

Universidad Del Sureste
Licenciatura en Medicina Humana

CASO CLINICO

Nicole Yuliveth García Guzmán

Dr. Alejandro Morales

Urgencias

Octavo semestre

Grupo: "B"

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.

1. ¿Cuántas semanas de gestación tiene la paciente?

De acuerdo a la FUR 13/09/2024, la paciente actualmente tiene **36 semanas y 4 días**

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

Preeclampsia con datos de severidad, de acuerdo a que los signos vitales de la paciente reportan TA 162/96 mmHg ($\geq 140/90$ mmHg), a la exploración física se encuentra a paciente con presencia de edema ++, godet + en miembros inferiores, en relacion a los sintomas la paciente refiere presentar cefalea de 3 dias de evolucion acompañada de visión borrosa, fosfenos y acufenos, de acuerdo a los estudios de laboratorio reportan la elevación de enzimas hepaticas AST 80, ALT 100, al igual la elevacion de creatinina 2.3 mg/dl y Proteínas en tira reactiva (++).

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

Presión arterial **TA: 162/96 mmHg**, cefalea persistente (3 días de evolución), visión borrosa, fosfenos, acufenos, trombocitopenia(plaquetas 96mil), elevación de transaminasas, elevación de la creatinina >1.1 mg/dl (la px tiene 2.3mg/dl), edema en miembros inferiores

4. Menciona los Anti hipertensión y dosis para preeclampsia

NIFEDIPINO: 5-10 mg VO cada 20 min, mantenimiento con 10 mg cada 6-8 hrs.

HIDRALAZINA: 5 mg IV cada 20-30 min hasta controlar PA

LABETALOL: 10-20 mg IV en bolo, luego 40-80 mg cada 10-20 min (máx. 300 mg)

METILDOPA: 250-500 mg VO cada 8 hrs.

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

La hipertensión grave (PA $\geq 160/110$ mmHg) requiere tx urgente en donde la mayoría de directrices recomiendan la administración de nifedipino como manejo inicial con una dosis 10 mg VO cada 20 min (máx. 30 mg si no hay respuesta) y de mantenimiento con 10 mg cada 6-8 hrs. En caso de que no exista una respuesta se debe repetir administración o cambiar a otro fármaco.

En el manejo escalonado, adm nifedipino V.O 10 mg y valorar c/20min, en caso de que no demostrar mejoría administrar una segunda dosis V.O.

Si después de 90 min manejar con hidralazina I.V, (Diluir 20mg/20ml de SAF) y administrar primera dosis de 5mg/5ml en bolo, y vigilar cada 10 min.

6. Menciona indicaciones para iniciar terapia con sulfato de magnesio

preeclampsia con datos de severidad, antecedente de eclampsia, y para manejo preventivos de convulsiones en preeclampsia grave.

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

Esquema Zuspan (vía IV continua)

Carga: 4 g IV en 20 min.

Mantenimiento: 1 g/hr IV en bomba de infusión.

8. Tratamiento definitivo para esta paciente. Justifica tu respuesta.

Tx definitivo se basa en la interrupción del embarazo ya que mejora el pronóstico materno y fetal, pues debemos considerar que la px presenta preeclampsia con datos de severidad.

Se debe indicar cesarea tras la estabilización materna con la administración de antihipertensivos y sulfato de magnesio.