



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR**



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE OBSTETRICIA**

Componente Practico del Examen Complexivo previo a la obtención del grado de
Obstetriz/Obstetra

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLINICO

“Conducta Obstétrica en paciente primigesta de 21 años con 38 semanas y
eclampsia”

AUTOR

Carolyn Adriana Diaz Guerrero

TUTOR

Dr. Joe Luis Ordóñez Sánchez

Babahoyo– Los Ríos– Ecuador

2022



INDICE

I. AGRADECIMIENTO.....	4
II. DEDICATORIA.....	5
III. TEMA	6
IV. RESUMEN.....	7
V. ABSTRACT.....	8
VI. INTRODUCCIÓN	9
1. MARCO TEÓRICO.....	10
1.1 DEFINICIÓN	10
1.2 EPIDEMIOLOGÍA.....	11
1.3 FACTORES DE RIESGO PARA ECLAMPSIA.....	12
1.4 FISIOPATOLOGÍA DE LA ECLAMPSIA	13
1.5 SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA ECLAMPSIA	14
1.6 COMPLICACIONES.....	15
1.7 DIAGNÓSTICO	16
1.8 PREVENCIÓN	18
1.9 TRATAMIENTO	19
1.10 JUSTIFICACIÓN	21
1.11 OBJETIVOS	21
1.11.1 Objetivo general	21
1.11.2 Objetivos específicos	21
1.12 DATOS GENERALES	21
2. METODOLOGÍA DE DIAGNÓSTICO.....	22
2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA	22
2.1.2 HISTORIAL CLINICO DE LA PACIENTE	22



2.2 ANAMNESIS.....	23
2.3 EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA).....	24
2.4 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS...	24
2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.....	26
2.5.1 DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO.....	26
2.5.2 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	26
2.5.3 DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	27
2.6 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINA EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR	27
2.7 INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.....	36
2.8 SEGUIMIENTO.....	37
CONCLUSIONES.....	38
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38
ANEXOS	42



I. AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi total agradecimiento principalmente a Dios, por haberme brindado la inteligencia y sabiduría necesaria para mi diario vivir. A mis padres ya que gracias a su esfuerzo, dedicación y apoyo incondicional me ayudaron a culminar con mi carrera universitaria. Amigos y demás familiares por el apoyo moral.

A cada uno de los docentes de la carrera por haber compartido conmigo sus amplios conocimientos y enseñanza para mi formación profesional.

Carolyn Diaz Guerrero.



II. DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación lo dedico en especial a mis padres, ellos han sido mi pilar fundamental y apoyo incondicional en este largo proceso de aprendizaje. Sin ellos no hubiese podido llegar hasta donde estoy ahora a un paso de un logro muy importante para mí. A Dios por darme sabiduría y acompañarme en cada paso que doy.

Carolyn Diaz Guerrero.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR**



III. TEMA

**“CONDUCTA OBSTÉTRICA EN PACIENTE PRIMIGESTA DE 21 AÑOS
CON 38 SEMANAS Y ECLAMPSIA”**



IV. RESUMEN

La eclampsia es una complicación de la preeclampsia, que por lo general ocurre después de la semana 20 de gestación o en el postparto. Se caracteriza por una constelación de síntomas neurológicos, que incluyen episodios convulsivos, pero también cefalea y anomalías visuales. Las complicaciones maternas incluyen desprendimiento de placenta, fallo renal, fallo hepático, parada cardiorrespiratoria y las complicaciones fetales restricción del crecimiento intrauterino, bradicardia o sufrimiento fetal hasta la muerte. La correcta identificación de signos y sintomatología de este trastorno hipertensivo es esencial para su diagnóstico definitivo. El presente estudio se da con el objetivo de determinar la conducta obstétrica a seguir de esta patología, ya que es una de las principales causas de morbilidad materno y perinatal. Para la elaboración de este estudio se tomó información de la historia clínica del paciente y para determinar la conducta se tomó como referencia varias fuentes bibliográficas como guías de práctica clínica del ministerio de salud pública, libros y artículos científicos de gineco-obstetricia. Se presenta el caso clínico de una paciente de 38 semanas de gestación que ingresó en condiciones delicadas de salud por presentar convulsiones tónico-clónicas generalizadas y niveles de tensión arterial de 140/90 mmHg por lo que se diagnostica eclampsia, fue ingresada y valorada por médico especialista el cual indica estabilización de la paciente y plan de tratamiento antihipertensivo de primera línea, luego de haber permanecido en hospitalización durante 5 días con evolución favorable fue dada de alta.

PALABRAS CLAVES: Preeclampsia, Eclampsia, Embarazo, Tratamiento Antihipertensivo.



V. ABSTRACT

Eclampsia is a complication of preeclampsia, which usually occurs after the 20th week of gestation or in the postpartum period. It is characterized by a constellation of neurological symptoms, including seizure episodes, but also headache and visual abnormalities. Maternal complications include placental abruption, renal failure, liver failure, cardiorespiratory arrest, and fetal complications include intrauterine growth restriction, bradycardia, or fetal distress up to death. The correct identification of signs and symptoms of this hypertensive disorder is essential for its definitive diagnosis. The present study is given with the objective of determining the obstetric behavior to follow of this pathology, since it is one of the main causes of maternal and perinatal morbidity and mortality. For the elaboration of this study, information was taken from the patient's clinical history and to determine the conduct, various bibliographic sources were taken as references such as clinical practice guides from the Ministry of Public Health, books and scientific articles of gynecology-obstetrics. The clinical case of a patient of 38 weeks of gestation is presented who was admitted in delicate health conditions due to generalized tonic-clonic seizures and blood pressure levels of 140/90 mmHg, for which eclampsia was diagnosed. She was admitted and evaluated by a specialist doctor who indicated stabilization of the patient and first-line antihypertensive treatment plan, after having remained in hospital for 5 days with favorable evolution, she was discharged.

KEY WORDS: preeclampsia, eclampsia, pregnancy, antihypertensive treatment.



VI. INTRODUCCIÓN

La preeclampsia es un trastorno multisistémico del embarazo caracterizado por grados variables de mala perfusión placentaria, con liberación de factores solubles a la circulación. Estos factores causan lesión del endotelio vascular materno, lo que conduce a hipertensión y lesión multiorgánica. La enfermedad placentaria puede causar restricción del crecimiento fetal y muerte fetal. La preeclampsia es una causa importante de mortalidad y morbilidad materna y perinatal, especialmente en países de ingresos bajos y medianos. La aspirina profiláctica en dosis bajas puede reducir el riesgo de preeclampsia prematura, pero una vez que se diagnostica la preeclampsia, no existen tratamientos curativos excepto el parto, y no se ha demostrado que ningún medicamento influya en la progresión de la enfermedad. Se planifica el momento del parto para optimizar los resultados fetales y maternos. (Lucy C Chappell, 2021,)

La eclampsia, es la principal complicación neurológica de la preeclampsia, se define como un episodio convulsivo o cualquier otro signo de alteración de la conciencia que surge en un contexto de preeclampsia y que no puede atribuirse a ninguna otra afección neurológica preexistente. Se han descrito episodios convulsivos hasta 15 días después del parto. Las alteraciones visuales (ceguera cortical) son comunes y deben ser consideradas como el equivalente a una crisis convulsiva. El manejo de la mujer que sufre un episodio convulsivo es el mismo que en cualquier otra crisis tónico-clónica generalizada.

Las mujeres con antecedentes de eclampsia tienen un mayor riesgo de eclampsia (1 a 2 %) y preeclampsia (22 a 35 %) en embarazos posteriores. Las recomendaciones para el diagnóstico, la prevención, el manejo y el asesoramiento de estas mujeres se basan en los resultados de estudios recientes y en la propia experiencia clínica. La eclampsia es una emergencia obstétrica que



requiere un plan de manejo estandarizado que incluye la estabilización de las condiciones maternas y fetales, la prevención de convulsiones recurrentes con sulfato de magnesio y el parto oportuno.

1. MARCO TEÓRICO

1.1 DEFINICIÓN

Hipertensión crónica preexistente (CIE 10: O10.0, O10.4, O10.9)

Se considera hipertensión crónica preexistente durante el embarazo cuando previo a la gestación o antes de las 20 semanas, existe el diagnóstico de hipertensión arterial $PA_s \geq 140$ mmHg y/o $TAd \geq 90$ mmHg, que persiste hasta después de las 12 semanas postparto. A este cuadro se puede sobreañadir la aparición de preeclampsia (CIE 10: O14.0, O14.1, O14.9) o eclampsia (CIE 10: O15.0, O15.1, O15.2, O15.9) (Bryce Moncloa et al., 2018).

Hipertensión gestacional (CIE 10: O13)

Se define como la $PA_s \geq 140$ mmHg y/o $PAd \geq 90$ mmHg después de las 20 semanas de gestación y que regresa a cifras normales antes de las 12 semanas postparto. No hay proteinuria en estos casos (Salas Ramírez et al., 2020)

Preeclampsia (CIE 10: O14.0, O14.1, O14.9)

Se define como la $PA_s \geq 140$ mmHg y/o $PAd \geq 90$ mmHg, a la cual se asocia proteinuria más de 0.3 mg en índice proteína creatinina o más de 0.3 gr en orina de 24 horas o mayor a 2 + en tiras reactivas, después de las 20 semanas de gestación, puede o no haber afectación de órgano diana (Calvo et al., 2020).

