



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR

**Dimensión Práctica del Examen Complexivo previo a la obtención
del grado académico de Obstetriz**

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLÍNICO

CONDUCTA OBSTETRICA EN
EMBARAZADA DE 35 SEMANAS CON
PREECLAMPSIA SEVERA

AUTORA

MARIA GABRIELA TOMALA LITARDO

TUTOR

Q. F. MAITE MAZACON MORA MSC.

Babahoyo- Los Ríos- Ecuador

2022



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



Contenido

AGRADECIMIENTO	3
TITULO DEL CASO CLINICO	4
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCION	7
I. MARCO TEORICO	8
1.1 Justificación	17
1.2 Objetivos	18
1.2.1 Objetivo general	18
1.2.2 Objetivos específicos	18
1.3 Datos generales	19
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO	20
2.1 Análisis del motivo de consulta	20
2.2 Anamnesis	21
2.3 Exploración clínica	21
2.4 Información de exámenes complementarios realizados	23
2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo y diferencial	24
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.	24
2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.	25
2.8 Seguimiento	26
CONCLUSIONES	27
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28
ANEXOS	29



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



AGRADECIMIENTO

Quisiera agradecer a dios por permitirme realizar esta hermosa experiencia de convertirme en profesional, por permitirme disfrutar esta alegría junto a mi familia. Gracias a mi familia por ser mi mayor motivación y al mismo tiempo ese apoyo incondicional, por depositar su confianza en mí.

En reiteradas ocasiones me cuestioné si lo lograría o si sería capaz de ponerlo en práctica, pero ellos siempre me demostraron que con la ayuda de dios lo podría conseguir.

Durante el periodo como estudiante y al realizar mis prácticas pre-profesionales, empecé a notar una habilidad en mí en la que pude brindar mis conocimientos en favor a alguien que necesitaba, el saber que puedo cuidar dos vidas al mismo tiempo es algo asombrosamente maravilloso. Agradezco de igual manera a todas las personas que contribuyeron con mi formación en el área de salud, a las personas que aportaron con algún consejo o experiencia que logre poner en práctica para mi mejor desempeño.

Ahora puedo notar y darme cuenta que toda valió la pena; como el levantarme cada mañana cansada con sueño, derrotada por alguna calificación a mi parecer (injusta), o algún momento en el que me sentí incomoda por exponer mis ideas ante varias personas como al frente de médicos o especialistas, sirvieron de mucho para lograr y alcanzar mis objetivos, algo de lo que creo seré capaz de terminar con paciencia y sobretodo con la fe en Dios, que todo lo puede.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHYO
FACULTAD CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR



TITULO DEL CASO CLINICO

**CONDUCTA OBSTETRICA EN EMBARAZADA DE 35 SEMANAS CON
PREECLAMPSIA SEVERA**



RESUMEN

La preeclampsia (O149) es un tipo de trastorno hipertensivo que se presenta a partir de la semana 20 del embarazo o después del parto y puede ser causante de numerosas muertes maternas. Por lo consiguiente se expone el caso clínico en paciente de 28 años de edad con embarazo de 35 semanas, el cual se llevó a cabo en el HOSPITAL NICOLAS COTO INFANTE. Detallando en el presente caso, los manejos y métodos utilizados, adecuadamente para llegar a un diagnóstico definitivo. Como lo es, monitoreo materno fetal, control de signos vitales, ecografías, exámenes de laboratorio, ingreso hospitalario y derivación a unidad de mayor complejidad. Por lo que siguiendo el caso podemos notar el desempeño y la ética profesional, con la que se llevó este proceso siguiendo las indicaciones de las guías de prácticas clínicas al igual que la experiencia profesional con el objetivo de mantener estables ambas vidas y evitar muertes maternas.

PALABRAS CLAVES:

PREECLAMPSIA, TRASTORNO HIPERTENSIVO, MUERTE MATERNA, GUÍAS DE PRACTICAS CLÍNICAS.



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



ABSTRACT

Pre-eclampsia (O149) is a type of hypertensive disorder that presents from the 20th week of pregnancy or after delivery and can be the cause of numerous maternal deaths. Therefore, the clinical case is presented in a 28-year-old patient with a 35-week pregnancy, which was carried out at the HOSPITAL NICOLAS COTO INFANTE. Detailing in the present case, the handling and methods used, adequately to reach a definitive diagnosis. As it is, maternal-fetal monitoring, control of vital signs, ultrasound, laboratory tests, hospital admission and referral to a more complex unit.

Therefore, following the case, we can note the performance and professional ethics, with which this process was carried out following the indications of the clinical practice guidelines as well as the professional experience with the objective of keeping both lives stable and avoiding maternal deaths.

KEYWORDS:

PREECLAMPSIA, HYPERTENSIVE DISORDER, MATERNAL DEATH, CLINICAL PRACTICE GUIDELINES.



INTRODUCCION

Los tipos de trastornos hipertensivos son causante de varias muertes maternas a nivel mundial como lo demuestran los estudios y artículos científicos. El que analizaremos a continuación se presenta en el embarazo a partir de las 20 semanas al igual que puede presentarse después del embarazo.

Son muchos los factores de riesgo que predisponen a desarrollar preeclampsia severa (O141) como la raza, antecedentes personales o familiares, la edad, números de gestaciones entre otras.

El enfatizar en realizarse los controles prenatales nos ayuda para poder tratarla a tiempo o incluso nos puede ayudar a prevenirla, ya que avanza muy rápida y puede comprometer el bienestar materno fetal.

El caso que analizaremos a continuación es preeclampsia severa (O141) en secundigesta de 35 semanas de gestación que se desarrolló en hospital NICOLAS COTO INFANTE, la paciente acudió a sala de emergencia obstétrica refiriendo los signos y síntomas característicos a presentar dicha patología, como por ejemplo; cefalea intensa, náuseas y epigastralgia, entre otros.

Mediante exámenes de laboratorio, reportes ecográficos, monitoreos fetales, y valoración de médicos y obstetrix. Se inicia el tratamiento oportuno para tratar la preeclampsia. Indicándole tanto a la paciente como al familiar los tratamientos y procedimientos a realizar. Del mismo modo que se les explico las complicaciones que se pueden presentar ante una emergencia como esta.



I. MARCO TEORICO

Definición

Se define como la presencia de hipertensión inducida por el embarazo con tensión arterial diastólica (TAD) mayor o igual de 90 mmHg y/o tensión arterial sistólica (TAS) mayor o igual a 140 mmHg, en otros casos se definirá por un aumento de 30 mmHg o más en la TAS o de 15 mmHg o más en la TAD habitual, todo esto asociado con proteinuria y en ocasiones edema o lesión de órgano blanco. El valor de tensión arterial diastólica es el mejor predictor de resultados maternos perinatales, sin embargo el accidente cerebro vascular se correlaciona con TAS > a 160 mmHg. (Fescina R*, 2012)

En consecuencia, en muchas clasificaciones se presentan criterios para el diagnóstico de preeclampsia “grave” y la clasificación alternativa está implícita o indicada de manera específica como “leve”, “menos grave” o “no grave” (Alexander et al., 2003; Lindheimer et al., 2008b). Se utilizan éstos porque no existen criterios aceptados por todos para la preeclampsia “moderada”, una tercera categoría elusiva. (Kenneth J. Leveno, 2011)

En la gestante, puede complicarse evolucionando a una eclampsia, o puede manifestarse con el grave cuadro de Síndrome HELLP (O14.2), pero también en forma de hemorragias cerebrales, edema agudo de pulmón, insuficiencia renal, CID, etc. que explican que sea una de las cuatro grandes causas de mortalidad materna incluso en países desarrollados. (Mussons., 2018)

La preeclampsia (O14.9) es una patología con una prevalencia a nivel mundial de 10% de los embarazos. Presenta una mayor incidencia en mujeres menores de 20 años y mayores de 35 años al momento del embarazo y de estas el 75% de los casos corresponden a pacientes primigestas. (Sánchez, 2018)



Factores de riesgo

- Preeclampsia en embarazo anterior
- Historia familiar de preeclampsia en madre o hermanas.
- Síndrome antifosfolípido.
- Periodo intergenésico mayor a 10 años.
- Antecedente de enfermedad renal o proteinuria.
- Embarazo múltiple.
- Antecedente de Diabetes mellitus, hipertensión, trombofilia, enfermedades del colágeno, nefropatía.
- Primigestas o multiparidad.
- Enfermedad trofoblástica del embarazo.
- Obesidad.
- Infecciones en el embarazo.
- Menores de 20 años o mayores de 35 años (Sánchez, 2018)

Etiología

Se han descrito muchos mecanismos patológicos para la aparición de la preeclampsia (O14.9) pero aun la etiología no está totalmente clara. El principal mecanismo descrito que la explica es la invasión trofoblástica anormal de los vasos uterinos. También se ha descrito la intolerancia inmunitaria entre tejidos maternos y fetoplacentarios, mala adaptación de la madre a cambios inflamatorios y cardiovasculares del embarazo normal e influencias genéticas. (Sánchez, 2018)

La preeclampsia parece ser la culminación de factores que probablemente incluyen diversos factores maternos, placentarios y fetales. Los que se consideran importantes en la actualidad son los siguientes:

- Implantación placentaria con invasión trofoblástica anormal de vasos uterinos.
- Tolerancia inmunitaria mal adaptada entre tejidos maternos, paternos (placentarios) y fetales.



