

Universidad del sureste
Campus Comitán
Medicina Humana

Paola Hilerio González

Urgencia medicas

Caso clínico (Preeclamsia)

Dr. Jesus Alejandro Morales Perez

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 (++), 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?

SEGÚN EL REPORTE DE LA USG ACTUAL TIENE 35.6 SDG

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

PREECLAMPSIA CON CRITERIOS DE SEVERIDAD

Por definición sabemos que **la preeclampsia severa o preeclampsia con criterios de severidad**: Es la preeclampsia con uno o más de los siguientes criterios: **Síntomas maternos**: cefalea persistente o *de novo*; alteraciones visuales ó cerebrales; epigastralgia o dolor en hipocondrio derecho; dolor torácico o disnea, signos de disfunción orgánica, y en caso de hipertensión severa (sistólica ≥ 160 y/o diastólica ≥ 110 mm Hg); edema agudo pulmonar o sospecha de desprendimiento placentario. **LOS CUALES NO SE ENCUENTRAN ALTERACIÓN**

EN EL CASO DE Alteraciones de laboratorio: Elevación de creatinina sérica (> 1.1 mg/dL), incremento de AST o ALT (> 70 IU/L) o deshidrogenasa láctica; disminución de plaquetas $< 100,000/ \text{mm}^3$.

NOSOTROS ENCONTRAMOS **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.

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

- TA $\geq 160/110$ mmHg (162/96 mmHg)
- Cefalea persistente y síntomas neurológicos (visión borrosa, zumbido)
- Plaquetas 96,000 plaquetas
- Elevación de enzimas hepáticas (AST 80, ALT 100)
- Creatinina elevada (2.3 mg/dL)
- Edema importante en miembros inferiores (edema ++ godet +)
- Proteinuria significativa (++)

4. Menciona los Anti hipertensión y dosis para preeclampsia

SIN DATOS DE SEVERIDAD:

Cuando se considere el uso de terapia antihipertensiva oral, los fármacos recomendados:

- Metildopa 250-500 MG VO C/8HRS – DOSIS MAXIMA 2 GR AL DIA
- Labetalol (si se encuentra disponible) 100-400 MG VÍA ORAL – DM 1,200 MG/DIA
- Hidralazina 25-50 MG VO C/6HRS- DM 200 MG/DÍA
- Antagonistas del calcio (nifedipino) 20-60 MG VO LIBERACION PROLONGADA C/24 HRS
- Bloqueadores beta (metoprolol o propranolol)

CON DATOS DE SEVERIDAD:

La meta terapéutica en la preeclampsia con datos de severidad consiste en mantener la tensión arterial sistólica entre 155 a 130 mm Hg y la diastolica entre 105 a 80 mm Hg.

- Labetalol 20 mg en bolo asta 40 mg cada 10 -15 min o en infusión 1 – 2 mg/min- DOSIS MAXIMA 220 MG
- NIFEDIPINO: 10 MG VO 10-15 min – DM 50 mg
- Hidralazina 5-10 mg en bolos o infusion a 0.5 – 10 mg por hora, DM 30 mg

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

Nifedipino:

- 1ra dosis de 10 mg/dosis/ vía oral, en el cual cada 15 minutos se estará tomando la TA en 3 ocasiones. A los 15 minutos se tomara la TA en caso de seguir igual la TA. Se le dara la segunda dosis
- 2dosis 10mg/ vo, a los 45 min se vuelve hacer lo mismo a los 15 minutos tomar la TA, sigue igual la TA.
- 3ra dosis a los 90 min se pasara 10 mg/ vo. ¿Sigue igual la TA? Iniciar IV- Hidralazina

Hidralazina

- 1ra dosis 5mg/5ml a los 90 min verificar TA cada 10 min 2 veces
- 2da dosis a los 20 min se pasara 5mg/ml, verificar la TA c/10min 2 veces
- 3dosis 5mg/5ml a los 40 min
- 4ta dosis bolo a la SAF 0.9% se tomara 500ml/cc , 80 mg de hidralazina (4 ampulas de 1ml)
- Dosis de infusion 3ml por 1hora valorar cada 30 min, ¿sin respuesta? Aumentar 10 ml por hora, hasta los 90 ml por hora.

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

El esquema recomendado de sulfato de magnesio en preeclampsia severa es el propuesto por el *Collaborative Eclampsia Trial*:

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 4g en 5min IV.

- Preeclampsia severa con signos de riesgo de eclampsia,
- Síntomas neurológicos (cefalea severa, visión borrosa, zumbido).
- Elevación significativa de TA $\geq 160/110$ mmHg.
- Plaquetas bajas y alteración hepática.
- Edema y proteinuria significativa.

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

El esquema de Zuspan (4 gramos de sulfato de magnesio intravenoso para 30 minutos seguido de 1 gramo por hora) en mujeres con embarazo y preeclampsia con datos de severidad, evita la progresión a eclampsia en 1 de cada 50 pacientes y en mujeres con preeclampsia sin datos de severidad las previene 1 de cada 100.

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

Interrupción del embarazo parto o cesárea, ya que la preeclampsia severa con signos de daño orgánico representa un riesgo elevado para la madre y el feto. (EVIDENCIA: El nacimiento del feto en pacientes con preeclampsia es la unica intervención ha resultado ser eficaz para inciar la resolución de este trastorno hipertensivo).

En el caso clínico la paciente tiene 35.6 semanas, lo que es adecuado para considerar inducción o cesárea según el estado materno-fetal. Es de importancia tener un control antihipertensivo, prevenir las convulsiones con sulfato de magnesio y vigilancia frecuencia cardiaca materno-fetal hasta la terminación del embarazo.

EVIDENCIA:

- La terapia antihipertensiva en las mujeres con hipertensión gestacional reduce aproximadamente un 20% en el riesgo de prevenir o retrasar la progresión a la preeclampsia.
- La meta terapéutica en la preeclampsia con datos de severidad consiste en mantener la tensión arterial sistólica entre 155 a 130 mm Hg y la diastólica entre 105 a 80 mm Hg.

RECOMENDACIÓN:

El sulfato de magnesio está recomendado como primera línea para prevención de eclampsia en la paciente con preeclampsia con datos de severidad

Referencia bibliográfica:

**GPC: PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA PREECLAMPSIA EN
SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN 2017**

<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/020GER.pdf>