



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA
CARRERA DE MEDICINA

“EDEMA ANGIONEUROTICO EN EL EMBARAZO”

TRABAJO DE TITULACIÓN:

TIPO: ANÁLISIS DE CASOS

Presentado para optar al grado académico de:

MÉDICO GENERAL

AUTOR

EDISON ANTONIO CARRILLO BRAVO

Riobamba – Ecuador

2019



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA
CARRERA DE MEDICINA

“EDEMA ANGIONEUROTICO EN EL EMBARAZO”

TRABAJO DE TITULACIÓN:

TIPO: ANÁLISIS DE CASOS

Presentado para optar al grado académico de:

MÉDICO GENERAL

AUTOR: EDISON ANTONIO CARRILLO BRAVO

TUTOR: DR. DIEGO AREVALO

Riobamba – Ecuador

2019

©2019, Edison Antonio Carrillo Bravo

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento, siempre y cuando se reconozca el Derecho de Autor.

Yo, EDISON ANTONIO CARRILLO BRAVO, declaro que soy responsable de las ideas, doctrinas y resultados expuestos en el Trabajo de Titulación modalidad Análisis de Casos y que el patrimonio intelectual generado por la misma pertenece a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo



Edison Antonio Carrillo Bravo

C.I: 0603529140

ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE SALUD PÚBLICA

CARRERA DE MEDICINA

El Tribunal de titulación certifica que: El Trabajo de titulación: Tipo Análisis de caso "EDEMA ANGIONEUROTICO EN EL EMBARAZO", realizado por el señor EDISON ANTONIO CARRILLO BRAVO, ha sido minuciosamente revisado por los Miembros del Tribunal del trabajo de titulación. El mismo que cumple con los requisitos científicos, técnicos, legales, en tal virtud el Tribunal autoriza su presentación.

	FIRMA	FECHA
Dr. Victor Hugo Freire Palacios. PRESIDENTE DEL TRIBUNAL		<u>2019/06/12</u>
Dr. Diego Rodrigo Arévalo Villa. DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN		<u>2019/06/12</u>
Dr. Benito Victoriano Bayas Vallejo MIEMBRO DEL TRIBUNAL		<u>2019/06/12</u>

DEDICATORIA

El presente trabajo lo quiero dedicar de manera especial, con mucho cariño y admiración a mis padres Edison y Natividad quienes con amor, esfuerzo y sabiduría han sabido guiar mi camino, cuidar mis pasos y brindarme apoyo incondicional en todos los momentos de mi vida; y a mis hermanos David y Daniela quienes han sido mi motor y mi fuerza para continuar siempre adelante, recordándome continuamente que el esfuerzo siempre tendrá su recompensa.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quiero agradecer a Dios por haberme permitido conocer tan hermoso camino de ayuda y servicio como lo es mi carrera, por la constancia que puso en mí para no rendirme y sobre todo por la fe que me ha brindado para creer que con esfuerzo el mundo puede llegar a ser un lugar mejor.

A mis padres por todo el apoyo incondicional brindado y sobre todo los consejos que a lo largo de mi vida me han rescatado y guiado siempre por el buen camino.

A mis hermanos por siempre estar a mi lado animándome a ser un buen ser humano, por todas las madrugadas de compañía y sobre todo por ser ellos por quienes he encontrado motivación en los momentos más difíciles de mi carrera.

A mi familia porque de alguna u otra manera todos son partícipes de este logro.

Agradecer de forma especial a mi Tutor, Dr. Diego Arévalo por los conocimientos impartidos y el apoyo en la consecución de este trabajo de titulación.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	xi
SUMMARY	xii
CAPÍTULO I	
1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Conceptos.....	2
<i>1.1.1. Edema.....</i>	<i>2</i>
<i>1.1.2. Angioedema.....</i>	<i>2</i>
<i>1.1.3. Histamina</i>	<i>2</i>
<i>1.1.4. Bradicinina.....</i>	<i>2</i>
1.2. Aspectos generales.....	3
1.3. Epidemiología.....	3
1.4. Clasificación.....	3
<i>1.4.1. Edema Angioneurótico histaminérgico</i>	<i>4</i>
<i>1.4.2. Edema Angioneurótico no histaminérgico</i>	<i>4</i>
1.5. Etiología.....	5
1.6. Fisiopatología.....	6
1.7. Cuadro clínico del angioedema	7
1.8. Diagnostico	8
1.9. Diagnóstico diferencial.....	9
1.10. Tratamiento.....	10
<i>1.10.1. Tratamiento del edema histaminérgico.....</i>	<i>10</i>
<i>1.10.2. Tratamiento del edema bradikinérgico.</i>	<i>10</i>
1.11. Tratamiento en el embarazo.....	11
1.12. Complicaciones.....	11
CAPÍTULO II	
2. PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO	13
2.1. Datos de filiación	13
2.2. Motivo de consulta	13
2.3. Enfermedad actual.....	14
<i>2.3.1. Revisión por aparatos y sistemas.....</i>	<i>14</i>
<i>2.3.2. Antecedentes</i>	<i>14</i>
<i>2.3.3. Examen fisico</i>	<i>16</i>
<i>2.3.4. Impresión diagnóstica</i>	<i>17</i>

2.3.5. <i>Exámenes de laboratorio</i>	18
2.3.6. <i>Electrocardiograma</i>	19
2.3.7. <i>Ecografía obstétrica (08/11/2018)</i>	20
2.3.8. <i>Diagnóstico definitivo</i>	23
2.3.9. <i>Tratamiento al ingreso</i>	23
2.3.10. <i>Evolución del paciente en hospitalización</i>	24
2.3.11. <i>Seguimiento post- hospitalario</i>	24
CAPÍTULO III	
3. HALLAZGOS	33
CONCLUSIONES	35
RECOMENDACIONES	36
LISTA DE ABREVIATURAS	37
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1-1: Etiología angioedema	6
Tabla 2-1: Cuadro clínico angioedema.....	8
Tabla 3-1: Diagnóstico AE histaminérgico-bradicinérgico	9
Tabla 4-1: Tratamiento ae histaminico.....	10
Tabla 5-1: Tratamiento ae bradicinérgico	11
Tabla 1-2: Signos vitales.....	16
Tabla 2-2: Antropometría.....	16
Tabla 3-2: Exámenes de laboratorio.....	18
Tabla 4-2: Urianálisis.....	18
Tabla 5-2: Microbiología	19
Tabla 6-3: Biometría fetal	20
Tabla 7-3: Anejos ovulares	20
Tabla 8-2: Resultados exámenes de laboratorio	25
Tabla 9-2: Valoración fetal	25
Tabla 10-2: Resultados anejos ovulares	26
Tabla 11-2: Signos vitales 21/12/2018.....	28
Tabla 12-2: Exámenes de laboratorio 21/12/2018.....	28
Tabla 13-2: Ecografía obstétrica	29
Tabla 14-2: Anejos ovulares	29

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1-2: Electrocardiograma	19
Ilustración 2-3: Ecografía 28.2 semanas	21
Ilustración 3-2: Informe de exploración ecográfica	22
Ilustración 4-2: Ecografía 35.4 semanas	26
Ilustración 5-2: Informe de ecografía 35.4 semanas	27
Ilustración 6-2: Ecografía 35.6 semanas	30
Ilustración 7-2: Informe exploración ecográfica obstétrica.....	31

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexos 1: Exámenes de laboratorio

Anexos 2: Ecografías

Anexos 3: Cesarea

Anexos 4: Consentimiento Informado

16-V-19

RESUMEN

En este trabajo de titulación se presenta el estudio de edema angioneurótico en el embarazo, con la presentación de un caso clínico del HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE DE RIOBAMBA, en una paciente primigesta de 22 años de edad, con antecedentes de tumefacción recurrente a nivel de cara, cabeza y cuello, sin prurito y que ceden espontáneamente. El edema angioneurótico en el embarazo es una entidad infrecuente, con reportes de 1 por cada 50.000 habitantes, este se puede dividir en histaminérgico, siendo este el más común, y el no histaminérgico, el mismo que esta mediado por efectos de la bradicinina. El caso expuesto se trata de un edema angioneurótico no histaminérgico (hereditario) el mismo que es una afectación genética a nivel de la proteína C1 inhibidor con la consecuente afectación en el sistema del complemento y la liberación de bradicinina. Es una afectación infrecuente definida como edema de piel y mucosas, incluidas las del tracto gastrointestinal y respiratorio, el mismo posee un carácter autolimitado, que en la mayoría de las veces se resuelve por completo a las 72 horas de su aparición. El mismo se produce por el aumento de la permeabilidad a nivel de los capilares mucosos, submucosos y vénulas poscapilares, con la consiguiente extravasación de plasma. El edema angioneurótico hereditario se caracteriza por presentar episodios recurrentes de edema no pruriginoso, el cual al afectar el aparato respiratorio tiene como principal complicación la aparición de edema laríngeo que compromete la vida del paciente. Se han propuesto factores desencadenantes de la patología como el estrés, el dolor, los cambios hormonales y el embarazo. Al ser una afectación genética no responde a tratamientos convencionales por lo que es fundamental la identificación temprana para la instauración de un tratamiento adecuado.

Palabras clave: <TECNOLOGIA Y CIENCIAS MÉDICAS>, <MEDICINA>, <EDEMA ANGIONEURÓTICO>, <EMBARAZO>, <BRADICININA>, <SISTEMA DE COMPLEMENTO>, <PROTEÍNA C1>, <HISTAMINÉRGICO>, <NO HISTAMINÉRGICO>

Patricia Barro
16-V-19



SUMMARY

In this titling work, the study of angioneurotic edema in pregnancy is presented, with the presentation of a Riobamba Provincial General Teaching Hospital's clinical case, in a 22-year-old primiparous patient, which has a recurrent tumefaction at face level, head and neck, without pruritus and that yield spontaneously. Angioneurotic edema in pregnancy is an infrequent entity, with reports of 1 per 50,000 inhabitants, this can be divided into histaminergic- being the most common-, and non-histaminergic, which is mediated by the effects of bradykinin. The case presented is a non-histaminergic (hereditary) angioneurotic edema, which is a genetic disorder at the level of the C1 inhibitor protein with the consequent involvement in the complement system and the release of bradykinin. It is an infrequent affection defined as edema of the skin and mucous membranes, including those of the gastrointestinal and respiratory tract. It has a self-limiting character that in the majority of the vexes is entirely resolved within 72 hours of its appearance. It is produced by the increase in permeability at the level of mucosal, submucosal capillaries and postcapillary venules, with the consequent extravasation of plasma. Hereditary angioneurotic edema is characterized by recurrent episodes of non-pruriginous edema, which, when affecting the respiratory system, has as its main complication the appearance of laryngeal edema that compromises the patient's life. Launching factors of the pathology have been proposed, such as stress, pain, hormonal changes, and pregnancy. Since it is a genetic disorder, it does not respond to conventional treatments, which is why early identification is fundamental for the establishment of adequate treatment.