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



- Mala adaptación de la madre a los cambios cardiovasculares o inflamatorios del embarazo normal.
- Factores genéticos, incluidos genes predisponentes heredados e influencias epigenéticas. (Kenneth J. Leveno, 2011)

Fisiopatología

La patogenia exacta es desconocida, sin embargo, gracias a estudios epidemiológicos y datos experimentales, se ha obtenido una mayor comprensión sobre la posible fisiopatología asociada a este trastorno. En un embarazo normal, la fisiología y anatomía de las arterias espirales, encargadas de perfundir la placenta y por ende suministrar sangre al feto, presentan una remodelación que las hacen ser vasos de baja resistencia y alta capacitancia, gracias a la migración de los citotrofoblastos hacia la capa muscular de las arterias. En la preeclampsia (O14.9), no se genera la invasión de estas células hacia la capa muscular, lo que da como resultado la ausencia de dilatación vascular, y produce vasos estenóticos que generan subperfusión placentaria. A través de estudios, se ha demostrado que las pacientes que presentan este trastorno hipertensivo durante su embarazo, poseen una alteración en la expresión molecular de algunas citosinas y alteración en el complejo de histocompatibilidad HLA-G. Las anomalías en la vasculatura placentaria, desencadenan una serie de eventos, que terminan participando en la patogenia de la preeclampsia. Por lo tanto, se considera que la fisiopatología que explica el desarrollo de esta patología es la presencia de tejido placentario, por lo tanto se convierte en un trastorno propio del embarazo, que en la gran mayoría de los casos presenta resolución durante los primeros días o semanas posteriores a la expulsión de la placenta durante el parto. Cuando se presenta isquemia del tejido placentario, se genera una liberación de factores tisulares, los cuales alteran el tejido endotelial, causando disfunción vascular endotelial. Es justamente, esta disfunción vascular la que explica la afectación multisistémica. (Calvo, Rodríguez, & Figueroa, Actualización en preeclampsia, 2020)



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



La primera etapa de la enfermedad es asintomática, caracterizada por hipoperfusión e hipoxia placentaria generando trombosis e infarto en las vellosidades aumentando la producción y liberación de ciertos factores en la circulación materna que causan un estado de inflamación generalizada y activación del endotelio induciendo la segunda etapa de la enfermedad caracterizada por vasoconstricción, reducción del volumen plasmático y activación de la cascada de coagulación, siendo esta, la etapa sintomática o de diagnóstico clínico. (LAPIDUS, 2017)

La alteración del tono vascular secundaria, genera la hipertensión arterial resultante, además al presentar un aumento en la permeabilidad vascular se presenta proteinuria y edema. Existe mayor hipercoagulabilidad secundaria a la activación anormal de procoagulantes tisulares. Debido a que es un trastorno multisistémico, la alteración de la vasculatura en ciertos órganos explica la sintomatología, como la cefalea, riesgo de convulsiones, alteraciones visuales, epigastralgia y restricción del crecimiento intrauterino. Existen algunas condiciones clínicas que alteran la vasculatura y se convierten en factores de riesgo para padecer preeclampsia, debido a la hipoperfusión secundaria. La diabetes mellitus, hipertensión arterial crónica, colagenopatías como el lupus eritematoso sistémico, trombofilias y enfermedades renales, son algunas de las enfermedades que guardan relación. Además, condiciones obstétricas asociadas con un desarrollo placentario anormal, predisponen a una disminución en la irrigación placentaria, lo que aumenta el riesgo de preeclampsia. La enfermedad trofoblástica gestacional y los embarazos múltiples son dos causas frecuentes de estas condiciones. Se ha sugerido la participación genética dentro de la patogenia de la preeclampsia. Los datos epidemiológicos informan mayores casos en mujeres con antecedentes familiares de primer grado que padecieron este trastorno, con un riesgo de dos a cinco veces en comparación con mujeres sin antecedentes. Aun mayor es el riesgo en las mujeres con antecedentes personales en embarazos anteriores de preeclampsia, en quienes presentan un riesgo de hasta siete veces más.



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



Otro dato que refleja la asociación genética como factor de riesgo, es la mayor prevalencia en los embarazos donde el producto es de un hombre en quien padeció de preeclampsia durante su embarazo. A pesar de que la mayoría de pacientes tienen resolución al cabo de 2 meses postparto, existe una minoría de casos donde se puede presentar un debut de preeclampsia durante el postparto. Fisiopatológicamente, este debut postparto se ha asociado con la mayor cantidad de volumen en el líquido intravascular, secundariamente a la movilización de líquido, a una disminución en la eliminación de factores antiangiogénicos y a activación del complemento. Sabiendo los mecanismos y las bases fisiológicas que más se han logrado aceptar y relacionar con la presencia de preeclampsia, son bien conocidos cuales los factores de riesgo que se deben de valorar en cada paciente, para conocer el posible riesgo de este trastorno durante el embarazo. (Calvo, Rodríguez, & Figueroa, Actualización en preeclampsia, 2020)

Un enfoque primordial durante el control del embarazo es determinar en la primera consulta prenatal los factores de riesgo de preeclampsia y desarrollar las acciones pertinentes para su prevención, y durante los controles subsiguientes investigar signos y síntomas que puede asociarse a esta patología. Si se realiza un diagnóstico apropiado, se puede llevar a cabo un manejo adecuado y disminuir las complicaciones que pudieren presentarse como convulsiones, accidente cerebro vascular, síndrome de HELLP (O14.2), desprendimiento normo placentario, edema agudo de pulmón, insuficiencia renal aguda, compromiso del bienestar fetal e inclusive muerte fetal intrauterina o muerte materna. (Rojas Pérez, Rojas Cruz, Villagómez Vega, & Rojas Cruz, 2019)

Factores de riesgo y predictores asociados a preeclampsia

Los factores de riesgo y predictores para la PE incluyen un amplia gama de condiciones que reflejan la complejidad del proceso de la enfermedad y los puntos fuertes de la asociación se cuantifican utilizando índices de riesgo o radio de probabilidades. Estos se pueden clasificar en función de factores familiares, factores demográficos, antecedentes médicos o historia obstétrica, factores



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



asociados al embarazo, factores paternos, niveles de laboratorio y estudios de imágenes. (Cristina Elizabeth Chimbo Oyaque, 2018)

Manifestaciones clínicas

La sintomatología de este trastorno, que representa su afectación multisistémica secundaria, se presenta en un 90% de los casos después de la semana 34 de gestación, mientras que aproximadamente ocurre antes de las 34 semanas. Menos del 5% de las pacientes, presentan un debut de su presentación clínica durante el periodo postparto, la mayoría de veces dentro las primeras 48 horas. El inicio de los síntomas es gradual en algunos casos, mientras que otros proceden a complicaciones potencialmente mortales en cuestión de horas. El grado de hipertensión arterial no se relaciona con las manifestaciones clínicas, por lo tanto, no se considera la toma de la presión como un marcador de sintomatología, y se debe de tener alta sospecha en aquellas pacientes que solamente presenten la clínica sugestiva. Los síntomas más frecuentes de preeclampsia son síntomas neurohipertensivos como cefalea, escotomas, fotofobia, visión borrosa e incluso ceguera temporal, dolor abdominal o epigastralgia, disnea, dolor torácico. Aunque está bien definido el espectro clínico de las manifestaciones más frecuentes, se debe tener alta sospecha en aquellas pacientes en las que podría presentarse una sintomatología atípica. (Calvo, Rodríguez, & Figueroa, Actualización en preeclampsia, 2020)

A pesar de ser poco común, algunos hallazgos clínicos atípicos que pueden dificultar el diagnóstico, es la presencia de síntomas antes de las 20 semanas. En estos casos, además de valorar por preeclampsia, se debe descartar la presencia de una enfermedad trofoblástica gestacional. Otro tipo de presentación atípica son los casos en que se presentan proteinurias aisladas, sin otro hallazgo asociado. En aquellas pacientes que sumado a la sintomatología, presentan alteraciones en valores de laboratorio, especialmente la deshidrogenasa láctica, enzimas hepáticas y trombocitopenia, se debe descartar la presencia de un síndrome de HELLP. (Calvo, Rodríguez, & Figueroa, Actualización en preeclampsia, 2020)



Cribado de preeclampsia en gestaciones únicas

En los últimos años, el esfuerzo se ha centrado en encontrar una combinación de múltiples parámetros con el objetivo de planificar un control apropiado de la gestación y de implementar determinadas estrategias preventivas. De esta manera, se han propuesto diversos modelos de cribado de PE en el primer trimestre, que abarcan desde la mera valoración de factores de riesgo maternos hasta modelos predictivos multivariantes más complejos, basados en factores maternos, bioquímicos y biofísicos. La utilización de cualquiera de los modelos, desde los más sencillos a los más sofisticados, dependerá de las condiciones asistenciales de cada centro, variando la tasa de detección (TD) y la tasa de falsos positivos (TFP) en función del modelo seleccionado. (Obstetricia, 2020)

Manejo clínico

El primer paso en la prevención de la PE implica identificar a la población que presenta riesgo de desarrollar la enfermedad. En los últimos años se han planteado numerosos modelos de predicción precoz de PE que combinan características maternas, marcadores bioquímicos e índices ecográficos, aunque con resultados muy diferentes. Recientemente, Poon y Nicolaidis han propuesto un modelo de cribado de PE precoz en primer trimestre que permitiría alcanzar una tasa de detección del 96% para una tasa de falsos positivos del 10%, utilizando 4 parámetros: tensión arterial media, índice de pulsatilidad de arterias uterinas, concentración de PIGF y de la proteína plasmática A asociada al embarazo. Sin embargo, estos resultados aún no han sido reproducidos por otros grupos, por lo que se requieren más estudios antes de que un programa de este tipo pueda ser implantado en la práctica clínica. Por este motivo, actualmente la prevención se dirige a población de riesgo en base a características maternas (factores de riesgo como historia previa de PE, gestaciones múltiples o condiciones clínicas subyacentes). En este tipo de población, se ha demostrado que la administración de aspirina en dosis bajas (60-80mg/día) antes de la semana 16 (cuando aún se está produciendo la transformación de las arterias espirales), reduce la incidencia de la enfermedad en un 29%, de parto pretérmino en un 19% y retraso del



