



# **UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA DE OBSTETRICIA**

**CARRERA DE OBSTETRICIA**

**COMPONENTE PRÁCTICO DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA  
OBTENCIÓN DEL GRADO ACADÉMICO DE OBSTETRIZ**

**TEMA PROPUESTO DEL CASO CLINICO**

**CONDUCTA OBSTÉTRICA EN MUERTE MATERNA POR  
ENCEFALITIS.**

**AUTOR**

**ACOSTA MOREIRA LISSETTE MARGOTH**

**TUTOR**

**DR. ORELLANA GAIBOR HUGOLINO**

**Babahoyo - Los Ríos - Ecuador**

**2023**

# Contenido

AGRADECIMIENTO.....	I
DEDICATORIA.....	II
TEMA.....	III
RESUMEN.....	IV
ABSTRACT .....	V
INTRODUCCION.....	VI
1. MARCO TEORICO.....	1
1.1. Definición. ....	1
1.2. Causas.....	1
1.3. Anticuerpos de citomegalovirus (IGG e IGM).....	2
1.4. Epidemiología. ....	3
• Infección congénita por citomegalovirus.....	3
• Infección postnatal por citomegalovirus.....	3
• Infección por citomegalovirus en el huésped inmunocompetentes...	4
1.5. Fisiopatología. ....	4
1.6. Vías de transmisión. ....	5
1.7. Signos y síntomas. ....	6
1.8. Diagnóstico. ....	7
1.9. Tratamiento.....	9
1.10. Justificación. ....	10
1.11. Objetivos.....	11
1.11.1. Objetivo general.....	11
1.11.2. Objetivo específico. ....	11
1.12. Datos generales.....	12
2. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO. ....	12
2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico. ....	12
2.2. Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual. (Anamnesis) .....	14

2.3. Examen Físico (Exploración Clínica). .....	14
2.4. Información De Exámenes Complementarios Realizados.....	16
• Ecografía obstétrica: .....	16
• Resonancia magnética de encéfalo y columna cervico- dorso- lumbar: 18	
2.5. Formulación Del Diagnóstico Presuntivo, Diferencial Y Definitivo....	18
2.6. Análisis Y Descripción De Las Conductas Que Determinan El Origen Del Problema Y De Los Procedimientos A Realizar. ....	18
2.6.1. Tratamiento. ....	19
2.7. Indicación De Las Razones Científicas De Las Acciones De Salud, Considerando Valores Normales.....	20
2.8. Seguimiento.....	21
2.9. Observaciones.....	22
CONCLUSIÓN.....	23
REFERENCIAS.....	24

## Índice de tabla.

<b>Tabla 1.</b> Tipos de encefalitis.....	1
<b>Tabla 2.</b> Serología del citomegalovirus.....	2
<b>Tabla 3.</b> Signos y síntomas.....	6
<b>Tabla 4.</b> Pruebas orientadas según el contexto clínico.....	8
<b>Tabla 5.</b> Tratamiento para el citomegalovirus.....	9
<b>Tabla 6.</b> Datos del paciente.....	12
<b>Tabla 7.</b> Historial clínico del paciente.....	13
<b>Tabla 8.</b> Clasificación de Score Mama.....	16
<b>Tabla 9.</b> Exámenes de laboratorio.....	17
<b>Tabla 10.</b> Diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.....	18
<b>Tabla 11.</b> Tratamiento.....	19

## Índice de Figura.

<b>Figura 1.</b> Citomegalovirus se transmite al feto.....	3
<b>Figura 2.</b> Fisiopatología de la infección fetal.....	5
<b>Figura 3.</b> Exploración física del paciente.....	15

## **AGRADECIMIENTO**

Llena de inmenso amor y gratitud, agradezco, principalmente, a Dios que cada día me permitió estar con vida y llegar hasta aquí. A mis pilares fundamentales, mis padres Jimmy Acosta y Denny Moreira porque ellos son la motivación de mi vida, de mi orgullo de ser lo que soy. Principalmente, a mis abuelitas, en especial a Gladys Margoth Reasco Chávez quien me acogió no solo como una nieta sino como una hija y que estuvo dándome fuerzas y mucho amor, en especial con sus bendiciones.

A mis hermanos, Kerly que ya es una profesional y gracias a su ejemplo lo estoy logrando a Dalia y Andres porque son la razón por la cual llegue hasta aquí para que se motiven a llegar lejos a pesar de los obstáculos que se presentan en la vida y a mi amado sobrino Eizan Daniel gracias por siempre sacarme una sonrisa con sus ocurrencias en mis días tristes. Agradecida con la familia que tengo y sus buenos consejos.

Gracias a Dios y a la vida por presentarme excelentes profesionales médicos que me han enseñado mucho. Gracias a todos por ser parte de mi vida y por permitirme ser parte de su orgullo.

## **DEDICATORIA**

El presente estudio está dedicado a Dios gracias a él por haber permitido llegar hasta aquí, haberme dado salud para lograr mi objetivo, además de su infinita bondad y amor. A mis padres Jimmy y Denny que han sido mi guía para seguir adelante en mis estudios, que han sabido formarme con buenos consejos, valores y más aún enseñado a seguir adelante en los momentos difíciles y salir adelante a pesar de las circunstancias, los amo por siempre.

## **TEMA**

**CONDUCTA OBSTÉTRICA EN MUERTE MATERNA POR ENCEFALITIS.**

## RESUMEN

En el embarazo existe un grupo de patologías como la encefalitis, que aparece cuando un virus, vacuna o algún otro agente provoca la inflamación infectando directamente el encéfalo e incitara enfermedades graves, por eso es importante que la gestante acuda a sus controles prenatales desde el primer trimestre para descartar alguna patología común que se produce durante el embarazo tales como en la piel, las vías urinarias y el sistema respiratorio que puede afectar al desarrollo de su embarazo.

A continuación, en el estudio clínico describimos a una paciente embarazada de 20,6 semanas de gestación con amenaza de aborto, cefaleas de hace un mes aproximadamente e hiperémesis gravídica, somnolencia presentando náuseas que terminan en vómitos y falta de movilidad en sus extremidades inferiores.

El objetivo de este caso clínico es analizar sus posibles causas, inmediato a una investigación sobre el tema encefalitis por citomegalovirus; incluyendo los aspectos más importantes relacionadas con la frecuencia, los síntomas y el tratamiento de la enfermedad.

Por tanto se prioriza los diagnósticos que se relacionó con el estado de salud de la gestante, porque la prueba clínica más peligrosa de la infección congénita por el citomegalovirus es la afectación del sistema nervioso central que incitará microcefalia, convulsiones, tetraplejía espástica, hidrocefalia; provocando que en el feto perdidas ya sea auditiva, pérdida de la visión y discapacidad intelectual; brindando tratamiento adecuado, ya que la encefalitis por citomegalovirus es una descripción de la gravedad y la mortalidad de una enfermedad.

**Palabras claves:** Encefalitis, citomegalovirus, embarazo.

## ABSTRACT

During pregnancy there is a group of pathologies such as encephalitis, which appears when a virus, vaccine or some other agent causes inflammation, directly infecting the brain and inciting serious diseases, which is why it is important that the pregnant woman attend her prenatal check-ups from the first trimester to rule out any common pathology that occurs during pregnancy such as the skin, urinary tract and respiratory system that may affect the development of your pregnancy.

Next, in the clinical study we describe a pregnant patient at 20.6 weeks of gestation with threatened abortion, headaches for approximately one month and hyperemesis gravidarum, drowsiness presenting nausea that ends in vomiting and lack of mobility in her lower extremities.

The objective of this clinical case is to analyze its possible causes, immediately after an investigation on the topic cytomegalovirus encephalitis; including the most important aspects related to the frequency, symptoms and treatment of the disease.

