



**Mi Universidad**

Lourdes del Carmen Arcos Calvo

Urgencias médicas

3er parcial

Caso clínico

Dr. Jesús Alejandro Morales Pérez

Medicina humana

8vo semestre

Comitán de Domínguez, Chiapas, 26 de mayo de 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.

## 1. ¿Cuántas semanas de gestación tiene la paciente?

Para determinar las semanas de gestación, nos fijamos en la fecha de la última regla (FUR) reportada: 13 de septiembre de 2024. La fecha actual en la que se evalúan los signos vitales es el 24 de mayo de 2025.

Una forma más precisa sería contar los días.

- Días restantes de septiembre:  $30 - 13 = 17$  días
- Días de octubre: 31 días
- Días de noviembre: 30 días
- Días de diciembre: 31 días
- Días de enero: 31 días
- Días de febrero: 28 días (2025 no es bisiesto)
- Días de marzo: 31 días
- Días de abril: 30 días
- Días de mayo hasta el 24: 24 días

Suma total de días:  $17 + 31 + 30 + 31 + 31 + 28 + 31 + 30 + 24 = 253$  días.

Para convertir días a semanas, dividimos  $253 / 7$  aprox 36.14 semanas.

**Respuesta: La paciente tiene aproximadamente 36.14 semanas de gestación.**

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

- **El diagnóstico principal de esta paciente es Preeclampsia con criterios de severidad.** Basado en la GPC para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Preeclampsia en el Segundo y Tercer nivel de atención por los siguiente:

1.-Hipertensión: Presenta una tensión arterial de 162/96 mmHg, que cumple con el criterio de hipertensión ( $\geq 140$  mmHg sistólica o  $\geq 90$  mmHg diastólica) tomada en dos ocasiones con al menos 4 horas de diferencia después de la semana 20 de gestación.

2.-Proteinuria: El examen general de orina reporta proteínas (++) , lo cual indica proteinuria significativa. Aunque no se cuantifica la proteinuria de 24 horas (que es el estándar de oro).

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

Basándonos en la GPC para la Preeclampsia, los criterios de severidad que presenta la paciente son:

**1.-Tensión arterial severa:** Aunque no se especifica si ha tenido lecturas  $\geq 160$  mmHg sistólica o  $\geq 110$  mmHg diastólica, la lectura de 162/96 mmHg se acerca al rango de severidad y, en el contexto de otros criterios, la clasifica como preeclampsia con severidad.

#### **2.-Síntomas de severidad como:**

- Cefalea persistente: Dolor de cabeza que no cede con paracetamol.
- Trastornos visuales: Visión borrosa.
- Zumbido de oídos (tinnitus).

**3.-Trombocitopenia:** Plaquetas  $< 100,000/\text{mm}^3$  (tiene  $96,000/\text{mm}^3$ ).

**4.-Alteración de la función hepática:** Elevación de las transaminasas al doble de lo normal (AST 80 U/L y ALT 100 U/L, considerando rangos normales aproximados hasta 40 U/L).

**5.-Proteinuria:** El examen general de orina reporta proteínas (++) , lo cual indica proteinuria significativa.

### **4. Menciona los Antihipertensivos y dosis para preeclampsia.**

Según la GPC para la Preeclampsia, los antihipertensivos de primera línea recomendados y sus dosis son:

- **Alfametildopa:** 250-500 mg vía oral cada 8 horas, 2gr/día dosis máxima
- **Labetalol:** Dosis intravenosa: 20 mg IV lento en 2 minutos. Si la presión arterial no disminuye en 10 minutos, administrar 40 mg IV. Si no hay respuesta en otros

10 minutos, administrar 80 mg IV cada 10 minutos hasta una dosis máxima acumulada de 220 mg.