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



crecimiento intrauterino en un 20%, por lo que esta medida profiláctica ya constituye una recomendación en la práctica clínica. (Indira Álvarez-Fernández, 2016)

Tratamiento

Se considera indicación de parto, todas las pacientes que tengan más de 34 semanas de gestación y que presenten criterios de severidad, debido a que el parto disminuye las posibilidades de que se presenten complicaciones graves asociadas con la disfunción multisistémica. (Calvo, Actualización en preeclampsia, 2020)

En la PE con criterios de severidad durante el parto, es importante prevenir las convulsiones y controlar la presión arterial. Las convulsiones se previenen por medio del uso de sulfato de magnesio (fármaco de elección), el cual se encuentra contraindicado en miastenia gravis, hipocalcemia, insuficiencia renal moderada o grave, isquemia cardíaca, bloqueo cardíaco o miocarditis. En las cesáreas, el uso de sulfato de magnesio se debe utilizar antes de la cirugía, durante ella y 24 horas después de esta. En el parto vaginal, el uso de este medicamento se debe hacer 24 horas después del parto. Rango terapéutico: 4,8 a 9,6 mEq/dl o una infusión de 1 g/h. Pérdida de reflejos profundos: 9 mEq/dl. Depresión respiratoria: 12 mEq/dl. (Ramírez, 2020)

El único tratamiento definitivo de la PE es la eliminación de la placenta, pero asegurando previamente el bienestar tanto materno como fetal. Es imprescindible la participación de un equipo multidisciplinar, que realice un seguimiento estrecho de la gestante mediante controles analíticos (hemograma, iones, función renal y hepática, coagulación, proteinuria) y valoración del bienestar fetal (ecografía, Doppler). Para ello, los casos más graves o precoces habitualmente requieren hospitalización, mientras que los casos más leves pueden seguir un control ambulatorio. Las intervenciones terapéuticas tienen como objetivo estabilizar la situación materna y evitar el desarrollo de complicaciones. De este modo, debe iniciarse tratamiento antihipertensivo (labetalol, hidralacina, alfametildopa) ante valores de tensión arterial sistólica ≥ 160 mmHg o diastólica ≥ 110 mmHg. Además, en



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



casos de PE grave se recomienda la administración de sulfato de magnesio para prevenir o tratar las convulsiones de la eclampsia, tratamiento que debe mantenerse 24-48h posparto. La decisión de finalizar el parto implica sopesar entre el beneficio que supone para la gestante eliminar la placenta frente al riesgo de inducir un parto pretérmino. Se recomienda mantener una actitud expectante hasta las 37 semanas, y a partir de ese momento finalizar la gestación. Sin embargo, en casos graves puede ser necesaria una inducción más temprana. La recomendación general es esperar al menos hasta la semana 34, aunque un empeoramiento grave de la situación materna o fetal (hipertensión persistente, pródomos de eclampsia, edema pulmonar, retraso del crecimiento intrauterino grave, pérdida fetal) justifica la finalización antes de la semana 34, en cuyo caso se requiere la administración previa de corticoesteroides para asegurar la maduración pulmonar fetal. (Indira Álvarez-Fernández, 2016)

Tratamiento Con Sulfato De Magnesio En Preeclampsia (Para Prevención De Eclampsia)

Preparación y administración de sulfato de magnesio en preeclampsia.

Impregnación: 20 mL de sulfato de magnesio al 20 % (4 g) + 80 mL de solución isotónica, pasar a 300 ml/ hora en bomba de infusión o 100 gotas/minuto con equipo de venoclisis en 20 minutos (4 g en 20 minutos).

Mantenimiento: 50 mL de sulfato de magnesio al 20 % (10 g) + 450 mL de solución isotónica, pasar a 50 mL/hora en bomba de infusión o 17 gotas /minuto con equipo de venoclisis (1 g/hora). (Ministerio de Salud Pública, 2016)



1.1 Justificación

Mediante este estudio se demostrara la importancia de actuar inmediatamente ante un signo de alarma que presente la paciente para mantener el bienestar materno fetal.

Este tipo de trastorno hipertensivo requiere la finalización del embarazo como uno de los tipos de tratamiento para evitar una muerte materna. Procurando siempre el bienestar fetal antes mencionado, realizando una correcta anamnesis detallando todo lo que refiera la paciente en conjunto con los exámenes de laboratorio y reportes ecográficos. Cabe recordar que este tipo de trastorno hipertensivo avanza y requiere un control continuo de signos vitales, al igual que el control diurético y su estado de conciencia, determinar además la complicación de órganos, monitorizar el bienestar fetal. Mientras más pronto se inicie el tratamiento idóneo a tratar dicho trastorno se reduce el riesgo de una complicación por muerte materna fetal.

A pesar de que se trate esa enfermedad muchas de las pacientes llegan a las casas de salud con un cuadro clínico avanzado debido a la falta de información de manera que se complica aún más el manejo del trastorno hipertensivo.



1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo general

- Analizar las diversas complicaciones de preeclampsia severa en el feto y madre

1.2.2 Objetivos específicos

- Identificar los signos y síntomas de preeclampsia severa
- Considerar el tipo de tratamiento adecuado de preeclampsia severa



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



1.3 Datos generales

NOMBRES COMPLETOS: ESTRELLA JAZMIN CEDEÑO VERA	SEXO: FEMENINO
CEDULA DE NACIMIENTO: 1206620781	EDAD: 28
FECHA DE NACIMIENTO: 24/12/1992	ESTADO CIVIL: CASADA
NACIONALIDAD: ECUATORIANA	OCUPACION:
NIVEL DE ESTUDIO: BACHILLER	RAZA: MESTIZA
DIRECCION: SAN JUAN	RELIGION: CATOLICA
NIVEL SOCIOCULTURAL / ECONOMICO: BAJO	HOSPITAL: NICOLAS COTTO INFANTE
FECHA DE INGRESO: 25/12/2020	FUM: NO RECUERDA

TABLA 1 ELABORADO POR: ESTUDIANTE EGRESADA DE OBSTETRICIA MARIA TOMALA



II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

2.1 Análisis del motivo de consulta

Paciente de sexo femenino de 28 años de edad. Secundigesta, acude a casa de salud por referir náuseas, cefalea acompañada de epigastralgia de leve intensidad de +/- 5 horas evolución.

HISTORIAL CLÍNICO DE LA PACIENTE

Antecedentes patológicos personales:	No refiere
Antecedentes patológicos familiares:	Madre hipertensa / diabética (crisis de epilepsia)
Antecedentes quirúrgicos:	Cesárea (1)
Alergias:	No refiere
Hábitos:	No refiere
ANTECEDENTES GINECO – OBSTÉTRICOS	
Menarquia:	13
Ciclos menstruales:	Irregulares
Inicio de vida sexual:	Activa
Planificación familiar:	No
Parejas sexuales:	1
Gestas:	Partos: 1 cesárea: 1 Aborto: 0
Fecha de la última menstruación :	No Refiere
Controles prenatales del embarazo actual:	2
Ecografías:	1
Edad gestacional:	35 semanas por ecografía
Papanicolaou:	Ninguno

TABLA 2 ELABORADO POR: ESTUDIANTE EGRESADA DE OBSTETRICIA
MARIA TOMALA



2.2 Anamnesis

Paciente femenina de 28 años de edad, orientada en tiempo, espacio y persona. Acude a casa de salud por referir dolor en epigastrio, náuseas, cefalea acompañada de epigastralgia de leve intensidad de +/- 5 horas de evolución, niega haber presentado vómito. Presenta antecedentes familiares; madre diabética e hipertensa, no refiere alergias ni hábitos. Presenta antecedentes gineco obstétricos; gestas 1 cesárea 1. Paciente indica tener dos controles prenatales.

Ecografía obstétrica indica embarazo de 35 semanas. No recuerda FUM. Al examen obstétrico. Embarazo 35 semanas por ecografía. Movimientos fetales activos. Frecuencia cardíaca fetal 128 latidos por minuto. Signo vitales en score mama 7. Se realiza exámenes de laboratorio, biometría hemática completa, grupo sanguíneo, química sanguínea, examen de orina. Se indica medicación y se realizan los trámites para referir a la paciente a un centro de salud de mayor complejidad.

2.3 Exploración clínica

Paciente orientada en tiempo espacio y persona.

Al examen físico;

Cabeza: normo cefálica,

Cuello: sin adenopatías,

Tórax: simétrico,

Abdomen: globuloso, acorde a edad gestacional

Extremidades simétricas, sin edema.

Tv: cérvix cerrado no se observa pérdida de líquido amniótico ni sangrado transvaginal.

Signos vitales al momento del ingreso:



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



SCORE MAMA (7)		PUNTAJE
Presión Arterial	143/98 mmHg	4
Frecuencia Cardiaca	114	2
Frecuencia Respiratoria	20	0
Temperatura	36.7	0
Saturación De Oxígeno	99%	0
Estado De Conciencia	Alerta	0
Tirilla De Proteinuria	positivo	1
Total:		7

TABLA 3 ELABORADO POR: ESTUDIANTE EGRESADA DE OBSTETRICIA
 MARIA TOMALA

SCORE MAMA									
PARÁMETRO	PUNTAJE							PARÁMETRO	Puntaje parcial por parámetro
	3	2	1	0	1	2	3		
FC	≤ 50	-	51-59	60-100	101-110	111-119	≥ 120	FC	
Sistólica	≤ 70	71-89	-	90-139	-	140-159	≥ 160	Sistólica	
Diastólica	≤ 50	51-59	-	60-85	86-89	90-109	≥ 110	Diastólica	
FR	≤ 11	-	-	12-22	-	23-29	≥ 30	FR	
T (°C) (*)	-	≤ 35,5	-	35,6-37,2	37,3-38,4	-	≥ 38,5	T (oC)	
Sat (**)	≤ 85	86-89	90-93*	94-100		-	-	Sat	
Estado de conciencia	-	Confusa / agitada	-	alerta	Responde a la voz / somnolienta	Responde al dolor / estuporosa	No responde	Estado de conciencia	
Proteinuria (***)	-	-	-	(-)	Positivo	-	-	Proteinuria	

https://issuu.com/obstaamh/docs/afiche_score_mama_actualizado

Figura 2 de Referencia para calcular el score mama



2.4 Información de exámenes complementarios realizados

Resultados de ecografía realizada el 25/12/2020

Producto único vivo sexo femenino de 35 semanas latidos cardiacos fetales 136 por minuto.