Therefore, diagnoses that are related to the health status of the pregnant woman are prioritized, because the most dangerous clinical proof of congenital cytomegalovirus infection is the involvement of the central nervous system that will lead to microcephaly, seizures, spastic tetraplegia, and hydrocephalus; causing hearing loss, vision loss and intellectual disability in the fetus; providing appropriate treatment, since cytomegalovirus encephalitis is a description of the severity and mortality of a disease.

**Keywords:** Encephalitis, cytomegalovirus, pregnancy.

## INTRODUCCION

El Citomegalovirus (CMV) es un virus perteneciente a la familia Herpesviridae, al igual que el virus del Epstein Barr (VEB) son principales responsables de la mononucleosis infecciosa a nivel mundial. El CMV invade principalmente las glándulas salivales y se elimina a través de líquidos corporales, como saliva, sangre, orina, semen y leche materna, por lo que para su transmisión basta tener contacto con cualquiera de dichas secreciones; de igual modo, el citomegalovirus puede estar presente en órganos trasplantados (Sheffield, 2015, como se citó en Samamés, 2021).

Los agentes virales como el CMV, VEB, herpes simplex 1 y 2, varicela-zoster, herpes humano 6, 7, y 8, parvovirus B19 y adenovirus pueden provocar lesión hepática aguda e incluso manifestarse como hepatitis fulminante (Gallegos, 2010, como se citó en Italo et al., 2020).

Citomegalovirus es la causa más frecuente de infección congénita, con prevalencias que varían según la región y el nivel socioeconómico, siendo en general entre el 0,2% y el 3,5% a nivel mundial (Abarzúa-Camus, 2021)

El presente estudio de caso tiene la finalidad de explorar la historia clínica de una paciente de 20,6 semanas de gestación con citomegalovirus, detallando el cuadro clínico, las causas y consecuencias que puede traer esta enfermedad tanto para la madre y el feto. Por lo tanto, se procederá a realizar estudios para confirmar mediante demostración; sea por anticuerpos en suero o líquido cefalorraquídeo que ayudara analizará la dificultad diagnóstica y de tratamiento en esta clase de paciente que abarque la sintomatología y así brindar cuidados que permitan la oportuna recuperación para ambos.



## 1. MARCO TEORICO

### 1.1. Definición.

La encefalitis se refiere a una condición médica que implica la inflamación, ya sea generalizada o localizada, del tejido cerebral. Este término se utiliza principalmente cuando los síntomas clínicos predominantes son el resultado de una infección e inflamación en el tejido cerebral, en lugar de las leptomeninges. Si tanto las leptomeninges como el tejido cerebral están afectados, se utiliza el término meningoencefalitis. En la actualidad, alrededor del 25% de los casos de encefalitis tienen una causa desconocida, aunque se espera que los avances en las técnicas de diagnóstico puedan disminuir este porcentaje en el futuro (Aksamit, 2020).

### 1.2. Causas.

En alrededor de la mitad de los pacientes se desconoce la causa exacta de la encefalitis; en aquellas personas en las que se identifica una causa es la que se mostrará, en la **tabla 1**, mencionando dos tipos de encefalitis principales.

**Tabla 1.** Tipos de encefalitis.

<b>Encefalitis infecciosa:</b>	Esta condición se produce cuando un microorganismo u otro factor infeccioso invade directamente el tejido nervioso; la infección puede ser localizada o diseminada; los virus son los agentes más comunes de la encefalitis infecciosa, como algunos que pueden ser transmitidos por mosquitos, garrapatas; en casos muy raros, la encefalitis puede originarse por bacterias, hongos o parásitos.
<b>Encefalitis autoinmune:</b>	Esta patología se produce cuando las propias células inmunológicas atacan erróneamente al tejido nervioso o generan anticuerpos dirigidos a proteínas y receptores neuronales. Se desconoce el motivo exacto por el que ocurre esto; a veces, la respuesta inmunitaria anormal puede ser desencadenada por tumores benignos o malignos, lo que también se conoce como encefalitis paraneoplásica y autoinmune

Elaborado por Acosta Moreira Lissette Margoth.

**Fuentes:** (Litin, 2018).



### 1.3. Anticuerpos de citomegalovirus (IGG e IGM).

Estudios realizados por Zambrano (2020) mencionan que en algunos casos, una primera infección materna por citomegalovirus (CMV) puede ser difícil de detectar debido a que la confirmación se basa en la seroconversión de IgG, sin embargo, no todas las pacientes presentan serología basal antes del embarazo, lo que imposibilita el diagnóstico de la enfermedad para hacer comparaciones claras. Por tanto, la determinación de IgM específica contra CMV es un indicador de si la enfermedad está activa, que es lo más importante, porque indica la presencia de infección (pp. 21-30).

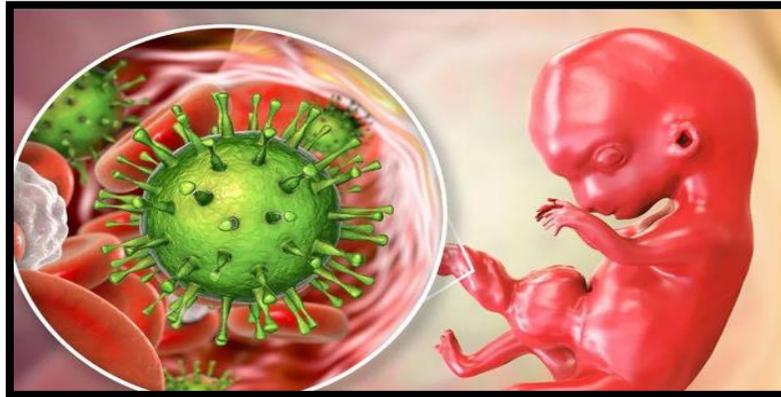
En la **tabla 2**. Se puede observar la serología del CMV y en la **figura 1**. Se observa como el citomegalovirus se transmite al feto.

**Tabla 2.** Serología del citomegalovirus.

CMV, IgG	CMV, IgM	POSIBLE INTERPRETACIÓN
Negativo	Negativo	Sin infección previa o actual, sin inmunidad, infección primaria, susceptibilidad a síntomas inmunológicos, incapacidad para producir cantidades suficientes de anticuerpos (persona inmunodeprimida).
Negativo	Positivo	Primoinfección muy reciente. Re exposición al CMV *Este resultado por sí solo no es diagnóstico de primoinfección.
Positivo, con aumento de cuatro veces el título entre la primera muestra (fase aguda) y otra posterior (covalencia).	Positivo	Primoinfección positiva o infección latente
Positivo	Negativo	Exposición pasada e infección latente, el paciente se encuentra inmunizado.

**Fuente.** (Rosselló, 2021).

**Figura 1.** Citomegalovirus se transmite al feto.



Nota: En la figura 1. Representa como el citomegalovirus puede ser transmitido hacia el feto. Tomado de (Monge, 2021).

#### **1.4. Epidemiología.**

El espectro de la enfermedad causada por citomegalovirus es diverso y mayoritariamente depende del huésped según (Peinador, 2022):

- **Infección congénita por citomegalovirus.**

La infección perinatal más común en el mundo, con una prevalencia estimada en países desarrollados de 0,6-0,7%, siendo mayor en países en desarrollo, entre un 1% y 5% de todos los nacimientos; la infección principal por citomegalovirus se relaciona con el mayor riesgo de transmisión transplacentaria (30-35%), mientras que en la infección no primaria el riesgo de transmisión es significativamente menor (1-2%). La tasa de transmisión vertical de la infección se incrementa con la edad gestacional, mientras que existe mayor riesgo de daño fetal cuando la infección se produce en fases tempranas de la gestación (Peinador, 2022)

- **Infección postnatal por citomegalovirus.**

En los primeros seis meses de vida, afecta entre el 10 y el 60% de los RN (recién nacidos); la leche materna (viro lactia) es el principal método de transmisión. El



hecho de que el RN se alimente con leche materna (congelada/descongelada) afecta la tasa de transmisión al recién nacido y la leche materna que no ha sido tratada tiene las tasas de transmisión más altas. Las secreciones vaginales infectadas y las transfusiones de sangre que no han sido analizadas para detectar este virus son otras dos posibles vías de transmisión (Lanzieri, 2013, como se citó en Peinador, 2022).