Eclampsia (CIE 10: O15.0, O15.1, O15.2, O15.9)

Se considera una complicación de la preeclampsia grave, se define como el desarrollo de convulsiones tónico-clónicas (CIE 10: R56.8) y/o coma inexplicable durante el embarazo o el posparto en pacientes con signos o síntomas de preeclampsia ($PA \geq 140/90$ mmHg + proteinuria). Por lo general, ocurre durante o



después de la semana 20 de gestación o en el posparto. Se caracteriza por una constelación de síntomas neurológicos, que incluyen convulsiones, pero también cefalea y anomalías visuales. A menudo, pero no necesariamente, se acompaña de edema generalizado, hipertensión y proteinuria (Camara-Lemarroy et al., 2017).

Síndrome de HELLP (CIE 10: 014.2)

El síndrome de HELLP sus características son similares a la preeclampsia por lo que se cree que también es un síndrome inducido por la disfunción placentaria, sin embargo, el proceso de este trastorno consiste en una inflamación aguda más grave y se dirige principalmente al hígado. Se caracteriza por la siguiente tríada: hemólisis (anemia hemolítica microangiopática (CIE 10: D59.8, D59.9), alteraciones de las enzimas hepáticas (elevación de la TGO, TGP y LDH esto se produce debido a la hemorragia periportal, necrosis parenquimatosa y esteatosis (CIE 10: K76.0) y trombocitopenia (existe un consumo de plaquetas por las zonas de lesión endotelial) (Herold, 2018).

1.2 EPIDEMIOLOGÍA

Los trastornos hipertensivos del embarazo (preeclampsia, eclampsia y síndrome de HELLP) son afecciones hipertensivas potencialmente mortales que se presentan en mujeres embarazadas. La eclampsia se define como un episodio convulsivo o alteración del nivel de conciencia que ocurre en el contexto de la preeclampsia, siempre que no haya otra causa que produzca las convulsiones. Estas patologías contribuyen a una importante amenaza para la salud pública en todo el mundo. La eclampsia es responsable de 50000 muertes maternas por año a nivel mundial (Lam & Dierking, 2017).

De acuerdo con la OMS, los trastornos hipertensivos de la gestación son una causa importante de morbilidad grave, discapacidad a largo plazo y mortalidad tanto materna como perinatal. Aunque del 10 al 15% de las muertes maternas directas están asociadas con la preeclampsia/eclampsia en todo el mundo, el 99%



de estas muertes ocurren en países de ingresos bajos y medianos (Peraçoli et al., 2019).

A nivel nacional hacia el 2021 la primera causa de muerte materna fue la indirecta/no obstétrica siendo la mayor cantidad de casos por covid-19 (CIE 10: U07.1) y como segunda causa de muerte materna fueron los trastornos hipertensivos del embarazo (eclampsia, preeclampsia y síndrome de HELLP) (MSP, 2021)

1.3 FACTORES DE RIESGO PARA ECLAMPSIA

Los factores de riesgo para eclampsia son los mismos que en la preeclampsia ya que, a partir de este trastorno se desencadena la eclampsia, entre los factores de riesgo están:

- **Nuliparidad:** existe mayor probabilidad de una mala adaptación inmunológica hacia la placenta en una mujer nulípara que en una mujer que ha tenido un embarazo previo sin complicaciones.
- **Antecedentes de preeclampsia:** es el predictor más fuerte para el desarrollo de trastornos hipertensivos en embarazos subsiguientes, con una probabilidad del 20% al 80% dependiendo del momento de aparición y severidad de la preeclampsia en embarazos previos.
- **Edad:** en mayores de 40 años y en menores de 18 años es un factor de riesgo epidemiológico para los trastornos hipertensivos del embarazo.
- **Hipertensión arterial crónica:** las mujeres con presión $\geq 140/90$ mmHg en su control prenatal antes de las 20 semanas, tienen un riesgo 5 veces mayor para presentar un trastorno hipertensivo del embarazo.
- **Enfermedad renal crónica** (CIE 10: N18.1 – N18.9): por el daño renal que existe hay una alteración en el filtrado de proteínas, lo que predispone a estas enfermedades.
- **Enfermedades autoinmunes (Lupus** (CIE 10: M32.1 – M32.9), **síndrome de anticuerpos antifosfolipídicos** (CIE 10: D68.6 – D68.9) **y trombofilias** (CIE 10: D68.0 – D68.9): tienen un riesgo 3 veces mayor para



hipertensión durante el embarazo que aquellas que no presentan enfermedades autoinmunes. Esto es debido a la fisiopatología de estas enfermedades al haber una disfunción inmunológica agrava y desencadena estos trastornos hipertensivos.

- **Embarazo múltiple:** tienen un riesgo 3 veces mayor que un embarazo único para el desarrollo de estos trastornos.
- **Obesidad** (CIE 10: E66.0 – E66.9), **resistencia a la insulina:** un IMC antes del embarazo $> 25 \text{ kg/m}^2$ se asocia a un mayor riesgo para estos trastornos.
- **Apnea obstructiva del sueño** (CIE 10: G47.3): esto se debe a que la hipoxia que se da durante este cuadro activa diferentes mecanismos que producen daño endotelial y sistémico, predisponiendo al desarrollo de estos trastornos.
- **Diabetes mellitus** (CIE 10: O24.0 – O24.9): se asocia al desarrollo de estos trastornos debido a los diferentes factores que están implicados como son la enfermedad renal, vascular, resistencia a la insulina y metabolismo anormal de lípidos (Guevara-Ríos & Gonzales-Medina, 2019).

1.4 FISIOPATOLOGÍA DE LA ECLAMPSIA

Para comprender la patogenia de la eclampsia hay que tener en consideración la fisiopatología de la preeclampsia ya que, es partir de este trastorno que la mayor parte de los casos de eclampsia se desarrollan. Actualmente la patogenia para la preeclampsia involucra placentación deficiente, predisposición genética, tolerancia inmunológica alterada, respuesta inflamatoria sistémica, desequilibrio angiogénico y estado nutricional deficiente. Para comprender de mejor manera, las teorías más importantes se integraron en dos etapas. En la primera etapa, los cambios en el desarrollo placentario y los cambios insuficientes en la circulación uterina son resultado de la hipoxia del tejido placentario, y principalmente del fenómeno de hipoxia y reoxigenación, y propician el desarrollo de estrés oxidativo y de producción excesiva de sustancias antiinflamatorias y antiangiogénicas. En la segunda etapa, la disfunción placentaria y los factores que libera dañan el



endotelio sistémicamente dando lugar a la aparición de hipertensión y al compromiso de órganos diana. Los cambios glomerulares (glomeruloendoteliosis) son los más característicos, y son los responsables de la aparición de proteinuria (Peraçoli et al., 2019).

En la patogenia de la eclampsia, la hipertensión de desarrollo rápido que excede el límite superior de la autorregulación del flujo sanguíneo cerebral es uno de los mecanismos más comunes propuestos, sin embargo, muchos de los casos son normotensos o incluso hipotensos. Esto sugiere que otros factores cruciales están involucrados y, de hecho, parte de los casos tienen antecedentes de trastornos autoinmunes o insuficiencia renal. A partir de estos trastornos, existe un endotelio susceptible a lesiones, lo que conduce a la rotura de la barrera hematoencefálica y edema, incluso en ausencia de hipertensión severa o fluctuante. Una respuesta inflamatoria caracterizada por la activación de linfocitos y monocitos, liberación de citocinas y activación de células endoteliales dependiente de citocinas también aumenta la permeabilidad vascular. Además, las citocinas podrían modular la producción de moléculas de adhesión, factor de crecimiento endotelial vascular y óxido nítrico, alterando aún más la hemodinámica microvascular. Este mecanismo puede explicar por qué, además de la hipertensión, la uremia y los trastornos autoinmunitarios se asocian al desarrollo de eclampsia (Aguirre et al., 2018; Camara-Lemarrooy et al., 2017)

1.5 SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA ECLAMPSIA

La eclampsia es una causa común del síndrome de encefalopatía posterior reversible. Este síndrome se caracteriza por la aparición de síntomas neurológicos agudos como cefalea, alteraciones visuales (escotomas y fotopsias), convulsiones, encefalopatía junto con características de neuroimagen de edema vasogénico reversible (Verma et al., 2017). Entre otros signos y síntomas están:

- Epigastralgia y/o dolor en hipocondrio derecho.
- Reflejos osteotendinosos aumentados.
- Alteraciones en el estado de consciencia (disminuido) (Cabrera, 2018).



