



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE OBSTÉTRICA



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE OBSTETRICIA

**Dimensión Práctica del Examen Complexivo Previo a la Obtención del
Grado Académico de Obstetiz**

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLÍNICO

Conducta obstétrica ante eclampsia en primigesta de 15 años con embarazo de
36.3 semanas

AUTORA

Bethy Maribel Romero Cuadrado

TUTOR

Dr. Marlon Martínez Álvarez

Babahoyo- Los Ríos- Ecuador

202



INDICE

III. RESUMEN.....	6
IV. ABSTRACT	7
I. INTRODUCCION.....	8
1. MARCO TEORICO.....	9
1.1. DEFINICION.....	9
1.2. CAUSAS.....	11
1.3. ETIOLOGÍA.....	11
1.4. FISIOPATOLOGIA.....	11
1.5. DIAGNÓSTICO.....	12
1.6. TRATAMIENTO.....	13
1.6.1. TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO PARA HIPERTENSIÓN	19
1.7. JUSTIFICACIÓN	19
1.8. OBJETIVOS.....	19
• Objetivo general.....	19
1.9. Objetivos específicos.....	20
1.10. DATOS GENERALES.....	¡Error! Marcador no definido.
2. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO	21
2.1. ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA.....	21
2.2. HISTORIAL CLÍNICO DE LA PACIENTE	21
2.3. ANAMNESIS.....	22
2.4. EXPLORACIÓN FÍSICA	23
2.6. FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO	24
2.7. CONDUCTA A SEGUIR.....	24
2.8. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.....	25
2.9. SEGUIMIENTO.....	25
3. OBSERVACIONES.....	28
4. CONCLUSIONES.....	29
5. BIBLIOGRAFÍA.....	30
6. ANEXOS.....	32



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTÉTRICA





UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTÉTRICA



DEDICATORIA

Es para mí una gran satisfacción poder dedicarles de manera especial este trabajo a ellos, que con mucho esfuerzo y dedicación me lo he ganado.

A Dios y a la Virgen del Carmen quienes me supieron guiar por el buen camino, dándome fuerzas para seguir adelante y no desmayar, gracias a todas sus bendiciones he logrado concluir mi carrera, a mis padres Gonzalo Romero y Alba Cuadrado porque ellos han dado razón a mi vida, por sus consejos, su amor, su comprensión y su apoyo incondicional, todo lo que hoy soy es gracias a ellos, a toda mi FAMILIA que es lo mejor y valioso que Dios me ha dado.

Bethy Maribel Romero Cuadrado.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTÉTRICA



I. AGRADECIMIENTO

Cuando Dios te permita llegar a la cima, no lo hace para que te quedes ahí lo hace para que desde lo alto puedas ver cuál será tu siguiente meta y conquistarla, el mejor regalo que Dios ha podido darme, es la oportunidad de culminar una meta más en mi vida, por ello quiero iniciar agradeciendo en primer lugar a Dios, Él ha sido mi protector en todo momento gracias por brindarme su bendición y sabiduría durante este largo recorrido.

En segundo lugar quiero darles las gracias a mis padres Gonzalo y Alba por ser los mejores guías de mi vida, por inculcarme valores y principios, por ser el apoyo incondicional y nunca dejarme sola, no me alanzaría la vida para agradecerles.

Gracias a todos los docentes que compartieron sus conocimientos y contribuyeron en mi formación, a todos los profesionales que conocí en el internado, hicieron de este camino una linda aventura de vida.

Bethy Maribel Romero Cuadrado.



III. RESUMEN

Siendo el objetivo de este estudio conocer la conducta obstétrica ante eclampsia en primigesta de 15 años con embarazo de 36.3 semanas la metodología a realizarse fue un estudio retrospectivo y descriptivo, revisando la historia clínica de la paciente que presentó eclampsia a sus 40 semanas de gestación manteniendo una presión arterial de 145/100 mm/Hg (HTA) proteinuria tres cruces (+++), y 40 % edema, con un cuadro clínico de cefalea a nivel de región occipital, visión borrosa y vómito por 10 ocasiones, la paciente realiza convulsión tonicoclónica, recibe el tratamiento profiláctico con sulfato de magnesio y se decide cesárea de emergencia, con diagnóstico de eclampsia, la paciente no padeció hipertensión arterial (HTA) antes ni durante el embarazo. No hubo muerte materna ni perinatal. Paciente no presentó hematoma retroplacentario el recién nacido no fue de bajo peso, tuvo Apgar 7 – 8 – 9 al nacimiento. La incidencia de eclampsia aún es alta en este hospital, aunque las complicaciones maternas no son tan frecuentes y los resultados perinatales no son malos. No todos los casos pueden prevenirse con la administración de sulfato de magnesio, pero en la preeclampsia grave es una indicación indispensable.

Palabras clave: Émesis, convulsión, preeclampsia, eclampsia, hematoma retroplacentario



IV. ABSTRACT

The objective of this study being to know the obstetric behavior in the face of eclampsia in a 15-year-old primigravida with a 36.3-week pregnancy, the methodology to be carried out was a retrospective and descriptive study, reviewing the clinical history of the patient who presented eclampsia at 40 weeks of gestation, maintaining a blood pressure of 145/100 mm / Hg (HT), proteinuria three crosses (+++), and 40% edema, with a clinical picture of headache in the occipital region, blurred vision and vomiting on 10 occasions, the patient performed Tonic-clonic seizure, she received prophylactic treatment with magnesium sulfate and an emergency cesarean section was decided, with a diagnosis of eclampsia. The patient did not suffer from arterial hypertension (HT) before or during pregnancy. There was no maternal or perinatal death. Patient did not present a retroplacental hematoma, the newborn was not low weight, had Apgar 7 - 8 - 9 at birth. The incidence of eclampsia is still high in this hospital, although maternal complications are not as frequent and the perinatal results are not bad. Not all cases can be prevented with the administration of magnesium sulfate, but in severe pre-eclampsia it is an essential indication.