Keywords: < TECHNOLOGY AND MEDICAL SCIENCES>, <MEDICINE>, <ANGINEUROTIC EDEMA>, <PREGNANCY>, <BRADYKININ>, <COMPLEMENT SYSTEM>, <C1 PROTEIN>, <HISTAMINERGIC>, <NON-HISTAMINERGIC>



CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

El edema angioneurótico es una entidad infrecuente dentro del medio hospitalario, esto se debe en parte a que existen casos no reportados o no diagnosticados por lo cual existen subregistros de los mismos.

Esta patología se define como una extravasación del plasma que causa congestión a nivel de los tejidos como la piel y mucosas, incluidas las del tracto gastrointestinal y respiratorio, los sitios más afectados por lo general son cara, extremidades y genitales. El edema angioneurótico es una entidad que cede espontáneamente dentro de las 72 horas posteriores a su aparición.

Esta patología se la puede clasificar según su etiología, existen dos grandes grupos las mismas pueden ser:

- 1) Angioedema histaminérgico, siendo este el más común con un 80% dentro del total de casos registrados y dependiente de la liberación de Histamina.
- 2) Angioedema no histaminérgico, entidad menos frecuente y que esta mediado por la liberación de bradicinina.

El embarazo es una situación especial en la cual la identificación y diagnóstico en base a la clínica de los mismos es fundamental para asegurar un tratamiento oportuno y eficaz de esta enfermedad lo que nos permitirá proteger la vida tanto de la madre como la de su producto, por lo tanto el presente trabajo es realizado para conocer de mejor manera tanto la patología descrita como su manejo adecuado.

1.1. Conceptos

1.1.1. Edema

El edema se define como un incremento clínicamente manifiesto en el volumen del líquido intersticial, que puede aumentar varios litros antes de que el trastorno sea evidente. La aparición de edema depende de una o más alteraciones en las fuerzas de Starling, de tal suerte que se produce un desplazamiento neto de líquido del sistema vascular hacia el intersticio o hacia una cavidad corporal. (FLORES-VILLEGAS B. FLORES-LAZCANO I. LAZCANO-MENDOZA M., 2014)

1.1.2. Angioedema

El angioedema (AE) o edema angioneurótico es un edema localizado en el tejido subcutáneo y/o submucoso debido a un incremento transitorio de la permeabilidad vascular por la liberación de mediadores vasoactivos, y que produce una tumefacción del área afectada. El angioedema (AE) se puede asociar o no a urticaria. (CABALLERO T. LOPEZ M. GARCIA G. LOPEZ C., 2015)

1.1.3. Histamina

La histamina es un compuesto que actúa en el organismo como hormona y como neuromodulador. Tiene un papel fundamental en las reacciones alérgicas y el sistema inmunitario, además de las múltiples funciones que cumple a nivel de todo el organismo. (GARCIA-GALVEZ A. ARIAS-MONTAÑO J., 2016)

La histamina puede actuar como neuromodulador, modulando o regulando las respuestas a otros neuromoduladores, es un vasodilatador, es un potente secretagogo gástrico, produce broncoconstricción y contracción a nivel del músculo liso. (GARCIA-GALVEZ A. ARIAS-MONTAÑO J., 2016)

1.1.4. Bradicinina

La bradiquinina o bradicinina es un péptido fisiológico, La bradiquinina es un potente vasodilatador dependiente del endotelio, que provoca la contracción del músculo liso no

vascular, aumenta la permeabilidad vascular y también está relacionado con el mecanismo del dolor. En ciertos aspectos actúa de manera similar a la histamina. (MEDEZ I. QUIROGA M., 2018)

1.2. Aspectos generales

Parece ser que el embarazo tiene una fuerte relación con el apareamiento de esta patología, aunque en base a epidemiología se clasifica como una enfermedad rara e infrecuente, muchas de las veces no es diagnosticada ni reportada, las embarazadas al ser un grupo prioritario dentro del sistema de salud necesitan un manejo adecuado para prevenir las complicaciones de esta enfermedad. (DOMINGUEZ R. CARMONA R. CRUZ O, 2018)

En mujeres embarazadas que padecen este trastorno y que no tienen un tratamiento adecuado para el mismo la mortalidad es de un 20 a un 30 %; Al igual el tratamiento estará dirigido a asegurar el bienestar tanto de la madre como del producto. (DOMINGUEZ R. CARMONA R. CRUZ O, 2018)

1.3. Epidemiología

Aunque se desconoce la prevalencia exacta, según estimaciones recientes afecta a 1/10000-50000 habitantes. No se producen diferencias en cuanto a sexo, raza y distribución geográfica. La forma adquirida es mucho menos frecuente, habiendo menos de 200 casos publicados en la literatura internacional. (CABALLERO T. LOPEZ M. GARCIA G. LOPEZ C., 2015)

Se trata de una enfermedad rara, que afecta a menos de 5/10000 habitantes dentro del continente europeo. Esto va a implicar muchas peculiaridades en el diagnóstico y seguimiento de la enfermedad y en el desarrollo de nuevos tratamientos. (CABALLERO T. LOPEZ M. GARCIA G. LOPEZ C., 2015)

1.4. Clasificación

El edema angioneurótico puede clasificarse en dos grandes grupos en dependencia de su agente causal:

1.4.1. Edema Angioneurótico histaminérgico

Este representa el 80% de los casos de angioedema, suele asociarse a urticaria, este a su vez puede ser alérgico y no alérgico.

1.4.1.1. Angioedema histaminérgico alérgico

Este tipo de angioedema está caracterizado por la rapidez de su instauración, apareciendo en menos de 1 hora después de la exposición al alérgeno. Se encuentra asociado a la aparición de habones, prurito cutáneo y broncoespasmo. Esta desencadenado por reacciones alérgicas a medicamentos, alimentos, picaduras de insectos látex etc. (CABALLERO MOLINA T. PEDROSA DELGADO M., 2017)

1.4.1.2. Angioedema histaminérgico no alérgico

Este tipo de angioedema está caracterizado por responder bien al tratamiento con antihistamínicos sin presentar la clínica característica de un angioedema alérgico, este puede o no estar asociado a urticaria y es fundamental diferenciarlo ya que en este tipo de angioedema no existe una causa aparente. (CABALLERO MOLINA T. PEDROSA DELGADO M., 2017)

1.4.2. Edema Angioneurótico no histaminérgico

Es un tipo raro de angioedema, en el cual el principal factor desencadenante es la liberación de bradicinina, por lo cual también es llamado edema angioneurótico o angioedema bradicinérgico o hereditario. Es una inmunodeficiencia primaria por deficiencia del sistema del complemento, de origen genético, causada por la alteración del gen que codifica la proteína inhibidora de la C1 esterasa activada. Al igual que el angioedema histaminérgico este tiene subclasificaciones en dependencia de su alteración genética. (CABALLERO MOLINA T. PEDROSA DELGADO M., 2017)

1.4.2.1. Angioedema hereditario con deficiencia de C1 inhibidor

Este tipo de Angioedema se debe a mutaciones en el gen C1NH. Hay dos variantes fenotípicas, en el tipo I hay un descenso significativo del C1-INH, y en el tipo dos existen niveles normales de C1-INH pero hay una disminución de su actividad funcional. (SALAZAR L. LOPEZ L., 2016)

Por lo general aparece durante la primera década de la vida, e incluso pueden aparecer episodios durante el primer año de vida, los edemas pueden presentarse en cualquier parte del cuerpo. (CABALLERO T. PEDROSA M. GOMEZ C., 2014)

1.4.2.2. Angioedema hereditario sin déficit de C1 inhibidor

Es similar al anterior pero existen algunas particularidades para diferenciarlos, empezando por la edad de inicio que es en la segunda o tercera década de vida, las mujeres son más propensas a presentar los síntomas y existe una marcada dependencia de los estrógenos. La mayoría de pacientes han presentado crisis de Angioedema durante la administración de píldoras estroprostágenas y durante el embarazo. (BOUILLET L., 2016)

1.5. Etiología

La etiología del angioedema es muy variable; tiene un valor altamente significativo al momento de realizar un diagnóstico, por lo tanto es muy importante la investigación del posible agente causal. (CHILLON R. NUÑEZ P. LOPEZ I. FOLGAR B. MARCOS C., 2017)

En la tabla I se detalla la causa del angioedema en dependencia de su tipo:

Tabla 1-1: Etiología angioedema

ETIOLOGIA	
ANGIOEDEMA HISTAMINERGICO	ANGIOEDEMA BRADICINERGICO
ADQUIRIDA	GENETICA
ALIMENTOS	TRAUMATISMOS
ALERGENOS INHALADOS	INFECCIONES
PICADURA DE INSECTOS	FACTORES PSICOLOGICOS
REACCIÓN A FARMACOS (AINES)	FACTORES HORMONALES
Antonio Carrillo 2019	

Fuente: (CHILLON R. NUÑEZ P. LOPEZ I. FOLGAR B. MARCOS C., 2017)

1.6. Fisiopatología

El edema angioneurótico se va a producir por dos factores fundamentales: la vasodilatación que se produce por los mediadores liberados y el aumento de la permeabilidad de la membrana. (CABALLERO MOLINA T. PEDROSA DELGADO M., 2017)

En el caso del edema angioneurótico histaminérgico este se produce en reacción a un estímulo en un sujeto previamente sensibilizado, el mismo que produce una reacción de hipersensibilidad tipo I, desencadenando una producción descontrolada de inmunoglobulina E (IgE), produciendo así una súper activación de los gránulos localizados en mastocitos y eosinófilos, los mismos que contienen mediadores de la inflamación siendo el más importante de estos la histamina, la misma que produce vasodilatación y estimulación a nivel del tejido neuronal lo cual provoca el edema característico acompañado de prurito y lesiones eritematosas. (HOLGUIN-GOMEZ L. VASQUEZ-OCHOA LA. CARDONA R., 2016)

Por otro lado la patogenia del edema angioneurótico bradikinérgico puede estar subdividida según la alteración de la proteína C1INH, la misma puede estar disminuida o estar dentro de parámetros normales. (MEDEZ I. QUIROGA M., 2018)

Déficit de proteína C1 inhibidor: Como sabemos la proteína C1INH es una proteína inhibidora de proteasas, sintetizada principalmente en los hepatocitos, aunque tiene una importante síntesis a nivel de los monocitos, esta cumple un papel fundamental inhibiendo el primer componente de la vía clásica del complemento. (MEDEZ I. QUIROGA M., 2018)

Al ser la proteína C1-INH el principal regulador de la activación del complemento, al no tenerla presente en este tipo de patología este complejo sistema es inestable de tal manera que se autoactiva. (MEDEZ I. QUIROGA M., 2018)

Al igual la C1-INH participa en la regulación del factor XII y calicreína (principales componentes en la producción de bradicinina), por lo tanto su disfunción permite una activación de este complejo de manera no controlada lo que deriva en una liberación de bradicinina, el cual es un importante mediador de la inflamación gracias a su capacidad de activar la células endoteliales y generar vasodilatación, incremento de la permeabilidad de la membrana vascular, producción de óxido nítrico (importante vasodilatador). (MEDEZ I. QUIROGA M., 2018)

Proteína C1 inhibidor normal: esta puede incluir dos o más condiciones genéticas diferentes como una mutación a nivel del factor XII o algún trastorno de causa desconocida, es una entidad muy heterogénea. Afecta principalmente pero no de manera exclusiva al sexo femenino. (MEDEZ I. QUIROGA M., 2018)

Los niveles plasmáticos de Factor XII están estrechamente regulados por estrógenos, lo que explica la prevalencia en el sexo femenino y el inicio o exacerbación de los síntomas cuando existe un aumento en el nivel de los mismos sea por causa endógena (embarazo) o exógena (uso de anticonceptivos orales y terapias de remplazo hormonal). (MEDEZ I. QUIROGA M., 2018)

Por lo tanto vamos a tener un incremento de bradicinina debido a la activación del factor XII, lo cual derivará en la formación de la patología. (MEDEZ I. QUIROGA M., 2018)

1.7. Cuadro clínico del angioedema

El cuadro clínico del angioedema es muy característico, y en dependencia de su agente causal puede presentar o no ciertos signos y síntomas característicos. (CHILLON R. NUÑEZ P. LOPEZ I. FOLGAR B. MARCOS C., 2017)

Los tejidos más afectados son los de cara, manos, brazos, piernas y genitales.