1.6 COMPLICACIONES

Las complicaciones maternas ocurren en el 70% de los casos, entre los cuales se observan:

- Desprendimiento de placenta (CIE 10: O45.0 – O45.9).
- Coagulación intravascular diseminada (CID) (CIE 10: D65X).
- Fallo renal (CIE 10: N17.0 – N17.9).
- Fallo hepático (CIE 10: K72.0).
- Ruptura hepática.
- Ceguera transitoria.
- Parada cardiorrespiratoria.
- Neumonía por aspiración (CIE 10: J18.9).
- Edema agudo de pulmón (CIE 10: J81).
- Edema cerebral (CIE 10: G93.6).
- Deterioro cognitivo posterior.
- Hemorragia postparto (CIE 10: O72.1, O72.2)
- Déficits neurológicos persistentes secundarios al accidente cerebrovascular (CIE 10: I67.8, I67.9) (hemorragia intracraneal isquémica o hemorrágica que incluye hemorragia intraparenquimatosa, subdural, de los ganglios basales y pontina) (Cabrera, s. f.; Singh et al., 2018).

Las complicaciones fetales y neonatales resultan principalmente de la insuficiencia placentaria (CIE 10: O43.8, O43.9) y la necesidad frecuente de parto prematuro que resultan en altas tasas de morbilidad y mortalidad perinatal del 25% de los casos (Peraçoli et al., 2019). Se asocia con parto prematuro, restricción del crecimiento intrauterino, bradicardia o sufrimiento fetal hasta la muerte (Mukwenda et al., 2017).



1.7 DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de un estado de eclampsia nos sugiere una combinación de varios a tomar en cuenta con respecto a la clínica de la paciente embarazada. Hay que comenzar mencionando a la presión arterial como uno de los factores más influyentes de la clínica incluyendo sus subdivisiones como una hipertensión del embarazo (CIE 10: O10.0) con una medición de presiones mayores o iguales a 140/90 mmHg o en casos severos que llegan a tener mayor o igual a 160/110 mmHg, la paciente con Preeclampsia sin signos de alarma (CIE 10: O14.0) se define con presiones de mayores o iguales a 140/90 pero menores a 160/110 con proteinuria pero sin evidencia de algún órgano blanco, estos pacientes pueden terminar en una preeclampsia con signos de alarma (CIE 10: O14.1) cuando se detecta una afección de órgano blanco (riñones, hígado, cerebro, corazón). En algunos casos existe una preeclampsia (CIE 10: O14.0) que puede pasar como desapercibido en la clínica por no presentar proteinuria, pero en este caso la toma de datos de laboratorios como enzimas hepáticas, plaquetas y perfil renal puede ser muy necesario. (MSP, 2016)

Durante la anamnesis es necesario también el tiempo de evolución de las presiones arteriales y la presencia de proteinuria, durante las primeras 20 semanas de gestación una presión arterial elevada nos indica una hipertensión arterial esencial (CIE 10: I10) al que se le ha añadido la carga del embarazo y puede terminar en complicaciones para los órganos blancos. La hipertensión arterial crónica (CIE 10: I10) puede persistir hasta después de 12 semanas posparto que puede o no tener daño a órganos blancos, sin embargo, después de las 20 semanas de gestación se piensa más en una hipertensión gestacional (CIE10: O13.0). El daño al órgano blanco se evidencia en el laboratorio mediante el recuento de plaquetas (menor a 100000/ul), una función hepática evidenciado en la semiología como un dolor en el cuadrante superior derecho asociado a enzimas elevadas, una insuficiencia renal cuya creatinina se eleva al doble de su valor basal, edema pulmonar demostrado en exámenes imagenológicos y electrocardiograma. Por último, afectación visual y neurológica junto a disfunción



uteroplacentaria detectada en la ecografía doppler de la arteria umbilical. (MSP, 2016) (Chappell et al., 2021)

En el caso de la eclampsia (CIE10: O15.0) aparecen convulsiones tónico-clónicas de tipo generalizadas que puede precipitar a un estado de coma en algunos casos no controlados en pacientes pre parto, durante el periodo de parto y el postparto inmediato. Por último, estas convulsiones (CIE 10: R56.8) pueden llegar a aparecer de forma “subclínica” al no tener una evidencia concreta de una Preeclampsia previa. (Bartal & Sibai, 2020)

Existen datos importantes a tomar en cuenta. La eclampsia (O15.0) aparece más en mujeres multíparas que en primíparas apareciendo en el periodo pre parto en las primigestas y los eventos en el postparto con respecto a las multíparas. Una presión arterial sistólica elevada mayor o igual a 160 mmHg sugiere una eclampsia (O15.0) en el periodo pre parto y las que aparecen en el periodo post parto son cuadros de preeclampsia moderada o leve (O15.0). Así mismo si nos ubicamos en el laboratorio, especialmente en los llamados biomarcadores se obtiene que la proteinuria en gran cantidad y la trombocitopenia severa se ven más en eclampsia (O15.0) en preparto y la anemia (G64.9) junto la elevación de enzimas hepáticas en eclampsia postparto. (Bartal & Sibai, 2020)

Las convulsiones son esenciales para el diagnóstico de eclampsia que pueden llegar desde un cuadro moderado a involucrar un cuadro severo que termine involucrando algún daño neurológico, de manera general las convulsiones tónico-clónicas (CIE10: G40.3) se acompañan de parálisis post ictal de una duración entre 10-20 minutos que se caracterizan por hipopsiquia al hablar con el paciente, parálisis muscular y aumento del tono (a veces incluso disminución del tono y los reflejos osteotendinosos), otras características de estas convulsiones son los eventos de aura acompañados por cefaleas (CIE 10: R51) de moderada intensidad tipo opresivo, alteraciones visuales como pérdida de la agudeza visual



y diplopía (semejante a la parálisis del 3 nervio craneal), dolor abdominal y un aumento de la presión arterial. (Bartal & Sibai, 2020)

Se ha relacionado a la proteinuria como un marcador más centrado en este trastorno que la misma presión arterial con un punto mínimo de 300 mg de proteínas en una muestra de orina de 24 horas o al menos una relación de proteína/creatinina urinaria de 0.3 o superior. Otro dato de laboratorio a tomar en cuenta son las enzimas hepáticas, unos niveles superiores de 100000 acompañados de dolor abdominal en el cuadrante superior derechos son muy fieles al diagnóstico de preeclampsia con algún daño hepático que hay que tomar en cuenta en la evaluación del paciente y no solo descartar cuando este no presente presiones altas. (Salas Ramírez et al., 2020b)

La ecografía con modo doppler nos ayuda a la evaluación de las consecuencias de la preeclampsia en el feto como la restricción del crecimiento intrauterino (CIE 10: P05.9) o desprendimiento de placenta. (CIE10: O45.0) (Bartal & Sibai, 2020)

1.8 PREVENCIÓN

Lo importante de una prevención eficaz es determinar cuáles son los posibles factores de riesgo que aumentan la probabilidad que la enfermedad se desencadene. Un ejemplo epidemiológico son los países industrializados o de primer mundo en donde las tasas de enfermedades hipertensivas han aumentado sobre todo en ciertas etnias como las mujeres afroamericanas. Por el contrario, las tasas de eclampsia (CIE10: O15.9) ha disminuido gracias al tratamiento profiláctico con sulfato de magnesio. (Phipps et al., 2019)

Una preeclampsia de inicio tardío se asocia a obesidad materna o neonatos que nacen muy grandes para su edad gestacional. Otros factores de riesgo a tomar en cuenta son los antecedentes familiares, tabaquismo antes o durante el embarazo, número de embarazos (es decir las multíparas desarrollan más la enfermedad), edad materna, hipertensión arterial sobreañadida (CIE10: I10X), diabetes mellitus



(CIE10: E11.9), enfermedad renal crónica previa (CIE10: N18) en cualquier etapa o descompensada. (Phipps et al., 2019)

Como parte de una batalla con estos trastornos hipertensivos del embarazo se han elaborado varias medidas de prevención. En áreas donde existe una ingesta pobre en calcio es necesario la suplementación de esta con calcio elemental de 1.5 a 2 por día acompañados de dosis bajas de ácido acetil salicílico el cual ha demostrado reducir la tasa de eventos hipertensivos en mujeres embarazadas con factores de riesgo. (MSP, 2016)

1.9 TRATAMIENTO

El manejo oportuno de cada uno de los síntomas de la eclampsia es necesario para una mejoría tanto para la madre como para el producto. En el caso de un embarazo de menos de 34 semanas es necesario el sulfato de magnesio en dosis profiláctica por 24 horas acompañados a la terapia de maduración fetal con uso de glucocorticoides: Betametasona 1 ampolla de 12 mg intramuscular cada 24 horas por dos dosis. (MSP, 2016)

El manejo ambulatorio se reserva para los trastornos sin signos de gravedad el cual puede usarse el alfametildopa (dosis de 500 a 2000 mg/día en dos o 4 dosis) con buena seguridad para la lactancia y nifedipina (dosis entre 10-40 mg/día en una o 4 dosis) de preparación lenta. (MSP, 2016)

El fármaco más utilizado para las emergencias hipertensivas es el labetalol el cual se da en pacientes con presiones diastólicas iguales o mayores a 105 mmHg, seguido del nifedipino que también tiene un perfil de seguridad muy bueno (de administra dosis de 10 mg VO cada 20-30 minutos según respuesta del paciente hasta un máximo de 60 mg). Otro fármaco para usarse es la hidralazina en las taquicardias materno-infantiles importantes con una dosis de 5 mg IV y se continúa si la TA diastólica persiste mayor a 110 mmHg. (MSP, 2016)