Maduración placentaria: 2/3

Líquido amniótico: normal en cantidad y calidad

Peso: 2484 gr

Resultados de exámenes de laboratorio, realizado el 25/12/2020

Examen de laboratorio		Valores de referencia
Leucocitos	12.96	4,5–11 x 10 ³ células/mcL
Neutrófilos	84.5%	50-60%
Linfocitos	12.3	20-40%
RBC	4.23	4.0–5.0 x 10 ¹² /L
Hemoglobina	13.0	12-16 g/dL
Hematocrito	91.0	38 -
Plaquetas	206.000	150–350
Grupo sanguíneo	O(+)	-----
Glucosa en 2 horas	72	Hasta 180
Urea	29	10 – 50
Creatinina	1.3	0.5 - 1.3
Ácido úrico	4,7	2.6 - 6.0
Transaminasa Pirúvica (ALT)	388	40
Transaminasa Oxalacética (AST)	298	40

TABLA 4 ELABORADO POR: ESTUDIANTE EGRESADA DE OBSTETRICIA MARIA TOMALA



2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo y diferencial

Para abordar un diagnóstico ya sea este presuntivo, diferencial o definitivo nos guiamos por la sintomatología que presente la paciente el cual indicaba cefalea intensa acompañada de epigastralgia, negaba vómitos, inmediatamente medimos los signos vitales para calcular el score mama según los valores que mostraba.

Dando un total de score mama 7. Podemos deducir la hipertensión gestacional incluida por el embarazo con proteinuria significativa, como un diagnóstico presuntivo al mismo tiempo que podemos incluir epigastralgia como un segundo diagnóstico presuntivo. Aunque es conveniente acotar que los valores del score mama aumentan al mismo tiempo que los resultados de los exámenes de laboratorio demuestran valores elevados como por ejemplo de plaquetas, transaminasas entre otros. Se infiere que el diagnóstico diferencial es preeclampsia severa (O14.1).

2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.

Se procede a la toma de signos vitales; presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura, saturación de oxígeno, estado de conciencia, tirilla de proteinuria para verificar el puntaje del score mama y según eso realizar el control del mismo. Marcando así un total de 7 puntos de score mama. Inmediatamente se reciben los resultados de los exámenes de laboratorio, que incluyen biometría hemática completa, transaminasas, química sanguínea y grupo sanguíneo. Además se realiza ecografía obstétrica el cual reporta embarazo de 35 semanas con movimientos fetales activos (sin complicaciones fetales). El monitoreo materno fetal indica categoría 1. Se activa clave azul, por lo que se procede a indicar nifedipino 10 mg vía oral por tres dosis cada 20 minutos dosis stat. Dosis de impregnación; solución salina 0,9 en equipo de volutrol 80 cc + 4 gr pasar en 20 minutos. Dosis de mantenimiento; solución salina 0,9% 450cc + 10 gr de sulfato de magnesio a 10 gotas por minuto. Se coloca sonda vesical para controlar diuresis.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHYO
FACULTAD CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR



2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.

Analizando lo antes mencionado sobre preeclampsia severa (O141), se debe de tener en cuenta el bienestar materno fetal comprobando con monitoreo fetal, exámenes de laboratorio, ecografías, signos vitales. Cabe recordar que uno de los tratamientos radicales para el manejo de este tipo trastorno hipertensivo es la finalización del embarazo. Por el cual según las semanas que presente el producto, se debe de iniciar la maduración pulmonar con corticoides dependiendo de las semanas en las que se encuentre, para de este modo disminuir el riesgo de morbimortalidad neonatal. No existe una causa específica para desarrollar preeclampsia severa (O141), sin embargo existen algunos factores de riesgo que pueden desencadenar este tipo de trastorno hipertensivo como por ejemplo; obesidad, primigestas, antecedentes de preeclampsia, entre otros. Que nos conlleva a suponer un posible diagnóstico a futuro si presenta algunos de los factores antes mencionado. En este caso clínico la paciente era secundigesta, no presentaba obesidad, sin embargo presentaba clínicamente los signos y síntomas para un diagnóstico de preeclampsia severa, refiriendo cefalea intensa, dolor en epigastrio, presión arterial sistólica >143 mmHg y presión sistólica >98 , frecuencia cardíaca 114, proteinuria positiva, acompañada de exámenes de laboratorio con valores de transaminasa pirúvica 388 y transaminasa Oxalacética 298, plaquetas 206.000, hemoglobina 13.0. En la que algunos de los valores se encuentran elevados.



2.8 Seguimiento

Luego de administrar los medicamentos previamente indicado, y de estabilizar a la paciente. Se procede a solicitar cupo a un hospital de mayor complejidad, el cual indica no contar con disponibilidad en las unidades hospitalarias.

A lo que inmediatamente se la refiere a la paciente a hospital Guamo sur como “Código Rojo” avisando previamente a coordinación zonal al igual que al hospital a referir. La paciente fue trasladada en ambulancia del “ECU 911” en compañía del médico de guardia.

Se le informo al hospital Nicolás Coto Infante que la paciente que fue trasladado en la noche del 25 de diciembre del 2020, falleció una semana después de su traslado.

Observaciones

Previamente se les explicó el cuadro clínico y la conducta a tomar, tanto a la paciente como al familiar. En cuanto se administró el medicamento se notó mejoría en el cuadro clínico de la paciente indicando un score mama de 1, de esta manera el control se realizó cada 4 hora. Dos horas después la paciente refirió nuevamente cefalea intensa, acúfenos, fotopsias y además realizó vómitos de contenido alimenticio en tres ocasiones acompañado de epigastralgia las cuales no cesaron con la administración de medicamentos. Por consiguiente aumento nuevamente el score mama a 5. De manera que inmediatamente se refirió a la paciente como código rojo. Junto con el familiar y la paciente estando orientada en tiempo y espacio, aceptaron el traslado a unidad de mayor complejidad con sus firmas en el formulario de consentimiento informado.



CONCLUSIONES

En definitiva, existen varias complicaciones que se presentan en este tipo de síndrome afectando al binomio materno-fetal, causando como por ejemplo en la gestante; edema pulmonar, desprendimiento placentario, eclampsia, rotura prematura de membranas, y al feto; restricción de crecimiento, oligohidramnios, o incluso pueden presentarse consecuencias más severas como la muerte fetal o materna.

Se identificaron además los signos y síntomas que presentaba la paciente, los cuales fueron; cefalea intensa, dolor epigástrico, por lo que prontamente se realizó el control de signos vitales, valorando su estado de conciencia actuando así inmediatamente activando la clave azul administrando la prescripción adecuada al tratamiento.

Aunque existe el tratamiento adecuado a tratar este tipo de trastorno hipertensivo como es la preeclampsia se utiliza los siguientes medicamentos que pueden ser nifedipina, sulfato de magnesio, corticoides si el embarazo no está a término. Hemos podido notar que ante una emergencia en la que vemos en peligro dos vidas se debe de actuar inmediatamente. Analizar, evaluar, comprobar y considerar que algunos de los casos estas complicaciones tan severas traen o conllevan algún tipo de consecuencia. Según estudios científicos la mayoría de las veces se considera como tratamiento de primera elección la interrupción del embarazo, y en este caso se lo puso en práctica, pero también se ha demostrado científicamente que la preeclampsia severa siendo este un tipo de trastorno hipertensivo común, en ocasiones es capaz de terminar con la vida de una persona. Ocasionando muertes maternas como fue lo ocurrido con la paciente de este caso clínico.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Calvo, D. J. (2020). Actualización en preeclampsia. *Revista Médica Sinergia*, 13.
- Calvo, D. J., Rodríguez, D. Y., & Figueroa, D. L. (2020). Actualización en preeclampsia. *Revista Médica Sinergia*, 13.
- Cristina Elizabeth Chimbo Oyaque. (2018). Factores de riesgo y predictores. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*, 7.
- Fescina R*, D. M. (2012). Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas. *Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva*, 76.
- Indira Álvarez-Fernández, B. P. (2016). Preeclampsia. *Revista del Laboratorio Clínico*, 81-89.
- Kenneth J. Leveno, M. S. (2011). *WILLIAMS OBSTETRICIA*. MEXICO: Miembro de la Cámara Nacional de la Industria Editorial Mexicana Reg. Núm. 736.
- LAPIDUS, A. -S. (2017). Estados hipertensivos y embarazo. *Consenso de Obstetricia FASGO 2017*, 21.
- Ministerio de Salud Publica, M. (2016). Guía de Práctica. *Trastornos hipertensivos del embarazo*, 81. Obtenido de <http://>
- Mussons., V. C. (2018). Preeclampsia. Eclampsia y síndrome HELLP. *Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología*, 6.
- Obstetricia, S. E. (2020). Trastornos hipertensivos en la gestación. *Revista Oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia*, 29.
- Ramírez, D. B. (2020). Trastornos hipertensivos del embarazo: comparación entre la guía de la Caja Costarricense del Seguro Social del 2009 y las recomendaciones dela Asociación de Ginecología Obstetricia del 2019 . *Revista Médica Sinergia*, 14.
- Rojas Pérez, L. A., Rojas Cruz, L. A., Villagómez Vega, M. D., & Rojas Cruz, A. (2019). Preeclampsia - eclampsia diagnóstico y diagnostico. *Revista Eugenio Espejo*, 12.
- Sánchez, D. K. (2018). PREECLAMPSIA. *Revista Médica Sinergia*, 8 – 12.