Key words: *Emesis, seizure, preeclampsia, eclampsia, retroplacental hematoma.*



I. INTRODUCCION

La eclampsia se define como la aparición de convulsiones o coma durante el embarazo o el puerperio inmediato, en una paciente con síntomas y/o signos de preeclampsia. Tradicionalmente se ha considerado que la incidencia de eclampsia está en relación inversa con la calidad de la atención prenatal y que la mayoría de los casos pueden evitarse con la detección temprana de la preeclampsia, ingreso temprano y profilaxis con sulfato de magnesio. (Orizondo Ansola, Rogelio, & Cairo González, Vivian., 2021)

Fue descrita hace más de 2 mil años; la falta de un manejo oportuno, conduce a eclampsia, sin embargo, la causa sigue desconocida y se asocia a problemas de salud materna-perinatal importantes. El manejo médico es ineficaz debido a la presentación tardía de la enfermedad; el problema se complica por su etiología y naturaleza impredecible, que hace necesario contar con un control efectivo de la preeclampsia y sugerir las medidas para aplicarlas en cualquier parte de la población. La preeclampsia constituye un problema de salud pública porque incide significativamente en las tasas de morbilidad y mortalidad materna perinatal a nivel mundial. (Vargas H, Víctor Manuel, Acosta A, Gustavo, & Moreno E, Mario Adán., 2012)

(E Oyarzún-Ebensperger y R.Wild-Ambroggio) señala que la incidencia de eclampsia a nivel mundial es de 1 a 2 por mil embarazos. Su frecuencia, naturalmente, disminuye en la medida que mejora el control prenatal de la población general y el control específico de la enfermedad hipertensiva. De las pacientes preeclámpsicas alrededor del 5% desarrolla eclampsia, antes de que se estableciera controles adecuados para esta enfermedad.

Los países desarrollados reportan una incidencia de eclampsia con un rango de 1 en 2000 a 3448 partos. En algunos reportes recientes hemos visto una tendencia a dar este resultado por 10000 partos, como es el caso de Zwart 5 y



otros quienes encontraron una incidencia en Holanda en el período 2006-08 de 6,2 por 10000 y Knight 6 que informa 2,7 por 10 000 en el año 2005, en el Reino Unido. En Ecuador la tasa es de 14,9 por 10 000.

Un estudio realizado por (Ariño Arias, 2013) en un hospital de la ciudad de Cuenca sostiene que la prevalencia de los trastornos hipertensivos del embarazo en el Ecuador es del 31.9% correspondiendo a Hipertensión gestacional el 50.9%; Preeclampsia 47.4% y Eclampsia 1.7%.

1. MARCO TEORICO

1.1. DEFINICION

Hipertensión Arterial en el Embarazo

Se conocen varios tipos de hipertensión en el embarazo:

La presión arterial alta que desarrolla mientras está embarazada se denomina hipertensión gestacional, varias mujeres que sufren de hipertensión gestacional suelen finalmente padecer preeclampsia. (Medlineplus, 2020)

La presión arterial alta que comienza antes de la semana 20 del embarazo o antes de quedar embarazada, es la que se conoce como hipertensión arterial crónica, varias embarazadas pueden haberla tenido antes de quedar embarazadas, pero no lo supieron hasta se valorada en su control prenatal, ciertas ocasiones la hipertensión crónica también puede terminar en preeclampsia. (Medlineplus, 2020)

Preeclampsia

Es un aumento repentino de la presión arterial después de las 20 semanas de gestación.

(Rojas Pérez 2019) La preeclampsia se clasifica como preeclampsia sin signos de gravedad y preeclampsia con signos de gravedad.



Preeclampsia no grave con aumento de la presión arterial sistólica igual o superior a 140 mm Hg y o aumento de la presión arterial diastólica igual o superior a 90 mm Hg.

La preeclampsia se caracteriza por un aumento grave de la presión arterial. Sistólica igual a o superior a 160 mm Hg. y o hipertensión diastólica igual o superior a 110 mm Hg asociada a proteinuria o también puede diagnosticarse como hipertensión de cualquier grado con o sin proteinuria pero asociada al órgano diana.

Eclampsia

Tradicionalmente se ha considerado que la incidencia de eclampsia está en relación inversa con la calidad de la atención prenatal y que la mayoría de los casos pueden evitarse con la detección temprana de la preeclampsia, ingreso temprano y profilaxis con sulfato de magnesio. (Orizondo Ansola, Rogelio, & Cairo González, Vivian., 2021)

Cuando la enfermedad hipertensiva del embarazo se manifiesta de manera más severa y grave corresponde al cuadro convulsivo o comatoso y se denomina eclampsia, el término eclampsia viene del latín y significa, resplandor o brillantez súbita, lo que hace relación con lo repentino del cuadro clínico. (E Oyarzún-Ebensperger y R.Wild-Ambroggio)

Síndrome de Hellp

El síndrome HELLP se caracteriza por hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y trombocitopenia. Esta es una complicación grave de la preeclampsia. La preeclampsia grave y el síndrome HELLP pueden estar asociados con una disfunción hepática grave que incluye ataque cardíaco hemorragia y ruptura del hígado. (Rojas Pérez 2019)

Por consiguiente, es necesario un enfoque diagnóstico más intensivo una vez que faltan otros signos y indicios que corroboren el diagnóstico de preeclampsia con signos de gravedad. (Rojas Pérez, 2019)



1.2. CAUSAS

La presencia de factores de riesgo clínicos y patológicos maternos preexistentes aumenta la probabilidad de que una mujer embarazada desarrolle preeclampsia los principales factores se encuentran la hipertensión arterial crónica insuficiencia renal enfermedades autoinmunes como el lupus eritematoso tromboflebitis síndrome de anticuerpos antifosfolípidos obesidad resistencia a la insulina diabetes y antecedentes de preeclampsia o cualquier trastorno hipertensivo en un embarazo anterior especialmente si ocurrió antes de las 34 semanas de gestación. (Rojas Pérez 2019)

1.3. ETIOLOGÍA

El sustrato genético y las alteraciones inmunológicas participan en la formación de un síndrome Inflamatorio y metabólico caracterizado por lesión endotelial como centro fisiopatológico que se evidencia clínicamente en la forma de hipertensión, proteinuria, alteraciones de la coagulación e hipoperfusión tisular generalizada, que puede conducir finalmente a la disfunción orgánica múltiple y eventualmente a la muerte materna y/o perinatal, se ha constituido en un punto de confluencia entre las diversas teorías que pretenden explicar su etiopatogenia. (ROMAN, 2014)

1.4. FISIOPATOLOGIA

La fisiopatología es compleja y está sujeta a investigación por décadas; no sólo depende de las condiciones periconcepcionales, del feto y del genotipo placentario, sino también de la pareja paterna y de la capacidad del sistema inmune materno para tratar con el embarazo, así como de



factores genéticos. Es el resultado insuficiente de la función placentaria combinado con liberación de factores placentarios dentro de la circulación materna más una exagerada respuesta inflamatoria que causa una disfunción endotelial generalizada, activación de leucocitos, del complemento y aglutinación.