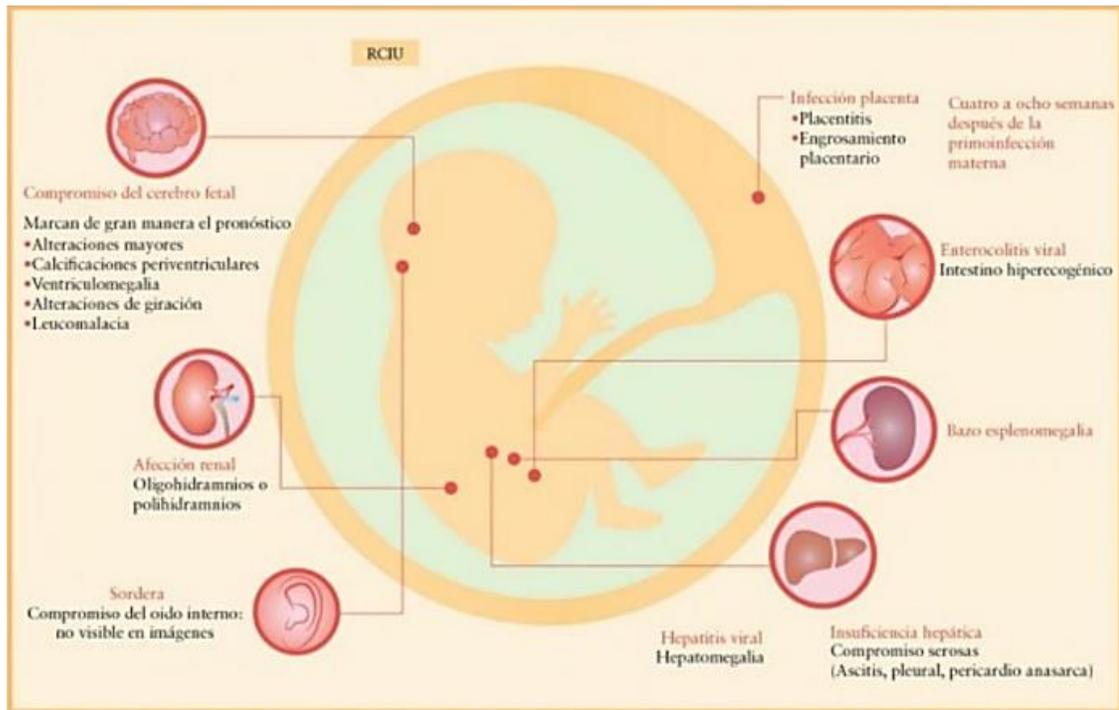
- **Infección por citomegalovirus en el huésped inmunocompetentes.**

El riesgo de infección para la población general es de 1-3% siendo mayor para trabajadores de centros infantiles y padres de niños pequeños; la presencia del virus en saliva y orina, unido a los hábitos sociales de los preescolares, hacen que sea frecuente la transmisión horizontal del virus entre niños, los cuidadores y también dentro de la familia. La adolescencia es otro período de rápida adquisición del CMV, siendo la actividad sexual un factor de riesgo a considerar para la adquisición de la infección; la mayoría de las infecciones son asintomáticas en población sana y solo en un 10% se presentan síntomas (Peinador, 2022).

### **1.5. Fisiopatología.**

El primer paso en la secuencia de eventos de la infección implica que la madre adquiere el virus. Posteriormente, el virus llega a la placenta a través del torrente sanguíneo y de ahí al feto. Cuando el virus alcanza al feto, se establece lo que se conoce como infección fetal (Victoria, 2018). Como se observa en la **figura 2**.

**Figura 2.** Fisiopatología de la infección fetal.



Nota: La figura 2. Representa la fisiopatología de la infección fetal. Tomado de (Ville, 2014, como se citó en Victoria, 2018).

### 1.6. Vías de transmisión.

El CMV es un virus de ADN perteneciente a la familia Herpesviridae, que se propaga de individuo a individuo mediante el contacto cercano con saliva, orina, secreciones genitales y otros fluidos corporales, como las transfusiones de sangre y los trasplantes de órganos. La infección primaria durante el embarazo no presenta síntomas en el 95% de los casos (Britt, 2016, como se citó Aguilera y De la Fuente, 2023).

El riesgo más elevado de una primera infección durante el embarazo se presenta en mujeres pertenecientes a grupos con baja seroprevalencia, que están en



contacto con niños pequeños menores de 3 años de edad (Aguilera y De la Fuente, 2023).

Investigaciones realizadas por Aguilera (2023) afirma que el intervalo de incubación de la enfermedad varía entre 20 y 60 días, y cuando se presentan síntomas, se manifiesta como un síndrome mononucleósico, con fiebre durante 2-3 semanas, linfadenopatías, un recuento elevado de linfocitos y alteración de las pruebas hepáticas; la infección fetal ocurre a través de la vía transplacentaria durante la viremia materna (pp. 75-83).

### 1.7. Signos y síntomas.

La sintomatología puede variar según el sistema inmunológico de cada persona. En la siguiente **Tabla 3**. Se menciona los signos y síntomas que pueden ser leve o fuerte:

**Tabla 3.** Signos y síntomas.

• Fiebre,	Inflamación de ganglios, y en algunas ocasiones puede activarse el virus de Epstein-Barr o causar hepatitis.	Inflamación de los diferentes órganos; ojos, pulmones, hígado entre otros.
• Inflamación de la mucosa esofágica,		
• Adinamia.		
Los neonatos pueden presentar síntomas graves porque afecta directamente a órganos más específicos; sin embargo, el cerebro, el hígado, el bazo y los pulmones pueden presentar problemas de crecimiento y pérdida de audición.		

Elaborada por Acosta Moreira Lissette Margoth.

**Fuente.** (CDC. Centro de Control y la Prevención de enfermedades, 2020, como se citó en Zambrano, 2020).



## 1.8. Diagnóstico.

La identificación de esta afección parasitaria presenta desafíos, dado que puede manifestarse simultáneamente con otras patologías, cursa con síntomas inespecíficos y no se presta para un diagnóstico concluyente. Por ende, es crucial realizar una evaluación exhaustiva de los aspectos epidemiológicos, clínicos y patológicos. La confirmación de la infección requiere evidencia de laboratorio, utilizando métodos parasitológicos directos para verificar la existencia de parásitos y, en particular, inmuno ensayos para identificar anticuerpos o antígenos específicos (Sanchez y Sornoza, 2022).

Estudios realizados por Aksamit (2020) manifiesta que la imagenología por resonancia magnética (IRM) puede revelar una difusión limitada y lesiones con una intensidad de señal elevada en T2 que recubren los apéndices de los ventrículos laterales. Una dilatación ventricular en aumento puede indicar una ventriculitis causada por el citomegalovirus. En ocasiones, la infección por CMV puede presentarse como una lesión cerebral de tipo masivo (p. 2465).

En el caso de una mujer en estado de gestación, simplemente conocer su estado de infección no es suficiente. Si se encuentra en la etapa crónica, no existe riesgo para el feto. Sin embargo, si este no es el caso, es necesario confirmar la etapa aguda a través de pruebas de avidéz o titulación de anticuerpos en muestras seriadas. Naturalmente, la detección del ADN del parásito en la sangre (mediante la técnica de reacción en cadena de la polimerasa, o PCR) permite identificar fragmentos del ADN del parásito en muestras de sangre del cordón umbilical o del líquido amniótico, lo cual es útil para diagnosticar una infección prenatal (Sanchez y Sornoza, 2022).