ANEXOS

Hospital Dr. Nicolás Cotto Infante

UNIDAD OPERATIVA	COB. NO.	COD. LOCALIZACIÓN	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA
HBCI	12	05 10 12	126620261

NOMBRE: *Yana* APELLIDOS: *Estela* SEXO: *F* EDAD: *28*
 DIRECCIÓN: *Villas de Villalba* TELÉFONO: *0959641450*
 LUGAR DE NACIMIENTO: *Vinces Ecuador* NACIONALIDAD: *Ecuatoriana* GRUPO SANGUÍNEO: *B*
 TIPO DE SEGURO DE SALUD: *NO* REFERIDO DE: *Suscripción*
 FUENTE DE INFORMACIÓN: *Parente* INSTITUCIÓN O PERSONA QUE ENTREGA AL PACIENTE: *NO*

2 INICIO DE ATENCIÓN Y MOTIVO

MOTIVO: *A:13* TRABAJO: *NO* CAUSA CLÍNICA: CAUSA D. OBSTETRICA: CAUSA QUIRÚRGICA:
 MOTIVO: *Ebri + Epigastralgia* GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR RH: *NO*

3 ACCIDENTE, VIOLENCIA, INTOXICACIÓN, ENVENENAMIENTO O QUEMADURA

PERSONA Y HORA DEL SUENTO: *No aplica* LUGAR DEL SUENTO: *No aplica* DIRECCIÓN DEL SUENTO: *No aplica* CUESTIONA PREGUNTA: *No aplica*
 TIPO DE ACCIDENTE: CAUSA: QUEMADURA: INTOXICACIÓN: ENVENENAMIENTO: OTRO ACCIDENTE:
 OBSERVACIONES: *No aplica*

4 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

1. ALERGIAS: *No aplica*
 2. CLÍNICOS: *No aplica*
 3. GINECOLÓGICOS: *No aplica*
 4. TRAUMÁTICOS: *No aplica*
 5. QUIRÚRGICOS: *No aplica*
 6. FARMACOLÓGICOS: *No aplica*
 7. PSIQUIÁTRICOS: *No aplica*
 8. OTRO: *No aplica*

5 ENFERMEDAD ACTUAL Y REVISIÓN DE SISTEMAS

VÍA AEREA LIBRE: VÍA AEREA OBSTRUIDA: CONDICIÓN ESTABLE: CONDICIÓN INESTABLE:
 Paciente de sexo femenino de 28 años de edad. Se encuentra desde su nacimiento con una salud por debajo de normal, con antecedentes de epilepsias de leve intensidad de 5 años de evolución. Al examen físico se observa un estado de salud normal, sin signos de alarma. Se refiere a episodios de pérdida de líquidos amnióticos por sangrado transvaginal.

9/12 EMERGENCIA

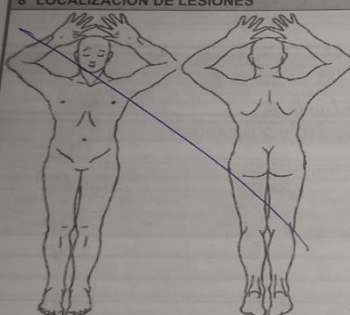
IMAGEN DEL FORMULARIO EMERGENCIA 008 HOJA 1

IMAGEN DEL
 FORMULARIO
 EMERGENCIA
 008
 HOJA 2

6 SIGNOS VITALES, MEDICIONES Y VALORES									
TEMP. BUcal	TEMP. Axila	TEMP. Rectal	PRACION PUPILA	PRACION PUPILA	PRACION PUPILA	PRACION PUPILA	PRACION PUPILA	PRACION PUPILA	PRACION PUPILA
14.5/9.6	11.4	20	15	36.7					
SEÑALES	4	3	6						

7 EXAMEN FISICO Y DIAGNOSTICO						
1. CABEZA	2. OJOS	3. CUELLO	4. TORAX	5. ABDOMEN	6. COLUMNA	7. PELVIS
Sp	Sp	Sp	Sp	Sp	Sp	Sp

1 - Abre
 2 - Ojos abiertos
 3 - Sin Alenopitias
 4 - Sinopitias
 5 - Clubwaga Acorde - EG.
 6 - C/ta
 7 - Sinopitias

8 LOCALIZACION DE LESIONES		9 EMERGENCIA OBSTETRICA	
ESCRIBIR EL NUMERO DE LA LESION SOBRE LA REGION CORRESPONDIENTE		1. HERIDA PENETRANTE	Sp
		2. HERIDA CORTANTE	Sp
		3. FRACTURA EXPUESTA	Sp
		4. FRACTURA CERRADA	Sp
		5. CUERPO EXTRAÑO	Sp
		6. HEMORRAGIA	Sp
		7. MORDEDURA	Sp
		8. PICADURA	Sp
		9. EXCORIACION	Sp
		10. DEFORMIDAD O MASA	Sp
		11. HEMATOMA	Sp
		12. ERITEMA / INFLAMACION	Sp
		13. LUXACION / ESGUINCE	Sp
		14. QUEMADURA	Sp
		15.	Sp

10 SOLICITUD DE EXÁMENES									
1. BIOMETRIA	2. QUIMICA SANGUINEA	3. GASOMETRIA	4. ELECTROCARDIOGRAMA	5. ENDOSCOPIA	6. R. X ABDOMEN	7. TOMOGRAFIA	8. ECOGRAFIA PELVICA	9. INTERCONSULTA	10. OTROS
X									X

11 DIAGNÓSTICO DE INGRESO			12 DIAGNÓSTICO DE ALTA		
PRE- PRESUNTIVO	DEF. DEFINITIVO	CIE	PRE- PRESUNTIVO	DEF. DEFINITIVO	CIE
1. Embrago + 35 SG +					
2. Hinchamiento Rodexuda con	0940				
3. Signos de Severidad					

13 PLAN DE TRATAMIENTO			
INDICACIONES	MEDICAMENTO	POSOLOGIA	
1. Control de Signos Vitales	1. Protocolos de Clave		
2. Monitoreo Materno Fetal	2. Azul.		
3. Exámenes de Laboratorio			
4. Oxigenio			

14 ALTA									
DOMICILIO	CONSULTA EXTERNA	OBSERVACION	INTERNACION	REFERENCIA	EGRESA VIVO	EN CONDICION ESTABLE	EN CONDICION INESTABLE	DIAS DE INCAPACIDAD	

FECHA: 25/10/12 HORA: 19:18 NOMBRE DEL PROFESIONAL: [Firma]

MS-MSP / HCU-form.008 / 2008

EMERGENCIA (2)



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



NOMBRE: Estela Soledad Cabrera Vera
 APELLIDOS: F
 SEXO: F
 Nº PREGA: 12062020

SUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
 Paciente de sexo femenino de 28 años de edad, secundigesta. Acude a esta casa de salud por refiere náuseas, vómitos hipoacúsicos, acompañados de epigastalgia de leve intensidad de \pm 5 horas de evolución. Al examen distético; cervix cerrado, no se observan pérdidas de líquido amniótico ni sangrado transvaginal. Movimientos Fetales; FCF 128 lpm.

2. RESUMEN DE EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES
 Paciente, sexo femenino, Secundigesta. Repare, dolor en Epigastrio, náuseas, vómitos hipoacúsicos acompañados de acúfenos, de \pm 5 horas de evolución de leve intensidad.
 Al examen distético; al tacto cervix cerrado no se observan pérdidas de líquido amniótico, ni sangrado transvaginal.
 Al Repate Ecográfico; EG 35 semanas, LCF 136 lpm. Placenta I-II/III, Líquido Amniótico normal. Peso: 2424. Signos Vitales; TA: 113/98 mmHg. FC: 114. FR: 20. T: 36.3. E.C: Abn. SCORE HEMBLT).

3. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

WBC: 12.96	VDRL: NO Reactivo
NEU: 84.5%	SARS-COV-2: Negativo.
LYM: 12.3%	Grupo Sanguíneo RH: O (+).
RBC: 4.23	
HGB: 13.0	
HCT: 38.5%	
PLT: 206.000	
Urea: 29	
Creatinina: 1.3	
Ac. Úrico: 4.7	
TGO: 388	
TGP: 298	

7/12
142

EPICRISIS

4. RESUMEN DE TRATAMIENTO Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS

Solución Salina 0.09% 1000cc
 Sulfato de Magnesio 4gr en 60cc de Equipo Bialtal por 20 minutos.
 10gr Sulfato de Magnesio 450cc Solución Salina.

5. DIAGNÓSTICOS INGRESO

	PRE-EXISTENTE	DEF-EXISTENTE	CIE	PRE DEF
1 Embarazo 35 SG x EAO				
2 + Preeclampsia				
3 con signos de severidad.				
4				
5				
6				

6. DIAGNÓSTICOS EGRESO

	PRE-EXISTENTE	DEF-EXISTENTE	CIE	PRE DEF
1 Embarazo 35 SG x EAO				
2 + Preeclampsia con				
3 Signos de Severidad				
4				
5				
6				

7. CONDICIONES DE EGRESO Y PRONÓSTICO
 Paciente sexo femenino, Secundigesta. Coniente y Estable. Causa embarazo 35 SG x EAO, paciente refiere como cefalea Rojo.

