



Mi Universidad

Caso Clínico

Martín Mar Calderón

Caso Clínico

Tercer parcial

Urgencias Médicas

Dr. Jesús Alejandro Morales Pérez.

Licenciatura en Medicina Humana.

8vo semestre

Comitán de Domínguez, Chiapas a 26 de mayo del 2025.

CASO CLÍNICO

NOMBRE: Sofía Guillén López **Edad:** 21 años **Peso:** 69 kg

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 86 lpm, FR 18 rpm, T°: 36.8 °C, SpO2 96%.

Antecedentes ginecológicos: G2 C1 (hace año y medio), A0 P0, FUR: 13 de septiembre del 2024, sin control prenatal, cesárea previa por circular de cordón. Niega otras alteraciones y no tomó ácido fólico ni vitaminas.

Exploración física: cráneo cefálico sin alteraciones, cardiorrespiratorio sin alteraciones, abdomen globoso a expensas de útero gestante, fondo uterino 27 cm, PUVI longitudinal, cefálico, dorso a la derecha, no encajado, FCF 148 lpm, genitales normales, cuello cerrado, sin flujo o líquido. Edema ++ en MI con godet +.

Laboratorios: BH con Hb 10, Hto 33, eritrocitos 3.1 millones, leucocitos 9mil, plaquetas 96mil. Creatinina 2.3, urea 40, glucosa 99. AST 80, ALT 100, proteínas totales 8, albúmina 4. EGO con proteínas ++. VIH/VDRL no reactivos.

USG: 35.6 sdg, peso fetal 2400 g, PUVI longitudinal cefálico, FCF 139 lpm, placenta grado II, ILA 12, sin circular de cordón.

CON LO ANTERIOR RESPONDE LO SIGUIENTE

1. ¿Cuántas semanas de gestación tiene la paciente?

Tiene 36 semanas con 4 días de gestación (FUR: 13 de septiembre de 2024 / Fecha actual: 26 de mayo de 2025).

2. ¿Cuál es el diagnóstico en esta paciente?

Preeclampsia con criterios de severidad.

Justificación:

- TA \geq 140/90 (Paciente con 162/96 mmHg)
- Proteína en orina positiva en tira reactiva (++)
- Cefalea persistente, acúfeno (zumbido), visión borrosa → síntomas neurológicos
- Plaquetas $<$ 100,000 (96,000)
- Elevación de enzimas hepáticas: AST y ALT $>$ 70 (AST 80, ALT 100)
- Creatinina $>$ 1.1 mg/dL (Paciente con 2.3 mg/dL)
- Edema en miembros inferiores (++)
- Estos datos cumplen con criterios de severidad para preeclampsia.

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

- TA \geq 160/110 mmHg: 162/96 mmHg
- Trombocitopenia: plaquetas 96,000
- Elevación de enzimas hepáticas: AST 80IU/L, ALT 100IU/L
- Afección renal: creatinina 2.3 mg/dL
- Síntomas neurológicos: cefalea persistente, visión borrosa, acúfenos
- Proteinuria (++ en tira reactiva)
- Edema en miembros inferiores (++ con godet +)

4. Menciona los antihipertensivos y dosis para preeclampsia:

- Labetalol: 20 mg IV en bolo, repetir cada 10 min (hasta 300 mg)
- Hidralazina: 5-10 mg IV cada 20-30 min, máx. 30 mg
- Nifedipino: 10 mg VO, repetir cada 20 min hasta 30 mg
- Metildopa: 250-500 mg VO c/8h (no se usa en urgencias)

Fármaco	Dosis inicial aguda	Mantenimiento	Comentario
Labetalol	20 mg IV en bolo. Repetir cada 10 min (40-80 mg) hasta 300 mg	200-2400 mg/día VO en 2-3 dosis	Evitar en asma o bradicardia.
Hidralazina	5-10 mg IV cada 20-30 min	50-300 mg VO en 2-3 dosis	Vasodilatador arterial directo. Puede causar taquicardia refleja.
Nifedipino	10 mg VO de liberación inmediata, repetir cada 20 min hasta 30 mg	30-60 mg VO liberación prolongada	Usado ampliamente por vía oral.
Metildopa	No indicado en urgencia. 250-500 mg VO cada 8-12h	Mantenimiento crónico	Poco usado actualmente en urgencias.

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

- Administrar 10mg de nifedipino VO y monitorizar la presión arterial cada 15 minutos y si después de 45 minutos la hipertensión persiste.
- Administrar una segunda dosis de 10mg VO y monitorizar la presión arterial cada 15 minutos y si después de 45 minutos (90 minutos después de la

primera dosis) la hipertensión persiste, comenzar con tratamiento IV con otro fármaco.

- Diluir 20mg de hidralazina en 20ml de agua para infusión, administrar 5mg en 5ml de hidralazina en bolo IV: monitorizar la PA cada 10 minutos, y si después de 20 minutos, la hipertensión persiste.
- Administrar una segunda dosis de 5mg en 5ml de hidralazina IV en bolo, y si la PA persiste, administrar una tercera dosis de 5Mg/5ml en IV en bolo.
- Si la hipertensión persiste, aforar 80mg de hidralazina en solución de 500cc, y comenzar con infusión continua de 10ml cada 30 minutos con máximo 90ml/hr (15mg/hr)

O con otra alternativo dependiendo de la severidad.

- Iniciar con labetalol 20 mg IV
- Si no hay respuesta: 40 mg, luego 80 mg cada 10 min hasta 300 mg
- Alternativa: hidralazina 5-10 mg IV
- Escalonamiento: agregar nifedipino VO
- Objetivo: TA entre 140-150/90-100 mmHg

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

- Preeclampsia con severidad
- Cefalea persistente
- Alteraciones visuales
- Trombocitopenia < 100,000
- Enzimas hepáticas elevadas
- Compromiso renal
- Creatinina elevada
- Eclampsia inminente

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

- Esquema de Pritchard: 4-6 g IV en 250cc SAF 0.9% pasar en 15-20 min + mantenimiento: (Retirar 100cc de SAF 0.9% de solución de 500cc, agregar 10 ampulas (1:1) y pasar a 50ml/hra (1gr/hora) para 24 hrs.
- Esquema de Zuspan: 4-6 g IV carga en 5 minutos, diluido en 100ml de solución fisiológica + mantenimiento 1 g/h IV en infusión continua: (Diluir 900ml de solución fisiológica con 10g de sulfato de magnesio a pasar 100ml por hora) por 24 horas.
- Monitoreo: reflejo patelar presente, FR >12, diuresis >25 ml/h

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

- Interrupción del embarazo (cesárea urgente)
- Justificación: embarazo de término (36.4 SDG)
- Presenta criterios de severidad,
- Tiene condiciones maternas de riesgo para eclampsia o daño a órgano severo
- Estabilizar antes con sulfato de magnesio y antihipertensivos

Bibliografías

1. Secretaría de Salud. (2021). *Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y tratamiento de la preeclampsia-eclampsia*. CENETEC. <https://www.cenetec.salud.gob.mx>
2. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2020). *ACOG Practice Bulletin No. 222: Gestational Hypertension and Preeclampsia*. *Obstetrics & Gynecology*, 135*(6), e215–e233. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003891>
3. World Health Organization. (2011). *WHO recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548335>
4. Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., & Sheffield, J. S. (2022). *Williams Obstetrics* (26th ed.). McGraw-Hill Education.