En la siguiente **tabla 4**. Se mencionará pruebas orientadas según el contexto clínico.



**Tabla 4.** Pruebas orientadas según el contexto clínico.

<b>Infección materna por Citomegalovirus</b>	En este escenario clínico, se emplean pruebas serológicas para determinar la presencia de inmunoglobulinas M (IgM) e inmunoglobulinas G (IgG). Muchos laboratorios evalúan la avidéz de los anticuerpos IgG en presencia de una IgM positiva. De esta manera, una baja avidéz de los anticuerpos IgG contra el CMV indica que ha ocurrido una infección primaria en los 3-4 meses anteriores, lo que implica un riesgo consiguiente de transmisión fetal.
<b>Diagnóstico prenatal de la infección fetal por Citomegalovirus</b>	La ejecución de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para el CMV en líquido amniótico, obtenido mediante amniocentesis después de la semana 20-21 de gestación, se realiza. La ecografía, como método de diagnóstico por imagen, tiene una sensibilidad limitada para el diagnóstico, pero puede proporcionar información pronostica sobre la infección fetal.
<b>Diagnóstico de infección neonatal</b>	Se deben llevar a cabo pruebas diagnósticas en todos los niños en los que se sospeche una infección por CMV; tradicionalmente, el método de referencia ha sido el cultivo viral en muestras de saliva y orina, aunque actualmente ha sido reemplazado por las pruebas de reacción en (PCR), que tienen una alta sensibilidad y son más fáciles de realizar. Sin embargo, podemos encontrar resultados falsos positivos en la saliva, por lo que estos deben ser confirmados con una prueba en orina. Es importante destacar que si el diagnóstico se realiza más allá de las 2-3 semanas de vida, la infección podría haber sido adquirida postnatalmente (a través de la leche materna de una madre infectada) y no ser una infección congénita.

Elaborado por Acosta Moreira Lissette Margoth.

**Fuente:** (Lazzarotto, 2020, como se citó en Peinador, 2022).



### 1.9. Tratamiento.

Tras la identificación de una infección materna primaria, los fetos infectados por CMV tienen tres opciones terapéuticas principales: antivirales, globulina hiperinmune o interrupción del embarazo. Debido al alto perfil de sus reacciones adversas, los antivirales rara vez se usan durante el embarazo y generalmente se administran a los recién nacidos. Sin embargo, ha habido algunos informes recientes, particularmente en la literatura francesa, que apuntan a algunos resultados positivos cuando se usa Valganciclovir durante el embarazo (Franco y Sarmiento, 2018).

En la **tabla 5**. Se presenta los tratamientos para el citomegalovirus.

**Tabla 5.** Tratamiento para el citomegalovirus.

1.	Medicamentos utilizados para tratar la retinitis por CMV durante los regímenes de inducción y mantenimiento: <ul style="list-style-type: none"><li>• Ganciclovir o Valganciclovir.</li><li>• Foscarnet, con o sin ganciclovir.</li><li>• Cidofovir.</li></ul>
2.	La mayoría de los pacientes recibe terapia de inducción con alguno de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"><li>• Ganciclovir 5 mg/kg IV cada 12 h durante 2 a 3 semanas.</li><li>• Valganciclovir 900 mg por vía oral cada 12 h durante 21 días.</li></ul> Si la inducción fracasa más de una vez, debe administrarse otro fármaco.
3.	Después de la inducción, se requiere tratamiento de mantenimiento (supresor) con uno de los siguientes medicamentos: <ul style="list-style-type: none"><li>• Ganciclovir 5 mg/kg IV 1 vez al día.</li><li>• Valganciclovir 900 mg por vía oral 1 vez al día.</li></ul> Como alternativa, puede administrarse foscarnet con o sin ganciclovir. La dosificación es: <ul style="list-style-type: none"><li>• Inducción: foscarnet 60 mg/kg IV cada 8 h durante 2 a 3 semanas.</li><li>• Mantenimiento: foscarnet 90 a 120 mg/kg IV 1 vez al día.</li></ul>

Elaborado por Acosta Moreira Lissette Margoth.

**Fuente:** (Kaye K. , 2021).



### **1.10. Justificación.**

El objetivo principal de este estudio es describir la enfermedad de la encefalitis por citomegalovirus a través de un proceso investigativo; para ello, se mostrarán diferentes puntos de vista de diferentes autores con el fin de obtener más conocimiento propio y ayudar a terceros para así obtener una mayor resolución de problemas de salud tanto sexual, reproductiva y neurológicos.

El aporte para el personal de la salud al disminuir la morbimortalidad materna por enfermedades graves que pueden provocar encefalitis por citomegalovirus y las complicaciones de la misma es el que mediante este estudio de caso se centró en el diagnóstico y tratamiento terapéutico.

Aunque la mortalidad materna en la semana 22 de gestación no es un acontecimiento común, tiene un profundo efecto emocional principalmente en la madre, los familiares y profesionales de salud. Por lo tanto, es fundamental que las gestantes lleven un control prenatal adecuado para ofrecer un diagnóstico y tratamiento terapéutico oportuno que contribuya a disminuir los índices de mortalidad materno-fetal.



## **1.11. Objetivos.**

### **1.11.1. Objetivo general.**

- Describir la infección de encefalitis viral por citomegalovirus en gestante.

### **1.11.2. Objetivo específico.**

- Identificar las manifestaciones clínicas producidas por citomegalovirus en embarazadas y sus complicaciones.
- Determinar la causa de la muerte de la gestante.



## 1.12. Datos generales.

**Tabla 6.** Datos del paciente.

DATOS DEL PACIENTE	
Nombre y Apellidos	C.A.N.S
Número de la historia clínica	XXXXXXXXXX
Edad	22 años
Sexo	Femenino
Nacionalidad	Ecuatoriana
Estado civil	Casada
Hijos	Uno
Nivel de estudio	Secundaria
Profesión	Ama de casa
Raza	Mestiza
Lugar y fecha de nacimiento	Quito, 2000/06/09
Residencia actual	Bolívar
Grupo sanguíneo	RH O Positivo
Religión	Católica

Elaborado por Acosta Moreira Lissette Margoth.

**Fuente:** Datos generales: Identificación del paciente.

## 2. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO.

### 2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico.

Paciente de 22 años, acude al Hospital General IESS Babahoyo por presentar sangrado vaginal en gran cantidad, vómitos excesivos desde hace 5 días, muestra debilidad muscular, no conserva la marcha y refiere cefalea más mareo.



**Tabla 7. Historial clínico del paciente.**

<b>Antecedentes patológicos personales:</b>		Refiere antecedentes de crisis convulsivas sin tratamiento antes del embarazo desde los 16 años e infección respiratoria.
<b>Antecedentes patológicos familiares:</b>		Madre hipertensa.
<b>Antecedentes quirúrgicos:</b>		Una cesárea y apendicetomía hace 6 años.
<b>Antecedentes de COVID-19:</b>		Hace un año leve.
<b>Vacuna toxoide:</b>		2 dosis, última Pfizer. E influenza.
<b>Alergias:</b>		No refiere.
<b>Hábitos:</b>		No refiere.
<b>Antecedentes Gineco-Obstétricos</b>	<b>Menarquia:</b>	13 años.
	<b>Ciclos Menstruales:</b>	Regulares por 4 días.
	<b>Inicio de vida sexual:</b>	16 años.
	<b>Planificación Familiar:</b>	Anticonceptivos orales.
	<b>Parejas sexuales:</b>	2
	<b>Gestas: 3</b> <b>Partos: 0</b>	<b>Abortos: 1 (13/02/2021)</b> <b>Cesáreas: 1</b>
	<b>Fecha de última menstruación:</b>	07/02/2022.
	<b>Controles prenatales del embarazo actual:</b>	5 centro de salud.
	<b>Ecografías:</b>	1
	<b>Edad gestacional:</b>	20.6 semanas por FUM, 20 semanas por ecografía.
	<b>Papanicolaou:</b>	No refiere.