8. MÉDICOS TRATANTES

NÚMERO	NOMBRES	ESPECIALIDAD	CÓDIGO	PERÍODO DE RESPONSABILIDAD
1	Dra. Eydlyn Guaman	Médico		
2	Obst. Patricina Santana	Obstetra		
3				
4				

8/12

9. EGRESO

ALTA DEFINITIVA	ASINTOMÁTICO	DISCAPACIDAD MODERADA	RETIRO AUTORIZADO	DEFUNCIÓN MENOS DE 48 HORAS	DÍAS DE ESTADA
ALTA TRANSITORIA	DISCAPACIDAD LEVE	DISCAPACIDAD GRAVE	RETIRO NO AUTORIZADO	DEFUNCIÓN MÁS DE 48 HORAS	DÍAS DE INCAPACIDAD

FECHA: 25/12/20
 HORA: 14:00
 NOMBRE DEL PROFESIONAL: [Firma]
 FIRMA: [Firma]
 NÚMERO DE PREGA: 12062020
 EPICRISIS (2)

FORMULARIO DE ESPICRISIS 006
HOJAS 1 Y 2

HORA	NOTAS DE EVOLUCION	2 PRESCRIPCIONES
19:18	<p>Paciente de 28 años de edad procedente de San Juan AP: PO Refiere: ADP: Madre HTA - Diabética Epiléptica AGO: G1 P0 SOC + FUM: ??? AJG: 5 años. AOx: Cesarea Alejías no refiere. Ocurre a esta unidad Hospitalaria presentando cuadro clínico de ± 5 horas de evolución caracterizada por presentar calambres musculares de leve. Entesitis de muñecas y epigastrio, náusea, vómito presentando vómito al exacer. diastólico. (CF: 128x) Ausencia uterina ausente. Manchas foliculares: Activas. Tacto vaginal: Cervix cerrado, no se evidencia pérdida de membrano, tepe vaginal ni pérdida realida de liquido amniótico. Signo Hegar: + PS: 143/98 P: 114 T: 36,7 FR: 20 SpO2: 99% Ec: Alerta. TP: (+) no estenosis en extremidades inferiores ni superiores. Brazo + 35 mmHg Eco.</p>	<p>Control de signos vitales Se activa clase Azal. Se activa equipo multidisciplinario Revisar folel Ecografía obstétrica Exámenes de laboratorio: BHC, TP, TTP, TGO, TGP, una creatinina ácido úrico, diuresis, pupas Hecho repido de VIT Hecho repido de VIT y formado. Solución Salina 0.9% por tres dosis 3lit. Solución Salina 0.9% en equipo de diluir 20 cc + 2 dup de Salio de Rapame por 10ml + suplemento. Solución Salina 0.9% 450 cc + 5 ampollas de Salfo de Rapame a 10 gotas por minuto (mantenerlo) Suelto folel y. Control de signos vitales Control de utero y folel Repetir a unidad a Mayor Complejo.</p>
	<p>ES. Brazo + 35 mmHg Eco + la clorpsia moderada (ca. Signos de Evolución).</p>	<p style="text-align: center;">EVOLUCION Y PRESCRIPCIONES (1)</p>

EN LA IMAGEN OBSERVAMOS EN FORMULARIO DE EVOLUCION 005 HOJA 1

HOSPITAL NICOLAS COTTO INFANCO

ESTABLECIMIENTO: Hosp PCI. NOMBRE: Estrella Izquierdo. APELLIDO: Cedeno Vera. REGISTRO EN BOLO LA ADMINISTRACION: 170

1 EVOLUCION		2 PRESCRIPCIONES
FECHA (DIA/MES/AÑO)	HORA	NOTAS DE EVOLUCION
19/12/2020	4:30	Paciente el momento estable.
25/12/2020	10:00	<p>Síntoma respiratorio: 6</p> <p>PA: 140/93</p> <p>P: 104</p> <p>T: 36,9</p> <p>FR: 20</p> <p>SpO2: 98</p> <p>EC: Alerta</p> <p>TP: (+)</p> <p>IN: Escalofrío ± 35 raudales por hora + fiebre de 38,5°C con escalofríos de 38,5°C</p> <p>20H00 Reporte de exámenes</p> <p>25/12/2020</p> <p>leucocitos: 12.96</p> <p>Neut: 84.5%</p> <p>Lymf: 12.3%</p> <p>RBC: 4.23</p> <p>HGB: 13.0 g/dl</p> <p>Hcto: 38.5%</p> <p>Plt: 206 x10</p> <p>Grupo sanguíneo: O (+)</p> <p>Cuadro ur: 72</p> <p>Urea: 29</p> <p>Creatinina: 1,3</p> <p>Suero amilo: 4,7</p> <p>ALT: 388</p> <p>AST: 298</p> <p>VDR: No reactivo</p> <p>UJA: No reactivo</p> <p>SARCOV2 IgG IgM (Negativo)</p>
25/12/2020	18:00	<p>Paciente el momento estable</p> <p>Síntoma respiratorio: ↓</p> <p>PA: 132/83</p> <p>P: 100</p> <p>T: 36,7</p> <p>FR: 20</p> <p>SpO2: 98</p> <p>EC: Alerta</p> <p>TP: (+)</p>

4/12

EVOLUCION Y PRESCRIPCIONES (2)

EN LA IMAGEN OBSERVAMOS EN FORMULARIO DE EVOLUCION 005 HOJA 2

1 EVOLUCION		2 PRESCRIPCIONES
FECHA	NOTAS DE EVOLUCION	FARMACOTERAPIA E INDICACIONES (PARA ENFERMERIA Y OTRO PERSONAL)
25/12/2020 21:33 pm	<p>Se inicia gestión, mediante vía telefónica se envía plantilla de caso clínico a (Cdra Johnny Montaña (Bosque de Real) para la respectiva Salubridad de cupo.</p> <p>Al momento paciente consciente, orientada en tiempo y espacio, sin compromiso hemodinámico, ni ventilatorio.</p> <p>- Signos vitales actuales.- Pa: 143/98 Soz: 98% Fc: 114 x' Estado de conciencia RR: 20 x' alerta T°: 36,9°C Intelectual (+) Suse mama: (-).</p>	<p>- En espera de cupo para retransferencia a unidad de mayor complejidad.</p>
25/12/2020 21:40 pm	<p>Se obtiene respuesta mediante correo electrónico de Hospital universitario el cual indica el Dr. Santiago Echeverría que al momento se encuentra saturada área UCIN "NO ENVIAR"</p>	<p>- Insistir en gestión para retransferencia a unidad de mayor complejidad.</p>
25/12/2020 21:41 pm	<p>Hospital Teodoro Maldonado Carbo responde mediante correo electrónico indicando que al momento sí hay cupo en área de UCIN.</p>	<p>- Al momento en espera de cupo para retransferencia a tercer nivel.</p>
25/12/2020 21:50 pm	<p>Se comienza caso clínico a la Dra. Evelyn Bidalgo Proca por vía telefónica el cual indican que no hay disponibilidad UCIN</p>	

