides valorar signos vitales los cuales te reportan: **TA: 162/96 mmHg**, FC 86 lpm, 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.

Solicitas 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** (++) , **VIH Y VDRL** No reactivo.

USG actual reporta: embarazo de 35.6 sdg, peso de 2400grs, PUVI longitudinal, dorso a la izquierda, cefálico, FCF 139 lpm, 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?

Según el calculo de la edad gestacional utilizando la FUM: 36.4 SDG

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

Preeclampsia con datos de severidad con riesgo de complicación a síndrome de HELLP

Primero por las cifras tensionales que trae la paciente sabemos que está en un estado hipertensivo del embarazo, que si bien la cifra diastólica es <100 mmHg, la cifra sistólica se encuentra elevada y cuenta con otros criterios de severidad, tanto maternos como alteraciones bioquímicas, no solo es hipertensión gestacional ya que se reportan 2+ (100-300 mg/dl) en la tira reactiva del análisis de orina o sea

proteinuria. Puede llegar a la complicación de síndrome de HELLP, ya que los eritrocitos disminuidos pueden ser indicadores de hemólisis, aumento de las enzimas hepáticas y plaquetas <100,000 mil.

3. Menciona todos los criterios de severidad que obtuvo la paciente.

- | | |
|-------------------------|---------------------|
| - TAS: 162 mmHg | - ASL: 80 U/L |
| - Cefalea persistente | - ALT: 100 U/L |
| - Alteraciones visuales | - Plaquetas: 96 mil |
| - Acúfenos | - Proteinuria |
| - Creatinina: 2.3 mg/dl | |

4. Menciona los Anti hipertensión y dosis para preeclampsia

- Labetalol (POCO DISPONIBLE): 20 mg en bolo, hasta 40 mg cada 10-15 minutos. O infusión 1-2 mg/minuto. Dosis máxima 220 mg
- Nifedipino: 10 mg VO cada 10-15 minutos. Hasta 50 mg
- Hidralazina: 5-10 mg bolo cada 20 minutos. O infusión a 0.5-10 mg por hora Hasta 30 mh

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

Iniciar con NIFEDIPINO 10 mg/dosis VO

- Medir la TA cada 15 min 3 veces
- Si no hay respuesta, administrar de nuevo 10 mg/ dosis VO (ya habrán transcurrido 45 minutos)
- Medir la TA cada 15 min 3 veces
- Si no hay mejoría, administrar por última vez 10 mg/dosis VO (ya habrán transcurrido 90 minutos)
- SI NO HAY MEJORÍA:

Iniciar con HIDRALAZINA IV

- Administrar 5mg (5 ml)
- Medir la TA 2 veces cada 10 minutos
- Si NO hay mejoría: Administrar nuevamente 5 mg (5ml) (ya habrán transcurrido 20 minutos)
- Medir la TA 2 veces cada 10 minutos
- Si no hay mejoría administrar por última vez 5mg (5ml) (ya habrán transcurrido 40 minutos)

Si NO hay mejoría: HIDRALAZINA EN INFUSIÓN:

- De una solución salina de 500 ml al 0.9% extraer 10 ml diluir 80 mg de hidralazina (4 ámpulas), después añadir el restante de los 500 ml. DOSIS: 30 ml/hora y valorar cada 30 minutos
- Si NO hay respuesta:
 - Aumentar 10 ml/hora (Máximo 90ml/hora)

6. Menciona indicaciones para iniciar terapia con sulfato de magnesio.

- Tratamiento y prevención de las convulsiones y su recurrencia
 - Mantener al menos 24 hrs después de la última convulsión
- Parte del tratamiento inicial de la paciente con eclampsia
- Protocolo Mississippi en el manejo del síndrome de HELLP
- Mujeres en el embarazo, parto, cesárea y posparto con preeclampsia con tados de severidad
 - Mantener las primeras 24 hrs como prevención de eclampsia

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

- Impregnación: 4 gr IV DU (4 gr diluidos en 250 ml de solución glucosa al 5% para 20 minutos)
- Mantenimiento: 1-2 gr IV/hr (900 ml de solución glucosa al 5% + 10 ámpulas de MgSO₄ para administrar 100-200 ml/h en infusión continua)

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

Según la GPC:

- La interrupción del embarazo es el tratamiento definitivo para la preeclampsia y de acuerdo a condiciones obstétricas valorar la vía de resolución
 - Usualmente se buscan las indicaciones para la resolución del embarazo vía abdominal y es la forma utilizada, como la hipertensión severa, deterioro de las plaquetas, datos de hemólisis, deterioro de la función hepática y renal, además de los síntomas neurológicos

Además, la paciente aún no se complica a síndrome de HELLP sin embargo la GPC igual menciona:

- La única resolución para el síndrome de HELLP es la interrupción del embarazo