Elaborado por Acosta Moreira Lissette Margoth.

**Fuente:** Expediente clínico del Hospital G. del Sur de Quito.



## 2.2. Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual. (Anamnesis)

Presenta cuadro clínico de aproximadamente 4 horas de evolución caracterizado por sangrado vaginal moderado color rojo rutilante con presencia de coágulos, además refiere relajación de esfínter vesical y astenia más sensación de hormigueo y debilidad de miembros inferiores por lo que acude al Hospital IESS de Babahoyo, bajo sospecha de síndrome de Guillain Barre, por lo que necesita derivación a tercer nivel; familiar pide alta médica y llega por el servicio de emergencia al Hospital del IESS Quito Sur por sus propios medios con su esposo.

A su llegada es valorada y se sospecha inicialmente como una probable lesión estructural del sistema nervioso central supra o infratentorial orientada hacia una potencial mielitis transversa o una variante atípica de polineuropatía desmielinizante, posterior presenta caída de estado de conciencia con escala de Glasgow 8/15 (Ocular 2/ Verbal 2/ Motor 4-5); Mioclonías aparente estado convulsivo refractario es manejado por terapia intensiva; con manejo de ventilación mecánica invasiva.

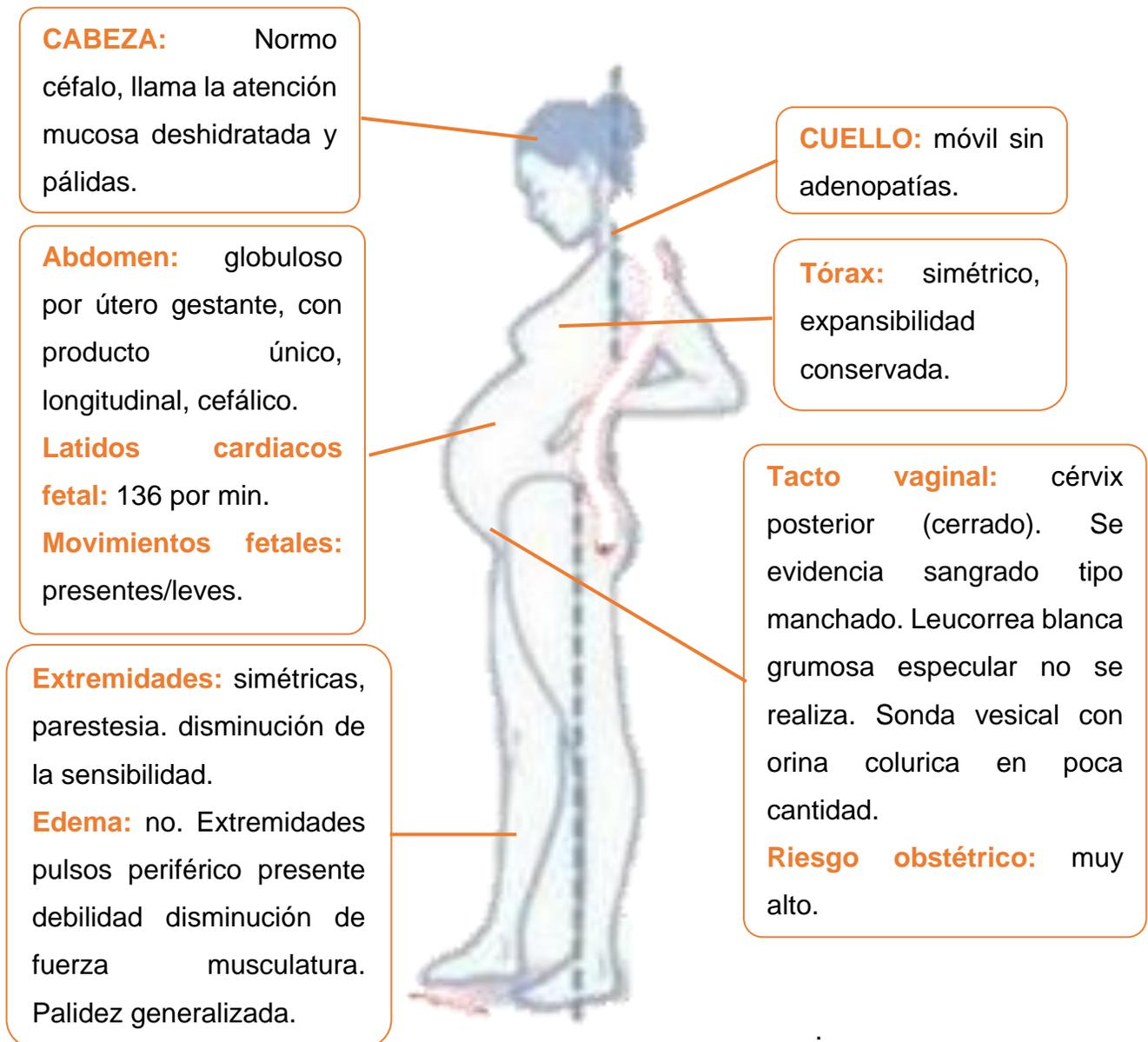
Ingresa para tratamiento se realizará los respectivos exámenes de laboratorio, un rastreo de eco obstétrico, cultivo de orina y resonancia magnética de encéfalo y columna cervico-dorso-lumbar por el motivo de la debilidad en extremidades inferiores, recibe reposo absoluto.

## 2.3. Examen Físico (Exploración Clínica).

Paciente quien cursa 21.5 semanas de gestación por fecha de última menstruación a su ingreso, presenta disminución del nivel de conciencia, además de versión ocular y estado tónico de extremidades superiores, ni reflejo fotomotor, ante falta de recuperación, por posible estado comicial se solicitó valoración por UCI (unidad de cuidados intensivos) quien indican necesidad para manejo avanzado de vía aérea.

Se explica en la **figura 3**. La exploración física de la paciente:

**Figura 3.** Exploración física del paciente.



Elaborado por Acosta Moreira Lissette Margoth.

**Fuente:** (Delgrosso, 2019) y Expediente clínico del H. G. del Sur de Quito.

Al momento del ingreso reporta un score mama de 5 a razón de los siguientes parámetros que se explicaran en la **tabla 8**.



**Tabla 8.** Clasificación de Score Mama.

CLASIFICACION DEL SCORE MAMA	PARAMETRO	PUNTAJE PARCIAL
FC	86 l/m	0
Sistólica	99	0
Diastólica	48	3
FR	17 r/p	0
T°C	37.0°C	0
Sat O2	97%	0
Estado de conciencia	Estuporosa	2
Proteinuria	Negativo	0
<b>Total de Score mama</b>		<b>5</b>

**Fuente:** Expediente clínico del Hospital G. del Sur de Quito.

Elaborado por Acosta Moreira Lissette Margoth.

Conjuntamente medicina interna y ginecología considera que por valor de escala de Glasgow 8-9/15 es tributaria de manejo avanzado de vía aérea y probable ventilación protectora.

#### 2.4. Información De Exámenes Complementarios Realizados.

- **Ecografía obstétrica:** Se observa producto único, longitudinal, cefálico de 21,4 semanas por fotometría. Latido cardiaco fetal: 87 latidos por minutos, bradicardia fetal por la tensión arterial de la gestante 93/55 mmHg. Movimientos fetales: leves; líquido amniótico: normal; placenta: posterior 0/3; región genital: presenta leucorrea, blanquecina en moderada cantidad. No se evidencia desprendimiento.