6/12

EVOLUCION Y PRESCRIPCIONES

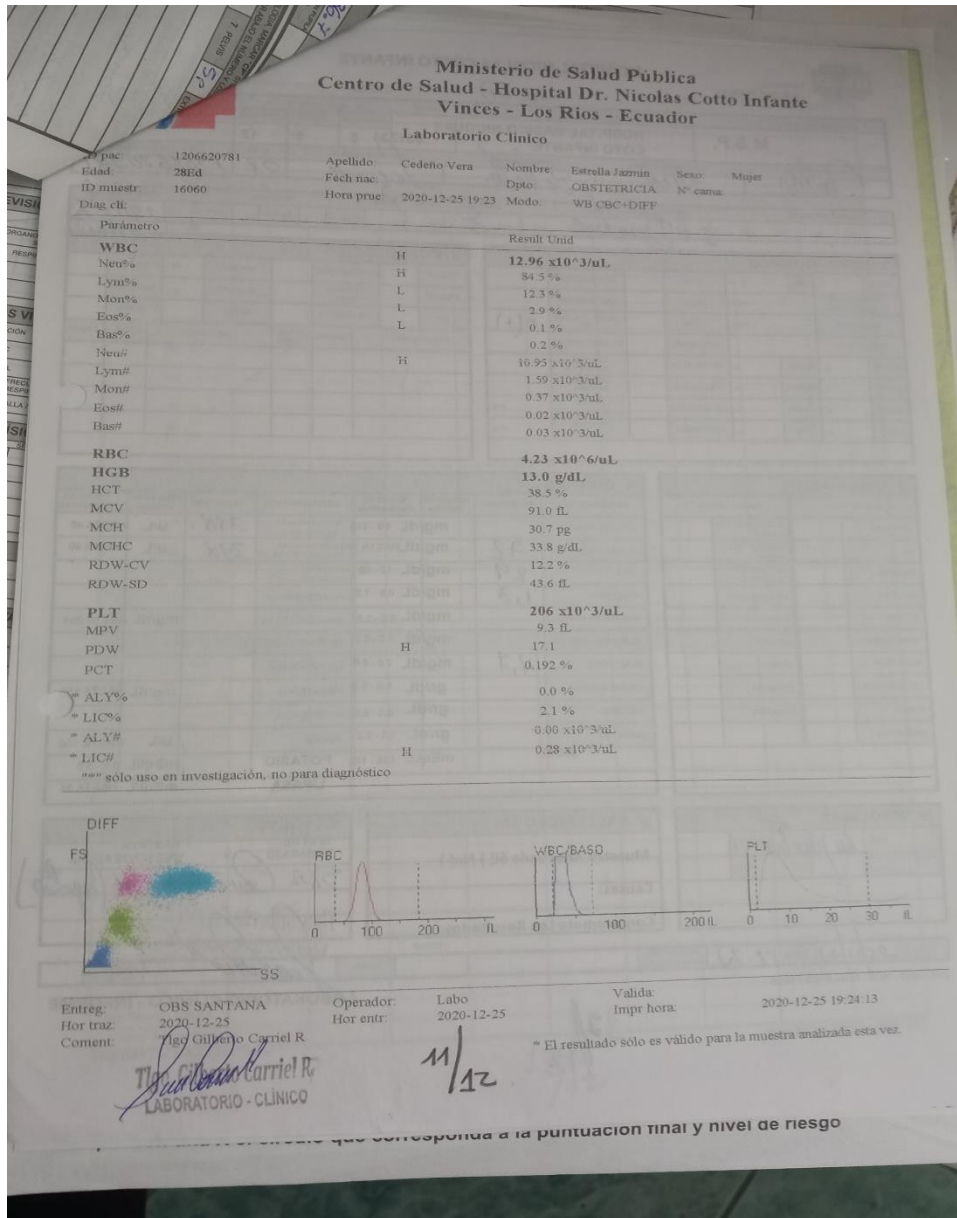
EN LA IMAGEN OBSERVAMOS EN FORMULARIO DE EVOLUCION 005 HOJA 3

NOTAS DE EVOLUCIÓN		2 PRESCRIPCIONES	
<p>Nombre: <u>María Jaquín</u> Apellido: <u>Cadena Vena</u> Sexo: <u>F</u> Edad: <u>20 años</u></p>	<p>paciente de 20 años de edad, cursa con embarazo 1- 26 semanas de gestación</p> <p>Al momento continúa orientada en tiempo y espacio, sin cambios inmediatos de vitalidad, no signos neurológicos, Glasgow 15/15. Refiere náuseas biloculares de moderada intensidad + acúfenos + fatigas, no vomita, nega diarreas, en #3 evacuaciones + epigastralgia que no cesan con medicación.</p> <p>- Signos vitales actuales:</p> <p>* PA: 149/95 mmHg * FC: 103 x' * FR: 21 x' * T°: 36,9°C * SpO2: 97%</p> <p>* Estado de conciencia: alerta * Reflejos (+) - Signo mama: (5) -</p>	<p>1) Control de signos vitales</p> <p>2) Signo mama (5) minutos</p> <p>3) Control de diuresis</p> <p>4) Continuar con esquema de cuidado de embarazo (posic de monitoreo)</p> <p>5) Insistir en gestar para alcanzar a nivel de mayor complejidad.</p>	<p>95/12/2020 22:54 pm</p> <p>Al momento Parturiente al NO contar con disponibilidad de cupo y por la severidad del cuadro clínico se decide enviar a paciente como "Codigo Rojo" al Hospital "Guastimo Soz" el cual se envía aviso mediante correo electrónico dirigido a Guastimo Soz, coordinación zonal 8, coordinación zonal 5 y Dra Blanca Chumbi</p> <p>* Parturiente es trasladado en ambulancia con 01 acompañante de médico residente de hospital y médico de ambulancia Dra Juana Rentería.</p>
<p>SNS-MSP / HCU-form.005 / 2008</p> <p style="font-size: 2em; font-weight: bold;">5/12</p>		<p>EVOLUCIÓN Y PRESCRIPCIONES</p>	

EN LA IMAGEN OBSERVAMOS EN FORMULARIO DE EVOLUCION 005 HOJA 4



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



EN LA IMAGEN OBSERVAMOS LOS RESULTADOS DE LOS EXAMENES DE LABORATORIO

16000

Ministerio de Salud Pública
HOSPITAL BÁSICO NICOLÁS COTO INFANTE

UNIDAD OPERATIVA: 0012245812 (FABRODIA, CARONÍ, PROVINCIA)

FECHA DE EMISIÓN: 25/12/20 (SERVICIO: 3)

APPELLIDO PATERNO: [Handwritten] NOMBRE: [Handwritten] EDAD: [Handwritten]

PERSONA QUE RECIERE: [Handwritten]

1 HEMATOLOGICO

HCTO	%	HGB	g/dl	VCM	femtolitros	RETICULOCITOS	
VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN	mmh	HCM	mmh	CHCM	GRUPO FACTOR RH	0(+)	
PLAQUETAS	mmh	CHCM		COOMBS DIRECTO			
LEUCOCITOS		HIPERCROMIA		COOMBS INDIRECTO			
METAM	%	BAZOF	%	ANISOCITOSIS			
CAJAL	%	MONOC	%	POIKILOCIT			49
SEGMI	%	LYFO	%	MICROCITOSIS			49
COBN	%	ATRI	%	POLICROMAT			

3 COPROLOGICO

COLOR	HEMOGLOBINA	ESPORAS	FIBRAS
CONJST	GLOBULOS ROJOS	MICELIOS	ALMIDON
pH	POLIMORFOS	MOCO	GRASA
PROTOZOARIOS	QUISTE	TROFO ZOITO	HELMINTOS
			HUEVO LARVA

2 UROANÁLISIS

ELMENTAL	MICROSCÓPICO
DENSIDAD	LEUCOCITOS POR CAMPO
PH	PROCTOS POR CAMPO
PROTEINA	ERITROCITOS POR CAMPO
GLUCOSA	CELULAS ALTAS
CETONA	BACTERIAS
HEMOGLOENA	HONGOS
BILIRUBINA	MOCO
UROBILINOGENO	CRISTALES
NITRITO	CLNDRIOS
LEUCOCITOS	

4 QUÍMICA

DETERMINACIÓN	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA	DETERMINACIÓN	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
GLUCOSA EN AYUNAS		mg/dL	60 - 110	TRANSAMINASA PIRUVICA (ALT)	388	U/L	HASTA 40
GLUCOSA 2 HORAS	72	mg/dL	HASTA	TRANSAMINASA OXALACETICA (AST)	298	U/L	HASTA 40
UREA	29	mg/dL	10 - 50	FOSFATASA ALCALINA			
CREATININA	1,3	mg/dL	0.5 - 1.0	FOSFATASA ACIDA			
BILIRUBINA TOTAL		mg/dL	0.5 - 1.0	COLESTEROL TOTAL		mg/dL	HASTA 200
BILIRUBINA DIRECTA		mg/dL	0.3 - 0.5	COLESTEROL HDL			
ACIDO URICO	4,7	mg/dL	2.6 - 6.0	COLESTEROL LDL			
PROTEINA TOTAL		gr/dL	6.5 - 8.0	TRIGLICÉRIDOS		mg/dL	HASTA 150
ALBUMINA		gr/dL	3.4 - 5.0	HIERRO SERICO			
GLOBULINA		gr/dL	1.1 - 2.2	AMILASA		U/L	HASTA 120
SODIO		mEq/L	135 - 155	POTASIO		mEq/L	3.5 - 5.5
				LIPASA		mEq/L	HASTA 38

5 SEROLOGÍA

VORL: [Handwritten]

AGLUTINACIONES FEBRILES: [Handwritten]

6 BACTERIOLOGÍA

Muestra Adecuada Si () No ()

Causas:

Compromete Los Resultados:

7 OTROS

TEST DE EMBARAZO: HASTA LA PRESENTE FECHA

[Handwritten Signature]

FECHA: 25/12/20 HORA: 19:20 NOMBRE DEL PROFESIONAL: [Handwritten] CODIGO: [Handwritten] FIRMA: [Handwritten] NUMERO DE HOJA: [Handwritten]

LABORATORIO CLÍNICO - INFORME

12/12

EN LA IMAGEN OBSERVAMOS LOS RESULTADOS DE LOS EXAMENES DE LABORATORIO

Ministerio de Salud Pública
FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA
DEL USUARIO/USUARIA

APELLIDO PATERNO: Edgardo APELLIDO MATERNO: Vera NOMBRES: Estrella Juán Fecha de Nacimiento: 24 11 1992 Sexo: M

Nacionalidad: Ecuatoriano País: Ecuador Cédula de Ciudadanía o Pasaports: 320662073-1 Lugar de residencia actual: 12 03 30 Dirección Domiciliaria: Calle 5 de Junio / San Juan N° Teléfono: 0189644450

Ver instructivo: Embarazo Descripción País: Ecuador Cédula de Registro: 12 Provincia: 03 Cantón: 30 Casa Propia y Secundaria: Calle 5 de Junio / San Juan Convencional / Celular:

II. REFERENCIA: 1 **DERIVACIÓN:** 2

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	Hist. Clínica N°	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Área
MSP	1120662073-1	Hospital Wilson Ibañez	0	12005

Refiere o Deriva a: Hospital Guasmo Dur Fecha: 26 12 2020

Entidad del Sistema	Establecimiento de Salud	Servicio	Especialidad	Día	Mes	Año
MSP	Hospital Guasmo Dur	Emergencia	Obstetricia	26	12	2020

2. Motivo de la Referencia o Derivación:

Limitada capacidad resolutive: 1
 Ausencia temporal del profesional: 2
 Falta de profesional: 3
 Saturación de capacidad Instalada: 4
 Otros / Especifique: 5 NO CAPACIDAD RESOLUTIVA

3. Resumen del cuadro clínico
 Paciente de 28 años de edad, mujer, con embarazo de 35 semanas desde el inicio de la gestación, cuando durante el primer trimestre de embarazo se presentó con náuseas y vómitos, que se acompañan de quejas y síntomas de dolor en la zona abdominal superior y dolor de espalda, que se acompañan de quejas y síntomas de dolor en la zona abdominal superior y dolor de espalda. Se realizó examen físico y se observó un embarazo de 35 semanas de gestación. Se realizó examen físico y se observó un embarazo de 35 semanas de gestación. Se realizó examen físico y se observó un embarazo de 35 semanas de gestación.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos
 Examen físico: HR: 134 lpm, FC: 335, P: 206/100, T: 38.3, T: 36.4°C. Se realizó examen físico y se observó un embarazo de 35 semanas de gestación.