1.5. DIAGNÓSTICO

El criterio para hacer el diagnóstico de eclampsia es la aparición de convulsiones en una embarazada que muestre preeclampsia después de la vigésima semana de la gestación o durante las primeras 48 horas después del parto. Se debe estar atento a la aparición de cefalea, visión borrosa, fotofobia, dolor epigástrico o en el cuadrante superior derecho del abdomen y aturdimientos, mareos o desmayos. La evolución de la eclampsia puede ser gradual, pero el inicio real de las convulsiones generalizadas puede ser repentino y constituir una urgencia gravísima de tipo médico.

Debe realizarse con disfunciones renales, puede confundirse si cursa sola o principalmente con proteinuria; hipertensión crónica, aquella que empieza antes del embarazo o la hipertensión del embarazo que no presentó signos de preeclampsia o persiste después de 12 semanas post parto; enfermedades neurológicas asociadas con edema cerebral; patologías cardiopulmonares, y más con otras causas de alteraciones enzimáticas como el hígado graso del embarazo, hepatitis viral y colestasis; trombocitopenia debida a purpura trombocitopénica trombótica (PTT), la que se caracteriza por presentar temperatura alta, hemólisis intravascular, falla renal, trombocitopenia y alteraciones neurológicas; lupus eritematoso sistémico, que se diferencia por marcadores serológicos.



1.6. TRATAMIENTO

La preeclampsia con signos de gravedad generalmente se considera una indicación para terminar del embarazo. Ya que disminuye el riesgo de desarrollar complicaciones maternas y/o fetales graves.

Cuando la preeclampsia ocurre sin signos graves, el parto debe realizarse después de las 37 semanas de gestación. La preeclampsia, la eclampsia y el síndrome HELLP no son una indicación para el parto por cesárea por sí mismos, y con una buena pelvis, un feto sano y condiciones obstétricas favorables, es posible el parto vaginal. (ER Norwitz, 2021)

Independientemente de la edad gestacional, si hay hipertensión grave, es decir, PAS igual o superior a 160 mm Hg y / o PAD igual o superior a 110 mm Hg que no se puede controlar, disfunción grave de órganos diana de la madre o pruebas que determinen la salud del feto, el embarazo debe interrumpirse (ER Norwitz, 2021)

El Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos recomienda que si una mujer embarazada tiene preeclampsia sin signos graves, se puede iniciar el tratamiento ambulatorio de la paciente siempre que la paciente esté completamente informada y seguida. medición de la presión, ultrasonido y estudios de laboratorio (recuento de plaquetas, creatinina sérica, enzimas hepáticas). (ER Norwitz, 2021)

En pacientes con preeclampsia, no se recomienda el reposo estricto en cama porque no hay evidencia de que mejore los resultados del embarazo o retrase la progresión de la enfermedad. Además, el reposo estricto en cama en mujeres embarazadas se asocia con un mayor riesgo de trombosis venosa ".(ER Norwitz, 2021)



Las mujeres con hipertensión gestacional con presión arterial grave (presión arterial sistólica igual o superior a 160 mm Hg y o presión arterial diastólica igual o superior a 110 mm Hg) deen ser tratadas como si tuvieran preeclampsia con síntomas graves y deerían Se le ofrecerá sulfato de magnesio y otros regímenes utilizados en esta categoría de pacientes.

En ausencia de fetos prematuros con preeclampsia grave se puede realizar un tratamiento conservador ya que puede mejorar los resultados perinatales pero se recomienda una monitorización materno-fetal frecuente. (Ministerio de Salud Pública, 2016)

Para ebmarazos de 2 a 3 semanas con 6 días de preeclampsia se deben usar glucocorticoides para la maduración pulmonar fetal. La dosis recomendada de corticoides es betametasona 12 mg IM cada 2 horas para 2 dosis o dexametasona 6 mg IM cada 12 horas para dosis.(Ministerio de Salud Pública, 2016)

Si hay una alta probabilidad de parto fetal entre las 2 y 3 semanas con 6 días en menos de 2 horas, se pueden usar Betametasona o Dexametasona 12 mg IM cada 12 horas en 2 dosis. (Ministerio de Salud Pública, 2016)

Si hay una alta probabilidad de parto fetal entre las 2 y 3 semanas con 6 días en menos de 2 horas, se pueden usar Betametasona o Dexametasona 12 mg IM cada 12 horas en 2 dosis. (Ministerio de Salud Pública, 2016)

Se puede considerar el uso de betametasona o dexametasona en mujeres entre las 3 y 36 semanas de gestación que tienen riesgo de parto prematuro en los próximos 7 días y que no han recibido tratamiento prenatal con corticosteroides. Se debe considerar un ciclo de corticosteroides prenatales en mujeres que tienen menos de 3 semanas de embarazo y que están en riesgo de parto prematuro en los próximos 7 días y que han recibido tratamiento con corticosteroides prenatales más de 1 semanas antes en los últimos días. Se



puede usar un ciclo de corticosteroides 7 días después de recibir el ciclo anterior, si así lo indica una nueva amenaza de trabajo de parto prematuro.

Se considera emergencia hipertensiva cuando la presión arterial sistólica es igual o superior a 160 mmHg. y / o presión arterial diastólica igual o superior a 110 mmHg. En este caso, se deben usar fármacos antihipertensivos para reducir el riesgo de eventos cerebrovasculares y cardiovasculares como encefalopatía, hemorragia cerebral, insuficiencia cardíaca congestiva y muerte fetal y materna. (Ministerio de Salud Pública, 2016)

En caso de una crisis hipertensiva se deben utilizar agentes antihipertensivos como la nifedipina de acción rápida y el laetalol intravenoso como agentes seguros y de primera línea para el manejo de este tipo de pacientes durante el embarazo. La evidencia sugiere que la nifedipina controla la hipertensión con mayor rapidez y eficacia que el laetalol. "(Ministerio de Salud Pública 2016)

La nifedipina oral y el labetalol intravenoso son igualmente efectivos y tienen menos efectos secundarios que otros agentes antihipertensivos.

Otro agente antihipertensivo utilizado en emergencias hipertensivas es la hidralazina que ha demostrado ser más eficaz que el laetalol para reducir la persistencia de la hipertensión grave. Sin embargo la hidralazina no superó la actividad de la nifedipina .

En emergencias hipertensivas se administra nifedipina 10 mg por vía oral cada 20 o 30 minutos con una dosis máxima de 60 mg luego se puede continuar de 10 a 20 mg cada 6 horas con un dosis máxima de 120 mg en 2 horas.