**Tabla 9. Exámenes de laboratorio.**

<b>EXÁMENES DE LABORATORIO</b>		
<b>INMUNOLOGÍA.</b>		
V.D.R.L	No reactivo	
HIV +2	No reactivo	
TIEMPOS	RESULTADOS	VALORES REFERENCIALES
TP	12.5	11 – 16 seg.
TTP	28.4	25 – 42 seg.
INR	1.07	0.9 – 1.4
<b>BANCO DE SANGRE.</b>	<b>Grupo sanguíneo</b>	<b>O RH POSITIVO</b>
BIOMETRIA HEMATICA	RESULTADOS	VALORES REFERENCIALES
Leucocitos	12.00	4 - 10 K/ $\mu$ L
Hemoglobina	12.3	11 – 15 g/dL
Hematocrito	35.4	37 – 47 %
Monocitos	0.72	0.12 – 1.2 K/ $\mu$ L
Linfocitos	1.36	0.8 – 4 K/ $\mu$ L
Neutrófilos	9.83	2 – 7 K/ $\mu$ L
Plaquetas	346	150 – 450 K/ $\mu$ L
Glucosa	86	74 – 109 mg/dL
<b>EMO (UROANALISIS DE RUTINA)</b>		
Color	Amarillo	
Aspecto	Transparente	
Densidad	1010	
PH	8.0	
Glucosa en orina	Negativo	
Leucocitos en orina	Negativo	
Bilirrubina	Negativo	
Nitritos	Negativo	
Hemoglobina	+	
Hematías	2 – 4 camp	
Bacterias	+	

**Fuente:** Expediente clínico del Hospital G. del Sur de Quito.

Elaborado por Acosta Moreira Lissette Margoth.



- **Resonancia magnética de encéfalo y columna cervico- dorso- lumbar:** Se aprecia de relevante escoliosis dorsal, no hay hiperintensidades o hipodensidades en médula espinal, ni desplazamientos de cuerpos vertebrales, ni discales; canal medular indemne.

## 2.5. Formulación Del Diagnóstico Presuntivo, Diferencial Y Definitivo.

**Tabla 10.** Diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO	DIAGNOSTICO DEFINITIVO
Hemorragia precoz del embarazo (amenaza de aborto).	Supervisión de embarazo de alto riesgo.
Hiperémesis gravídica leve.	Convulsiones.
Somnolencia, estupor y coma	Choque séptico.
. Estado de mal epiléptico	Muerte encefálica.
. Encefalitis, mielitis y encefalomielitis	

Elaborado por Acosta Moreira Lissette Margoth.

**Fuente:** Expediente clínico del Hospital G. del Sur de Quito.

## 2.6. Análisis Y Descripción De Las Conductas Que Determinan El Origen Del Problema Y De Los Procedimientos A Realizar.

Paciente llegó al Hospital General del Sur de Quito propia voluntad con su cónyuge, lo cual es valorada por medicina interna e indica que debe ser derivada para seguimiento y control por centro de 3.er nivel, se solicitó a UCI manejo avanzado para vía aérea y probable ventilación protectora, ya que paciente entro en coma; oro intubada con manejo de ventilación mecánica invasiva, se mantiene informado a cónyuge de paciente se aclaran dudas, indican riesgos y complicaciones ya que es una paciente de alto riesgo obstétrico. Se obtuvo diagnóstico de meningitis bacteriana con resultado de cultivo de LCR positivo.



Paciente transferida al Hospital E. Carlos Andrade Marín para un mejor seguimiento y control, ingresada en UCI con cuadro clínico de crisis convulsivas; con score mama: a expensas de ventilación mecánica invasiva y escala de Glasgow de 3T. Gestante es valorada por neurocirugía quien diagnóstica cuadro clínico neuroinfección con desarrollo de hidrocefalia aguda y edema cerebral generalizado, por lo que requiere colocación de sistema de derivación ventriculoperitoneal como medida de salvataje para disminuir hipertensión endocraneana.

Se indica por UCI control de biometría hemática sin leucocitosis ni neutrofilia, recibe cobertura antimicrobiana a base de cefalosporina de tercera generación más glucopeptido para manejo de infección del sistema nervioso central. Desde el punto de vista obstétrico, se trata de paciente gestante con muy mal pronóstico neurológico y vital a corto plazo, pero en el contexto de un embarazo con feto vivo en edad gestacional no viable, pero al momento en adecuadas condiciones de salud fetal; las medidas médicas que se adopten deben estar en función de priorizar la vida del feto por el momento.

### 2.6.1. Tratamiento.

**Tabla 11. Tratamiento.**

Medicación.	
	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Cloruro de NA 1000cc. Soletrol K 10 ml + soletrol NA 10 ml + gluconato de calcio 10 ml. 20 x min IV.</li><li>2. Cloruro de NA 1000 cc+2 g. Vit C.+ 10ml Complejo B. 30 por min.IV.</li><li>3. Paracetamol 1 g. c/6h. IV.</li><li>4. Omeprazol 40 mg c/día IV.</li><li>5. Dexametasona 8 mg IV c/8h</li><li>6. Metoclopramida 10 mg c/12 h. IV.</li><li>7. Progesterona 100 mg c/8h. VO.</li><li>8. Clotrimazol 1 aplicador intravaginal.</li><li>9. Sales de hierro c/día VO.</li><li>10. Ceftriaxona 2 gramos intravenoso cada 12 horas.</li><li>11. Ampicilina sulbactam 3 g iv cada 8 horas.</li><li>12. Valgaciclovir 450 mg por SOG cada día.</li></ol>



	13. Omeprazol 40 iv cada 24 horas. 14. Enoxaparina 20 mg cada día. 15. Levetiracetam 1 g. por SOG cada 12 horas (cerrar SOG por 2 horas).
--	---

Elaborado por Acosta Moreira Lissette Margoth.

## **2.7. Indicación De Las Razones Científicas De Las Acciones De Salud, Considerando Valores Normales.**

El Citomegalovirus (CMV) es un patógeno que puede causar una infección aguda y enfermedades resultantes de la reactivación de virus latentes. La primo-infección por CMV generalmente no presenta síntomas, pero puede manifestarse como un síndrome similar a la mononucleosis. Las complicaciones neurológicas de la infección por CMV en adultos incluyen retinitis, encefalitis, polirradiculomiopatía y neuropatía, las cuales son más comunes en individuos con sistemas inmunológicos debilitados. Además, el CMV es una causa significativa de infecciones congénitas (Beckham y Tyler, 2020).

Se menciona en las (Center for disease control and prevention, 2018) que los médicos no deben recomendar a efectuar pruebas de detección del citomegalovirus en gestantes de modo habitual, debido a que las pruebas de laboratorio no pueden definir si el feto se infectara o tendrá algún problema de salud de larga duración.

En caso de la paciente que se encuentra en estado de coma, a expensas de ventilación mecánica, con antecedentes de crisis convulsivas, 1 aborto y 1 cesárea. Se procede a realizar punción lumbar y se solicita panel viral más cultivo de líquido cefalorraquídeo.

Se obtuvo los resultados de los exámenes de citoquímico inicial de LCR donde reporta lo siguiente: “Hipo-glucorraquia más presencia de células blancas con PMN (polimorfonucleares) del 43% y se dispone de resultados de detección de carga viral de citomegalovirus por PCR en tiempo real en muestra de líquido cefalorraquídeo” dichas descripciones características de manifestación clínica neurológica sean



secundarias a esta infección a causa de encefalitis. Paciente en conducta expectante y pendiente toma de decisión del familiar debido a que su cuadro clínico no se ve mejoría.

## **2.8. Seguimiento.**

Paciente es transferida al Hospital Carlos Andrade Marín en área crítica de emergencia para seguimiento y control, bajo efecto de sedo analgesia, apoyo vasopresor con mantenimiento de oro intubada bajo ventilación mecánica con neuroinfección, al momento la paciente presenta estado de hipernatremia y falla renal, sigue con apoyo de vasopresores (norepinefrina a 0.06 kg/min).