5. Diagnóstico

	CIE-10	PRE	REF
1	Embarazo a 35 semanas de gestación		
2	Presión arterial moderada (signos de severidad)		

Nombre del Profesional: Dr. Edgardo Vera Código MSP: 043411344-4 Firma: [Firma]

III. CONTRAREFERENCIA: 3 **REFERENCIA INVERSA:** 4

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica N°	Establecimiento de Salud	Tipo	Servicio	Especialidad del servicio

Contrarefiere o Referencia Inversa a: Fecha: Día Mes Año

2. Resumen del cuadro Clínico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

	CIE-10	PRE	REF
1			
2			

6. Tratamiento recomendado a seguir en Establecimiento de Salud de menor nivel de complejidad

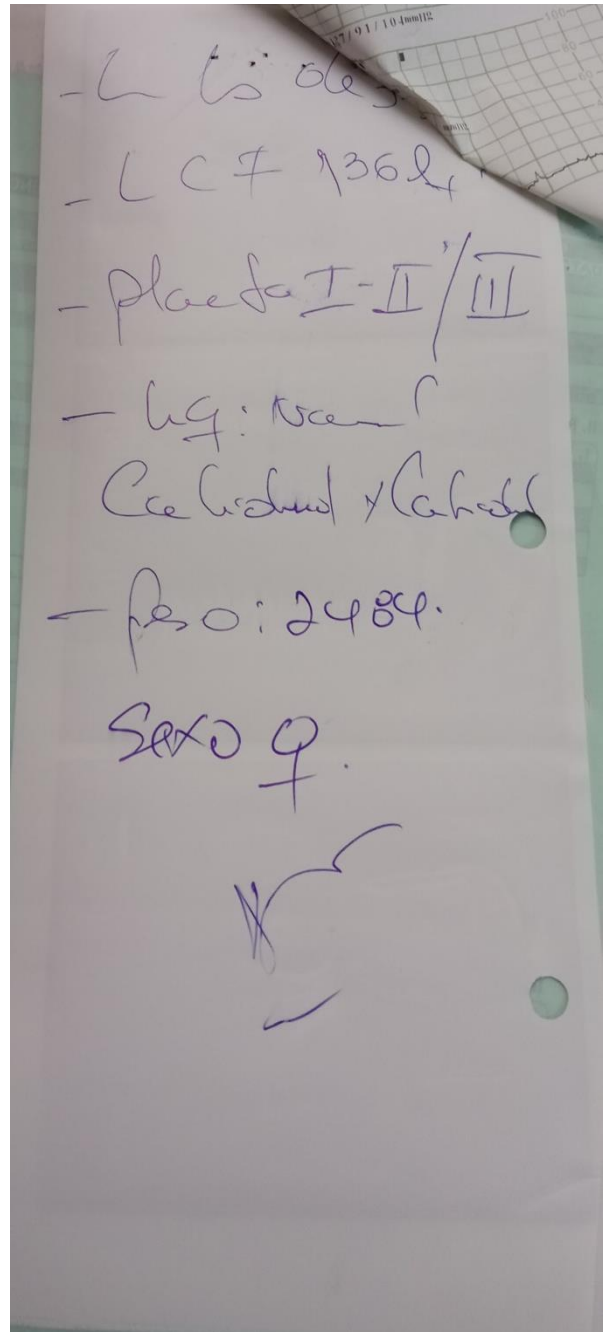
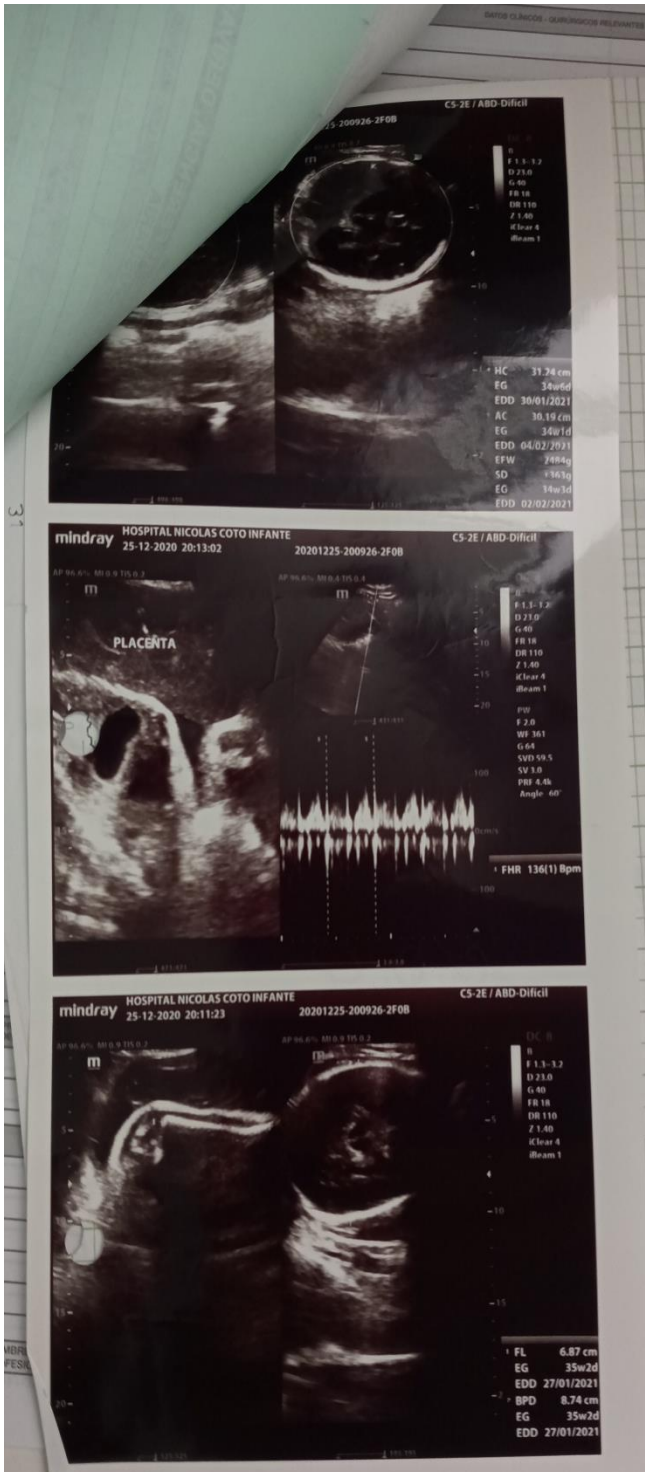
Nombre del Profesional Especialista: Dr. Fernando Vera Landívar Código MSP: 043411344-4 Firma: [Firma]

MSP/DNEAIS/Form. 053/ene/2014

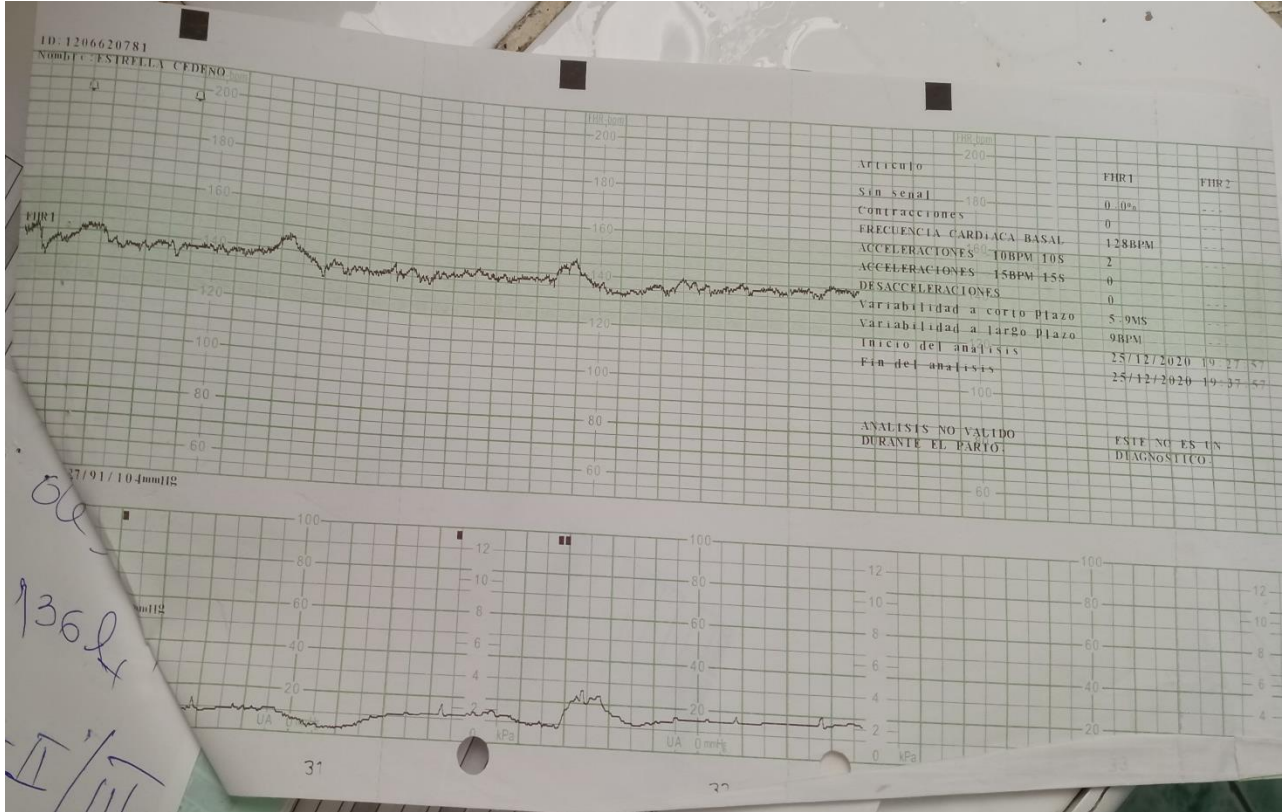
7. Referencia Justificada: 19/12

Marque con una X el círculo que corresponda a la puntuación final y nivel de riesgo

EN LA IMAGEN OBSERVAMOS EL FORMULARIO DE REFERENCIA 053



EN LA IMAGEN OBSERVAMOS EL REPORTE ECOGRAFICO JUNTO CON LA ECOGRAFIA



EN LA IMAGEN OBSERVAMOS EL MONITOREO MATERNO FETAL