El tratamiento con sulfato de magnesio es eficaz para la prevención de la eclampsia siempre asociado a algún otro antihipertensivo ya que no se recomienda el uso de monodosis para intentar controlar un pico hipertensivo. En este caso la dosis a administrar es:

- Dosis de impregnación: 4 gramos IV en 20 minutos (se diluyen dos ampollas de sulfato de magnesio en 80 cc de Solución fisiológica y se administra 100 cc en microgoteo a razón de 30 microgotas/minuto o 300 cc/hora en bomba de infusión) (*MSP, 2016*)
- Dosis de mantenimiento: 1 gramo IV por hora (se diluyen 5 ampollas de sulfato de magnesio en 450 cc de solución fisiológica y se administra 500 al goteo a razón de 17 gotas/minuto o 50 microgotas/minuto en el caso de microgoteo o 50 cc/hora en caso de bomba de infusión. (*MSP, 2016*)

En el caso de una eclampsia desencadenada se administra como dosis de impregnación 6 gramos IV de sulfato de magnesio en 20 minutos (dilución de 3 ampollas en 70 cc de solución fisiológica y administración de 100 cc en microgoteo a razón de 30 microgotas/minuto o 300 cc/hora en bomba de infusión) y como dosis de mantenimiento se administra 1,5 a 2 gramos/hora (se diluye 10 ampollas en 400 cc de solución fisiológica y se administra 500 cc al goteo a razón de 17 gotas/minuto en el caso de microgoteo y 50 cc/hora en el caso de bomba de infusión). (*MSP, 2016*)

Siempre hay que vigilar los posibles signos clínicos de alguna intoxicación por sulfato de magnesio, para ello se vigila la diuresis diaria de forma estricta, la frecuencia respiratoria y el reflejo rotuliano. Una intoxicación por este fármaco responde bien a gluconato de calcio (ampolla de 1 gramo IV lento) + la administración de oxígeno a 4 l/min en catéter nasal o 10 L/min en máscara sin bolsa. En el caso de contraindicación de sulfato de magnesio se puede usar fenitoína o benzodiazepinas. (Abraham & Kusheleva, s. f.)



1.10 JUSTIFICACIÓN

El siguiente trabajo investigativo se realizó con el propósito de demostrar la conducta obstétrica en una primigesta con eclampsia, además de su correcto diagnóstico y prevención para disminuir la morbimortalidad tanto materna como fetal. Teniendo en consideración que la eclampsia es una de las emergencias obstétricas más frecuentes y graves, además, de ser la segunda causa de muerte materna a nivel nacional. Por lo cual, se dará a conocer desde diferentes puntos de vistas de varios autores, la importancia de esta patología, su evolución y como afecta la calidad de vida de la madre y neonato.

1.11 OBJETIVOS

1.11.1 Objetivo general

- Determinar la conducta obstétrica ante primigesta de 21 años con 38 semanas de gestación y eclampsia.

1.11.2 Objetivos específicos

- Conocer los factores de riesgo y causas del desarrollo de la eclampsia.
- Analizar la sintomatología y complicaciones de este trastorno.
- Identificar las medidas preventivas y el tratamiento de la eclampsia.

1.12 DATOS GENERALES

Código: ZACEDAJA

Edad: 21 años

Género: Femenino

Fecha de nacimiento: 23/08/2000

Nacionalidad: Ecuatoriana

Ocupación: Ama de casa

Nivel de estudio: Primaria

Raza: Mestiza

Religión: Ninguna

Nivel socioeconómico: Bajo

Domicilio: El Empalme- Guayas

Hospital: Sagrado Corazón de Jesús



2. METODOLOGÍA DE DIAGNÓSTICO

2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA

Paciente femenino de 21 años llega al área de emergencia Gineco-Obstétrico de esta casa de salud en compañía de familiar en estado postictal, paciente cursa con embarazo de 38 semanas de gestación por ecografía precoz, como antecedente el familiar manifiesta haber presentado un episodio de convulsión tónico-clónica en su domicilio. Durante el interrogatorio al familiar, paciente presenta episodio convulsivo de aproximadamente 5 minutos de duración, ingresa somnolienta con score mama de 11.

2.1.2 HISTORIAL CLINICO DE LA PACIENTE

Antecedentes Personales y Familiares

Antecedentes personales:	patológicos	No refiere
Antecedentes familiares:	patológicos	No refiere
Antecedentes quirúrgicos:		No refiere
Antecedentes alérgicos:		No refiere
Hábitos:		No alcohol, no drogas

Antecedentes Gineco- Obstétricos

Menarquía: 13 años	Ciclos menstruales: 28 días
Planificación familiar: No usaba	Inicio de vida sexual: 17 años
Parejas sexuales: 2	Gestas: 0 Partos: 0 Abortos: 0 Cesáreas: 0
FUM: 23/11/2020	Controles prenatales: 7 en CS. Urbano El Empalme
Vacunas: 2	Ecografía en Cs: 3



Periodo intergenésico: no aplica

ITS: ninguno

Primera atención de la paciente (27/08/2021)

Preparación: PESO: 60 Kg TALLA: 155 cm

PUNTUACION SCORE MAMA 11	FC: 111 x'
	SISTOLICA: 140
	DIASTOLICA: 90
	FR: 30 x'
	T: 36.8 °C
	SpO2: 98 %
	ESTADO DE CONCIENCIA
	SOMNOLIENTA
	PROTEINURIA: +++

Escala de Glasgow

Parámetros para valorar	Puntuación	
Reflejo ocular	4	
Función motora	5	
Verbal	4	
Total	13/15	Glasgow Leve

Elaborado por: Carolyn Diaz. Egresada de Obstetricia

Fuente: historial clínico

2.2 ANAMNESIS

Paciente de sexo femenino de 21 años de edad, cursando con embarazo de 38 semanas de gestación por ecografía, primigesta, acude al área de emergencia Gineco-Obstétrico de esta casa de salud, en compañía de familiares. Paciente ingresa en malas condiciones, estado somnolienta, Glasgow 13/15, presentando un episodio de convulsión tónico-clónica en domicilio. Al momento de



interrogatorio al familiar paciente presenta una convulsión tónico-clónica de aproximadamente 5 minutos de duración.

Al examen físico: facie pálida, abdomen globoso compatible con embarazo de 38 semanas, feto único vivo cefálico con FCF 140 lpm.

2.3 EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA)

GENERAL: Estado somnolienta, Glasgow 13/15, presenta convulsiones tónico-clónicas en domicilio y en casa de salud.

- **Cabeza:** normo cefálica, vías aéreas permeables, pabellón auditivo sin patología, mucosas orales semihúmedas.
- **Cuello:** móvil, simétrico, no se evidencia adenopatías.
- **Tórax:** simétrico, a la auscultación, no estertores pulmonares, ruidos cardíacos rítmicos., campos pulmonares bien ventilados, corazón rítmico. Mamas asimétricas no nódulos.
- **Abdomen:** suave depresible, globuloso compatible con embarazo, sin visceromegalias o masas, no doloroso a la palpación. FCF 140 latido por minuto, movimientos fetales presentes.
- **RIG:** Tanner V, no se evidencia sangrado ni pérdida de líquido por vía vaginal, no se evidencia secreción vaginal. Se coloca sonda vesical con diuresis hematórica.
- **Extremidades:** simétricas, sin patología aparente, no edemas.

2.4 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

Exámenes de laboratorio

HEMATOLOGIA

EXAMEN	RESULTADO	UNIDAD	V. REFERENCIA
--------	-----------	--------	---------------

Biometría Hemática



Recuento De Glóbulos Rojos	4.74	$10^6/\mu\text{l}$	4 – 6
Hemoglobina	13.5	g/dL	13 - 17
Hematocrito	41.5	%	40- 50
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	87.5	μm^3	80 - 100
Hemoglobina Corpuscular Media (HCM)	28.4	pg	27 - 31
Concentración De Hb Corp. Media (CHCM)	32.5	g/dL	30 - 36
Plaquetas	142	$10^3/\mu\text{L}$	150 -450
Plaquetocrito	0.16	%	0.1 - 0.5
Leucocitos	14.15	$10^3/\mu\text{L}$	4 – 10
Linfocitos (%)	31.6	%	25 - 40
Neutrófilos (%)	64.2	%	55 - 65
Monocitos (%)	4.1	%	2 – 10
Eosinófilos	0.1	%	0.5 - 5
Basófilos	0.0	%	0 - 2
Grupo Sanguíneo	O		
Factor Rh	Positivo		

BIOQUIMICA

Glucosa	125.13	mg/dL	70 - 110
Urea	25.85	mg/dL	10 – 50
Creatinina	0.8	mg/dL	0.6 - 1.1
Ácido úrico	8.35	mg/dL	2.4 - 6
Triglicéridos	444.63	mg/dL	0 - 150
Bilirrubina Total	3.01	mg/dL	0 - 1.2
Bilirrubina Directa	1.02	mg/dL	0 - 0.3
Bilirrubina Indirecta	1.99	mg/dL	0 - 0.95
TGO/AST	453.89	U/L	0 - 31
TGP/ALT	164.1	U/L	0 - 32



Albumina	3.56	g/dL	3.5 - 5
Colesterol	326.66	mg/dL	0 - 200
Proteínas totales	6.77	g/dL	6.6 - 8.7

COAGULACION

Tiempo de Protrombina TP	13	seg.	0 - 31
Tiempo Parcial de Tromboplastina (TTP)	37.8	Seg.	20 - 40

AUTOINMUNES E INFECCIOSAS

HIV 1 + 2 Cuarta Generación	No reactivo
VDRL	Negativo

ELECTROLITOS

Cloro	103.54	meq/L	98 - 110
Potasio	3.23	meq/L	3.5 - 5.1

Elaborado por: Carolyn Diaz. Egresada de Obstetricia

Fuente: historial clínico

2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO

2.5.1 DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO

Embarazo de 38 semanas de gestación más eclampsia.

