



Nombre del alumno: Hugo Gerardo
Morales Gordillo.

Nombre del docente: Dr. Jesús
Alejandro Morales Pérez

Grado: Octavo

Grupo: B

Comitán de Domínguez Chiapas a 26 de mayo del 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, Tº: 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?

Para calcular las semanas de gestación se toma en cuenta la fecha de última regla (FUR) en el caso de Sofia sostiene que fue el 13 de septiembre del 2024 y tomamos la fecha actual: 26 de mayo del 2025, en ese tiempo hay: **36 semanas + 5 días de gestación.**

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

Yo estoy pensando en unaprobable **Preeclampsia severa**

Justificando mi respuesta lo digo por los datos que presenta la paciente Sofia:

Esta cursando con un embarazo mayor a las 20 semanas de gestación, tiene una presión arterial de 162/96 mmHg, tiene proteínas en la tira reactiva, la creatinina elevada, esta presentando dolores de cabeza desde hace días, y al momento escucha zumbidos en el oído, que todos estos son síntomas de alarma de una preeclampsia severa

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

TA de 162/96 mmHg. cefalea persistente no respondiente a paracetamol, alteraciones visuales dice que tiene visión borrosa, presenta acúfenos, también una trombocitopenia y la creatinina tiene 2.3 mg/dl (elevada)

4. Menciona los antihipertensivos y dosis para preeclampsia.

Labetalol IV: 20 mg en bolo lento (puede repetirse 40-80 mg cada 10 min hasta 300 mg), también puede ser oral: 100-200 mg cada 8-12 horas.

Hidralazina: IV: 5-10 mg en bolo lento cada 20-30 min **hasta control tensional (máx. 30 mg)**

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

Manejo inicial: Iniciar con nifedipino 10 mg VO, después de eso evaluar la TA cada 20-30 minutos.

Si en un dado caso persiste con presiones igual o mayor a 160/110 mmHg: repetir dosis hasta 30 mg

Escalonamiento si no mejora Para iniciar seria con labetalol IV: 20 mg en bolo lento, repetir cada 10-15 min (hasta 300 mg). De manera alternativa podremos utilizar: hidralazina IV 5-10 mg cada 20-30 min. Es de suma importancia el monitoreo fetal de manera continua.

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

Para poder utilizar el sulfato de magnesio en pacientitas deben de cumplirse ciertos criterios los cuales son; presentar una preeclampsia severa, se utilizará presenta síntomas neurológicos (como la cefalea persistente, visión borrosa, acúfenos), algo importante es la TA severa por arriba de 160/110 mmHg y también alteraciones hepáticas y/o renales.

7. Dosis para iniciar terapia con sulfato de magnesio (actual y GPC):

La dosis de impregnación: 4 g IV en 20 minutos + 5 g IM en cada glúteo (total 14 g inicial) y la dosis de mantenimiento sería: 5 g IM cada 4 horas.

Alternativa (esquema Zuspan – IV): Impregnación: 4 g IV en 20-30 minutos y la de mantenimiento: 1-2 g/hora IV en infusión continua

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