



*Gómez Méndez Francisco Miguel*

*Caso Clínico .*

*Primer parcial 3 y 4.*

*Urgencias medicas .*

*Dr. Morales Perez Jesus Alejandro*

**8ºA**

*Comitán de Domínguez a 25 de mayo del 2025.*

**Desarrollo de la actividad:**

### **CASO CLÍNICO III**

**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.

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 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?

Por FUR – 37.4 sdg

USG – 35.6 sdg

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

Preclamsia Con Datos de severidad - con riesgo alto evolución a Síndrome de Hellp.

La paciente cuenta con cifras tensionales de 162 / 96 mmhg con evolución de 3 días , al igual se acompaña de cefalea intensa persistente , acufenos , fosfenos con duración de 30 minutos aproximadamente de duración .

Al igual refiere presencia de edema de miembros inferiores.

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

1. Cefalea
2. Acufenos
3. Fosfenos
4. Edema de miembros inferiores .

**4. Menciona los Anti hipertensión y dosis para preeclampsia**

**Medicamentos Antihipertensivos.**

- A. Alfametildopa 250 – 500 mg via oral cada 8 hrs.
- B. Labetalol 100- 140 mg via oral.
- C. Nifedipino 20 - 60 mg via oral cada 24 hrs
- D. Hidralazina 25 – 50 mg via oral cada 6 hrs.

**Tratamiento en Preeclampsia .**

- A. Labetalol 20 mg bolo / Dosis máxima 40 mg cada 10 a 15 min.
- B. Nifedipino 10 mg cada 10 a 15 minutos / Dosis máxima de 50 mg.
- C. Hidralazina 5 - 10 mg bolos o infusión de 0.5 - 10 mg por hora .

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

Iniciar tratamiento para preeclampsia.

- A. Nifedipino 10 mg / Dosis / VO

Después de la primera toma monitoreo de TA cada 15 minutos.

- B. Si en dado caso la TA no baja (dar segunda dosis a los 45 min) Dosis de 10 mg / VO.
- C. Si a los 90 minutos la TA no sede dar ultima dosis de 10 mg / VO.

**En dado caso que la TA siga en cifras elevadas iniciar tratamiento con fármaco de segunda línea ( Hidralazina )**

- A. 1ra Dosis 5 mg Bolo o 5 ml infusión.  
Medición de la TA cada 10 minutos y reportar eventualidades ( 2 veces )
- B. Si la TA los 20 minutos no disminuye dar 2da dosis ( 5 mg o 5ml)
- C. Si la TA no sede a los 40 minutos dar ultima dosis de (5 mg / 5ml)

En caso de dar infusión de hidralazina se dará en **5 ml** diluidos en solución.

- 6. Menciona indicaciones para iniciar terapia con sulfato de magnesio.
  - A. Pacientes que no tiene una dismunsion de la TA
  - B. Pacientes con Preeclampsia con datos se severidad.
  - C. Ayuda como prevención a la evolución de la Eclampsia.

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

<b>GPC -</b>		<p>El esquema recomendado de sulfato de magnesio en preeclampsia severa es el propuesto por el <i>Collaborative Eclampsia Trial</i>: Dosis inicial de 4 g IV en 5 min seguido de infusión de 1 g/ hora y mantener por 24 horas. La recurrencia de convulsión puede ser tratada con una nueva dosis de 2 a 4 g en 5 min IV.</p>	<p><b>I</b> <b>CTFPHC</b> Magee L, 2014</p>
--------------	---	--	---

### **ESQUEMA ZUSPAN Modificado : MgSO4**

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

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

Cesaría – La paciente presenta datos de una preeclampsia con datos de severidad con Probable evolución a sx de help.

Los cuales tomando indicaciones como; Hipertensión Severa, Alteración de la función hepática , síntomas neurológicos y hemolisis .

Son datos relevantes que forman parte del criterio para la resolución del embarazo via abdominal.

## ¿CESÁREA?

CUADRO 16. INDICACIONES DE RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO VIA ABDOMINAL EN MUJERES CON PREECLAMPSIA.	
CAUSAS MATERNAS	CAUSAS FETALES
<ul style="list-style-type: none"><li>• Hipertensión severa</li><li>• Deterioro en la cuenta plaquetaria.</li><li>• Hemolisis</li><li>• Deterioro de la función hepática</li><li>• Deterioro de la función renal</li><li>• Síntomas neurológicos persistentes</li><li>• Datos premonitorios de eclampsia</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta</li><li>• Restricción del crecimiento intrauterino severo.</li><li>• Estado fetal no confiable</li></ul>

Tomado de : MAGEE L, L, Clinical Practice Guideline Diagnosis, Evaluation and Management of the Hypertensive Disorders of Pregnancy, 2014