2.5.2 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Dentro de los diagnósticos diferenciales tenemos: la hipertensión crónica (CIE10: I10X), enfermedad renal crónica (CIE10: N18) que se involucra en el embarazo, síndrome antifosfolipídico (CIE10: D68.8), síndrome urémico hemolítico (CIE10: D59.3), púrpura trombocitopénica inmune (CIE10: D69.4), toxinas, tumores cerebrales entre otros. (Phipps et al., 2019)



2.5.3 DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Embarazo de 38 semanas de gestación por ecografía precoz más eclampsia.

2.6 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR

Ingreso

27/08/2021 9:00 AM

Paciente de sexo femenino de 21 años de edad que es traída a esta casa de salud por sus familiares en estado somnolienta, como antecedente el familiar manifiesta haber presentado un episodio de convulsión tónico-clónicas en domicilio por lo cual acuden al área de emergencia gineco-obstetrica de esta casa de salud en donde repite episodio de convulsión. Paciente es valorada por médico especialista de turno quien indica dosis de impregnación y mantenimiento con sulfato de magnesio para eclampsia y culminación del embarazo por vía alta. Paciente ingresa con score mama de 11.

Se decide activar y aplicar clave azul y se solicita exámenes de laboratorio complementarios.

PLAN DE TRATAMIENTO

- Activar Clave azul
- Ingreso a Ginecología
- Valoración por medicina interna
- Control de score mama cada 15 minutos
- Control de presión arterial
- Colocar sonda vesical
- Control de diuresis horaria
- Control de roots



- Nada por vía oral
- Vía 1: solución fisiológica 1000 mL pasar intravenoso a 28 gotas por minuto
- Vía 2: dosis de impregnación: sulfato de magnesio 6 gr más 70 mL de solución fisiológica, pasar intravenoso a 300 mL/hora en bomba de infusión o 100 gotas por minuto en equipo de venoclisis en 20 minutos. Luego dosis de mantenimiento sulfato de magnesio 20 gr más 400 mL de solución fisiológica, pasar intravenoso a 50 mL/ hora en bomba de infusión o 17 gotas por minuto con equipo de venoclisis (2gr/hora).
- Ampicilina 2 gr intravenoso stat

INDICACIONES

- Preparar paciente para cesárea de emergencia
- Parte operatorio
- Llenar formulario de consentimiento informado
- Comunicar a anestesiología y neonatología
- Vendaje de miembros inferiores
- Perfil general de exámenes de laboratorio (hematología, bioquímica sanguínea, coagulación, autoinmunes e infecciosas y electrolitos).

27/08/2021

10:55 AM

Diagnóstico preoperatorio: Embarazo de 38 semanas de gestación por ecografía más eclampsia.

Diagnóstico postoperatorio: Puerperio quirúrgico inmediato más eclampsia.

Exploración y hallazgos: útero gestante, líquido amniótico teñido de meconio ++. Recién nacido vivo, cefálico, sexo masculino, Apgar 6/8, peso 2275 g, perímetro cefálico 32 cm, talla 48 cm, Capurro 40 semanas.

Diagnóstico neonato: Recién nacido a término pequeño para la edad gestacional más asfixia neonatal más sepsis temprana.



Placenta fundica anterior, alumbramiento manual, y se obtuvo la placenta completa, sangrado 300 mL, sin complicaciones, diuresis 100 mL de orina colorica.

MEDIDAS GENERALES Y TERAPÉUTICAS

- Reposo
- Nada por vía oral
- Control de signos vitales y score mama cada 15 minutos por una hora, luego cada 30 minutos por una hora y continuar cada hora.
- Cuidados de enfermería
- Masaje uterino y vigilar sangrado
- Dieta líquida a las 8 horas
- Mantener sonda vesical
- Control de diuresis horaria
- Biometría hemática y bioquímica sanguínea en 8 horas
- Cloruro de sodio 0.9% 1000 mL más Tramadol 200 mg más Metroclorpramida 10 mg pasar intravenoso a 40 gotas por minuto.
- Ampicilina 1 gr intravenoso cada 6 horas
- Paracetamol 1 gr intravenoso cada 8 horas
- Continuar con esquema de sulfato de magnesio dosis de mantenimiento

27/08/2021 16:00 PM

Paciente de 21 años de edad con diagnóstico de puerperio quirúrgico inmediato más eclampsia. Al momento paciente consiente, orientada, con diuresis normal, continua con dosis de mantenimiento con sulfato de magnesio. Control de score mama al momento FC: 98 lpm', TA: 138/70 mmHg, FR: 21rpm, T°: 37 °C, SpO2: 98%, alerta proteinuria: +++, dando score mama de 1.

27/08/2021 22:00 PM

Se recibe informe de resultados de laboratorio



HEMATOLOGIA

EXAMEN	RESULTADO	UNIDAD	V. REFERENCIA
Biometría Hemática			
Recuento De Glóbulos Rojos	3.4	$10^6/\mu\text{l}$	4 - 6
Hemoglobina	9.9	g/dL	13 - 17
Hematocrito	29.0	%	40- 50
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	85.4	μm^3	80 - 100
Hemoglobina Corpuscular Media (HCM)	29.1	pg	27 - 31
Concentración De Hb Corp. Media (CHCM)	34.1	g/dL	30 - 36
Plaquetas	64	$10^3/\mu\text{L}$	150 - 450
Plaquetocrito	0.06	%	0.1 - 0.5
Leucocitos	9.79	$10^3/\mu\text{L}$	4 - 10
Linfocitos (%)	14.7	%	25 - 40
Neutrófilos (%)	80.9	%	55 - 65
Monocitos (%)	3.9	%	2 - 10
Eosinófilos	0.3	%	0.5 - 5
Basófilos	0.2	%	0 - 2

BIOQUIMICA

Urea	15.19	mg/dL	10 - 50
Creatinina	0.53	mg/dL	0.6 - 1.1
Ácido úrico	6.94	mg/dL	2.4 - 6
Bilirrubina Total	1.87	mg/dL	0 - 1.2
Bilirrubina Directa	0.81	mg/dL	0 - 0.3
Bilirrubina Indirecta	1.06	mg/dL	0 - 0.95
TGO/AST	144.89	U/L	0 - 31
TGP/ALT	82.35	U/L	0 - 32



Albumina	2.49	g/dL	3.5 - 5
LDH	736.4	U/L	0 - 480
Proteínas totales	4.49	g/dL	6.6 - 8.7

Elaborado por: Carolyn Diaz. Egresada de Obstetricia
Fuente: historial clínico

Paciente sexo femenino de 21 años de edad con diagnóstico de puerperio quirúrgico inmediato de 11 horas de evolución más eclampsia. Al momento paciente consciente orientada en tiempo espacio y persona refiere sentirse bien, afebril, mucosas semihúmedas. Score mama de 1.

Al examen físico: piel hidratada, abdomen blando depresible con leve dolor a la palpación, útero tónico a nivel infraumbilical, loquios hemáticos en escasa cantidad, no fétidos, extremidades inferiores con edema grado 1. Glasgow 15/15, reflejos osteotendinosos conservado, debido a informe de resultado de laboratorio anormal (hemólisis, elevación de enzimas hepática y trombocitopenia) se diagnostica síndrome de HELLP y se decide referir a la paciente a tercer nivel de atención.

MEDIDAS GENERALES Y TERAPÉUTICAS

- Referencia a tercer nivel de atención
- Reposo
- Cuidados de enfermería
- Control de score mama cada 4 horas
- Dieta líquida
- Biometría hemática de control en 22 horas
- Perfil preecláptico + LDH
- Signos de alarma materna
- Continuar con esquema de sulfato de magnesio dosis de mantenimiento
- Cloruro de sodio 0.9% 1000 mL pasar intravenoso a 30 gotas por minuto
- Ampicilina 1 gr pasar intravenoso cada 6 horas
- Paracetamol 1 gr pasar intravenoso cada 8 horas



- Nifedipina 10 mg vía oral cada 8 horas
- Dexametazona 8 mg intravenoso cada 12 horas
- Difenilhidantoína 100 mg intravenoso cada 6 horas

28/08/2021

8:00 AM

Paciente de 21 años de edad con diagnóstico de puerperio quirúrgico inmediato de 21 horas de evolución más eclampsia más síndrome de HELLP.

Al momento paciente con score mama de 1 estable, afebril, orientada en tiempo y espacio, refiere sentirse bien, se observa normalización de la tensión arterial y no existe antecedente de nuevos episodios de convulsión en las últimas horas.