Por lo general el edema angioneurótico o angioedema presenta:

Tabla 2-1: Cuadro clínico angioedema

CUADRO CLINICO		
	HISTAMINERGICO	BRADICINERGICO
EDEMA FACIAL	X	X
PRURITO	X	
HABONES	X	
URTICARIA	X	
BRONCOESPASMO	X	X
DOLOR ABDOMINAL		X
EDEMA LARINGEO	X	X
NAUSEAS - VOMITOS		X

ANTONIO CARRILLO 2019

Fuente: (ADAMES MITRE MM, 2017)

1.8. Diagnóstico

El diagnóstico del edema angioneurótico es básicamente clínico, se debe tomar en muy en cuenta la realización de una buena historia clínica, es muy importante clasificar al Angioedema como histaminérgico o bradicinérgico (tabla III) para realizar el tratamiento más adecuado. (BOUILLET L., 2016)

Se sospechará Angioedema ante episodios de hinchazón o edema transitorios de localización subcutánea o submucosa, que va con una instauración de minutos a horas, con resolución espontánea en horas (máximo en 4-5 días), distribución asimétrica, sin dejar fóvea a la presión y sin dependencia gravitacional. (CICARDI M. SUFFITTI C. PEREGO F. CACCIA S., 2016)

La historia clínica debe recoger datos sobre antecedentes familiares de angioedema, enfermedades asociadas, y la posible existencia de factores desencadenantes (fármacos, picadura de insectos, ingestión de algún tipo de alimento, traumatismos, infecciones, etc.). (CHILLON R. NUÑEZ P. LOPEZ I. FOLGAR B. MARCOS C., 2017)

Se debe investigar el tiempo de aparición de la sintomatología y si esta se acompaña de habones, prurito y urticaria; existen pruebas complementarias que nos orientarían hacia un mejor diagnóstico, aunque en los episodios agudos no son de gran utilidad, las mismas son: (CABALLERO MOLINA T. PEDROSA DELGADO M., 2017)

- Estudios inmunoalérgicos(IgE)
- Cuantificación y funcionalidad de la proteína C1-INH
- Estudios biológicos de la mutación del gen FXII

Tabla 3-1: Diagnóstico AE histaminérgico-bradicinérgico

ANGIOEDEMA	BRADICINICO	HISTAMINICO
Urticaria asociada o a distancia	Ausente	Frecuente
Duración	Siempre más de 24 horas	Pocas horas o días
Localización abdominal	Episodios abdominales suboclusivos de más de 24 horas	Dolor abdominal de corta duración
Contexto familiar	Frecuente pero puede faltar. Atención: 30% de mutación de novo	Contexto atópico familiar frecuente
Factores favorecedores	Tratamiento con IECA Tratamiento con anticonceptivos estroprostagenos Embarazo Atención odontológica	Tratamientos con AINE Factores físicos
Eficacia de un tratamiento antihistamínico a largo plazo(hasta cuatro veces la dosis con autorización de comercialización)	Ninguna	Casi constante

Fuente: (BOUILLET L., 2016)

1.9. Diagnóstico diferencial

Se debe tomar muy en cuenta las entidades que pueden cursar con edema facial sin tener relación alguna con el angioedema dentro de las cuales tenemos: (CHILLON R. NUÑEZ P. LOPEZ I. FOLGAR B. MARCOS C., 2017)

- Celulitis facial.
- Dermatitis de contacto.
- Mixedema.
- Síndrome de la vena cava superior.

Las características propias del angioedema (histaminérgico o bradicinérgico) como la presencia de piel sin lesiones visibles, ausencia de aumento de temperatura en el sitio de localización, ausencia de fiebre, y ausencia de otra sintomatología de disfunción sistémica u orgánica acompañante, además de la remisión espontánea, su localización y que habitualmente es asimétrico nos permitirán diferenciarlo hasta de cierta manera con facilidad de otras patologías. (ADAMES MITRE MM, 2017)

1.10. Tratamiento

El tratamiento del edema angioneurótico se basa en la etiología que produce el mismo, por lo tanto el tratamiento adecuado para un edema angioneurótico de tipo histaminérgico no tendrá ningún valor en aquel de tipo bradicinérgico. Es importante en ambos tipos de angioedema tener muy en cuenta las medidas de soporte tales como administración de líquidos endovenosos, apoyo de oxígeno, etc. (CHILLON R. NUÑEZ P. LOPEZ I. FOLGAR B. MARCOS C., 2017)

1.10.1. Tratamiento del edema histaminérgico

Este tipo de edema va a responder bien a la utilización de fármacos tales como corticoesteroides, antihistamínicos y la administración de adrenalina. Es muy importante identificar el factor desencadenante del evento y evitar todo contacto con el mismo. A continuación (Tabla IV) se detalla el tratamiento de elección para este tipo de angioedema: (CHILLON R. NUÑEZ P. LOPEZ I. FOLGAR B. MARCOS C., 2017)

Tabla 4 TRATAMIENTO AE HISTAMINICO.

TRATAMIENTO DEL ANGIOEDEMA MEDIADO POR HISTAMINA		
FARMACOS	PRESENTACION	POSOLOGIA
METILPREDNISOLONA	1amp./2ml/20mg	1mg/kg de peso IV
DEXCLORFENIRAMINA	1amp./1ml/5 mg	1 am/6h IV
ADRENALINA	1 jer./1ml/1mg al 1/1000	0,3-0,5 ml/20 in Max. 3 dosis IM

Fuente: (CHILLON R. NUÑEZ P. LOPEZ I. FOLGAR B. MARCOS C., 2017)

1.10.2. Tratamiento del edema bradicinérgico.

El tratamiento de este tipo de edema se basa en 3 pilares fundamentales que son:

- Tratamiento de los ataques agudos.
- Profilaxis a corto plazo previo a procedimientos que pueden desencadenar ataques.
- Prevención a largo plazo de los ataques.

A continuación (Tabla V) se detalla el tratamiento de este tipo de angioedema:

Tabla 5-1: Tratamiento Angioedema bradicinérgico

TRATAMIENTO DEL ANGIOEDEMA MEDIADO POR BRADICININA O POR DEFICIT DE C1 INHIBIDOR		
FARMACOS	PRESENTACION	POSOLOGIA
ACIDO TRANEXAMICO	1 amp./500mg	2amp./8h IV
ACETATO DE ICATIBANT	1 jer./3 ml/30mg	1 amp./6h Max 90 mg Subcutáneo.
CONCENTRADO PLASMATICO DE INHIBIDOR DE C1 ESTERASA HUMANA	1 vial./10ml/500 UI	20 UI/kg de peso >100kg: 3 viales 50 - 100kg: 2 viales <50kg: 1 vial IV

Fuente: (CHILLON R. NUÑEZ P. LOPEZ I. FOLGAR B. MARCOS C., 2017)

1.11. Tratamiento en el embarazo

Las pautas para el tratamiento en el embarazo van a estar dirigidas para evitar las complicaciones que pueden llevar a la muerte de la paciente y su producto; se debe evitar por sobre todas las cosas el factor desencadenante del cuadro, y los fármacos se utilizaran de forma normal sin restricción alguna. (SALAZAR L. DIAZ C. QUINTANA F. AVILA D. VISCARRA J. PERALTA J., 2015)

Se prefiere la analgesia regional sobre la general en caso de terminación del embarazo, ya que reduce en gran manera el edema laríngeo (evita la colocación de tubo endotraqueal en la paciente). (DOMINGUEZ R. CARMONA R. CRUZ O, 2018)

1.12. Complicaciones

La complicación más grave de los angioedemas (AE) es el edema laríngeo el mismo que por sus características se convierte en un evento que compromete la vida del paciente. (MEDEZI QUIROGA M., 2018)

CAPÍTULO II

2. PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

2.1. Datos de filiación

NOMBRE: NNNN.

EDAD: 21 años

GÉNERO: Femenino

ETNIA: Mestiza

ESTADO CIVIL: Casada

LUGAR DE NACIMIENTO: Riobamba

FECHA DE NACIMIENTO: 28/11/96

RESIDENCIA HABITUAL: Chambo

INSTRUCCIÓN: Secundaria

OCUPACIÓN: Ama de casa

PROFESIÓN: Ninguna

RELIGIÓN: Católica

LATERALIDAD: diestra

FECHA Y HORA DE INGRESO: 07/11/2018 11:30

2.2. *Motivo de consulta*

Cefalea, dolor de pies, dolor abdominal y edema palpebral.

2.2.1. *Enfermedad actual*

Paciente que ingresa el día 07/11/18 por referir que hace aproximadamente una semana presenta cuadro de cefalea de una semana de evolución y sin causa aparente la misma es esporádica, holocraneana y sin irradiación, con una intensidad de 8/10 en la escala de EVA, presenta también dolor a nivel de miembros inferiores que dificulta la marcha, este cuadro se acompaña de dolor abdominal de tipo contracción, difusa y de intensidad moderada, además de cuadro descrito paciente presenta edema de hemicara derecha con sensación de parestesia de la misma; motivo por el cual acude a esta casa de salud Hospital Provincial General Docente de Riobamba.

2.2.2. *Revisión por aparatos y sistemas*

Estado General: Paciente con facie álgica, ansiosa al momento.

Piel y anexos: Piel rosada, caliente, no zonas de ictericia.

Órganos de los sentidos: ojos: presencia de edema palpebral ++/+++

Respiratorio: Aparentemente normal

Cardiocirculatorio: Aparentemente normal

Gastrointestinal: Aparentemente Normal

Inguinogenital: Secreción blanquecina de moderada cantidad

Osteomuscular: Refiere dolor a nivel de miembros inferiores, fuerza y movilidad conservada.

2.2.3. *Antecedentes*

PATOLOGICOS PERSONALES

Refiere presentar episodios de edema facial desde la niñez

FAMILIARES

No recuerda

HABITOS

Alimentación: 3 veces al día.

