



Mi Universidad

caso clinico

Luis Angel Vasquez Rueda

Caso clinico urgencias 3ra unidad

tercer parcial

Urgencias Medicas

Dr. Jesus Alejandro Morales Perez

Licenciatura En Medicina Humana

8vo Semestre Grupo "C"

Comitan De Domínguez, Chiapas, 26 de mayo del 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, 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.

1) ¿Cuántas semanas de gestación tiene la paciente?

R: 35.6 SDG por USG y 36.4 SDG por calculo

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

R: preeclampsia con datos de severidad

- La paciente presenta hipertensión arterial (TA: 162/96 mmHg).
- Tiene síntomas neurológicos (dolor de cabeza persistente, zumbido en los oídos, visión borrosa).
- Presenta edema en miembros inferiores.
- La hemoglobina es de 10 g/dL y las plaquetas están por debajo de 100,000 (96,000), lo que puede indicar una posible complicación de la preeclampsia.
- La función renal está alterada (creatinina de 2.3 mg/dL).
- La paciente no ha recibido control prenatal, lo que aumenta el riesgo de complicaciones

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

R:

- Hipertensión severa (TA \geq 160/110 mmHg).
- Síntomas neurológicos (dolor de cabeza, zumbido en los oídos, visión borrosa).
- Alteración de la función renal (creatinina elevada).
- Plaquetas bajas (menos de 100,000).
- Edema significativo.

4) Menciona los Antihipertensivos y dosis para preeclampsia

R:

- 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)

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

R) Manejo antihipertensivo:

- Iniciar con nifedipino 10 mg VO y monitorizar la presión arterial. Si no hay respuesta adecuada (TA > 160/110 mmHg), se puede dar una segunda dosis en 45 min.
- Escalonamiento del tratamiento:
- Si la presión arterial sigue siendo alta después de administrar nifedipino, se puede agregar hidralazina IV
- En dado caso de no mejoría con manejo antihipertensivo, valorar interrupción del embarazo

6) Menciona indicaciones para iniciar terapia con sulfato de magnesio

R:

- Preeclampsia severa con síntomas neurológicos (como cefalea persistente, alteraciones visuales).
- Presencia de hipertensión severa (TA \geq 160/110 mmHg).
- Prevención de convulsiones en pacientes con preeclampsia severa.
- Alteraciones en la función renal o plaquetas bajas.

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

R:

Actual: AMPULAS 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 solución de 500cc, y agregar 10 ampulas (1:1) y pasar a 50ml/hra (1gr/hra) para 24 hrs

GPC: Bolo inicial de 4 a 6 gramos seguidos de 1 a 2 gramos por hora intravenoso hasta las 24 horas postparto.

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

R: interrupción del embarazo, La paciente presenta preeclampsia severa con síntomas que indican un riesgo elevado para la madre y el feto.

- La única cura definitiva para la preeclampsia es el parto, ya que la condición está relacionada con la placenta.
- Dado que la paciente está en la semana 36 de gestación, el riesgo de complicaciones para la madre y el feto justifica la decisión de realizar una cesárea para evitar el deterioro de la salud materna y fetal.