

UNIVERSIDAD DEL SURESTE CAMPUS MEDICINA HUMANA



ALUMNA: MENDEZ GUZMAN YAJAIRA GUADALUPE

SEMESTRE: 8 GRUPO: C

TERCER PARTCIAL

TEMA: CASO CLINICO

DR. JESUS ALEJANDRO MORALES

COMITÁN DE DOMÍNGUEZ, 26 DE MAYO DEL 2025

NOMBRE: Sofía Guillén López **Edad:** 21 años **Peso:** 69 kg

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 86 lpm, FR 18 rpm, T°: 36.8 °C, SpO2 96%.

Antecedentes ginecológicos: G2 C1 (hace año y medio), A0 P0, FUR: 13 de septiembre del 2024, sin control prenatal, cesárea previa por circular de cordón. Niega otras alteraciones y no tomó ácido fólico ni vitaminas.

Exploración física:

cráneo cefálico sin alteraciones, cardiorrespiratorio sin alteraciones, abdomen globoso a expensas de útero gestante, fondo uterino 27 cm, PUVI longitudinal, cefálico, dorso a la derecha, no encajado, FCF 148 lpm, genitales normales, cuello cerrado, sin flujo o líquido. Edema ++ en MI con godet +.

Laboratorios:

BH con Hb 10, Hto 33, eritrocitos 3.1 millones, leucocitos 9mil, plaquetas 96mil. Creatinina 2.3, urea 40, glucosa 99. AST 80, ALT 100, proteínas totales 8, albúmina 4. EGO con proteínas ++. VIH/VDRL no reactivos.

USG:

35.6 sdg, peso fetal 2400 g, PUVI longitudinal cefálico, FCF 139 lpm, placenta grado II, ILA 12, sin circular de cordón.

CON LO ANTERIOR RESPONDE LO SIGUIENTE.....

1. ¿Cuántas semanas de gestación tiene la paciente?

Tiene 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 esta 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.

- TA elevada (162/96 mmHg)
- Cefalea, acúfenos, visión borrosa (síntomas neurológicos)
- Trombocitopenia ($<$ 100,000)
- Enzimas hepáticas elevadas
- Creatinina $>$ 1.1 mg/dL
- Proteinuria
- Edema en 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?

Inicio oral:

Administrar nifedipino 10 mg VO.

Monitorizar TA cada 15 minutos.

Si tras 45 minutos no hay control, repetir dosis.

Si tras 90 minutos persiste la hipertensión, iniciar tratamiento IV.

Tratamiento IV con hidralazina:

Diluir 20 mg en 20 ml.

Administrar 5 mg en bolo IV (5 ml).

Monitorizar TA cada 10 minutos.

Si no mejora:

Administrar segunda y tercera dosis de 5 mg IV cada 20 minutos.

Si sigue sin control:

Preparar infusión continua (80 mg en 500 ml) a 10 ml cada 30 min, máx. 90 ml/h (15 mg/h).

Alternativa IV: labetalol

Iniciar con 20 mg IV.

Si no hay respuesta: aplicar 40 mg, luego 80 mg cada 10 min, hasta 300 mg total.

Escalonamiento general:

Si no hay respuesta, combinar o alternar con nifedipino VO o hidralazina IV.

Meta terapéutica:

Mantener TA en 140-150/90-100 mmHg.

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

- **Preeclampsia severa** con síntomas neurológicos (cefalea, alteraciones visuales).
- **Hipertensión severa** (TA $\geq$ 160/110 mmHg).

- **Prevención de convulsiones** en preeclampsia severa.
- **Compromiso renal o trombocitopenia** (plaquetas bajas).

7. Menciona las dosis para iniciar terapia con sulfato de magnesio (actual y 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 ámpulas (1:1) y pasar a 50ml/hora (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:

- **Cesárea urgente** como interrupción del embarazo.
- Justificado por:
- **Embarazo de término** (36.4 SDG).
- **Criterios de severidad** presentes.
- **Alto riesgo materno** de eclampsia o daño orgánico.
- **Previa estabilización** con sulfato de magnesio y antihipertensivos.

Bibliografías

1. Secretaría de Salud. (2021). *Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y tratamiento de la preeclampsia-eclampsia*. [https://www.cenetec.salud.gob.mx] (https://www.cenetec.salud.gob.mx)
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.