Micción: 3 al día y 3 veces en la noche (durante el embarazo)

Deposición: 1 vez al día

Sueño: 7 horas

Alcohol: No refiere

Tabaco: No refiere

Alergias: No refiere

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

Menarquia: 15 años

Ciclos menstruales: Regulares, de 4 días de duración, ligera presencia de coágulos.

Inicio de vida sexual: 18 años de edad

Pareja sexual: 1

Planificación familiar: Refiere no utilizar métodos anticonceptivos

PAPTEST: Ninguno

Enfermedades de transmisión sexual: No refiere

Nº de gestas: 0

Partos: 0 Abortos: 0

Cesáreas: 0 Hijos vivos: 0

Gesta actual:

FUM: 24/Abril/2018 (no confiable por dudas de la paciente)

Fecha probable del parto: 31/Enero/2019

Edad gestacional: 28 semanas por FUM no confiable.

Nº de controles prenatales: 6

Nº de ecografías: 1

Inmunizaciones: 2 dosis

Suplementos: Ácido fólico y hierro

2.2.4. Examen físico

Examen físico general

2.2.4.1. Signos vitales

Tabla 6 1-2: Signos vitales

SIGNOS VITALES	
FRECUENCIA CARDIACA	120 lpm
FRECUENCIA RESPIRATORIA	21 rpm
PRESION ARTERIAL	105/61 mmHg
TEMPERATURA	37,4°
SATURACION DE OXIGENO	95% aire ambiente
SCORE MAMA	3
Elaborado: Edison Carrillo	

Fuente: SERVICIO DE GINECOLOGIA, NOVIEMBRE 2018

2.2.4.2. Antropometría:

Tabla 7 2-2: Antropometría

ANTROPOMETRIA	
PESO	54 kg
TALLA	151 cm
IMC	23,68
Elaborado: Edison Carrillo	

Fuente: SERVICIO DE GINECOLOGIA, NOVIEMBRE 2018

Paciente consciente, orientada en tiempo, espacio y persona, hidratada, afebril, biotipo constitucional ectomorfa.

2.2.4.3. Examen físico regional

Piel y faneras: Piel morena, caliente.

Cabello: De implantación y aspecto correspondiente al sexo y a la edad

Cabeza: Normocefálica, se evidencia la presencia de edema facial generalizado ++/+++, no pruriginoso, no se acompaña de habones

Ojos: Se observa la presencia de edema palpebral ++/+++, pupilas isocóricas y normoreactivas a la luz y acomodación, desviación del ojo derecho hacia la línea nasal (estrabismo)

Oídos: Conducto auditivo externo permeable.

Nariz: Fosas nasales permeables

Boca: Mucosas húmedas piezas dentales en regular estado general.

Cuello: Móvil no se palpan adenopatías, tiroides grado 0.

Tórax: simétrico, expansibilidad conservada.

Pulmones: Murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos.

Corazón: Taquicárdico, Ruidos cardíacos R1 y R2 rítmicos con el pulso, normofonéticos, no presencia de soplos cardíacos.

Abdomen: Abdomen globoso ocupado por útero gestante, feto único, vivo, longitudinal dorso derecho, movimientos fetales presentes y perceptibles por la madre. FCF: 150 x min. Actividad uterina: presente

Puntos uretrales medios y superiores: negativos

Lumbar: Puño percusión bilateral negativa

Región Inguinogenital: Morfología femenina normal, se evidencia secreción blanquecina en moderada cantidad

Tacto vaginal: cérvix posterior, cerrado, presencia de secreción blanquecina en moderada cantidad.

Sistema músculo-esquelético: Simétricas, pulsos distales presentes, ligero dolor a la palpación a nivel de miembros inferiores, en donde se evidencia la presencia de edema ++/++.

2.2.5. Impresión diagnóstica

- Embarazo de 29.5 semanas
- Amenaza de parto pretérmino
- Vaginosis

- Edema angioneurótico
- Taquicardia a determinar

2.2.6. Exámenes de laboratorio

INGRESO: 07/11/2018 (12:40)

Tabla 8 3-2: Exámenes de laboratorio

EXAMENES DE LABORATORIO	
GLOBULOS BLANCOS	6,4
NEUTROFILOS	55,6
EOSINOFILOS	1,3
HEMOGLOBINA	27
HEMATOCRITO	8,9
PLAQUETAS	376
GLUCOSA	66
CREATININA	0,52
TP	11,9
TTP	25,3
VIH	NO REACTIVO
VDRL	NO REACTIVO
Elaborado: Edison Carrillo	

Fuente: LABORATORIO CLINICO DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE DE RIOBAMBA. NOVIEMBRE 2018

Tabla 9 4-2: Urianálisis

URIANALISIS	
COLOR	PAJIZO
ASPECTO	TRANSPARENTE
PH	6
PROTEINAS	NEGATIVO
GLUCOSA EN ORINA	NEGATIVO
BACTERIAS	ESCASAS
GOTA FRESCA	NEGATIVO
Elaborado: Edison Carrillo	

Fuente: LABORATORIO CLINICO DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE DE RIOBAMBA. NOVIEMBRE 2018

Tabla 10 5-2: Microbiología

MICROBIOLOGIA	
FRESCO DE SECRECION VAGINAL	
CELULAS GUIA	15-20 POR CAMPO
GRAM	COCOBACILOS GRAM NEGATIVOS
SUGESTIVO DE GARDENELLA VAGINALIS	
KOH	POSITIVO PARA GARDENELLA
Elaborado: Edison Carrillo	

Fuente: LABORATORIO CLINICO DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE DE RIOBAMBA. NOVIEMBRE 2018

2.2.7. Electrocardiograma

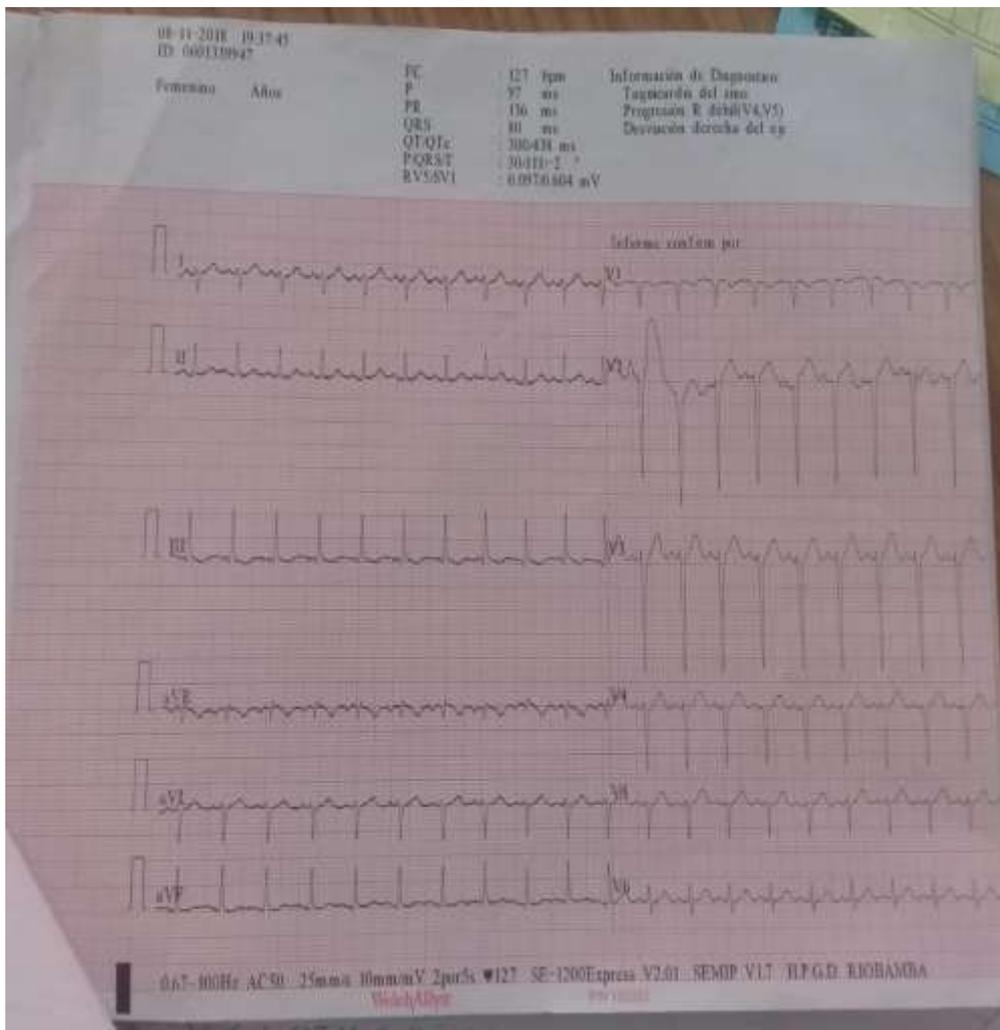


Ilustración 1-2: Electrocardiograma

Fuente: SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, NOVIEMBRE 2018

2.2.8. Ecografía obstétrica (08/11/2018)

Útero: gestante con producto único vivo, presentación podálica, situación longitudinal, dorso derecho, FCF 150 latidos por minuto, movimientos fetales presentes.

2.2.8.1. Biometría fetal

Tabla 11 6-3: Biometría fetal

MEDIDAS		CORRESPONDE
DBP	7,11	28,4 SEMANAS
CC	25,3	27,3 SEMANAS
CA	23,9	28,2 SEMANAS
LF	5,4	28,6 SEMANAS
Elaborado: Edison Carrillo		

Fuente: ECOGRAFIA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, NOVIEMBRE 2018

Tabla 12 7-3: Anejos ovulares

ANEJOS OVULARES	
PLACENTA	FUNDICA ANTERIOR
MADUREZ PLACENTARIA	GRADO 0
LIQUIDO AMNIOTICO	NORMAL
ILA	12 CM
Elaborado: Edison Carrillo	

Fuente: ECOGRAFIA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, NOVIEMBRE 2018

CONCLUSIONES: EMBARAZO DE 28.2 SEMANAS



Frec cardi:(Def) Punt fijo:Casbia) Ritmo

Monb	SINBARNA, MORIA	Operador						
ID	78EC700101033108	NacIn						
UR	EG	FFP						
Elem ned	Fórmula	AVG	Unid EG	SD	FFP	1	2	3
DDP	Hadlock	7.11	cm	28w4d ±2w1d	22/03/1970	7.11		
PC	Hadlock	25.32	cm	27w3d ±2w0d	30/03/1970	25.32		
LF	Hadlock	5.46	cm	28w5d ±2w1d	20/03/1970	5.46		
AC	Hadlock	23.95	cm	28w2d ±2w1d	24/03/1970	23.95		
EFW	Hadlock4	1219g						
		49.5	%					
PC/PA		1.06						
LF/BBP		76.8	%					
FL/HC		21.6	%					
LF/PA		22.8	%					
Average Ga				28w2d	24/03/1970			

CreIn Histori Edit Guar Impr Interior Siguiente Coment Corr

Ilustración 2-3: Ecografía 28.2 semanas

Fuente: ECOGRAFIA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, NOVIEMBRE 2018

**HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE DE RIOBAMBA
SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

INFORME DE EXPLORACIÓN ECOGRÁFICA OBSTÉTRICA DE NIVEL BÁSICO

NOMBRE PACIENTE: Flor María Sumbato Cordero. HCL: 66030 1232
 FECHA: 08/11/18 HORA: 17:00 Tipo de estudio: Abdominal Vaginal.

