



Mi Universidad

Caso clínico

Abril Amairany Ramírez Medina

3er parcial

Urgencias médicas

Dr. Jesús Alejandro Morales Pérez

Medicina humana

8vo semestre Grupo C

Comitán de Domínguez, Chiapas. 26 de mayo de 2025

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?

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 este paciente? Justifica tu respuesta.

Preeclampsia con datos de severidad, debido a que la paciente presenta una TA >140/90 mm/Hg, y signos y síntomas con daño a órgano blanco como cefalea, tinnitus y visión borrosa, proteína en orina positiva en tira reactiva (++) , plaquetas <100, 000, elevación de enzimas hepáticas: AST y ALT >70, creatinina >1.1 mg/dL, edema en miembros inferiores (++) .

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

TA 162/96 mmHg, cefalea, tinnitus/acufenos, ambliopía, creatinina 2.3 mg/dL, plaquetas 96 000, AST 80 IU/L, ALT 100 IU/L, proteinuria en tira reactiva (++) , edema en miembros inferiores (++ con godet +).

4. Menciona los antihipertensivos y dosis para preeclampsia.

- Alfametildopa 250-500 mg VO c/8-12hrs
- Labetalol 100-200 mg VO c/6-8hrs, 20 mg IV en bolo, repetir cada 10 min (40-80 mg) hasta 300 mg
- Nifedipino 10 mg VO de liberación inmediata, repetir cada 20 min hasta 30 mg
- Hidralazina 5-10 mg IV cada 20-30 min

5. En esta paciente, ¿cómo indicamos el manejo anti hipertensivo? 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).

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 signos de severidad, presión arterial elevada (>140/90 mmHg) con signos de daño a órganos blanco (como cefalea, visión borrosa, dolor epigástrico, enzimas hepáticas elevadas, lesión renal, creatinina elevada, trombocitopenia <100,000, eclampsia inminente).

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

- Dosis intravenosa de carga de 4-6 g diluida en 100 mililitros de solución fisiológica administrada durante 5 minutos, seguida de una infusión intravenosa de 1-2 g por hora durante 24 horas.
- Nuevo método: Dosis de impregnación 4-6 amp en 250cc SAF 0.9% pasar en 15-20 minutos, dosis de mantenimiento retirar 100cc de SAF 0.9% de una

solución de 500cc y agregar 10 ampulas (1:1) y pasar a 50ml/hr (1gr/h) para 24 horas.

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

Si la paciente no llega a tener una respuesta positiva al tratamiento, lo siguiente será pensar en la resolución del embarazo, ya que esta patología se resuelve con la terminación del embarazo, debido a que la placenta es la causa principal de la enfermedad, siendo es un embarazo de termino, y así se podrá tener un mejor control de las cifras tensionales altas y los signos y síntomas que la paciente pueda presentar, debido a que presenta signos de severidad, así como también el poder ayudar al bebé a tener una mejor oxigenación y así evitar posibles complicaciones, ya que la preeclampsia puede convertirse en una eclampsia y hasta un síndrome de HELLP y llegar a causar un mayor daño a órgano blanco. Es por eso que se necesitará iniciar esquema de maduración pulmonar fetal, y estabilizar con sulfato de magnesio y antihipertensivos.