Mediante valoración obstétrica paciente con mal pronóstico neurológico y vital a corto plazo; al evaluar el SNC por ecografía fetal, se evidencia edema peri craneal, la cámara gástrica impresiona tamaño agrandado, se procede a medir el diámetro máximo resultando en 32 mm lo cual resulta por encima del percentil 99; se evidencia Sludge amniótico; llama la atención que durante la evolución ecográfica se evidencia actividad uterina.

Con dicha descripción se procede a realizar cesárea y ligadura de hipogástrica derecha con embarazo ya avanzado de 23,4 semanas más cesárea anterior, porque mediante tacto vaginal demuestra progresión de la dilatación cervical y trabajo de parto, el cérvix esta central de consistencia blando, dilatado 3 cm, borrado 100%, se palpa polo cefálico móvil, membranas abombadas.

El útero se mantiene con tono aumentado; evaluando el caso integralmente adicional, a los diagnósticos preestablecidos se agrega labor de parto pretérmino y alta sospecha de Corioamnionitis por citomegalovirus, por lo cual pasan a sala de partos para proceder con la cirugía donde se obtuvo recién nacido sin llanto al nacer a las 10:15 a.m. con cianosis generalizada.



EEG (electroencefalografía): mismas que se encuentran en proceso de compensación previo a continuar con el protocolo diagnóstico de muerte cerebral, sin actividad cerebral evidente con 7uv/mm, para protocolo de muerte cerebral se cambia sensibilidad a 2uv/mm con escala de Glasgow de 3/15; se realiza estimulación sensorial supraciliar sin respuesta; estímulos sensoriales esternales sin respuesta, foto-estimulo sin respuesta; se suspende la ventilación mecánica, se apagan bombas de infusión y monitor para observar respuesta: no se observa actividad cerebral, no se observa ventilación espontánea.

## **2.9. Observaciones.**

Se realizaron diferentes estudios con la finalidad de enfatizar sobre cómo hacer el diagnóstico y tratamiento adecuado en una paciente con cuadro clínico de infección de sistema nervioso central severa que evoluciona a coma profundo, a descartar muerte cerebral, su progreso no fue buena por más que se realizaba los tratamientos adecuados se evidenciaba problema en la salud.

Se explicó al familiar del paciente los respectivos riesgos y complicaciones que se podrían desencadenar, se aclaran dudas y se le informa los inconvenientes que se podrían dar al momento de administrar el tratamiento seleccionado.

Familiar de paciente al tanto de lo que se acontece permite actuar de manera precisa y adecuada al momento de que se detecta este tipo de casos, en la salud de segundo nivel casi es insostenible tratar una encefalitis por citomegalovirus, pero se toma decisiones, buscando la solución para estabilizar a la paciente con el manejo adecuado de la misma, donde no se obtuvo buenos resultados debido a que el paciente fallece.



## CONCLUSIÓN

El diagnóstico en el cuadro clínico, exámenes de laboratorio y un citoquímico con consumo severo de glucosa, células altas con predominio mononuclear y proteínas normales, lo que confirma infección, se dispone de resultado de detección de carga viral de citomegalovirus por PCR en tiempo real en muestra de líquido cefalorraquídeo, por lo que se plantea la posibilidad de que las manifestaciones clínicas neurológicas sean secundarias a esta infección, pues en la literatura se describe sea causa de encefalitis, mielitis, polirradiculopatía y síntomas similares a los encontrados en la gestante.

La paciente siempre estuvo dependiente de soporte respiratorio y vasopresores, pero existió mayor deterioro, sumándose hiperlactatemia, acidemia por acidosis metabólica severa y fallo renal; la escala de SOFA (Evaluación de insuficiencia orgánica relacionada con la sepsis) incremento progresivamente desde 11 a 15 puntos, con probabilidad de mortalidad de 92%. Con estos antecedentes se comunica a sus familiares, se permite acceso libre y posteriormente se suspende vasopresores, lo cual fallece.

Por parte de unidad de cuidado intensivo se la cataloga como portadora de sepsis con foco en sistema nervioso central por encefalitis viral (citomegalovirus).

El tratamiento consiste en una combinación de ganciclovir y foscarnet y profilaxis secundaria con terapia antirretroviral (TARV) y valagaciclovir.



## REFERENCIAS

- Abarzúa-Camus, F. (2021). Perinatal cytomegalovirus infection. *Revista Chilena de obstetricia y ginecología*, 503-505.
- Aguilera, S., & De la Fuente, S. (2023). Infección congénita por citomegalovirus. Nuevos desafíos en la práctica clínica. *Revista Médica Clínica Los Condes*, 75-83. <https://pdf.sciencedirectassets.com/312299/1-s2.0-S0716864023X00029/1-s2.0-S0716864023000020/main.pdf?X-Amz-Security-Token=IQoJb3JpZ2luX2VjEEQaCXVzLWVhc3QtMSJGMEQCIArNITueeXkKhD6n6rA%2BqvbeHHQ6TxjKzoKylgXfVlqcAiBqUDY5E2LBwFQhqdwiTe0IRFUDAmjDKLYhOON277sRVy>
- Aksamit, A. (2020). Encefalitis viral aguda. En L. Goldman, & A. Schafer, *Goldman Cecil, Tratado de medicina interna* (pág. 2465). Barcelona, España: Elsevier.
- Beckham, D., & Tyler, K. (2020). Encefalitis. En J. Bennett, R. Dolin, & M. Blaser, *Mandell, Douglas; Bennett; Enfermedades infecciosas principios y prácticas* (Vol. 1, pág. 1239). Barcelona, España: Elsevier. [https://www.google.com.ec/books/edition/Mandell\\_Douglas\\_y\\_Bennett\\_Enfermedades\\_i/iG\\_-DwAAQBAJ?hl=es-419&gbpv=1&dq=encefalitis+por+citomegalovirus&pg=PA1239&printsec=frontcover](https://www.google.com.ec/books/edition/Mandell_Douglas_y_Bennett_Enfermedades_i/iG_-DwAAQBAJ?hl=es-419&gbpv=1&dq=encefalitis+por+citomegalovirus&pg=PA1239&printsec=frontcover)
- Carballal, G., & Oubiña. (2021). *Virología Médica*. México : Studocu.
- Ceballos, M. E. (20 de Febrero de 2018). *Cytomegalovirus encephalitis in the post-HAART era: is there a gold standard for treatment?* AIDS (London, England): <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000001732>
- Center for disease control and prevention. (2018). *Hoja informativa sobre el citomegalovirus para mujeres embarazadas y padres*. Estados Unidos: CDC. <https://www.cdc.gov/cmV/fact-sheets/parents-pregnant-women-sp.html>
- Center for disease control and prevention. (2020). *Acerca del citomegalovirus (CMV)*. CDC. <https://www.cdc.gov/cmV/overview-sp.html>
- Copiz, G. I. (18 de 10 de 2021). *Recommendations for the diagnosis and management of cytomegalovirus infection in pregnant woman and newborn*