El labetalol se inicia con 20 mg por vía intravenosa durante 2 minutos luego con 10 minutos de diferencia en dosis de 20 a 80 mg hasta una dosis total acumulativa máxima de 300 mg.

La hidralazina se inicia con una dosis de 5 mg por vía intravenosa si la hipertensión no mejora se puede administrar otra dosis de 5 a 10 mg cada 20 a 30 minutos en infusión intravenosa. es decir de 05 a 10 mg por vía intravenosa cada hora la dosis máxima utilizada es de 20 mg por vía intravenosa o 30 mg por vía intramuscular. (Ministerio de Salud Pública, 2016)

Una de las complicaciones de la preeclampsia es la aparición de convulsiones el fármaco de primera elección para prevenirlas en la preeclampsia: la eclampsia y la hipertensión gestacional grave es el sulfato de magnesio. (ER Norwitz, 2021) (Ministerio de Salud Pública, 2016)

Por lo tanto, el sulfato de magnesio debe usarse en estas condiciones como medicamento de primera línea para prevenir las convulsiones. El mecanismo de acción del sulfato de magnesio probablemente sea fundamental. Aumenta el umbral convulsivo actuando sobre el receptor NMetil DAspartato (NMDA), estabiliza las membranas actuando como bloqueador de los canales de calcio en el sistema nervioso central, también reduce la liberación de acetilcolina en las terminaciones nerviosas motoras, promueve la dilatación vascular cerebral dependiente del calcio, reduce la lesión cerebral. (ER Norwitz, 2021) (Ministerio de Salud Pública, 2016)

Por lo tanto para todas las mujeres con preeclampsia eclampsia e hipertensión gestacional grave se debe usar sulfato de magnesio para prevenir

También debe utilizarse en estos casos durante el parto, la cesárea y el posparto; (Secretaría de Salud Pública, 2016) y mantenida hasta las 2 horas posparto, después de la cesárea o 2 horas después del último episodio crítico. (Ministerio de Salud Pública, 2016)



La dosis de sulfato de magnesio en la preeclampsia es de 4 g por vía intravenosa durante 20 minutos como dosis de impregnación seguida de 1 g hora como infusión continua como dosis de mantenimiento". (Ministerio de Salud Pública, 2016).

Se recomienda la siguiente dilución como protocolo: impregnación: preparar una solución de 2 ampollas de sulfato de magnesio al 20 % (4 g), más 80 cc de solución salina, y pasar a 300 ml/hora en bomba de infusión o 100 gotas/minuto con equipo de venoclisis en 20 minutos.

“El mantenimiento: colocar 5 ampollas de sulfato de magnesio al 20 % (10 g), más 450 cc de solución salina, pasar a 50 mL/hora en bomba de infusión o 17 gotas /minuto con equipo de venoclisis (1 g/hora)”.

“Para pacientes con eclampsia la dosis del sulfato de magnesio es de 6 g intravenoso en 20 minutos como dosis de impregnación, seguido de 2 g/hora en venoclisis continua como dosis de mantenimiento”. (Ministerio de Salud Pública, 2016)

“El mantenimiento: colocar 100 mL de sulfato de magnesio al 20 % (20 g), más 400 mL de solución isotónica, y pasar a 50 mL/hora en bomba de infusión o 17 gotas /minuto con equipo de venoclisis (2 g/hora)”. (Ministerio de Salud Pública, 2016)

“Puede presentar pérdida de los reflejos tendinosos profundos con valores entre 7 y 10 mEq / L (8,5 a 12 mg/dL), parálisis respiratoria entre 10 y 13 mEq/L (12 a 16 mg/dL), alteración de la conducción cardíaca con valores mayores de 15 mEq/L (mayores de 18 mg/dL), y el paro cardíaco puede presentarse con valores mayores de 25 mEq/L (mayor de 30 mg/dL)”. (ER Norwitz, 2021)

“Si existen signos clínicos de toxicidad, la dosis de mantenimiento debe suspenderse, y realizarse la cuantificación del nivel de magnesio en sangre.



Con valores mayores de 8 mEq / L (9.6 mg/dL), se debe determinar los niveles de magnesio cada dos horas. La infusión se puede reiniciar con una dosis más baja cuando el nivel sérico es menor de 7 mEq / L (8.4 mg/dL)". (ER Norwitz, 2021)

“La dosis de mantenimiento del sulfato de magnesio solo se debe administrar si existe reflejo rotuliano presente (la primera manifestación de hipermagnesemia sintomática es la pérdida de los reflejos), la frecuencia respiratoria igual o mayor de 12 respiraciones por minuto y diuresis por lo menos de 100 ml durante cuatro horas”. (ER Norwitz, 2021)

“La dosis de mantenimiento debe ajustarse en mujeres con insuficiencia renal. Debe mantenerse a 1 g / hora si la creatinina sérica es mayor de 1.2 y menor de 2.5 mg/dL y no se debe administrarse la dosis de mantenimiento si la creatinina sérica es igual o mayor de 2.5 mg/dL”. (ER Norwitz, 2021)

“Estos signos pueden ser la pérdida de los reflejos tendinosos profundos, frecuencia respiratoria menor de 12 respiraciones por minuto, y diuresis menor de 100 ml durante 4 horas previas”. (ER Norwitz, 2021) (Ministerio de Salud Pública, 2016)

“No se debe administrar más de 8 g del sulfato de magnesio en total como dosis de impregnación, incluidos los bolos adicionales en caso de persistencia de convulsiones”. (Ministerio de Salud Pública, 2016)

El antídoto para los signos de toxicidad por sulfato de magnesio es el gluconato de calcio. En casos de insuficiencia respiratoria se administra 1 g de gluconato de calcio por vía intravenosa durante 2 a 5 minutos a partir de una solución al 10%. (ER Norwitz, 2021)

En caso de paro cardíaco o cardiotoxicidad grave se administran de 15 a 3 g de gluconato de calcio por vía intravenosa durante 2 a 5 minutos en una



solución al 10%. La furosemida también debe administrarse simultáneamente por vía intravenosa ya que aumenta la tasa de excreción urinaria de magnesio.. (ER Norwitz, 2021)

1.6.1. TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO PARA HIPERTENSIÓN

- Dieta hiposódica
- Hidratación adecuada por vía oral
- Control de score mamá habitualmente 3 días
- Actividad física moderada, 150 minutos por semana

1.7. JUSTIFICACIÓN

Se realiza este análisis de un caso de eclampsia en primigesta de 15 años para dar a conocer la conducta obstétrica a seguir para disminuir la morbimortalidad materna como bien lo indica el objetivo de desarrollo sostenible en el Plan del Buen Vivir.

