

Universidad del sureste
Campus Comitán

Licenciatura en Medicina Humana

Tema: Caso Clínico

Docente: Dr. Jesús Alejandro Morales Pérez

Alumno: Iván Alonso López López

PASIÓN POR EDUCAR

Grado: Octavo Semestre
Grupo "B"

Materia: Urgencias Medicas

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?

R: 35 semanas y 6 días.

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

R: Síndrome de HELLP por laboratoriales tomando en cuenta las plaquetas de 96 mil ya que la GPC menciona que en el síndrome de HELLP debe presentarse plaquetas <100 mil, así mismo también menciona que en las pruebas de función hepática debe haber un AST >70 y la paciente en los laboratorios presenta un AST de 80, la paciente también cuenta con datos de complicaciones neurológicas debido a la cefalea intensa y la visión borrosa, aunque cabe mencionar que también puede diagnosticarse como una Preeclampsia con datos de severidad tomando en cuenta la TA de 160/92 y la creatinina de 2.3

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

R: TA 160/96, creatinina de 2.3, déficit neurológico reversible, presencia de proteinuria de dos cruces en tira reactiva lo que equivale entre 100-300 mg/dL.

4. Menciona los Anti hipertensión y dosis para preeclampsia

R:

Labetalol Primera línea: 20 mg en bolo hasta 40 mg cada 10 a 15 minutos, o infusión 1 a 2 mg/minuto Dosis máxima: 220 mg.

Nifedipino Primera línea: 10 mg VO cada 10-15 minutos Dosis máxima: 50 mg.

Hidralazina Segunda línea: 5-10 mg en bolo o infusión a 0.5-10 mg por hora Dosis máxima: 30 mg

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

R: Administrar 20 mg de labetalol en bolo seguido de infusión de de 2 mg/minuto hasta llegar a una dosis de 220 mg.

Pero como no hay labetalol en México.

Administrar Nifedipino 10 mg vía oral cada 10 minutos hasta llegar a una dosis de 50 mg.

En caso de no funcionar o tener hipersensibilidad administrar hidralazina 10 mg en bolo, seguido de infusión de 10 mg por hora hasta llegar a una dosis de 30 mg.

El tratamiento escalonado debe iniciarse con labetalol ya que es el de primera línea, pero como no hay en México se inicia como primere línea el nifedipino y de segunda línea la hidralazina.

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

R: Presencia de síntomas graves de preeclampsia como daño a órgano blanco, hipertensión resistente que no mejora con la administración de los antihipertensivos y la prevención tanto de la eclampsia, síndrome de HELLP y convulsiones.

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

R: Crisis: 4-6 gramo intravenoso en 5 minutos diluido en 100 mililitros de solución fisiológica a pasar en 5 minutos. **(GPC)**

Mantenimiento: 1 gramo intravenoso por hora (Diluir 900 mililitros de solución fisiológica con 10 gramos de sulfato de magnesio a pasar 100 mililitros por hora) por 24 horas. **(GPC)**

Impregnación: 4 gr IV DU (4 gr diluidos en 250 ml de sol. Glucosa al 5% para 20 minutos) **(Actual)**

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) **(Actual)**

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

R:

1.- Iniciar tratamiento con Labetalol o hidralazina, administrar 20 mg de labetalol en bolo seguido de infusión de 2 mg/minuto hasta llegar a una dosis de 220 mg o administrar Nifedipino 10 mg vía oral cada 10 minutos hasta llegar a una dosis de 50 mg.

2.- Iniciar tratamiento con esquema ZUSPAN modificado, **Impregnación:** 4 gr IV DU (4 gr diluidos en 250 ml de sol. Glucosa al 5% para 20 minutos).

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), con el fin de prevenir convulsiones y complicaciones tanto maternas como fetales.

3.- Esquema de maduración pulmonar con Betametasona 2 dosis de 12 mg intramuscular cada 24 horas

4.- Resolución del embarazo vía abdominal debido a problemas de causas maternas.

Bibliografía

Guía de práctica clínica Detección, Diagnóstico y Tratamiento DE LAS ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS DEL EMBARAZO Gob.mx. Recuperado el 27 de mayo de 2025, de <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/058GER.pdf>

Pregnancy, H. D. in. (s/f). *Trastornos hipertensivos en la gestación*. Segoe.es. Recuperado el 27 de mayo de 2025, de <https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n4/GAP-Trastornos%20hipertensivos%20gestacion.pdf>