Al examen físico: mucosas húmedas y coloreadas, abdomen blando depresible doloroso a la palpación profunda, útero en involución puerperal, herida quirúrgica limpia cubierta con apósito seco, loquios hemáticos en escasa cantidad no fétidos, extremidades inferiores sin edema.

Referencia a tercer nivel de atención sin cupo al momento.

MEDIDAS GENERALES Y TERAPÉUTICAS

- Dieta líquida
- Control de score mama cada 4 horas
- Cuidados de enfermería
- Retirar sonda vesical
- Cloruro de sodio 0.9% 1000 mL pasar intravenoso a 30 gotas por minuto
- Ampicilina 1 gr pasar intravenoso cada 6 horas
- Paracetamol 1 gr pasar intravenoso cada 8 horas
- Nifedipina 10 mg vía oral cada 8 horas
- Dexametazona 8 mg intravenoso cada 12 horas
- Dilantin 100 mg vía oral cada 8 horas

29/08/2021

8:00 AM



Paciente de 21 años de edad con diagnóstico de puerperio quirúrgico mediato de 45 horas de evolución más eclampsia más síndrome de HELLP.

Paciente estable, afebril, consciente orientada en tiempo espacio y persona, refiere sentirse bien. Score mama de 1. Al examen físico: mucosas húmedas y adecuada coloración de piel, abdomen blando depresible doloroso a la palpación en hipogastrio, útero involucionado debajo de cicatriz umbilical, loquios hemáticos en escasa cantidad no fétidos, extremidades sin edema. No hiperreflexia

Resultados de exámenes de laboratorio: hemoglobina 10.8 g/dL, hematocrito 32.8%, plaquetas $105 \times 10^3/\mu\text{L}$, leucocitos $16.96 \times 10^3/\mu\text{L}$, neutrófilos 82.7%.

MEDIDAS GENERALES Y TERAPÉUTICAS

- Cuidados de enfermería
- Control de score mama
- Dieta blanda
- Cloruro de sodio 0.9% 1000 ml pasar intravenoso a 30 gotas por minuto
- Ampicilina 1 gr pasar intravenoso cada 6 horas
- Paracetamol 1 gr pasar intravenoso cada 8 horas
- Nifedipina 10 mg vía oral cada 8 horas
- Dexametazona 8 mg intravenoso cada 12 horas
- Dilantin 100 mg vía oral cada 8 horas

30/08/2021

8:00 AM

Paciente de 21 años de edad con diagnóstico de puerperio quirúrgico mediato de 69 horas de evolución más eclampsia más síndrome de HELLP más anemia moderada.

Al examen físico: se encuentra alerta, estable orientada en tiempo espacio y persona, mucosas húmedas y adecuada coloración de piel, abdomen blando no



doloroso a la palpación, útero involucionado debajo de cicatriz umbilical, loquios hemáticos escasos, miembros inferiores sin edema. No hiperreflexia.

Resultados de exámenes de laboratorio: hemoglobina 9.7 g/dL, hematocrito 29%, plaquetas $107 \cdot 10^3/\mu\text{L}$, leucocitos $14.46 \cdot 10^3/\mu\text{L}$, neutrófilos 87.9%.

Conducta: pase a sala de recuperación y desactivación de referencia a tercer nivel de atención.

31/08/2021 8:00 AM

Paciente de 21 años de edad con diagnóstico de puerperio quirúrgico mediato de 4 días de evolución más eclampsia más síndrome de HELLP más anemia moderada.

Paciente al momento estable, orientada en sus tres esferas, refiere sentirse bien con score mama 1. Al examen físico abdomen blando depresible con leve dolor en sitio de herida quirúrgica, útero involucionado debajo de cicatriz umbilical, loquios hemáticos escasos, miembros inferiores sin edema.

MEDIDAS GENERALES Y TERAPÉUTICAS

- Dieta blanda
- Cuidados de enfermería
- Control de score mama cada 6 horas
- Ambulatorio
- Biometría hemática de control
- Cloruro de sodio 0.9% 1000 mL pasar intravenoso a 30 gotas por minuto
- Ampicilina 1 gr pasar intravenoso cada 6 horas
- Nifedipina 10 mg vía oral cada 8 horas
- Dexametazona 8 mg intravenoso cada 12 horas
- Dilantin 100 mg vía oral cada 8 horas
- Hierro sacarosa 200 mg más 200 mL de cloruro de sodio 0.9% pasar intravenoso en 2 horas.



1/09/2021

8:00 AM

Paciente de 21 años de edad con diagnóstico de puerperio quirúrgico mediato de 5 días de evolución más eclampsia más síndrome de HELLP más anemia moderada.

Al momento paciente con evolución favorable, estable alerta orientada en tiempo espacio y persona, no refiere alguna sintomatología.

Al examen físico: mucosas húmedas, piel hidratada, campos pulmonares bien ventilados ruidos cardíacos rítmicos, abdomen blando depresible no doloroso a la palpación, útero involucionado debajo de la cicatriz umbilical, herida quirúrgica limpia sin signos de infección, no se evidencia loquios hemáticos, extremidades sin alteraciones no edema. Glasgow 15/15. Paciente hemodinámicamente estable con condición de alta hospitalaria.

Control de score mama al momento FC: 88 lpm, TA: 100/60 mmHg, FR: 20 rpm, T°: 36.4 °C, SpO₂: 99%, estado de conciencia alerta, proteinuria: ++ Score mama 1.

Informe de resultados de laboratorio

HEMATOLOGIA

EXAMEN	RESULTADO	UNIDAD	V. REFERENCIA
Biometría Hemática			
Recuento De Glóbulos Rojos	3.27	10 ⁶ /μl	4 - 6
Hemoglobina	9.4	g/dL	13 - 17
Hematocrito	28.2	%	40 - 50
Plaquetas	175	10 ³ /μL	150 - 450
Plaquetocrito	0.18	%	0.1 - 0.5
Leucocitos	12.83	10 ³ /μL	4 - 10
Linfocitos (%)	17.7	%	25 - 40
Neutrófilos (%)	78.7	%	55 - 65
Monocitos (%)	3.6	%	2 - 10



Eosinófilos	0.0	%	0.5 - 5
Basófilos	0.0	%	0 - 2

BIOQUIMICA

Urea	13.2	mg/dL	10 - 50
Creatinina	0.49	mg/dL	0.6 - 1.1
Glucosa	92.26	mg/dL	70 - 110
Ácido úrico	3.59	mg/dL	2.4 - 6

Elaborado por: Carolyn Diaz. Egresada de Obstetricia

Fuente: historial clínico

MEDIDAS GEERALES Y TERAPÉUTICAS

- Alta hospitalaria
- Control postparto en centro de salud
- Cefalexina 500 mg vía oral cada 8 horas por 7 días
- Nifedipina 100 mg vía oral cada 12 horas por 10 días
- Sulfato ferroso 100 mg vía oral cada 24 horas
- Levonorgestrel 0,03 mg vía oral cada 24 horas

2.7 INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES

En la guía de práctica clínica del ministerio de salud pública sobre los trastornos hipertensivos del embarazo se recomienda la administración de sulfato de magnesio en pacientes que presentan eclampsia como tratamiento preventivo de nuevas convulsiones. (MSP, 2016)

La presencia de convulsiones es esencial para poder definir un diagnóstico de eclampsia que puede abarcar un cuadro moderado a severo que termine involucrando un daño neurológico, de manera general las convulsiones tónico-



clónicas se acompañan de cefaleas de moderada intensidad, alteraciones visuales y un aumento significativo de la presión arterial.

2.8 SEGUIMIENTO

Paciente sexo femenino de 21 años de edad acude a este centro de salud a los 13 días de postparto para control por antecedente de cesárea de emergencia por diagnóstico de eclampsia más síndrome de HELLP. Al momento paciente se encuentra hemodinámicamente estable afebril, refiere sentirse bien. Refiere haber permanecido en hospitalización durante 5 días en los cuales obtuvo una evolución favorable Score mama 0. Cita para control en 30 días.

INDICACIONES

- Signos de alarma materno
- Asesoría de planificación familiar
- Charla de lactancia materna
- Sulfato ferroso 100 mg vía oral cada 24 horas
- Levonorgestrel 0,03 mg vía oral cada 24 horas

2.9 OBSERVACIONES

Se tomó varias fuentes bibliográficas como referencia con el objetivo de poder determinar el diagnóstico y correcto tratamiento de los trastornos hipertensivos del embarazo.

Debido al estado de salud complicado de la paciente se explicó al familiar las complicaciones maternas fetales que podrían producirse debido a la eclampsia, la severidad del diagnóstico y el tratamiento farmacológico el cual aceptó a seguir, el cual aceptó.

La paciente respondió de manera favorable ante el tratamiento farmacológico aplicado y luego de haber estado durante 5 días bajo observación médica fue dada de alta con buen pronóstico.



CONCLUSIONES

En conclusión Los trastornos hipertensivos del embarazo como la preeclampsia, eclampsia y síndrome de HELLP representan un gran impacto en la morbimortalidad materna y fetal. La eclampsia es una complicación de la preeclampsia grave que ocurre en la gestación o el postparto, se caracteriza por la aparición de convulsiones tónico-clónicas generalizadas no atribuibles a otras condiciones neurológicas preexistentes.