1. Estática fetal

Gestación: Única: Múltiple:
 Situación: Indiferente: Longitudinal: Transversa: Oblicua:
 Presentación: Cefálica: Podálica: Hombro:
de pie.

2. Vitalidad fetal

Frecuencia cardíaca: 150 latidos.

3. Biometría

Saco Gestacional:	Corresponde:
Longitud Coronilla-Rabadilla:	Corresponde:
Diámetro Biparietal: 7.4	Corresponde: 28.4 semanas
Circunferencia Cefálica: 25.3	Corresponde: 28.3 semanas
Circunferencia Abdominal: 23.9	Corresponde: 28.2 semanas
Longitud de Fémur: 5.4	Corresponde: 28.6 semanas

Promedio: ± semanas 28.2 Semanas.
 Peso: 1219.

4. Anejos-ovulares

Placenta o trofoblasto:	Fúndica: <input checked="" type="checkbox"/>	Anterior: <input checked="" type="checkbox"/>	Posterior: <input type="checkbox"/>
Izquierda: Derecha:			
Oclusiva total:	Oclusiva parcial: <input type="checkbox"/>	Marginal: <input type="checkbox"/>	Inserción baja: <input type="checkbox"/>
Madurez placentaria:	0: <input checked="" type="checkbox"/> I: <input type="checkbox"/>	II: <input type="checkbox"/>	III: <input type="checkbox"/>
Líquido amniótico:	Normal: <input checked="" type="checkbox"/>	Oligoamnios: <input type="checkbox"/>	
	Polihidramnios: <input type="checkbox"/>	ILA: cm: 12	

5. Observaciones:

6. CONCLUSIONES: Estudio de 28.2 semanas.

Esta ecografía es de nivel básico, solo destinada a la valoración de la estática fetal, biometría y anejos ovulares.

Firma de Gestante: *[Firma]* Nombre del médico: *[Firma]*

Ilustración 3-2: Informe de exploración ecográfica

Fuente: ECOGRAFIA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, NOVIEMBRE 2018

2.2.9. Diagnóstico definitivo

- Embarazo de 28,2 semanas por ecografía.
- Amenaza de parto pretérmino
- Vaginosis bacteriana
- Edema angioneurótico?
- Anemia aguda
- Taquicardia sinusal

2.2.10. Tratamiento al ingreso

- Dieta blanda más líquidos.
- Cuidados de enfermería
- Control de signos vitales cada 6 horas
- Control de sangrado
- SCORE MAMA según puntuación anotar y comunicar
- Cuidados médicos
- Control de frecuencia cardíaca fetal, actividad uterina, movimientos fetales cada 2 horas
- Control de reflejos osteotendinosos, estado de consciencia, frecuencia respiratoria y convulsiones cada 4 horas
- Hidratación
- Cloruro de sodio 0.9% 1000 cc pasar intravenoso a 28 gotas /minuto
- Medicación
- Nifedipino 20 mg Vía Oral cada 6 horas
- Betametasona 12 mg Intramuscular (primera dosis)
- Loratadina 10 mg Vía oral cada día
- Exámenes de laboratorio
- Biometría hemática
- Química sanguínea
- TP y TTP
- Secreción Vaginal
- EMO + GRAM
- Eco obstétrico

2.2.11. Evolución del paciente en hospitalización

Paciente que permanece hospitalizada durante 6 días, durante su hospitalización recibe tratamiento antibiótico para resolución de cuadro infeccioso, además paciente es valorada por los servicios de medicina interna, dermatología por su diagnóstico de Angioedema. Se inicia tratamiento para el mismo con la administración de antihistamínicos y corticoides, al no ceder el cuadro se solicita valoración por unidad de cuidados intensivos por riesgo de complicaciones fatales por patología asociada, es valorada por servicio de cuidados intensivos quienes refieren que paciente al tener estabilidad hemodinámica no requiere el ingreso a unidad de cuidados intensivos, recomiendan la transfusión de paquetes globulares y plasma por resultados anormales de laboratorio y pide revaloración por dermatología y medicina interna. Paciente es revalorada por servicio de dermatología quienes refieren que al tratarse de una enfermedad con potencial alto de mortalidad recomiendan transferencia de paciente a tercer nivel de atención hospitalaria.

Paciente es valorada también por el servicio de cardiología quienes dan un diagnóstico de taquicardia sinusal y un síndrome anémico, piden exámenes de laboratorio complementarios para su revaloración con resultados, la misma que no se produce debido a que paciente es dada de alta antes de realizar la totalidad de las pruebas correspondientes.

Al sexto día de hospitalización y pese a no tener resolución completa del cuadro de edema facial, paciente evidencia una mejoría clínica por lo cual es dada de alta del servicio de ginecología, se envía a domicilio con las indicaciones adecuadas, explicando a paciente los signos de alarma por los cuales acudir inmediatamente al centro de salud más cercano, y se envía cita dentro de una semana para seguimiento de su patología.

2.2.12. Seguimiento post- hospitalario

Paciente no acude a citas de control programadas para el seguimiento de su patología por según referencia de la misma, no ha tenido ninguna molestia grave ni tampoco el tiempo necesario para acudir al control médico en consulta externa.

2.2.12.1. 18/diciembre/2018

Paciente acude al servicio de emergencia por cuadro de dolor abdominal tipo contracción y salida de tapón mucoso en moderada cantidad, además de agravamiento de edema facial de 24 horas de evolución.

Paciente es hospitalizada por diagnóstico conocido de Angioedema y riesgo de parto pretérmino. Se realizan estudios paraclínicos los mismos que reportan:

Tabla 13 8-2: Resultados exámenes de laboratorio

EXAMENES DE LABORATORIO	
GLOBULOS BLANCOS	8,6
NEUTROFILOS	64,3
EOSINOFILOS	0,8
HEMOGLOBINA	11,8
HEMATOCRITO	35,9
PLAQUETAS	297
GLUCOSA	71
CREATININA	0,62
TP	10,8
TTP	29,1
VIH	NO REACTIVO
VDRL	NO REACTIVO
Elaborado: Edison Carrillo	

Fuente: LABORATORIO CLINICO DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE DE RIOBAMBA. DICIEMBRE 2018

Se realiza también ecografía obstétrica para valoración fetal:

Tabla 14 9-2: Valoración fetal

MEDIDAS		CORRESPONDE
DBP	8,8	35,6 SEMANAS
CC	31,7	35,5 SEMANAS
CA	30,67	34,5 SEMANAS
LF	6,8	35 SEMANAS
PESO	2554 GRAMOS	
Elaborado: Edison Carrillo		

Fuente: LABORATORIO CLINICO DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE DE RIOBAMBA. DICIEMBRE 2018

Tabla 15 10-2: Resultados anejos ovulares

ANEJOS OVULARES	
PLACENTA	FUNDICA POSTERIOR
MADUREZ PLACENTARIA	GRADO II
LIQUIDO AMNIOTICO	NORMAL
ILA	NO VALORADO
Elaborado: Edison Carrillo	

Fuente: LABORATORIO CLINICO DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE DE RIOBAMBA. DICIEMBRE 2018