\*Dosis oral (para mantenimiento): 100-200 mg cada 6-8 horas. \*

• **Hidralazina**: Dosis intravenosa: 5-10 mg en bolos o infusión a 0.5-10 mg por hora. Dosis máxima:30 mg

• **Nifedipina**: Dosis oral: 10 mg cada 10-15 minutos hasta un máximo de 50 mg en la primera hora

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

1.- Administrar 10 mg de Nifedipino por vía oral (Monitorizar y registrar la presión arterial cada 15 minutos y realizar una monitorización continua de FCF)

2.-Si después de 45 minutos persiste la hipertensión grave:

- Administrar una segunda dosis de 10 mg de nifedipino por vía oral (Monitorizar la presión arterial cada 15 minutos hasta que se estabilice)

3.-Si después de otros 45 minutos (90 minutos desde la primera dosis), la hipertensión grave persiste:

Iniciar el tratamiento intravenoso como se indica a continuación

- Diluir 20 mg de hidralazina en 20 ml de agua para inyección (Administrar 5 mg (5 ml) de hidralazina como un bolo intravenoso) Controlar y registrar la presión arterial cada 10 minutos.
- Realizar una monitorización continua de FCF

4.-Si después de 20 minutos persiste la hipertensión grave:

- Administrar una segunda dosis de 5 mg (5 ml) de hidralazina como bolo intravenoso

5.- Si después de otros 20 minutos persiste la hipertensión grave:

- Administrar una tercera dosis de 5 mg (5 ml) de hidralazina como un bolo intravenoso

6.- Si la hipertensión grave persiste después de 3 bolos de hidralazina intravenosa:

- Extraiga 10 ml de una bolsa de solución salina normal de 500 ml, mezcle los 10 ml con 80 mg de polvo de hidralazina y luego vuelva a cargarlos en la bolsa para preparar una bolsa de 500 ml.
- Comience la infusión de hidralazina a través de la bomba de infusión. Comience la infusión a 30 ml/h, es decir, 5 mg/h.
- Aumente la infusión en 10 ml cada 30 minutos hasta un máximo de 90 ml/h (es decir, 15 mg/h), con el objetivo de una PAS de 140-160 mmHg y una PAD de 90-100 mmHg

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

Según la GPC para la Preeclampsia, las principales indicaciones para iniciar terapia con sulfato de magnesio son para la prevención y tratamiento de las convulsiones (eclampsia) en pacientes con:

1.-Preeclampsia con criterios de severidad, como en este caso (cefalea persistente, trastornos visuales, zumbido de oídos, trombocitopenia, elevación de enzimas hepáticas).

2.-Eclampsia (presencia de convulsiones tónico-clónicas en una mujer con preeclampsia).

Dado que esta paciente presenta preeclampsia con criterios de severidad, está indicada la administración de sulfato de magnesio para la prevención de eclampsia.

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

**gpc**

- Impregnación: 4 gr IV DU (4 gr diluidos en 250 ml de sol. Glucosa al 5% para 20 minutos)
- Mantenimiento: 1-2 gr IV/ hr. (900 ml de sol. Glucosa al 5% + 10 amp de MgSO<sub>4</sub> para administrar 100-200 ml/h en infusión continua)

**Actualizada**

- A. AMPULAS 1G/10ML
- B. Dosis de impregnación 4-6amp en 250cc SAF 0.9% pasar en 15-20 min
- C. Mantenimiento Retirar 100cc de SAF 0.9% de una solución de 500cc, y agregar 10 ampulas (1:1) y pasar a 50ml/hora (1gr/hora) para 24 hrs

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

El tratamiento definitivo para la preeclampsia con criterios de severidad, una vez que la paciente está estable, **es la terminación de embarazo.**

Justificación: La preeclampsia es una condición que se resuelve con la terminación del embarazo, ya que la placenta es la principal causa de la enfermedad.

Dada la edad gestacional de la paciente (35.6 semanas) y la presencia de criterios de severidad, se debe considerar la inducción del parto una vez que la paciente esté estabilizada hemodinámicamente.

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pacientes con preeclampsia y embarazo entre las 24-31 semanas de gestación.</li><li>• Pacientes con preeclampsia y embarazo entre las 32-36.6 semanas, en quienes la resolución del embarazo sea retrasada por 24-48 hrs. para administrar esquema de inductores de madurez.</li></ul>
---	--