



Caso Clínico

Zahobi Bailon Peralta.

Caso Clínico.

Tercer parcial.

Urgencias Médicas.

Dr. Jesús Alejandro Morales Pérez.

Licenciatura en Medicina Humana.

8° semestre

Comitán de Domínguez, Chiapas a 26 de mayo del 2025.

Caso clínico.

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?

36.4 SDG

2.¿Cuál es el diagnóstico en este paciente?

Preeclampsia con datos de severidad .

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

- i) Tensión arterial materna >162/96 mmHg.
- ii) Alteraciones neurológicas como los acufenos, y la visión borrosa.
- iii) edema (++) de miembros inferiores con godet de +, puede progresar a un edema agudo de pulmón.
- iv) Posterior de Plaquetopenia de 96 mil.Daño hepático con AST de 80 mg/dl y ALT de 100 mg/dl. Daño renal aguda con creatinina de 2.3 mg/dl, tira reactiva de ++ (100-300 mg/dl de proteínas en orina)

4.Menciona los Antihipertensivos y dosis para preeclampsia

1. Alfa metildopa: 1000 mg VO en el primer minuto (Preeclampsia con datos de severidad)

- preeclampsia sin datos de severidad: 250-500 mg VO 3 a 4 veces al día 750 mg 3 veces al día (dosis alta)

2. Labetalol:

- 100-200 mg VO 3 a 4 veces al día
- 300 mg 3 a 4 veces al día
- 1200 mg/día (dosis máxima)

3. Hidralazina: 5 mg IV en el primer minuto, 5-10 mg IV a los 30 min y repetir dosis cada 30 minutos en caso de ser necesario hasta completar 4 dosis.

4. Nifedipino: Preeclampsia sin datos de severidad: 10-20 mg VO 2 a 3 veces al día (dosis baja-media), 30 mg VO 2 a 3 veces al día (dosis alta) y 120 mg/día VO (dosis máxima).

5. En esta paciente, cómo indicamos el manejo anti hipertensivo? Y en caso de no mejorar como escalonas el tratamiento?

1. Nifedipino 10 mg VO Monitorizar cada 15 minutos. Si la TA persiste elevada a los 45 min, administrar 2da dosis 10 mg VO. Posterior monitorizar cada 15 minutos . Despues de otros 45 minutos y aun persiste la hipertensión se comienza manejo con hidralazina. Administrar en bolo hidralazina 20 mg IV + 20 ml de solución fisiológica. Monitorizar 2 veces en un periodo de 10 minutos .Si persiste aun la hipertensión se administrar 2da dosis de 5 mg IV en bolo. Monitorizar otra vez en 2 ocasiones la TA en un periodo de 10 minutos. Si persiste aun la hipertensión administrar 3ra dosis y ultima de 5 mg (5 ml) en bolo . Posteriormente administrar 3 dosis de hidralazina IV en bolo, y aun sigue persistiendo la hipertensión se pasa a infusión.
2. Administrar en infusión Hidralazina, con una solución fisiológica de 500 cc, se obtiene 10 ml de esta solución + 80 mg de hidralazina

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

- En mujeres con preeclampsia que presenten hipertensión grave >160/110 mmHg y proteinuria o cualquier hipertensión y síntomas neurológicos junto a la neuroproteccion fetal
- Tratamiento y prevención para mujeres con riesgo de desarrollar eclampsia.

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

- **Dosis de impregnación** 4-6 ampulas en 250 cc de solución fisiológica al 0.9% pasar en 15-20 minutos.
- **Mantenimiento:** retirar 100 cc de solución fisiológica al 0.9% de una solución de 500 cc y agregar 10 ampulas, pasando 50 ml/hr (1gr/hr) para 24 horas.
- **Impregnación:** 4-6 gramos IV en 5 minutos en 100 cc de solución fisiológica a pasar en 5 minutos.
- **Mantenimiento:** 1 gramo IV por hora (diluir 900 ml de solución fisiológica con 10 gramos de sulfato de magnesio a pasar 100 ml por hora) para 24 horas.

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

Resolución del embarazo.

- **Maternos:** Hipertensión severa, deterioro en la cuenta plaquetaria, hemolisis, deterioro de la función hepática, deterioro de la función renal, síntomas neurológicos persistentes y datos premonitorios de eclampsia.
- **Fetales:** desprendimiento prematuro de placenta normoinsera
Restricción del crecimiento intrauterino
- **. Estado fetal no viable.**