Para poder identificar los factores de riesgo determinantes en la aparición de preeclampsia y eclampsia de una paciente primigesta de 15 años embarazada con 40 semanas, cuyo plan a ejecutarse fue la cesárea de emergencia luego de estabilizarla se deriva a un nivel de mayor.

Ya que se contaba con los datos clínicos de la paciente se pudo realizar un análisis descriptivo, retrospectivo y longitudinal al investigar la historia clínica de la paciente de 15 años que ingresó a la emergencia obstétrica del Hospital León Becerra del cantón Milagro.

1.8. OBJETIVOS

- **Objetivo general**



- Conocer la conducta obstétrica ante eclampsia en primigesta de 15 años con embarazo de 36.3 semanas

1.9. Objetivos específicos

- Identificar las causas y factores de riesgo de la eclampsia en embarazadas.
- Analizar los tipos de diagnósticos que existen para este tipo de patología.
- Conocer datos fundamentales de la eclampsia en la historia tanto social y natural de esta enfermedad.

1.10. DATOS GENERALES

Nombres completos: XXX	Sexo: Femenino
Cédula de identificación: XXXXXXXXXXXX	Edad: 15 años
Fecha de nacimiento: 10/04/2006	Estado civil: Soltera
Nacionalidad: Ecuatoriana	Ocupación: Ama De Casa
Nivel de estudio: Primaria	Raza: Mestiza
Dirección: Recinto Villa Nueva Naranjal	Religión: Católica
Nivel sociocultural/económico: bajo	Hospital: León Becerra
Fecha de ingreso: 22/08/2020	FUM: 14/11/2019



Elaborado por: Bethy Romero

Fuente: Historia Clínica de la Paciente

2. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

2.1. ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de 15 años de edad, con embarazo de 40.1 semanas de gestación por fecha de última menstruación 14/11/2019, paciente que es referida desde hospital básico de Naranjal, llega en ambulancia de la misma institución con diagnóstico de preeclampsia severa, llega con dosis de impregnación de sulfato de magnesio y al momento con su dosis de mantenimiento de sulfato de magnesio, score mama 5, acude a consulta por emergencia con cuadro clínico de más o menos 14 horas de evolución que se caracteriza por cefalea de gran intensidad a nivel occipital más vómitos en cantidad de 10 veces consecutivas, líquida en poca cantidad más visión borrosa, más dolor retroocular, refiere 5 controles prenatales en Centro de Salud Villanueva, presenta primer ecografía del 04/01/2021 que reporta embarazo de 6.3 traspolado a la fecha de ingreso 36.3 semanas de gestación, monitoreo fetal categoría 1 con frecuencia cardiaca fetal(LCF) de 150 latidos por minuto (LTD), signos vitales estables, score mamá 5.

2.2. HISTORIAL CLÍNICO DE LA PACIENTE

Antecedentes patológicos personales	no refiere
Antecedentes patológicos familiares	no refiere



Antecedentes quirúrgicos	no refiere
Alergias	no refiere
Hábitos	Ninguno
Antecedentes Gineco-Obstetricos	
Menarquia	12 años
Ciclos Menstruales:	30 X 3 días
Inicio de vida sexual:	14 años
Planificación Familiar:	Ninguna
Parejas sexuales:	1
Gestas:	0
Partos:	0
Cesáreas:	0
Abortos:	0
PIG:	No aplica
FUM:	14/11/2019
Controles prenatales del embarazo actual:	5
Ecografías:	1
Edad gestacional:	40.1 semanas por FUM y 36.3 por eco
Papanicolaou:	Ninguno

Elaborado por: Bethy Romero

Fuente: Historia Clínica de la Paciente

2.3. ANAMNESIS

Paciente de 15 años de edad que cursa embarazo de 40.1 semanas de gestación por fecha de última menstruación (14/11/2020), antecedentes



obstétricos: gestas 0, partos 0, cesárea 0, período intergenésico 0, antecedentes patológicos personales no refiere, acude a emergencia referida en ambulancia desde hospital básico de Naranjal por presentar cuadro clínico de 14 horas de evolución caracterizado por por cefalea de gran intensidad a nivel occipital más vómitos en cantidad de 10 veces consecutivas, líquida en poca cantidad más visión borrosa, más dolor retro ocular,, a la ecografía, presenta primer ecografía del 04/01/2021 que reporta embarazo de 6.3 traspolado a la fecha de ingreso 36.3 semanas de gestación, latido cardíaco fetal (FCF), 150 latidos por minuto, no dolor pélvico, no se evidencia líquido, sangre transvaginal, micción normal, score mama 5.

2.4. EXPLORACIÓN FÍSICA

- Normocéfalo, conjuntivas pálidas, vías aéreas libres, pabellón auditivo sin anomalía, mucosas orales húmedas y normocoloreadas.
- Cuello: sin adenopatías.
- Tórax: simétrico, ruidos cardíacos rítmicos presentes, campos pulmonares ventilados no estertores.
- Abdomen globuloso compatible con útero gestante.
- Genitales: al tacto vaginal cérvix 1 cm de dilatación, borramiento de 10%, membranas íntegras, plano alto.
- Extremidades simétricas, no edema de miembros inferiores.



2.5. FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO

- **Diagnóstico presuntivo**

Preeclampsia severa

- **Diagnóstico diferencial**

- Lupus eritematoso sistémico
- Hígado graso agudo del embarazo.
- Púrpura trombocitopénica trombótica
- Síndrome urémico o trombocitopenia inducida por heparina.

2.6. CONDUCTA A SEGUIR

Paciente de 15 años con embarazo de 40.1 semanas de gestación por fecha de última menstruación, que acude a consulta por emergencia referida, presentando cuadro clínico de 14 horas de evolución caracterizado por cefalea de gran intensidad a nivel occipital, vómitos 10 episodios consecutivos, liquido en cantidad leve, visión borrosa, dolor retroocular, sin actividad uterina, se realiza valoración Gineco Obstétrica y se decide ingreso de paciente para mantener controlada su hemodinamia, con la siguiente indicación:

- Control de signos vitales
- Rastreo ecográfico
- Monitoreo fetal cada 2 horas
- Exámenes de laboratorio: hemograma completo, tp, tpt, plaquetas, tgo, tgp, glucosa en ayunas,
- Control de diuresis
- Dieta 0



- Dosis de mantenimiento con sulfato de magnesio
- Revaloración en 2 horas

2.7. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA, CONSIDERANDO VALORES NORMALES

Cuando se diagnostica esta patología se requiere de varias especialidades y no solo de ginecología u obstetricia, por eso cabe destacar la colaboración del personal de otras especialidades en el seguimiento. Debemos mencionar que las gestaciones y las gestantes son lo primordial para el personal de salud en obstétrica y ginecología, el mejorar el seguimiento y control por parte del personal en visitas domiciliarias, y un adecuado control prenatal mejoraría los índices de Hipertensión arterial severa con sus respectivas complicaciones preeclampsia y eclampsia en el embarazo.