El tratamiento definitivo ante una preeclampsia - eclampsia es la terminación del embarazo para poder prevenir el desarrollo de complicaciones materno y fetales acompañado de farmacoterapia antihipertensiva.

La administración de sulfato de magnesio es eficaz para tratar las convulsiones y evitar cuadros repetitivos de episodios convulsivos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abraham, C., & Kusheleva, N. (s. f.). Management of Pre-eclampsia and Eclampsia: A Simulation. *MedEdPORTAL: the Journal of Teaching and Learning Resources*, 15, 10832. https://doi.org/10.15766/mep_2374-8265.10832
2. Aguirre, Y. A., Costafreda, C. B., Barroso, R. L., Reyes, O. R., & Yero, D. R. (2018). Preeclampsia y eclampsia en el periodo grávido y puerperal de pacientes ingresadas en cuidados intensivos. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 43(4), Article 4. <http://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/274>
3. Bartal, M. F., & Sibai, B. M. (2020). Eclampsia in the 21st century. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 0(0). <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.09.037>



4. Bryce Moncloa, A., Alegría Valdivia, E., Valenzuela Rodríguez, G., Larrauri Vigna, C. A., Urquiaga Calderón, J., & San Martín San Martín, M. G. (2018). Hipertensión en el embarazo. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 64(2), 191-196. <https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2077>
5. Cabrera, J. C. (s. f.). *Manual Obstetricia y Ginecología*. 2018, 638.
6. Calvo, J. P., Rodríguez, Y. P., & Figueroa, L. Q. (2020). Actualización en preeclampsia. *Revista Medica Sinergia*, 5(1), e340-e340. <https://doi.org/10.31434/rms.v5i1.340>
7. Camara-Lemmarroy, C. R., Escobedo-Zúñiga, N., Villarreal-Garza, E., García-Valadez, E., Góngora-Rivera, F., & Villarreal-Velázquez, H. J. (2017). Posterior reversible leukoencephalopathy syndrome (PRES) associated with severe eclampsia: Clinical and biochemical features. *Pregnancy Hypertension: An International Journal of Women's Cardiovascular Health*, 7, 44-49. <https://doi.org/10.1016/j.preghy.2017.01.003>
8. Chappell, L. C., Cluver, C. A., Kingdom, J., & Tong, S. (2021). Pre-eclampsia. *The Lancet*, 398(10297), 341-354. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32335-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32335-7)
9. Guevara-Ríos, E., & Gonzales-Medina, C. (2019). Factores de riesgo de preeclampsia, una actualización desde la medicina basada en evidencias. *Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal*, 8(1), 30-35. <https://doi.org/10.33421/inmp.2019140>
10. Herold, C. M. von. (2018). Síndrome de HELLP. *Revista Medica Sinergia*, 3(1), 13-16.



11. Lam, M. C., & Dierking, E. (2017). Intensive Care Unit issues in eclampsia and HELLP syndrome. *International Journal of Critical Illness and Injury Science*, 7(3), 136. https://doi.org/10.4103/IJCIIS.IJCIIS_33_17
12. Ministerio de Salud Pública (2021). *Gaceta epidemiológica de muerte materna SE 51*.
13. Ministerio de Salud Pública (2016). Trastornos hipertensivos del embarazo. Guía de Práctica Clínica (GPC). Segunda edición; Quito: Dirección Nacional de Normatización. Disponible en: <http://salud.gob.ec>
14. Mukwenda, A. M., Mbekenga, C. K., Pembe, A. B., & Olsson, P. (2017). Women's experiences of having had, and recovered from, eclampsia at a tertiary hospital in Tanzania. *Women and Birth*, 30(2), 114-120. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.09.006>
15. Peraçoli, J. C., Borges, V. T. M., Ramos, J. G. L., Cavalli, R. de C., Costa, S. H. de A. M., Oliveira, L. G. de, Souza, F. L. P. de, Korke, H. A., Brum, I. R., Costa, M. L., Corrêa Junior, M. D., Sass, N., Diniz, A. L. D., Prado, C. A. de C., & Cunha Filho, E. V. da. (2019). Pre-eclampsia/Eclampsia. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / RBGO Gynecology and Obstetrics*, 41(05), 318-332. <https://doi.org/10.1055/s-0039-1687859>
16. Phipps, E. A., Thadhani, R., Benzing, T., & Karumanchi, S. A. (2019). Pre-eclampsia: Pathogenesis, novel diagnostics and therapies. *Nature reviews. Nephrology*, 15(5), 275-289. <https://doi.org/10.1038/s41581-019-0119-6>
17. Salas Ramírez, B., Montero Brenes, F., & Alfaro Murillo, G. (2020a). Trastornos hipertensivos del embarazo: Comparación entre la guía de la Caja Costarricense del Seguro Social del 2009 y las recomendaciones de la Asociación de Ginecología Obstetricia del 2019. *Revista Medica Sinergia*, 5(7), e532. <https://doi.org/10.31434/rms.v5i7.532>



18. Salas Ramírez, B., Montero Brenes, F., & Alfaro Murillo, G. (2020b). Trastornos hipertensivos del embarazo: Comparación entre la guía de la Caja Costarricense del Seguro Social del 2009 y las recomendaciones de la Asociación de Ginecología Obstetricia del 2019. *Revista Medica Sinergia*, 5(7), e532. <https://doi.org/10.31434/rms.v5i7.532>
19. Singh, R., Hayaran, N., Nagar, D., & Jain, A. (2018). Spectrum of Neurological Complications in Eclampsia in a Tertiary Care Hospital in India. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 40(7), 876-882. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2017.08.038>
20. Verma, A. K., Garg, R. K., Pradeep, Y., Malhotra, H. S., Rizvi, I., Kumar, N., Kohli, N., & Pandey, S. (2017). Posterior encephalopathy syndrome in women with eclampsia: Predictors and outcome. *Pregnancy Hypertension*, 10, 74-82. <https://doi.org/10.1016/j.preghy.2017.06.004>

6 SIGNOS VITALES, MEDICIONES Y VALORES																
PRESIÓN ARTERIAL	144/90	F. CARDÍACA (bpm)	111	F. RESPIRATORIA (rpm)	30	TEMP. BUCAL (°C)	-	TEMP. AXILAR (°C)	36.8	PESO (kg)	60	TALLA (cm)	155			
GLASGOW	OJOS (E)	4	VERBAL (V)	4	MOTORA (M)	5	TOTAL (G)	13	REACCIÓN PUPILA (mm)	5	REACCIÓN PUPILA (mm)	5	T. LUMBAR (CAPLAR)	2	SATURA (OSÍMETRO)	100

7 EXAMEN FÍSICO Y DIAGNÓSTICO															
1. VÍA AEREA OBSTRUIDA	SP	2. CABEZA	SP	3. CUELLO	SP	4. TÓRAX	SP	5. ABDOMEN		6. COLUMNA		7. PELVIS		8. EXTREMIDADES	

1. C/ax: normocéfalo
 2. T/ax: suturas, C/P: en debate
 3. Ab: glóbulos incompatible con embarazo
 4. Ed: hinchado, no edema.