CONCLUSIONES: EMBARAZO DE 35.4 SEMANAS

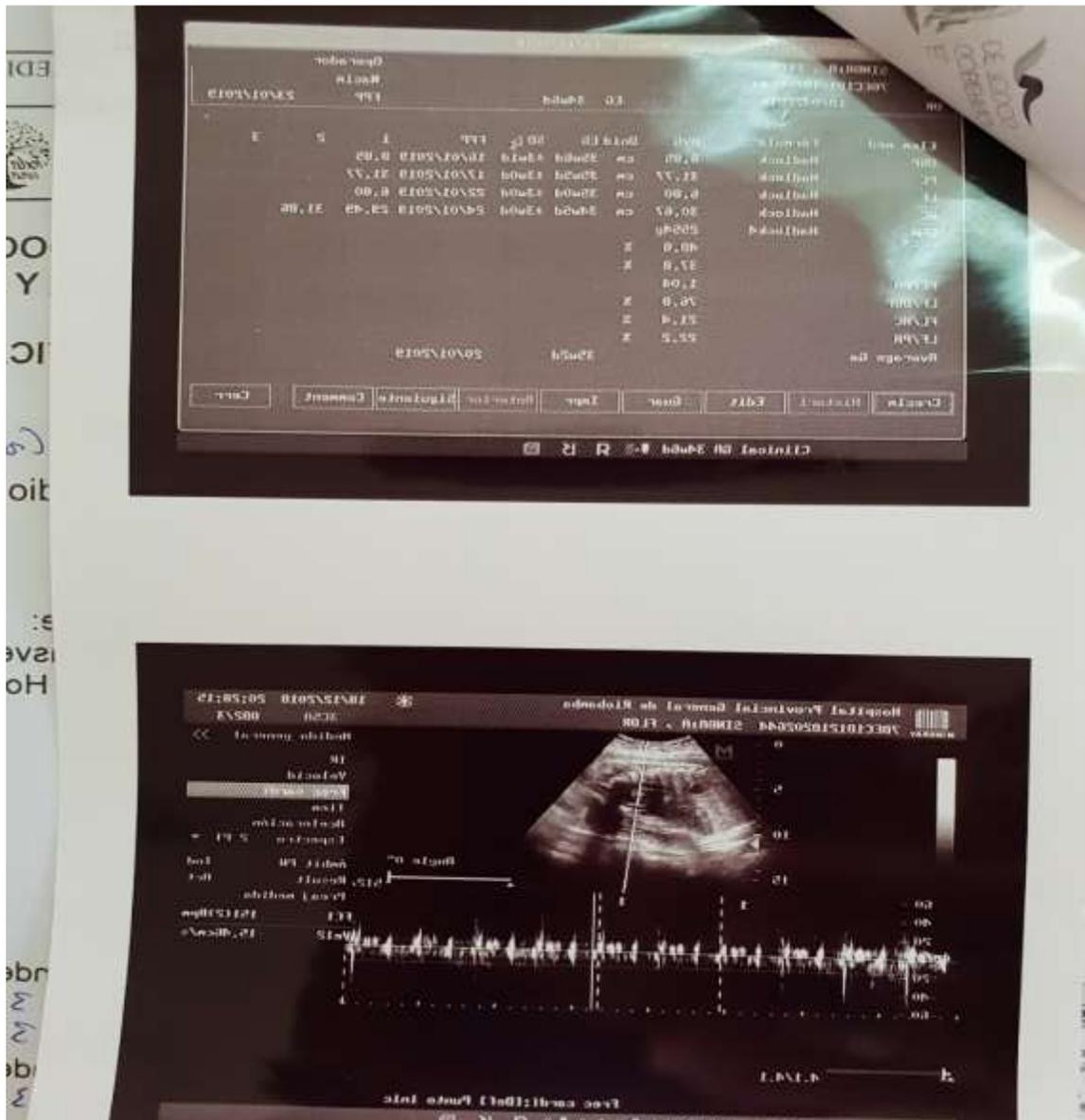


Ilustración 4-2: Ecografía 35.4 semanas

 <p>MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA</p>	<p>COMITÉ DE ACREDITACIÓN HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA</p> 																		
<p>HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE DE RIOBAMBA SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA</p>																			
<p>INFORME DE EXPLORACIÓN ECOGRÁFICA OBSTÉTRICA DE NIVEL BÁSICO</p>																			
<p>NOMBRE PACIENTE: <i>Flor María Sumbare Cargua</i> H CL: _____ FECHA: <i>18/11/18</i> HORA: <i>20h0</i> Tipo de estudio: Abdominal <input checked="" type="checkbox"/> Vaginal: _____</p>																			
<p>1. Estática fetal</p> <p>Gestación: Única: <input checked="" type="checkbox"/> Múltiple: _____ Situación: Indiferente: _____ Longitudinal: <input checked="" type="checkbox"/> Transversa: _____ Oblicua: _____ Presentación: Cefálica: <input checked="" type="checkbox"/> Podálica: _____ Hombro: _____</p>																			
<p>2. Vitalidad fetal</p> <p>Frecuencia cardíaca: <i>154 lpm</i></p>																			
<p>3. Biometría</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Saco Gestacional: _____</td> <td>Corresponde: _____</td> </tr> <tr> <td>Longitud Coronilla-Rabadilla: _____</td> <td>Corresponde: _____</td> </tr> <tr> <td>Diámetro Biparietal: <i>8.8 cm</i></td> <td>Corresponde: <i>35.6 semanas</i></td> </tr> <tr> <td>Circunferencia Cefálica: <i>31.2 cm</i></td> <td>Corresponde: <i>35.5 semanas</i></td> </tr> <tr> <td>Circunferencia Abdominal: <i>32.6 cm</i></td> <td>Corresponde: <i>34.5</i></td> </tr> <tr> <td>Longitud de Fémur: <i>6.8 cm</i></td> <td>Corresponde: <i>35.4 semanas</i></td> </tr> </table> <p>Promedio: <i>35 ± 2</i> semanas Peso: <i>2.554 gr.</i></p>		Saco Gestacional: _____	Corresponde: _____	Longitud Coronilla-Rabadilla: _____	Corresponde: _____	Diámetro Biparietal: <i>8.8 cm</i>	Corresponde: <i>35.6 semanas</i>	Circunferencia Cefálica: <i>31.2 cm</i>	Corresponde: <i>35.5 semanas</i>	Circunferencia Abdominal: <i>32.6 cm</i>	Corresponde: <i>34.5</i>	Longitud de Fémur: <i>6.8 cm</i>	Corresponde: <i>35.4 semanas</i>						
Saco Gestacional: _____	Corresponde: _____																		
Longitud Coronilla-Rabadilla: _____	Corresponde: _____																		
Diámetro Biparietal: <i>8.8 cm</i>	Corresponde: <i>35.6 semanas</i>																		
Circunferencia Cefálica: <i>31.2 cm</i>	Corresponde: <i>35.5 semanas</i>																		
Circunferencia Abdominal: <i>32.6 cm</i>	Corresponde: <i>34.5</i>																		
Longitud de Fémur: <i>6.8 cm</i>	Corresponde: <i>35.4 semanas</i>																		
<p>4. Anejos ovulares</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Placenta o trofoblasto: Fúndica: <input checked="" type="checkbox"/></td> <td>Anterior: _____</td> <td>Posterior: <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Izquierda: _____</td> <td>Derecha: _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Oclusiva total: _____</td> <td>Oclusiva parcial: _____</td> <td>Marginal: _____</td> </tr> <tr> <td>Madurez placentaria: 0: _____ I: _____</td> <td>II: <input checked="" type="checkbox"/> III: _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Líquido amniótico: Normal: <input checked="" type="checkbox"/></td> <td>Polihidramnios: _____</td> <td>OLIGOAMNIOS: _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>ILA: _____ cm:</td> <td></td> </tr> </table>		Placenta o trofoblasto: Fúndica: <input checked="" type="checkbox"/>	Anterior: _____	Posterior: <input checked="" type="checkbox"/>	Izquierda: _____	Derecha: _____		Oclusiva total: _____	Oclusiva parcial: _____	Marginal: _____	Madurez placentaria: 0: _____ I: _____	II: <input checked="" type="checkbox"/> III: _____		Líquido amniótico: Normal: <input checked="" type="checkbox"/>	Polihidramnios: _____	OLIGOAMNIOS: _____		ILA: _____ cm:	
Placenta o trofoblasto: Fúndica: <input checked="" type="checkbox"/>	Anterior: _____	Posterior: <input checked="" type="checkbox"/>																	
Izquierda: _____	Derecha: _____																		
Oclusiva total: _____	Oclusiva parcial: _____	Marginal: _____																	
Madurez placentaria: 0: _____ I: _____	II: <input checked="" type="checkbox"/> III: _____																		
Líquido amniótico: Normal: <input checked="" type="checkbox"/>	Polihidramnios: _____	OLIGOAMNIOS: _____																	
	ILA: _____ cm:																		
<p>5. Observaciones:</p>																			
<p>6. CONCLUSIONES: <i>Embarazo de 35.4 semanas</i></p>																			
<p>Esta ecografía es de nivel básico, solo destinada a la valoración de la estática fetal, biometría y anejos ovulares.</p>																			
Firma de Gestante	Nombre del médico																		
	Sello del Médico																		

Ilustración 5-2: Informe de ecografía 35.4 semanas

Paciente permanece hospitalizada durante 24 horas con tratamiento a base de Nifedipino 20 mg vía oral cada 6 horas, además de recibir una dosis de rescate de betametasona y cuidados generales.

Paciente es dada de alta al siguiente día con evolución favorable, pero persistiendo el edema facial y la taquicardia materna, paciente se va a domicilio en condiciones estables y con indicaciones del servicio de ginecología y obstetricia.

2.2.12.2. 21/diciembre/2018

Paciente ingresa al servicio de ginecología y obstetricia por presentar cuadro de dolor abdominal localizado en hipogastrio de moderada intensidad tipo cólico y sin irradiación, se acompaña de alzas térmicas no cuantificadas, náuseas que no llegan al vómito, con 14 horas de evolución. Además paciente refiere presentar salida de líquido transvaginal de 12 horas de evolución, por lo que acude a centro de salud de donde es referida a esta casa de salud.

Paciente acude con evidencia de edema facial ++/+++.

Paciente es diagnosticada con ruptura prematura de membranas + corioanmionitis + compromiso del bienestar fetal + oligoamnios severo + angioedema. Por lo cual se decide terminación del embarazo por vía alta de manera inmediata (cesárea).

Tabla 16 11-2: Signos vitales 21/12/2018

SIGNOS VITALES	
FRECUENCIA CARDIACA	98 lpm
FRECUENCIA RESPIRATORIA	20 rpm
PRESION ARTERIAL	108/60 mmHg
TEMPERATURA	39,1°
SATURACION DE OXIGENO	92% aire ambiente
SCORE MAMA	3
Elaborado: Edison Carrillo	

Fuente: SERVICIO DE GINECOLOGIA, DICIEMBRE 2018

Se realizan exámenes de laboratorio y una ecografía los mismos que reportan:

Tabla 17 12-2: Exámenes de laboratorio 21/12/2018

EXAMENES DE LABORATORIO	
GLOBULOS BLANCOS	14
NEUTROFILOS	63,5
EOSINOFILOS	0,14
HEMOGLOBINA	11,8
HEMATOCRITO	36
PLAQUETAS	296

GLUCOSA	84
CREATININA	0,69
TP	9,6
TTP	24,2
VIH	NO REACTIVO
VDRL	NO REACTIVO
PCR	16
Elaborado: Edison Carrillo	

Fuente: LABORATORIO CLINICO DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE DE RIOBAMBA. DICIEMBRE 2018

ECOGRAFIA OBSTETRICA

Tabla 18 13-2: Ecografía obstétrica

MEDIDAS		CORRESPONDE
DBP	9,1	36,6 SEMANAS
CC	31,72	35,4 SEMANAS
CA	31,56	35,4 SEMANAS
LF	6,9	35,3 SEMANAS
PESO	2730 GRAMOS	
Elaborado: Edison Carrillo		

Fuente: LABORATORIO CLINICO DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE DE RIOBAMBA. DICIEMBRE 2018

Tabla 19 14-2: Anejos ovulares

ANEJOS OVULARES	
PLACENTA	FUNDICA POSTERIOR
MADUREZ PLACENTARIA	GRADO III
LIQUIDO AMNIOTICO	OLIGOAMNIOS
ILA	2,8
Elaborado: Edison Carrillo	

Fuente: LABORATORIO CLINICO DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE DE RIOBAMBA. DICIEMBRE 2018

CONCLUSIONES DE ECOGRAFIA: EMBARAZO DE 35.6 SEMANAS + OLIGOAMNIOS SEVERO

ID	FlorSibiana	EG	FPP
UR			
Elem med	Fórmula	HVS	Unid EG
DDP	Hadlock	9,10	cm 35w6d +3w1d 23/01/1970 9,10
PC	Hadlock	31,72	cm 35w4d +3w0d 01/02/1970 31,72
LF	Hadlock	6,90	cm 35w3d +3w0d 02/02/1970 6,90
HC	Hadlock	31,56	cm 35w4d +3w0d 01/02/1970 31,56
ETM	Hadlock4	2730g	
		44,9	%
PC/PA		1,01	
LF/DBP		75,8	%
FL/HC		21,8	%
LF/PA		21,9	%
Average Ga			35w6d 30/01/1970

