CASO CLÍNICO

Andrea Díaz Santiago

Caso clínico

3er Parcial

Urgencias Médicas

Dr. Jesús Alejandro Morales Pérez

Medicina humana

8°

"C"

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?

35.6 SDG.

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

Preeclampsia con datos de severidad.

Justificación:

- Presión arterial elevada 162/96 mmHg
- Proteinuria positiva (++ en tira reactiva).
- Síntomas de neurológicos: cefalea persistente, fosfenos, acúfenos, visión borrosa.
- Trombocitopenia (plaquetas <100,000): tiene 96,000.
- Elevación de enzimas hepáticas: AST 80, ALT 100.
- Elevación de creatinina: 2.3 mg/dl.
- Edema ++ en miembros inferiores.

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

- Presión arterial sistólica >160 mmHg
- Trombocitopenia (plaquetas <100,000).
- Creatinina >1.1 mg/dl (tiene 2.3 mg/dl)
- Alteraciones neurólogicas (acúfenos visión borrosa, fosfenos).
- Cefalea persistente.
- Elevación de transaminasas (AST y ALT >70).
- Proteinuria significatica (++)
- Edema importante (++ con godete).

4. Menciona los antihipertensivos y dosis para preeclampsia.

1. Nifedipino (acción corta) : 5-10 mg VO cada 20 min hasta máx. 30 mg si no hay respuesta, luego mantenimiento con 10 mg cada 6-8 h.
2. Hidralazina: 5 mg IV (lento) cada 20-30 min hasta controlar PA.
3. Labetalol: 10-20 mg IV en bolo, luego 40-80 mg cada 10-20 min (máx. 300 mg).
4. Metildopa: 250-500 mg VO cada 8 h.

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

Manejo inicial:

- TA >160/110 mmHg (iniciar manejo inmediato).

5. Opción inicial: Nifedipino 10 mg VO cada 20 min hasta máx. 30 mg si no hay respuesta, luego mantenimiento con 10 mg cada 6-8 h.
   (si no hay respuesta repetir o cambiar a otro fármaco).

Escalonamiento:

- Administrar nifedipino VO 10mg y valorar cada 15 min.
- Si persiste en 45 min, dar segunda dosis VO.
- Iniciar manejo IV en caso de persistir posterior a 90min de la primera dosis con hidralazina.
- (Diluir 20mg/20ml de SAF) y administrar primera dosis de 5mg/5ml en bolo, y vigilar cada 10 min.
- Dar segunda y tercera dosis si persiste posterior a 20 min entre dosis.
- Si persiste posterior a 3 dosis de hidralazina iniciar infusion a 5mg/hra (retirar 4ml en 500cc de SAF y agregar 80mg/4ml de hidralazina y pasar a 30ml/hra)

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

- Preeclampsia con datos de severidad.
- Sospecha o presencia de eclampsia
- Paciente en trabajo de parto con preeclampsia severa
- Prevención de convulsiones en preeclampsia grave.
- Post parto inmediato (hasta 24 horas) en pacientes con preeclampsia severa o eclampsia

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

Esquema de ACOG:

- ÁMPULAS 1G/10ML

- Dosis de impregnación 4-6amp en 250cc SAF 0.9% pasar en 15-20 min

Mantenimiento:

- Retirar 100cc de SAF 0.9% de una solucion de 500cc, y agregar 10 ámpulas (1:1) y pasar a 50ml/hra (1gr/hra) para 24 hrs

Esquema alternativo (Zuspan o vía IV continua):

- Carga: 4 g IV en 20 min.
- Mantenimiento: 1 g/h IV en bomba de infusión.

Esquema de Pritchard:

- Dosis de carga: 4 g IV lento + 5 g IM en cada glúteo
- Mantenimiento: 5 g IM cada 4 horas en glúteos alternos

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

Tratamiento definitivo: Interrupción del embarazo.

Justificación:

- Edad gestacional >34 semanas (actual: 35.6).
- Preeclampsia con datos de severidad y daño a órgano blanco.
- Feto vivo y con peso adecuado (2400g), sin compromiso fetal.
- La interrupción mejora el pronóstico materno y fetal y es el único tratamiento definitivo.
- Ya no hay beneficio de prolongar el embarazo.

Vía de nacimiento:

- Ya tiene cesárea previa.
- Criterios obstétricos apoyan cesárea.
- Cuello uterino cerrado, no en trabajo de parto.