8 LOCALIZACIÓN DE LESIONES		9 EMERGENCIA OBSTÉTRICA																																																																																																	
		GESTAS: 0 PARTOS: 0 ABORTOS: 0 CESAREAS: 0 FECHA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN: 7/3/11 SEMANAS GESTACIÓN: 39.4 MOVIMIENTO FETAL: - FRECUENCIA C. FETAL: 140 MEMBRANAS ROTAS: N TIEMPO DE RUPTURA: - ALTURA UTERINA: - PRESENTACIÓN: Cefalica DILATACIÓN: - BORRAMIENTO: - PLANO: - PELVIS ÚTIL: - SANGRADO VAGINAL: NO CONTRACCIONES: regular	<table border="1"> <tr> <th>SCABE MAMA</th> <th>TEMP. Axil.</th> <th>TEMP. Rectal</th> <th>TEMP. Vaginal</th> <th>TEMP. F. Fetal</th> <th>TEMP. F. Materna</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>36.8</td> <td>37.5</td> <td>37.5</td> <td>140</td> <td>36.8</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>36.8</td> <td>37.5</td> <td>37.5</td> <td>140</td> <td>36.8</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>36.8</td> <td>37.5</td> <td>37.5</td> <td>140</td> <td>36.8</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>36.8</td> <td>37.5</td> <td>37.5</td> <td>140</td> <td>36.8</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>36.8</td> <td>37.5</td> <td>37.5</td> <td>140</td> <td>36.8</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>36.8</td> <td>37.5</td> <td>37.5</td> <td>140</td> <td>36.8</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>36.8</td> <td>37.5</td> <td>37.5</td> <td>140</td> <td>36.8</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>36.8</td> <td>37.5</td> <td>37.5</td> <td>140</td> <td>36.8</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>36.8</td> <td>37.5</td> <td>37.5</td> <td>140</td> <td>36.8</td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>36.8</td> <td>37.5</td> <td>37.5</td> <td>140</td> <td>36.8</td> </tr> <tr> <td>11</td> <td>36.8</td> <td>37.5</td> <td>37.5</td> <td>140</td> <td>36.8</td> </tr> <tr> <td>12</td> <td>36.8</td> <td>37.5</td> <td>37.5</td> <td>140</td> <td>36.8</td> </tr> <tr> <td>13</td> <td>36.8</td> <td>37.5</td> <td>37.5</td> <td>140</td> <td>36.8</td> </tr> <tr> <td>14</td> <td>36.8</td> <td>37.5</td> <td>37.5</td> <td>140</td> <td>36.8</td> </tr> <tr> <td>15</td> <td>36.8</td> <td>37.5</td> <td>37.5</td> <td>140</td> <td>36.8</td> </tr> </table>	SCABE MAMA	TEMP. Axil.	TEMP. Rectal	TEMP. Vaginal	TEMP. F. Fetal	TEMP. F. Materna	1	36.8	37.5	37.5	140	36.8	2	36.8	37.5	37.5	140	36.8	3	36.8	37.5	37.5	140	36.8	4	36.8	37.5	37.5	140	36.8	5	36.8	37.5	37.5	140	36.8	6	36.8	37.5	37.5	140	36.8	7	36.8	37.5	37.5	140	36.8	8	36.8	37.5	37.5	140	36.8	9	36.8	37.5	37.5	140	36.8	10	36.8	37.5	37.5	140	36.8	11	36.8	37.5	37.5	140	36.8	12	36.8	37.5	37.5	140	36.8	13	36.8	37.5	37.5	140	36.8	14	36.8	37.5	37.5	140	36.8	15	36.8	37.5	37.5	140	36.8
SCABE MAMA	TEMP. Axil.	TEMP. Rectal	TEMP. Vaginal	TEMP. F. Fetal	TEMP. F. Materna																																																																																														
1	36.8	37.5	37.5	140	36.8																																																																																														
2	36.8	37.5	37.5	140	36.8																																																																																														
3	36.8	37.5	37.5	140	36.8																																																																																														
4	36.8	37.5	37.5	140	36.8																																																																																														
5	36.8	37.5	37.5	140	36.8																																																																																														
6	36.8	37.5	37.5	140	36.8																																																																																														
7	36.8	37.5	37.5	140	36.8																																																																																														
8	36.8	37.5	37.5	140	36.8																																																																																														
9	36.8	37.5	37.5	140	36.8																																																																																														
10	36.8	37.5	37.5	140	36.8																																																																																														
11	36.8	37.5	37.5	140	36.8																																																																																														
12	36.8	37.5	37.5	140	36.8																																																																																														
13	36.8	37.5	37.5	140	36.8																																																																																														
14	36.8	37.5	37.5	140	36.8																																																																																														
15	36.8	37.5	37.5	140	36.8																																																																																														

10 SOLICITUD DE EXÁMENES															
1. BIOMETRIA	<input checked="" type="checkbox"/>	3. QUÍMICA SANGUÍNEA	<input checked="" type="checkbox"/>	5. GASOMETRIA		7. ENDOSCOPIA		9. R.X ABDOMEN		11. TOMOGRAFIA		13. ECOGRAFIA PELVIS		15. INTERCONSULTA	
2. UROANÁLISIS		4. ELECTROLITOS	<input checked="" type="checkbox"/>	6. ELECTROCARDIOGRAMA		8. R.X TÓRAX		10. R.X ÓSEA		12. RESONANCIA		14. ECOGRAFIA ABDOMEN		16. OTROS	

11 DIAGNÓSTICO DE INGRESO				12 DIAGNÓSTICO DE ALTA			
PRE-PRESUNTIVO	DEF-DEFINITIVO	CIE	PRE DEF	PRE-PRESUNTIVO	DEF-DEFINITIVO	CIE	PRE DEF
1	Embarazo de 38.26x	734	X				
2	hw peso + eclampsia	075	X				
3							

13 PLAN DE TRATAMIENTO		
INDICACIONES	MEDICAMENTO	POSOLÓGIA
1) Control de signos vitales	1) Solución Salina 0.9% 20cc + 3 Ampollas de	
2) Valoración por medicina interna	2) Soluto de Potasio 20% por vía oral 20ml	
3) Valoración por bioquímica de turno	3) y luego Solución Salina 0.9% 400cc + 10 Ampollas	
	4) de Soluto de Potasio 20% por vía oral 20ml + 10ml	

14 ALTA									
DOMICILIO	CONSULTA EXTERNA	OBSERVACIÓN	INTERNACIÓN	REFERENCIA	EGRESO VIVO	EN CONDICIÓN ESTABLE	EN CONDICIÓN INESTABLE	DÍAS DE INCAPACIDAD	
SERVICIO DE REFERENCIA		ESTABLECIMIENTO			MUERTO EN EMERGENCIA	CAUSA PROBABLE			
FECHA	HORA	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CODIGO						
27/8/2019	9:40	Dr. Bruno Galindo Roman							

Anexo 2 Hoja 2 Formulario 008 del historial clínico de la paciente



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR**



SAÚDE PÚBLICA
DIRECCIÓN DISTRITAL 12D03
HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS

ORDEN NO. 21082734
ZAMBRANO CEDEÑO DAYNNA
Identificación: 0942813064
Edad: 21 años Sexo: Femenino
Servicio: Emergencia Ginecológica
Categoría: HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS

EXAMEN

BIOMETRÍA HEMÁTICA
Recuento de Glóbulos Rojos
Hemoglobina
Hematocrito
Volumen Corpuscular Medio (VCM)
Hemoglobina Corpuscular Media (HCM)
Concentración de Hb Corp. Media (CHCM)
Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)c
Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)s
Plaquetas
Plaquetocrito
Volumen Plaquetario Medio (MPV)
Índice de Distribución Plaquetaria (PDWc)
Glóbulos Blancos
Linfocitos (%)
Neutrófilos (%)
Monocitos (%)
Eosinófilos (%)
Basófilos (%)
Células Granulares Inmaduras (%)
Linfocitos (#)
Neutrófilos (#)
Monocitos (#)
Eosinófilos (#)
Basófilos (#)
Células Granulares Inmaduras (#)

WBC DIFF
DIFF

**Muestra adecuada - Método: CBC-IMI Autom
TIPIFICACION SANGUINEA RH (D)**

Anexo 3 Informe de resultados de laboratorio



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR



DIRECCIÓN DISTRITAL 12D03
QUEVEDO - MOCACHE
HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS
Av. Walter Andrade y Guayaques #400
Telfs.: 052750373
laboratorio.hscj.czs5@gmail.com

DIRECCIÓN DISTRITAL 12D03
HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS
Grupo Sanguíneo O
Factor Rh Positivo

Muestra adecuada - Método: Aglutinación
Validado por: Lcda. Elena Puenta

BIOQUÍMICA

Glucosa	↑	125.13	mg/dL	70 - 110
Urea		25.85	mg/dL	10 - 50
Creatinina		0.8	mg/dL	0.6 - 1.1
Ácido Úrico	↑	8.35	mg/dl	2.4 - 6
Triglicéridos	↑	444.63	mg/dL	0 - 150
Bilirrubina Total	↑	3.01	mg/dL	0 - 1.2
Bilirrubina Directa	↑	1.02	mg/dL	0 - 0.3
Bilirrubina Indirecta	↑	1.99	mg/dL	0 - 0.95
TGO/AST	↑	453.89	U/L	0 - 31
TGP/ALT	↑	164.1	U/L	0 - 32
ALBÚMINA		3.56	g/dL	3.5 - 5
Amilasa		40.25	U/L	28 - 100
Colesterol	↑	326.66	mg/dL	0 - 200
Proteínas Totales		6.77	g/dL	6.6 - 8.7

Muestra adecuada - Método: Fotometría Automatizada
Validado por: Dr. Boris Zambrano

COAGULACIÓN

Tiempo de Protrombina TP		13	seg.	12 - 14
INR		1.16		0.9 - 1.2
Tiempo Parcial de Tromboplastina (TTP)		37.8	seg.	20 - 40

Muestra adecuada - Método: Coagulometría Automática
Validado por: Lcda. Elena Puenta

AUTOINMUNES E INFECCIOSAS

HIV 1 + 2 Cuarta Generación No reactivo

Muestra adecuada - Método: Inmunocromatografía

TREPONEMA PALLIDUM ANTICUERPOS IgG/IgM Negativo

Validado por: Lcda. Elena Puenta

ELECTROLITOS

Cloro		103.54	meq/L	98 - 110
Potasio	↓	3.23	meq/L	3.5 - 5.1

Muestra adecuada - Método: Fotometría Automatizada
Validado por: Lcda. Elena Puenta

Dr. Boris Zambrano
Coordinador del Departamento Laboratorio Clínico

Joselien Cortez Plas
Lcda. Elena Puenta
LABORATORISTA CLÍNICA
REG. SENESCTY # 1013-10-1455434

Anexo 4 Informe de resultados de laboratorio



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR



Curiginal

Document Information

Analyzed document	CAR
Submitted	2022
Submitted by	
Submitter email	cdia
Similarity	7%
Analysis address	jord

Anexo 5 Informe de Urkund