2.8. SEGUIMIENTO.

La paciente ingresa a observación el 22/08/2020

NOTAS DE GUARDIA	PRESCRIPCIÓN MÉDICA	INDICACIONES SEGÚN GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA
<p>Nota De Evolución:</p> <p>Paciente de 15 años de edad que cursa embarazo de 40.1 semanas de gestación por fecha de última menstruación (14/11/2020) y 36.3 por primera ecografía del 04/01/2021</p> <ul style="list-style-type: none">• Antecedentes obstétricos: -Gestas 0	<p>Medidas Generales:</p> <ul style="list-style-type: none">• Control de signos vitales• Rastreo ecográfico• Exámenes de laboratorio: hemograma	<ul style="list-style-type: none">• Monitoreo fetal cada 2 horas• Hidratación adecuada• Dieta 0



<p>-Partos 0 -Cesárea 0 -Período intergenésico 0</p> <ul style="list-style-type: none">• Antecedentes patológicos personales: no refiere• Antecedentes patológicos familiares: no refiere. <p>Cuadro Clínico Acude a emergencia referida en ambulancia desde hospital básico de Naranjal por presentar cuadro clínico de 14 horas de evolución caracterizado por cefalea de gran intensidad a nivel occipital acompañada de vómitos en cantidad de 10 veces consecutivas, líquida en poca cantidad más visión borrosa, más dolor retroocular, a la ecografía, presenta primer ecografía del 04/01/2021 que reporta embarazo de 6.3 traspulado a la fecha de ingreso 36.3 semanas de gestación, latido cardíaco fetal (FCF), 150 latidos por minuto, no dolor pélvico, no se evidencia líquido, sangre transvaginal, micción normal, score mama 5. Llega con dosis de impregnación de sulfato de magnesio</p>	<p>completo, tp, tpt, plaquetas, tgo, tgp, glucosa en ayunas,</p> <ul style="list-style-type: none">•Control de diuresis•Revaloración en 2 horas	
--	---	--

Fecha: el 22/08/2020

NOTAS DE GUARDIA	PRESCRIPCIÓN MÉDICA	INDICACIONES SEGÚN GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA
-------------------------	----------------------------	---



<p>Nota De Evolución:</p> <p>Paciente de 15 años de edad que cursa embarazo de 40.1 semanas de gestación por fecha de última menstruación (14/11/2020) y 36.3 por primera ecografía del 04/01/2021</p> <ul style="list-style-type: none">• Antecedentes obstétricos:<ul style="list-style-type: none">-Gestas 0-Partos 0-Cesárea 0-Período intergenésico 0• Antecedentes patológicos personales: no refiere• Antecedentes patológicos familiares: no refiere. <p>Cuadro Clínico</p> <p>Paciente femenino de 15 años, al momento refiere dolor de tipo contráctil con pérdida de tapón mucoso, vómito bilioso en cantidad de 3 eventos consecutivos más cefalea en moderada intensidad más visión borrosa, score mamá 6, monitoreo fetal evidencia rtcg: reactivo con buena variabilidad con actividad uterina 3/10.</p> <p>Se comunica a ginecólogo que indica dosis de mantenimiento con sulfato de magnesio.</p> <p>Al momento paciente realiza evento de convulsión tonicoclónica a las 01H00 am</p> <ul style="list-style-type: none">• Plan: Cesárea	<p>Medidas Generales:</p> <ul style="list-style-type: none">• Activación clave azul• Control de signos vitales• Rastreo ecográfico• Monitoreo fetal cada 2 horas• Exámenes de laboratorio:<ul style="list-style-type: none">hemograma completo,tp, tpt,plaquetas, tgo, tgp,glucosa en ayunas,•Control de diuresis•Dieta 0•Dosis de impregnación y mantenimiento con sulfato de magnesio•Revaloración en 2 horas	<ul style="list-style-type: none">• Dosis de impregnación y mantenimiento con sulfato:• Impregnación:<ul style="list-style-type: none">• 2 ampollas de sulfato de magnesio mas 80 cc de solución salina pasar en 20 minutos.• Mantenimiento:<ul style="list-style-type: none">• 5 ampollas de sulfato de magnesio mas 450 cc de solución salina pasar a 17 gotas por minuto.
---	--	---



Paciente que pasa a sala de hospitalización el 23/08/2020

NOTAS DE GUARDIA	PRESCRIPCIÓN MÉDICA	INDICACIONES SEGÚN GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA
<p>Nota De Evolución:</p> <p>Paciente con 30 horas de hospitalización con dx embarazo a término 40 semanas, preeclampsia severa con cupo en maternidad de tercer nivel Paulson , pasó a quirófano para realizarle cesárea de emergencia. Paciente que egresa de quirófano posterior a cesárea segmentaria primaria de emergencia, se obtiene producto único vivo, sexo femenino, liquido amniótico teñido ++, alumbramiento manual, placenta y membranas completas. Diuresis normal Plan: REFERIR</p>	<p>Medidas Generales:</p> <ul style="list-style-type: none">• Control de signos vitales cada 15 minutos• Matep• Control de diuresis	<ul style="list-style-type: none">• Referencia a tercer nivel(ya tiene cupo)• Dosis de mantenimiento con sulfato de magnesio• Cloruro de sodio, 1000 cc, 9%, IV, 30 GOTAS POR MINUTO

3. OBSERVACIONES

Adicionalmente Sibai y Douglas y col., coinciden que la mayoría de los casos de eclampsia en estas series se desarrollan en pacientes hospitalizadas, y algunas de estas pacientes que desarrollaron convulsiones no presentaron los signos y síntomas clásicos. , Kidanto y col. (18) Begun y col. y Valarino y col.

La incidencia de eclampsia es variable, así lo evidencian publicaciones previas como Sibai , Norwitz y col., Rugarn y col.