- infant*. Rev Chilena Infectol : <https://www.scielo.cl/pdf/rci/v38n6/0716-1018-rci-38-06-0824.pdf>
- Delgrosso, A. (18 de Septiembre de 2019). *Cura e Prevenzione, Fisioterapia, Gravidanza*. <https://centromedicoalthea.it/tag/dolori/>
- Donis, L. (08 de Octubre de 2018). Citomegalovirus en el embarazo : <https://es.slideshare.net/LuciaDonis2/citomegalovirus-en-el-embarazo>
- Fortino, S. S. (2021). *INFECTOLOGIA CLÍNICA*. CITOMEGALOVIRUS ADQUIRIDA: <https://www.studocu.com/ec/document/universidad-de-guayaquil/infectologia/citomegalovirus-adquirida-parotiditis/17051622>
- Franco, L., & Sarmiento, L. (2018). *Enfermedades Infecciosas en ginecología y Obstetricia*. Colombia: Uniandes.
- Greenlee, J. E. (2022). *Encefalitis*. University of Utah Health.
- Italo Valero-Román, G. C.-P.-A.-D. (2020). SEVERE ACUTE HEPATITIS BY COINFECTION BY EPSTEIN-BARR VIRUSES AND CITOMEGALOVIRUS . *Facultad de Medicina Humana URP*, 20(1): 158-161.
- Kaye, K. (09 de 2021). *Manual MSD*. Enfermedad por inclusión citomegálica: <https://www.msmanuals.com/es-ec/professional/enfermedades-infecciosas/virus-herpes/infecci%C3%B3n-por-citomegalovirus-cmv>
- Kaye, K. M. (2021). *Infección por citomegalovirus*. Harvard Medical School.
- Litin, S. (2018). *Family Health Book (Libro de Salud Familiar de Mayo Clinic) 5.ª edición*. Mayo Clinic. <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/encephalitis/symptoms-causes/syc-20356136>
- Miguel G. Corral, J. G.-M. (21 de Febrero de 2023). *CuidatePlus*. Encefalitis: <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/neurologicas/encefalitis.html>
- Monge, M. S. (01 de 02 de 2021). *¿Estás embarazada? Infórmate sobre el citomegalovirus*. *¿Estás embarazada? Infórmate sobre el citomegalovirus*: <https://cuidateplus.marca.com/reproduccion/embarazo/2021/01/28/estas-embarazada-informate-citomegalovirus-176527.html>
- Peinador, M. (Abril de 2022). *Grupo de Patología Infecciosa AEPap*. [https://www.aepap.org/sites/default/files/documento\\_cmv\\_2022.pdf](https://www.aepap.org/sites/default/files/documento_cmv_2022.pdf)



Rosselló, J. M. (29 de 11 de 2021). *Lab Testsonline*. Citomegalovirus (CMV):

<https://www.labtestsonline.es/tests/cmv>

Sanchez, A., & Sornoza, G. (2022). *Infecciones por TORCH en mujeres de edad fértil y embarazadas: factores de riesgo, diagnostico y seroprevalencia*. Jipijapa, Manabi: Repositorio, Unesum.

<https://repositorio.unesum.edu.ec/bitstream/53000/4953/1/S%c3%a1nchez%20Men%c3%a9ndez%20Angel%20Javier%20-%20Sornoza%20Rosado%20Gema%20Nicolle.pdf>

Tesini, B. L. (2022). *Infección congénita y perinatal por citomegalovirus (CMV)*. USA: University of Rochester School of Medicine and Dentistry.

Victoria, P. (2018). Infeccion por Citomegalovirus (CMV) y embarazo. En A. Franco, & A. Sarmiento, *Enfermedades infecciosas en ginecologia y obstetricia*. Bogota, Colombia: Ediciones Uniandes.

[https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=r9jDEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT142&dq=infecciones+por+citomegalovirus+embarazo&ots=QB6zjTTd4k&sig=x1q\\_F6VIGX1VxklUydMTF1zEltw#v=onepage&q=infecciones%20por%20citomegalovirus%20embarazo&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=r9jDEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT142&dq=infecciones+por+citomegalovirus+embarazo&ots=QB6zjTTd4k&sig=x1q_F6VIGX1VxklUydMTF1zEltw#v=onepage&q=infecciones%20por%20citomegalovirus%20embarazo&f=false)

Zambrano, A. (2020). *INMUNIDAD A CITOMEGALOVIRUS E INFECCIÓN ACTIVA EN EMBARAZADAS: FACTORES DE RIESGO Y CONSECUENCIAS*.

<https://repositorio.unesum.edu.ec/bitstream/53000/2547/1/ZAMBRANO%20MENDOZA.pdf>



CERTIFICADO DE ANÁLISIS  
magister

## TRABAJO FINAL ACOSTA LISSETTE.

10%  
Similitudes



< 1% Texto entre comillas  
0% Similitudes entre comillas  
3% Idioma no reconocido

Nombre del documento: TRABAJO FINAL ACOSTA LISSETTE...docx  
ID del documento: 36d389a2e73017fd94b4e423ae813a80d5966b8  
Tamaño del documento original: 1,42 MB

Depositante: Hugolino Orellana Galbor  
Fecha de depósito: 29/9/2023  
Tipo de carga: interfaz  
Fecha de fin de análisis: 29/9/2023

Número de palabras: 7398  
Número de caracteres: 51.173

Ubicación de las similitudes en el documento



### Fuentes principales detectadas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	<a href="https://dspace.utb.edu.ec/bitstream/490/0010457/8/E-UTB-FCS-ENF-000591.pdf.txt">dspace.utb.edu.ec   Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente en em...</a> 9 fuentes similares	2%		Palabras idénticas: 2% (162 palabras)
2	<a href="https://www.aepap.org/sites/default/files/documento_cmv_2022.pdf#:~:text=El+CMV+ puede+transmitir...">www.aepap.org</a> 1 fuente similar	2%		Palabras idénticas: 2% (158 palabras)
3	<a href="http://repositorio.unesum.edu.ec/bitstream/53000/2547/1/ZAMBRANO_MENDOZA.pdf">repositorio.unesum.edu.ec</a> 1 fuente similar	2%		Palabras idénticas: 2% (141 palabras)
4	<a href="https://dspace.utb.edu.ec/bitstream/490/0011739/8/E-UTB-FCS-OPT-000110.pdf.txt">dspace.utb.edu.ec   Adaptación de lente escleral en paciente masculino de 56 año...</a> 9 fuentes similares	2%		Palabras idénticas: 2% (124 palabras)
5	<a href="https://dspace.utb.edu.ec/bitstream/490/0010420/8/E-UTB-FCS-ENF-000554.pdf.txt">dspace.utb.edu.ec   Proceso de atención de enfermería en gestante epiléptica de ...</a> 9 fuentes similares	2%		Palabras idénticas: 2% (120 palabras)

### Fuentes con similitudes fortuitas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	<a href="https://www.elsevier.es/elsevier/estata-revista-estadistica-clinica-las-ondas-202-articulo-infeccion-congenita...">www.elsevier.es</a>   Infección congénita por citomegalovirus, nuevos desafíos en la ... El documento proviene de otro grupo	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (37 palabras)
2	<a href="https://www.scieloc.lip/scr/pt/sci_artexto?pid=S0717-75262021000600991">www.scieloc.lip</a>   Recomendaciones para el diagnóstico y el manejo de la infección ...	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (33 palabras)
3	<a href="https://www.manuelosses.cl">www.manuelosses.cl</a> Recomendaciones en el CMV.pdf	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (15 palabras)
5	<a href="https://www.editoriallema.org/index.php/pentadencia/articulo/view/total/n448">www.editoriallema.org</a>   Infección por citomegalovirus en el embarazo: factores ...	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (14 palabras)

### Fuentes mencionadas (sin similitudes detectadas)

- Estas fuentes han sido citadas en el documento sin encontrar similitudes.
- <https://pdf.sciencedirectassets.com/312299/1-s2.0-S0716864023000291-s2.0-S071686402300020/main.pdf?X-Amz-Security-Token=IQoJb3JpZjUuQ2VjEEQaCkVzLWlhC...>
  - <https://www.cdc.gov/cmv/fact-sheets/parents-pregnant-women-sp.html>
  - <https://www.cdc.gov/cmv/overview-sp.html>
  - [https://www.scieloc.lip/scr/pt/sci\\_artexto?pid=S0716-1018-rd-38-06-0824.pdf](https://www.scieloc.lip/scr/pt/sci_artexto?pid=S0716-1018-rd-38-06-0824.pdf)
  - <https://centromedicoalthea.it/tag/dolor/>