



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

CAMPUS COMITAN

LICENCIATURA EN MEDICINA HUMANA

Caso Clínico Preeclampsia

Urgencias Medicas

Wilder Bossuet Ramírez Vázquez

GRADO: 8 GRUPO: C

Dr. Jesus Alejandro Morales Perez

26 de mayo del 2025, Comitán de Domínguez Chiapas.

Caso clínico

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.

Con lo anterior responde lo siguiente:

1. ¿Cuántas semanas de gestación tiene la paciente?

Tiene 36.4 semanas de gestación (FUR: 13 de septiembre de 2024/ fecha actual: 26 de mayo de 2025)

2. ¿Cuál es el diagnóstico en este paciente?

Preeclampsia con datos de severidad por los criterios de severidad

Justificación:

- TA \geq 140/90 (Paciente con 162/96 mmHg)
- Proteína en orina positiva en tira reactiva (++)
- Cefalea persistente, acúfeno (zumbido), visión borrosa → síntomas neurológicos
- Plaquetas 70 (AST 80, ALT 100)
- Creatinina $>$ 1.1 mg/dL (Paciente con 2.3 mg/dL)
- Edema en miembros inferiores (++)
- Estos datos cumplen con criterios de severidad para preeclampsia.

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

- T/A mayor o igual 160/110 y el paciente tiene 162/96 mmHg
- Trombocitopenia plaquetas de 96,000
- Elevación de enzimas hepáticas (AST 80 IU/L y ALT 100IU/L)
- Daño Renal (creatinina 2.3 mg/Dl)
- Proteinuria significativa (++) en tira reactiva)
- Síntomas neurológicos: cefalea persistente, visión borrosa, acufenos.
- Edema de miembros inferiores (++) con godet +)

4. Menciona los Anti hipertensión y dosis para preeclampsia

- Labetalol : 200 mg VO, 10-20 mg IV, infusión IV 0.5-2.0 mg/min
- Nifedipino : 5-10 mg VO repetir cada 20 minutos máximo 30 mg
- Hidralazina: 5- 10 mg IV cada 20-30 min, máximo 30 mg
- Metildopa : 1000 mg VO no indicado en urgencias

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

A. Administrar nifedipino VO 10 mg y valorar cada 15 minutos

B. Si persiste en 45 min, dar segunda dosis VO

C. Iniciar manejo IV en caso de persistir posteriormente a 90 min de la primera dosis con hidralazina.

D. (Diluir 20 mg/20 ml de SAF) y administrar primera dosis de 5 mg/5 ml en bolo, y vigilar cada 10 minutos.

E. Dar segunda y tercera dosis si persiste posterior a 20 minutos entre dosis

F. Si persiste posterior a 3 dosis de hidralazina iniciar infusión a 5 mg/hra (retirar 4 ml en 500 cc de SAF y agregar 80 mg/4 ml de hidralazina y pasar a 30 ml/hra).

• Escalonamiento del tratamiento:

O con otra alternativo dependiendo de la 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 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)

- Esquema de Pritchard: 4-6 g IV en 250cc SAF 0.9% pasar en 15-20 min + mantenimiento: (Retirar 100cc de SAF 0.9% de solución de 500cc, agregar 10 ampulas (1:1) y pasar a 50ml/hra (1gr/hora) para 24 hrs.

- Esquema de Zuspan: 4-6 g IV carga en 5 minutos, diluido en 100ml de solución fisiológica + mantenimiento 1 g/h IV en infusión continua: (Diluir 900ml de solución fisiológica con 10g de sulfato de magnesio a pasar 100ml por hora) por 24 horas.

- Monitoreo: reflejo patelar presente, FR >12, diuresis >25 ml/h

8. Tratamiento definitivo para esta paciente, justifica tu respuesta

Debido a no tener una buena respuesta farmacológica debemos interrumpir el embarazo para dar una cura definitiva a la preeclampsia

- 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.

Bibliografías

1. Secretaría de Salud. (2021). *Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y tratamiento de la preeclampsia-eclampsia*.

<https://www.cenetec.salud.gob.mx> CENETEC.

2. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2020). *ACOG Practice Bulletin No. 222: Gestational Hypertension and Preeclampsia*. *Obstetrics & Gynecology*, 135*(6), e215–e233.

<https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003891>

3. World Health Organization. (2011). *WHO recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia*. World Health Organization.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789241548335>

4. Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., & Sheffield, J. S. (2022). *Williams Obstetrics* (26th ed.). McGraw-Hill Education.