Esta variabilidad de resultados puede ser debida a las diferencias geográficas y socioeconómicas de las diversas poblaciones estudiadas: Venezuela, Estados Unidos, Suecia Tanzania o Bangladesh, así como el patrón de referencia utilizado para los criterios diagnósticos, el acceso a los hospitales, los recursos institucionales y el control prenatal.

La baja incidencia de eclampsia en países desarrollados está probablemente relacionada con la prevención de casos de eclampsia en mujeres con una presentación clásica de preeclampsia y su progresión a un estado leve a severo. Como resultado, la mayoría de los casos descritos en las series publicadas en Estados Unidos y Europa han sido aquellos que tuvieron presentación típica: desarrollo de convulsiones aún recibiendo sulfato de magnesio, con presencia de convulsiones después de 48 horas posparto . Otros autores como Gutiérrez y col.

4. CONCLUSIONES

La preeclampsia grave y el síndrome HELLP pueden estar asociados con una disfunción hepática grave que incluye ataque cardíaco hemorragia y ruptura del hígado. Un dolor de cabeza de aparición reciente que no ha respondido al paracetamol y no se explica por otros diagnósticos es muy probablemente sintomático de preeclampsia grave.

Esto es necesario porque se sabe que existe un número creciente de preeclampsia en el mundo preeclampsia que complica embarazos debido a la creciente práctica de inseminación asistida y en general en mujeres con infertilidad y sobre los riesgos de una larga vida.

El manejo de la fijación prenatal es importante además del hecho de que las disposiciones de las guías de práctica clínica del Departamento de Salud Pública son importantes porque la hipertensión gestacional es una de las principales complicaciones directamente relacionadas con la madre. Se conocen los diferentes componentes que influyen en el desarrollo de esta



enfermedad por ello el control de una mujer embarazada debe ser casi perfecto hay que probarlo para obtener un diagnóstico definitivo.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Ariño Arias, R. C. (2013). *Prevalencia de trastornos hipertensivos del embarazo y estresores psicosociales asociados, en el Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca-Ecuador 2012*. Universidad de Cuenca, Cuenca. Obtenido de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/4009>
- Cruz Hernández, Jeddú, Hernández García, Pilar, Yanes Quesada, Marelys, Rimbao Torres, Gertrudys, Lang Prieto, Jacinto, & Márquez Guillén, Antonio. (JULIO de 2008). Macrosomía neonatal en el embarazo complicado con diabetes. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000300006&lng=es&tlng=es.
- Dreamstime. (2020). Siluetas de vista frontal y posterior del hombre. Cuerpo humano del vector . *Siluetas de vista frontal y posterior del hombre. Cuerpo humano del vector* . Obtenido de <https://es.dreamstime.com/siluetas-de-vista-frontal-y-posterior-del-hombre-cuerpo-humano-vector-image156621965>
- E Oyarzún-Ebensperger y R.Wild-Ambroggio. (s.f.). Eclampsia. *Ars Médica*, 16(2), 7. Obtenido de [file:///C:/Users/murillo/AppData/Local/Temp/765-Documento%20principal%20\(texto\)-2618-1-10-20170504.pdf](file:///C:/Users/murillo/AppData/Local/Temp/765-Documento%20principal%20(texto)-2618-1-10-20170504.pdf)
- ER Norwitz. (2021). Preeclampsia: Management and prognosis. Obtenido de https://www.uptodate.com/contents/preeclampsia-management-and-prognosis?search=preeclampsia&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
- Hospital Clínic, H. S. (2018). *MACROSOMÍA*. Obtenido de <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-fetal/macrosomia.pdf>
- Hospital Clínic, Hospital Sant Joan de Déu & Universitat de Barcelona. (30 de JUNIO de 2018). PROTOCOLO MACROSOMÍA. *MACROSOMIA*. BARCELONA, ESPAÑA. Obtenido de <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-fetal/macrosomia.pdf>
- Mayo Clinic. (29 de MAYO de 2020). *MACROSOMIA FETAL*. ESPAÑA. Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/fetal-macrosomia/symptoms-causes/syc-20372579>



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTÉTRICA



- Medlineplus. (2020). *Presión arterial alta en el embarazo*. Biblioteca Nacional de Medicina de los EE. UU. Obtenido de <https://medlineplus.gov/spanish/highbloodpressureinpregnancy.html>
- Ministerio de Salud Pública. (2016). *Trastornos Hipertensivos del Embarazo. Guía de Práctica Clínica*. Obtenido de www.salud.gob.ec
- Orizondo Ansola, Rogelio, & Cairo González, Vivian. (Septiembre de 2021). Eclampsia en Santa Clara. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 7. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2009000300005&lng=es&tlng=pt.
- Pérez, O. S. (2021). Diabetes mellitus gestacional. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*. Obtenido de Pérez, Omidres, Saba, Tony, Padrón, Miguel A, & Molina V, Rafael. (2012). Diabetes mellitus gestacional. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*<http://ve.scielo.org/scielo.php?script=s>
- Pérez, Omidres, Saba, Tony, Padrón, Miguel A, & Molina V, Rafael. (2012). Diabetes mellitus gestacional. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*.
- Rojas Pérez, L. A. (2019). Preeclampsia - eclampsia diagnóstico y tratamiento. *Revista Eugenio Espejo*. Obtenido de <https://doi.org/10.37135/ee.004.07.09>
- ROMAN, A. C. (2014). PREVALENCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON.
- Salud., O. P. (2020). Diabetes. Obtenido de <https://www.paho.org/es/temas/diabetes>
- Slideshare. (2017). *Slideshare*. Obtenido de <https://www.slideshare.net/danitzaaaa/macrosomia-fetal>
- Vargas H, Víctor Manuel, Acosta A, Gustavo, & Moreno E, Mario Adán. (2012). La preeclampsia un problema de salud pública mundial. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 77(6). Obtenido de <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262012000600013>



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTÉTRICA



6. ANEXOS

Médico: Fuentes Paz Elsa Patricia Unidad Médica: HGLBC

Detalle de Resultados

Bioquímica		Resultado	Unidad	Rangos Ref.	Comentarios
BIOQUÍMICA:					
GLUCOSA		167.4	mg/dl	70 - 110	
CREATININA		0.76	mg/dl	0.5 - 0.9	
ACIDO URICO		6.89	mg/dl	2.6 - 6	
TGO		23.2	UL37G	40	
TGP		49.4	UL37G	40	
PROTEINAS:					
PROTEINAS TOTALES		6.45	g/dl	PACIENTE AMBULATORIO 6.4 - 8.3 g/dL PACIENTE EN REPOSO 6.0 - 7.8 g/dL	
ALBUMINAS			g/dl	0 - 0	
GLOBULINAS			g/dl	0 - 0	
Hemostasia					
Examen	Resultado	Unidad	Rangos Ref.	Comentarios	
TIEMPOS					
TPT	24.50	Seg.CentSeg	22.7 - 32		
TP	12.0	Seg.CentSeg	10 - 14		
RIN	0.98	-	-		
TIPO DE SANGRE					
GRUPO SANGUINEO	O	-	-		
FACTOR RH	POSITIVO	-	-		