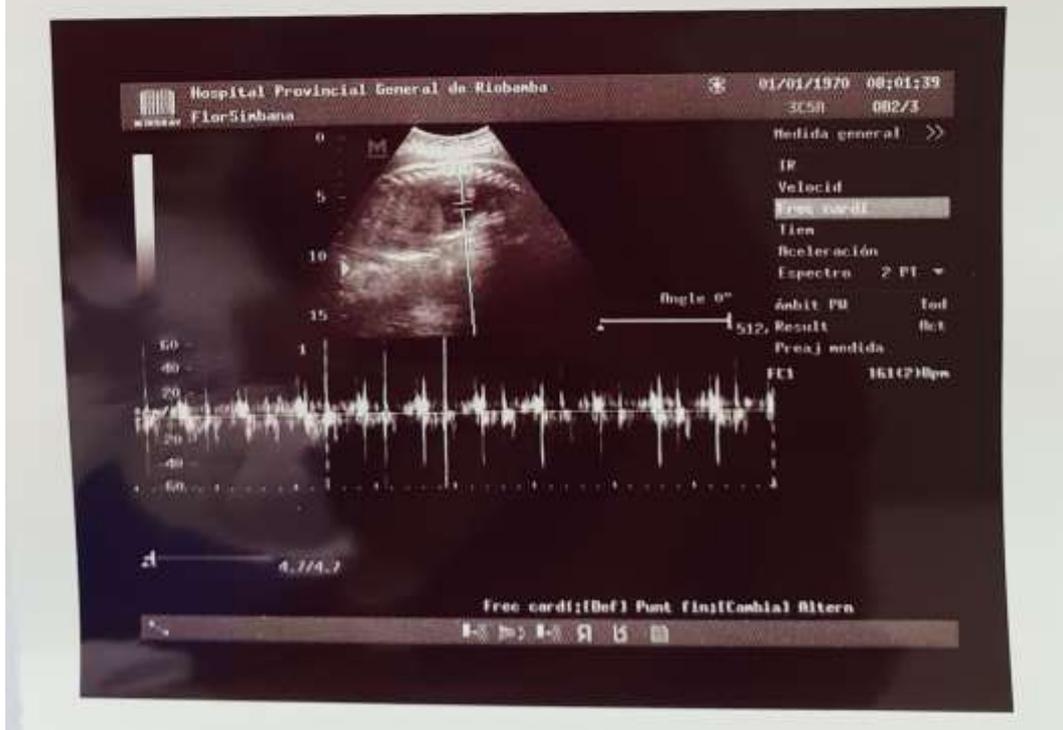


Ilustración 6-2: Ecografía 35.6 semanas

Fuente: ECOGRAFIA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, DICIEMBRE 2018

 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	COMITÉ DE ACREDITACIÓN HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA 
---	--

**HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE DE RIOBAMBA
SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

INFORME DE EXPLORACIÓN ECOGRÁFICA OBSTÉTRICA DE NIVEL BÁSICO

NOMBRE PACIENTE: *Flor María Simbaña Cevallos* H CL: *0605086620*
 FECHA: *21/12/2018* HORA: *14:35* Tipo de estudio: *Abdominal > Vaginal*

1. **Estática fetal**

Gestación: Única: Múltiple:
 Situación: Indiferente: Longitudinal: Transversa: Oblicua:
 Presentación: Cefálica: Podálica: Hombro:
 Izquierda
2. **Vitalidad fetal**

Frecuencia cardiaca: *161 por minuto*
3. **Biometría**

Saco Gestacional:	Corresponde:
Longitud Coronilla-Rabadilla:	Corresponde:
Diámetro Biparietal: <i>9.10</i>	Corresponde: <i>36,6 Sem</i>
Circunferencia Cefálica: <i>31.72</i>	Corresponde: <i>35,4 Sem</i>
Circunferencia Abdominal: <i>31.56</i>	Corresponde: <i>35,4 Sem</i>
Longitud de Fémur: <i>6.90</i>	Corresponde: <i>35-35e</i>

Promedio: *+* semanas
 Peso: *2730gr*
4. **Anejos ovulares**

Placenta o trofoblasto:	Fúndica: <input checked="" type="checkbox"/>	Anterior: <input type="checkbox"/>	Posterior: <input checked="" type="checkbox"/>
Izquierda: <input type="checkbox"/>	Derecha: <input type="checkbox"/>		
Oclusiva total: <input type="checkbox"/>	Oclusiva parcial: <input type="checkbox"/>	Marginal: <input type="checkbox"/>	Inserción baja: <input type="checkbox"/>
Madurez placentaria: 0: <input type="checkbox"/> I: <input type="checkbox"/> II: <input checked="" type="checkbox"/> III: <input checked="" type="checkbox"/>			
Líquido amniótico: Normal: <input type="checkbox"/>	Polihidramnios: <input type="checkbox"/>	Oligoamnios: <input type="checkbox"/>	ILA: <i>2.80cm</i>
5. **Observaciones:**
6. **CONCLUSIONES:**
Embarazo 35,6 Semanas + Oligoamnios sacro

Esta ecografía es de nivel básico, solo destinada a la valoración de la estática fetal, biometría y anejos ovulares.

[Firma]
Firma de Gestante
Nombre del médico
Sello del Médico

Ilustración 7-2: Informe exploración ecográfica obstétrica

Fuente: ECOGRAFIA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, DICIEMBRE 2018

Se realiza cesárea a paciente mediante una incisión inframedia umbilical, donde se evidencia la presencia de útero bicorne, obteniéndose además un recién nacido de sexo masculino con APGAR de 8-9. El mismo que ingresa a Neonatología por presentar signos de sepsis neonatal.

Durante el transoperatorio paciente continua con edema facial, que no causa ninguna complicación durante la cirugía.

Paciente permanece hospitalizada durante 10 días en el servicio de ginecología y obstetricia para cumplimiento de esquema de antibióticos debido a su problema de base, paciente durante su estadía en el servicio presenta edema facial que empieza a remitir a los 6 – 7 días de hospitalización durante el cual no ha recibido tratamiento para el mismo, refiriendo que durante toda su vida ha presentado estos episodios sin complicaciones importantes.

Paciente también es valorada por psicología por presentar cuadros de tristeza y llanto fácil refiriendo como causa aparente la estadía de su hijo en neonatología y la no visita por parte de su familia.

Al séptimo día de hospitalización recién nacido hijo de la paciente es dado de alta por el servicio de neonatología por presentar buena evolución clínica, y buena respuesta al tratamiento impuesto en el mismo, médicos del servicio diagnostican al recién nacido de criptorquidia unilateral derecha y recomiendan la valoración por cirugía pediátrica cuando el mismo cumpla 6 meses de edad.

Paciente es dada de alta en buenas condiciones generales, asintomática y sin referir ninguna molestia, se cita a paciente para consulta externa y se envía a domicilio poniendo en conocimiento cualquier signo de alerta al que deba estar pendiente en cuanto a su salud y la de su hijo.

Luego del egreso se realizó seguimiento por patología de edema angioneurótico por lo que se recomienda asistir a control con médico especialista, a lo cual paciente menciona que al tener episodios aislados de edema facial y sin complicaciones no considera pertinente la atención médica especializada, se le explica los riesgos a los cuales está expuesta al padecer esta patología y reconsidera después de varias visitas acudir a centro de atención médica.

CAPÍTULO III

3. HALLAZGOS

Hablar de Angioedema (AE) en el embarazo es tratar sobre una patología poco común, con una incidencia registrada muy baja dentro del medio hospitalario, lo que conlleva a una problemática a la hora del diagnóstico y tratamiento de la misma (CABALLERO T. LOPEZ M. GARCIA G. LOPEZ C., 2015), como se observó en el caso expuesto la dificultad con la que se abordó a la paciente al no tener la suficiente experiencia dentro de este campo.

A pesar de ser una patología muy poco descrita, (CHILLON R. NUÑEZ P. LOPEZ I. FOLGAR B. MARCOS C., 2017) nos menciona que uno de los factores desencadenantes de la misma patología es el embarazo y los desbalances hormonales que este produce, como sucedió en nuestro caso que a pesar de que la paciente presentaba este tipo de crisis desde su niñez, se observó un deterioro completo durante su periodo de gestación con agravamiento de los cuadros tanto en intensidad como en frecuencia.

Si bien la paciente se presentó con un cuadro clínico no específico en cuanto a esta patología, mediante la exploración física, los antecedentes y sobre todo la buena construcción de la historia clínica se pudo llegar a un diagnóstico, y como menciona (CICARDI M. SUFFITTI C. PEREGO F. CACCIA S., 2016), los signos y síntomas característicos de esta enfermedad se consiguen mediante la exploración física del paciente.

Aunque (CABALLERO MOLINA T. PEDROSA DELGADO M., 2017) nos mencionan estudios paraclínicos para lograr identificar de una mejor manera la etiología de la enfermedad, en este caso al tratarse de un episodio agudo no tendrían mucha utilidad.

El tratamiento instaurado a la paciente, con la administración de corticoides, y antihistamínicos es el tratamiento de elección para la resolución del edema angioneurótico (AE) de tipo histamínico según lo referido por (CHILLON R. NUÑEZ P. LOPEZ I. FOLGAR B. MARCOS C., 2017), que si bien es el

edema angioneurótico (AE) con mayor incidencia de esta patología, al no ceder el cuadro de la paciente con la administración de dichos fármacos, se debió pensar en la otra variante clínica del edema angioneurótico (AE) mencionado por (BOUILLET L., 2016).

A pesar del discutido abordaje del caso, se logró prevenir a la paciente de la complicación más grave dentro de esta patología, la misma que de llegarse a presentar estaría poniendo en riesgo la vida de la paciente y de su producto como lo expone (MEDEZ I. QUIROGA M., 2018).

CONCLUSIONES

El edema angioneurótico es una enfermedad muy rara dentro del ámbito hospitalario, y se debe en su mayoría a que la misma no es diagnosticada correctamente o que no se registra.

Esta patología tiene complicaciones muy graves que ponen en riesgo la vida de la madre y de su producto, por lo tanto llegar a un diagnóstico de manera correcta y oportuna supone un reto para el personal médico.

De igual manera el abordaje y tratamiento de la misma varía en cuanto a la etiología de la misma, se debe ser muy meticuloso a la hora de realizar la historia clínica de la paciente afectada ya que de esa forma nos orientaremos de manera adecuada a realizar un buen tratamiento y mejorar la calidad de vida de nuestra paciente.

La realización de estudios paraclínicos si bien son importantes, no son necesarios en los episodios agudos de la enfermedad.

RECOMENDACIONES

Se recomienda realizar un buen estudio clínico de toda paciente con presencia de edema facial de aparición brusca en su embarazo.

Ante la sospecha clínica de esta patología y si existiera la posibilidad de realizar pruebas complementarias para ratificar el diagnóstico, se deben realizar sin ninguna restricción ya que la misma tiene complicaciones fatales.

Se debe diferenciar de manera adecuada y oportuna la etiología del AE para evitar tratar de forma inadecuada a las pacientes que presenten esta patología.

Al existir una forma hereditaria de la enfermedad es recomendable realizar el seguimiento de la paciente, informarle sobre su condición y prevenir futuras complicaciones en embarazos posteriores.

LISTA DE ABREVIATURAS

AE: angioedema

LPM: latidos por minuto

RPM: respiraciones por minuto

DBP: diámetro bi-parietal

CC: circunferencia cefálica

CA: circunferencia abdominal

LF longitud femoral

ILA: índice de líquido amniótico

IV: intravenoso

ML: mililitro

MG: miligramo

TP: tiempo de protrombina

TTP: tiempo de tromboplastina

VIH: virus de inmunodeficiencia humana

PCR: proteína C reactiva

BIBLIOGRAFÍA

Adames Mitre M.M. Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia. [En línea] 2017. <http://www.revhematologia.sld.cu/index.php/hih/article/viewFile/745/582>.

Bouillet L. Elsevier Masson SAS. 2016 [En línea] 2016. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1761289616763345>.

