



**Universidad del sureste
Campus Comitán**

Licenciatura en Medicina Humana

**Caso clínico III
Carlos Rodrigo Velasco Vázquez**

Grupo "B"

Séptimo Semestre

Materia: Urgencias Médicas

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

Comitán de Domínguez Chiapas a 27 de mayo de 2025

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.

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?

Embarazo de 36 semanas y 4 días (embarazo con FUR el 13 de septiembre de 2024, consulta el 27 de mayo de 2025.

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

Preeclampsia con datos de severidad.

Justificación de preeclampsia:

- TA: 162/96 mmHg (Una TA > 140/90 mmHg es criterio de preeclampsia).
- Proteinuria en tira reactiva (++)

Justificación de datos de severidad:

- Cefalea persistente que no cede con paracetamol.
- Acúfenos.
- Visión borrosa.
- Plaquetopenia (<100,000).
- Creatinina elevada (2,3 mg/dl).
- Elevación de transaminasas (AST 80, normal hasta 33; ALT de 100, normal hasta 36).

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

Los criterios de severidad presentes en la paciente son los siguientes:

- Sistema nervioso central:
 - TA: >160 de presión sistólica.
 - Cefalea persistente que no cede a tratamiento (paracetamol de 500 mg).
 - Alteraciones visuales (visión borrosa).
 - Acúfenos.
- Renal:
 - Lesión renal aguda con creatinina > 1.1 mg/dl, paciente con 2.3 mg/dl.
- Plaquetopenia < 100 mil, paciente con 96 mil.
- Elevación de transaminasas (AST de 80 y ALT de 100)

4. Menciona los antihipertensivos y dosis para preeclampsia:

- Alfametildopa 250-500 mg VO cada 8 horas. DM 2 gr/día.
- Labetalol 100-400 mg VO. DM 1200 mg/día.
- Nifedipino 20-60 mg/VO liberación prolongada cada 24 horas. DM 120 mg/día.
- Metoprolol 100-200 mg VO cada 8-12 horas. DM 400 mg/día.
- Hidralazina 25-50 mg VO cada 6 horas. DM 200 mg/día.

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

Podemos comenzar el tratamiento con cápsulas de Nifedipina de acción inmediata V.O. como fármaco de primera línea (ha demostrado ser más precoz en la acción contra Labetalol I.V. (Rosinger, Soldatti, & Pérez, 2018)).

Nifedipino de acción inmediata

- Dosis inicial de 10 mg V.O.
- Control de PA en 20 min.
- De persistir cifras de PA mayores al objetivo administrar 10 mg más V.O.
- Nuevo control de PA en 20 min.
- De persistir cifras de PA mayores al objetivo administrar 10 mg más V.O.
- Nuevo control de PA en 20 min,
- De persistir cifras de PA mayores al objetivo asociar nuevo fármaco Labetalol.

Labetalol I.V.

- Dosis inicial de 20 mg en 2 minutos (bolo).
- Control de PA en 15 minutos.
- De persistir cifras de PA mayores al objetivo administrar de nuevo 20 mg en 2 minutos (bolo).
- Control de PA en 15 minutos.
- De persistir cifras de PA mayores al objetivo administrar de nuevo 40 mg en 2 minutos (bolo).
- Control de la PA en 15 minutos.
- De persistir cifras de OA mayores al objetivo administrar fármaco Hidralazina.

Hidralazina

- Dosis en infusión continua a 1 mg por hora.
- Control de PA en 1 hora.
- De persistir cifras de PA mayores al objetivo subir la dosis en 1 mg cada hora hasta tener una baja en las cifras de PA.

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

El sulfato de magnesio se utiliza como tratamiento preventivo en preeclampsia severa y como tratamiento terapéutico en síndrome de HELLP y eclampsia.

- Preeclampsia con datos de severidad.
- Sospecha de inminencia de eclampsia (cefalea, visión borrosa, epigastralgia, hiperreflexia).
- Eclampsia (inicio de convulsiones).

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

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

- Dosis inicial de 4 gr I.V. en 5 minutos.
- Seguido de infusión de 1 gr por hora y mantener por 24 horas.

Otros esquemas disponibles:

Esquema Zuspan

- 4 gr de sulfato de magnesio I.V. para 30 minutos.
- Seguido de 1 gr por hora.

Esquema de Pritchard

- Dosis de carga de 4 gr I.V. (solución al 20%) en el curso de 3 a 15 min mas 10 gr por vía I.M.
- Seguido de mantenimiento de 5 gr por VI.M. cada 4 horas.

Esquema Sibai

- Dosis de carga de 6 gr I.V. en el curso de 10-30 min en presencia de convulsiones persistentes aplicarse otros 2 gr.
- Seguido de dosis de mantenimiento de 2 a 3 gr I.V. por hora.

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

Una vez estabilizadas las cifras tensionales y prevención de convulsiones el tratamiento definitivo para la paciente es:

Interrupción del embarazo por vía abdominal.

- La paciente presenta preeclampsia con datos de severidad y el embarazo es mayor a las 34 SDG, es una indicación absoluta para la terminación del embarazo.
- La paciente además presenta hipertensión severa, deterioro de la cuenta plaquetaria, deterioro de la función hepática, deterioro de la función renal, síntomas neurológicos persistentes.

Bibliografía

Rosinger, J., Soldatti, L., & Pérez, A. (2018). Manejo en preeclampsia severa. Revisión de la literatura. *Archivos de Ginecología y Obstetricia.*, 56(2), 87-98.

Prevención, diagnóstico y tratamiento de la Preeclampsia en segundo y tercer nivel de atención, Secretaría de Salud, 09/03/2017.