Usuario Valida: LCDA SARA ELIZABETH MOROCHO SAGUAY

Hematología		Resultado	Unidad	Rangos Ref.
Examen				
HEMOGRAMA:				
LEUCOCITOS		14.30	x 10 ⁹ /μL	4 - 10
BASOFILOS#		0.01	10 ³ /uL	-
BASOFILOS %		0.1	%	HASTA - 2
NEUTROFILOS#		12.54	10 ³ /uL	-
NEUTROFILOS %		87.7	%	40 - 70
EOSINOFILOS#		0	10 ³ /uL	-
EOSINOFILOS %		0	%	HASTA - 5
LINFOCITOS#		1.40	10 ³ /uL	-
LINFOCITOS %		9.8	%	25 - 50
MONOCITOS#		0.35	10 ³ /uL	-
MONOCITOS %		2.4	%	HASTA - 12
HEMATIES		4.78	mm ³ /μL	3.5 - 5.5
HEMOGLOBINA		12.70	g/dl	9.5 - 16
HEMATOCRITO		39.7	%	36 - 47
MCV		83.0	fL	80 - 98
MCH		26.5	pg	27 - 32
MCHC		32.0	%	31 - 36
RDW - CV		14.1	%	11.5 - 14.5
RDW - SD		41.3	fL	-
PLAQUETAS		229	mm ³ /μL	150 - 450
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO		10.1	fL	7.4 - 10.4
PDW		16.30	-	-
PCT		0.23	-	-

Usuario Valida: LCDA SARA ELIZABETH MOROCHO SAGUAY



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTÉTRICA



Usuario Valida: FABIAN GREGORIO Lcdo.SALAS RAMOS
Fecha Valida: 22-08-2020 16:07:53

Hemostasia

Examen	Resultado	Unidad	Rangos Ref.
TIEMPOS			
TPT	23.20	Seg.CentSeg	22.7 - 32
TP	11.0	Seg.CentSeg	10 - 14
RIN	0.89	-	-
TIPO DE SANGRE			
GRUPO SANGUINEO	O	-	-
FACTOR RH	POSITIVO	-	-

Usuario Valida: FABIAN GREGORIO Lcdo.SALAS RAMOS
Fecha Valida: 22-08-2020 16:07:18

Hematología

Examen	Resultado	Unidad	Rangos Ref.
HEMOGRAMA:			
LEUCOCITOS	9.23	x 10 ⁷ /uL	4 - 10
BASOFILOS#	0.01	10 ³ /uL	-
BASOFILOS %	0.2	%	HASTA - 2
NEUTROFILOS#	8.21	10 ³ /uL	-
NEUTROFILOS %	88.9	%	40 - 70
EOSINOFILOS#	0.03	10 ³ /uL	-
EOSINOFILOS %	0.4	%	HASTA - 5
LINFOCITOS#	0.89	10 ³ /uL	-
LINFOCITOS %	9.6	%	25 - 50
MONOCITOS#	0.09	10 ³ /uL	-
MONOCITOS %	0.9	%	HASTA - 12
HEMATIES	4.63	mm ³ /uL	3.5 - 5.5
HEMOGLOBINA	12.40	g/dl	9.5 - 16
HEMATOCRITO	37.8	%	36 - 47
MCV	81.6	fL	80 - 98
MCH	26.8	pg	27 - 32
MCHC	32.8	%	31 - 36
RDW - CV	12.3	%	11.5 - 14.5
RDW - SD	44.9	fL	-
PLAQUETAS	201	mm ³ /uL	150 - 450
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	10.5	fL	7.4 - 10.4
PDW	16.50	-	-
PCT	0.21	-	-

Usuario Valida: FABIAN GREGORIO Lcdo.SALAS RAMOS
Fecha Valida: 22-08-2020 16:05:25

Paciente:	Parrales Piguave Ambar Juleidy	Cédula:	1350448914	Edad:	
Fecha Orden:	22/08/2020 15:27:50	Turno:	11200822042	Sexo:	
Médico:	Bermudez Rojas Ana Karen	Unidad Médica:	HGLBC		

Detalle de Resultados

Bioquímica

Examen	Resultado	Unidad	Rangos Ref.	Comentarios
BIOQUIMICA:				
GLUCOSA	109.7	mg/dl	70 - 110	
CREATININA	0.93	mg/dl	0.5 - 0.9	
TGO	16.3	UL37G	40	
TGP	19.0	UL37G	40	
BILIRRUBINAS:				
BILIRRUBINA TOTAL	0.70	mg/dl	0 - 1.2	
BILIRRUBINA DIRECTA	0.32	mg/dl	0 - 0.3	
BILIRRUBINA INDIRECTA	0.38	mg/dl	0 - 0.7	

Usuario Valida: FABIAN GREGORIO Lcdo.SALAS RAMOS
Fecha Valida: 22-08-2020 17:07:39

Serología

Examen	Resultado	Unidad	Rangos Ref.	Comentarios
SEROLOGIA:				
VDRL	NO REACTIVO	-	-	
HIV 1 + 2	NO REACTIVO	-	-	

Usuario Valida: FABIAN GREGORIO Lcdo.SALAS RAMOS
Fecha Valida: 22-08-2020 16:07:55

Hemostasia

Examen	Resultado	Unidad	Rangos Ref.	Comentarios
TIEMPOS				
TPT	23.20	Seg.CentSeg	22.7 - 32	
TP	11.0	Seg.CentSeg	10 - 14	
RIN	0.89	-	-	
TIPO DE SANGRE				
GRUPO SANGUINEO	O	-	-	
FACTOR RH	POSITIVO	-	-	

Usuario Valida: FABIAN GREGORIO Lcdo.SALAS RAMOS
Fecha Valida: 22-08-2020 16:07:18

Hematología

Examen	Resultado	Unidad	Rangos Ref.	Comentarios
HEMOGRAMA:				
LEUCOCITOS	9.23	x 10 ⁷ /uL	4 - 10	
BASOFILOS#	0.01	10 ³ /uL	-	
BASOFILOS %	0.2	%	HASTA - 2	