



Mi Universidad

Caso Clínico

Jeferson Enrique Ogaldes Norio

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 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.

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?

- Fecha de última regla (FUR): 13 de septiembre de 2024
- SDG 36.4 a fecha 26 de mayo

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

Diagnóstico: **Preeclampsia con criterios de severidad (severa)**

Justificación:

- TA \geq 140/90 mmHg en dos ocasiones o una sola si hay signos de severidad.
En este caso: 162/96 mmHg
- Proteína en orina (++) : proteinuria confirmada por tira reactiva.
- Síntomas de alarma: cefalea persistente por más de 3 días, acúfenos, visión borrosa.
- Trombocitopenia: plaquetas 96,000/ μ L.
- Alteración de la función renal: creatinina 2.3 mg/dL (elevada).
- Elevación de enzimas hepáticas: AST 80, ALT 100.

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

1. Hipertensión severa: TA \geq 160/110 mmHg (TA: 162/96 \rightarrow hipertensión grave sistólica).
2. Síntomas neurológicos: cefalea persistente, visión borrosa, acúfenos.

3. Trombocitopenia: plaquetas $<100,000/\mu\text{L}$ (96,000).
4. Alteración renal: creatinina >1.1 mg/dL (2.3 mg/dL).
5. Elevación de transaminasas hepáticas.

4. Menciona los antihipertensivos y dosis para preeclampsia.

Antihipertensivos de elección en preeclampsia severa:

1. Labetalol
 - IV: 20 mg en bolo \rightarrow si no hay respuesta en 10-15 min, 40 mg \rightarrow luego 80 mg cada 10 min hasta 300 mg máx.
 - Oral: 100-200 mg cada 12 h.
2. Hidralazina
 - IV: 5-10 mg cada 20-30 min (máx. 30 mg).
 - Oral: 25-50 mg cada 8 h.
3. Nifedipino
 - VO: 10 mg de liberación inmediata \rightarrow repetir a los 30 min si no hay respuesta (máx. 40 mg en 1 h).
 - Mantenimiento: 30-60 mg cada 12-24 h (liberación prolongada).

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

Manejo inicial:

1. Iniciar con Nifedipino VO:
Administrar 10 mg de nifedipino por vía oral (de acción inmediata) y controlar la presión arterial cada 15 minutos.
Si tras 45 minutos la presión arterial continúa elevada, proceder con el siguiente paso.
2. Segunda dosis de Nifedipino:
Administrar una segunda dosis de 10 mg VO y continuar con la vigilancia tensional cada 15 minutos.
Si 90 minutos después de la primera dosis aún persiste la hipertensión, se debe cambiar a un esquema intravenoso con otro medicamento.

3. Uso de Hidralazina IV (preparación y administración):
Diluir 20 mg de hidralazina en 20 mL de solución inyetable.
Extraer 5 mg (equivalente a 5 mL) y administrar en bolo intravenoso lento.
Monitorear la presión arterial cada 10 minutos.
Si no hay respuesta en 20 minutos, continuar con la siguiente intervención.
4. Dosis adicionales de Hidralazina IV:
Administrar una segunda dosis de 5 mg IV.
Si la presión arterial sigue sin control, aplicar una tercera dosis de 5 mg IV en bolo.
5. Infusión continua si no hay control con bolos:
Si la hipertensión persiste luego de tres dosis, diluir 80 mg de hidralazina en 500 mL de solución intravenosa.
Iniciar infusión a razón de 10 mL cada 30 minutos, con una velocidad máxima de 90 mL por hora, lo que equivale a 15 mg de hidralazina por hora.

Alternativa 1

- Por tener TA ≥ 160 sistólica con síntomas, se indica antihipertensivo de acción rápida:
 - Opción inicial: Labetalol 20 mg IV en bolo lento.
 - Si no hay respuesta \rightarrow escalar a 40 mg \rightarrow 80 mg \rightarrow hasta 300 mg máx.

Alternativa si no disponible: Hidralazina 5-10 mg IV o Nifedipino 10 mg VO.

Escalonamiento si no hay control:

- Añadir segundo antihipertensivo (ej. Labetalol + Nifedipino).
- Considerar infusión continua si persiste hipertensión severa.

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

Indicaciones:

- Preeclampsia con criterios de severidad, independientemente de si ha habido convulsiones.
- Síntomas de inminencia de eclampsia: cefalea persistente, acúfenos, visión

borrosa.

- Alteración neurológica.
- Hipertensión severa persistente.

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

Esquema de Pritchard:

- Dosis de carga: Administrar 4 a 6 gramos de sulfato de magnesio diluidos en 250 mL de solución salina al 0.9%, pasar en infusión lenta durante 15 a 20 minutos.
- Dosis de mantenimiento: Tomar una bolsa de 500 mL de solución salina al 0.9%, retirar 100 mL, y en el volumen restante agregar 10 ampollas de sulfato de magnesio (una ampolla por cada 10 mL = 1 gramo). Iniciar infusión a una velocidad de 50 mL por hora, lo cual equivale a 1 gramo de sulfato de magnesio por hora, durante un total de 24 horas.

Esquema de Zuspan (intravenoso):

- Dosis de carga: 4 g IV en 20 minutos.
- Mantenimiento: 1-2 g/h IV en bomba de infusión.

GPC México:

- Recomienda ambos esquemas, con preferencia por Zuspan si se cuenta con bomba de infusión continua.

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

Tratamiento definitivo: Terminación del embarazo.

Justificación:

- Edad gestacional ≥ 34 semanas (actual: 36.4 sdg).
- Preeclampsia severa con múltiples criterios de severidad.
- Feto con peso adecuado, FCF normal, sin datos de sufrimiento fetal.
- Condiciones obstétricas favorables.

Vía de resolución obstétrica:

- Evaluar condiciones cervicales (Bishop); sin embargo, el cuello está cerrado y posterior → es probable que requiera cesárea si no hay condiciones para inducción.
- Además, la paciente tuvo cesárea previa.

BIBLIOGRAFIA

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.