Caballero Molina T. Pedrosa Delgado M. REVISTA MEDICINE. [En línea] 30 de 12 de 2017. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541217300756>.

Caballero T. Lopez M. Garcia G. Lopez C. Servicio de Alergia y Unidad de Inmunología. Hospital Universitario La Paz . [En línea] 15 de 10 de 2015. https://www.seaic.org/wp-content/plugins/download-monitor/download.php?id=04_Angioedema_C1INH.pdf.

Caballero T. Pedrosa M. Gomez C. REVISTA ELSEVIER. [En línea] 11 de DICIEMBRE de 2014. <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-angioedema-hereditario-S002577531500024X>.

Chillon R. Nuñez P. Lopez I. Folgar B. Marcos C. Servicio de Urgencias. Hospital Álvaro Cunqueiro. Vigo. Pontevedra. España. [En línea] 24 de JULIO de 2017. <http://residenciamflapaz.com/Articulos%20Residencia%2017/74%20Angioedema.pdf>.

Cicardi M. Suffitti C. Perego F. Caccia S. J Investig Allergol Clin Immunol 2016. *Department of Biomedical and Clinical Sciences Luigi Sacco, University of Milan, ASST Fatebenefratelli Sacco, Milano, Italy.* [En línea] 2016. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27470642>.

Dominguez R. Carmona R. Cruz O. Medigent Electrón. [En línea] 22 de ENERO A MARZO de 2018. <http://www.medigraphic.com/pdfs/medicentro/cmc-2018/cmc181n.pdf>.

Flores-Villegas B. Flores-Lazcano I. Lazcano-Mendoza M. Edema. Enfoque clínico. Med Int Méx 2014. [En línea] 2014. <http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2014/mim141g.pdf>.

Garcia-Galvez A. Arias-Montaña J. Departamento de Fisiología, Biofísica y Neurociencias, Centro de Investigación y de Estudios Avanzados (Cinvestav), México, D.F., México. [En línea] MARZO de 2016.

https://www.researchgate.net/publication/296634968_Isoforms_of_the_human_histamine_H3_receptor_Generation_expression_in_the_central_nervous_system_and_functional_implications.

Holguin-Gomez L. Vasquez-Ochoa La. Cardona R. REVISTA ALERGIA MEXICO - ANGIOEDEMA. [En línea] ABRIL de 2016.
<http://revistaalergia.mx/ojs/index.php/ram/article/viewFile/220/362>.

Medez I. Quiroga M. ARCHIVOS DE ALERGIA E INMUNOLOGÍA CLÍNICA. [En línea] 2018.
http://adm.meducatum.com.ar/contenido/articulos/15600130023_1092/pdf/15600130023.pdf.

Salazar L. Diaz C. Quintana F. Avila D. Viscarra J. Peralta J. Rev. Latin. Perinat. 2016. [En línea] 02 de DICIEMBRE de 2015.
http://www.revperinatologia.com/images/1_Angioedema_hereditario_y_embarazo.pdf.

Salazar L. Lopez L. REVISTA DEL HOSPITAL CLINICO QUIRURGICO ARNALDO MILAN CASTRO. [En línea] 2016.
<http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/770/1013>.

Suarez J. Ojeda J. Gutierrez M. REVISTA SCIELO. [En línea] JULIO de 2016.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2016000300010.

Ministerio de Salud Pública
2018-11-07 11:07

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE DE RIOBAMBA
LABORATORIO CLINICO
H. Clínica

Fecha de Imp: 2018-11-07 12:40

ORDEN: 201811070147
PACIENTE: SIMBAÑA CARGUA FLOR MARIA
ORIGEN: HPGDRIOBAMBA
SERVICIO: GINECOLOGIA
PRECEDENCIA: URGENCIAS

ID: 0605086206
SEXO: F
EDAD: 21 Años
MEDICO:
CAMA:
CALIDAD MUESTRA: ADECUADA

PRUEBA	RESULTADO	UNIDAD	RANGOS
URIAANALISIS			
			Magaly del Rocio Inca Pilco VALIDADO POR 07/11/2018 11:42:03
VM	SEROLOGIA NO REACTIVO	MM	Principio Inmunoquimografía
SIFILIS PRUEBA RAPIDA	NEGATIVO	MM	Principio Inmunoquimografía
			Tmd. Lola H. Enriquez VALIDADO POR 07/11/2018 12:00:58

08/11/2018

Ministerio de Salud Pública
2018-11-08 13:37

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE DE RIOBAMBA
LABORATORIO CLINICO
H. Clínica

Fecha de Imp: 2018-11-08 13:38

ORDEN: 201811080225
PACIENTE: SIMBAÑA CARGUA FLOR MARIA
ORIGEN: HPGDRIOBAMBA
SERVICIO: GINECOLOGIA
PRECEDENCIA: URGENCIAS

ID: 0605086206
SEXO: F
EDAD: 21 Años
MEDICO:
CAMA: ADECUADA
CALIDAD MUESTRA: ADECUADA

PRUEBA	RESULTADO	UNIDAD	CALIDAD MUESTRA	RANGOS
BIOMETRIA HEMATICA				
GLOBULOS BLANCOS	7.50	10 ⁹ /L	4.50 - 10.43	
NEUTROFILOS #	4.30	10 ⁹ /L	2.00 - 7.50	
LINFOCITOS #	1.80	10 ⁹ /L	1.00 - 4.00	
MONOCITOS #	0.80	10 ⁹ /L	0.00 - 09.00	
ESOFILOS #	0.04	10 ⁹ /L	0.00 - 0.50	
BASEFILOS #	0.30	10 ⁹ /L	0.00 - 0.30	
NEUTROFILOS %	56.6	%	50.0 - 80.0	
LINFOCITOS %	24.0	%	20.0 - 50.0	
MONOCITOS %	11.0	%	4.0 - 6.0	
ESOFILOS %	0.5	%	0.0 - 4.0	
BASEFILOS %	4.9	%	0.0 - 0.5	
GLOBULOS ROJOS	3.74	10 ¹² /L	4.37 - 5.45	
HEMOGLOBINA	1.92	g/dL	12.70 - 16.20	
HEMATOCRITO CONFIRMACION HEMATOLOGICA				
HEMATOCRITO	24.0	%	37.8 - 47.0	
MCV	64.0	fL	86.1 - 104.4	
MCH	29.0	pg	27.8 - 32.6	
MCHC	31.4	g/dL	32.0 - 36.7	
Amplitud de Distribucion Eritrocitaria CV	18.2	%	11.8 - 16.0	
Amplitud de Distribucion Eritrocitaria SD	54.0	fL	37.0 - 51.0	
CONTAJE DE PLASQUETAS	384	10 ⁹ /L	184 - 342	
MPV	7.3	fL	8.0 - 12.3	
PLASQUETOCRITO	0.2	%	0.1 - 0.5	
AMPLITUD DE DISTRIBUCION PLASQUETARIA	12.00	CV		
Principio Citometria de Flujo - Laser e Impedancia				
Lola Elena M. Biso Sanaguano VALIDADO POR 08/11/2018 13:08:30				
QUIMICA SANGUINEA				
PERFIL GRASAS2				
GLUCOSA	103.0	mg/dL	ESP	74.0 - 100.0
CREATININA	0.65	mg/dL	ESP	0.50 - 1.07
ACIDO URICO EN SUERO	4.70	mg/dL	ESP	3.40 - 8.00
BUN	7.1	mg/dL	ESP	7.0 - 18.0
PROTEINAS TOTALES EN SUERO	7.1	g/dL	ESP	6.4 - 8.0

18/12/2018

Página 1 De 1


Ministerio de Salud Pública
HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE DE RIOBAMBA
LABORATORIO CLÍNICO
 11 Correo

Av. Juan Pablo Pujolín s/n y Ciro Talavera (1202000-044-192)
 www.hospitalriobamba.gub.uy
 hsp@hospitalriobamba.gub.uy

Fecha de Emisión: 2018-12-18 10:58

ORDEN: 201812180132
 PACIENTE: SIMBARA CAROLINA FLOR MARIA
 ORDEN: HPDRIOBAMBA
 SERVICIO: GINECOLOGIA
 PROCEDENCIA: URGENCIAS

ID: UR2508209
 SEXO: F
 EDAD: 21 Años
 MEDICO:
 CAMA:
 ASISTENTE:

PRUEBA	RESULTADO	UNIDAD	CALIDAD MUESTRA:	ASISTENTE:
HEMATOLOGIA				
BIOMETRIA HEMATICA				
GLUCULOS BLANCOS	8.90	10 ⁹ /L	4.92	10.47
NEUTROFILOS #	4.56	10 ⁹ /L	2.00	7.82
LYMFOCITOS #	2.71	10 ⁹ /L	1.00	4.05
MONOCITOS #	0.30	10 ⁹ /L	0.00	0.00
EOSINOFILOS #	0.07	10 ⁹ /L	0.00	0.00
PLAQUETAS #	3.01	10 ⁹ /L	0.00	4.49
NEUTROFILOS %	54.3	%	66.0	63.0
LYMFOCITOS %	31.8	%	38.9	38.0
MONOCITOS %	3.8	%	4.8	9.0
EOSINOFILOS %	1.8	%	4.8	4.0
PLAQUETAS %	0.1	%	0.3	0.8
GLUCULOS ROJOS	3.93	10 ¹² /L	4.27	6.45
HEMOGLOBINA	11.80	GMS	12.70	16.20
HEMATOCRITO	36.8	%	37.8	47.8
MCH	34.0	FL	32.7	38.8
MCHC	101.7	GMS/FL	101.1	101.8
MCHD	32.8	GMS	32.8	38.7
AMPLIAD DE DISTRIBUCION ERITROCITARIA	32.9	%	17.5	15.9
AMPLIAD DE DISTRIBUCION PLACUETARIA	75.0	%	37.0	31.0
CONTAJE DE PLACUETAS	297	10 ⁹ /L	188	144
MPV	8.7	FL	9.6	10.3
PLAQUETOCRITO	0.2	%	0.1	0.8
AMPLITUD DE DISTRIBUCION PLACUETARIA	13.00	%		

Principio: CITOMETRÍA DE FLUJO + Laser + Impedancia

OBSERVACIONES:
 GRUPO SANGUINEO:
 GRUPO: O
 FACTOR: - BB NEGATIVO

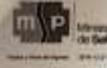
LUIS JUDAS A. RIVERA VILLALBA
VALIDADO POR
 18/12/2018 12:29:13

PRUEBA	RESULTADO	UNIDAD	HEF	VALOR
PERFIL DE COAGULACION				
TEMPO DE TROMBOPLASTINA TPV				
TPV	28.10	SEG	HEF	29.60 - 40.00
TPV	14.80	SEG	HEF	Pa. LITICOLO (INSTRUMENTAL) 10.00 - 13.50
TPV	100.00	%	HEF	Pa. LITICOLO (INSTRUMENTAL) 75.00 - 100.00
APR	0.97	%	HEF	0.80 - 2.00

Principio: METODOS QUÍMICOS

21/12/2018

Página 1 De 1


Ministerio de Salud Pública
HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE DE RIOBAMBA
LABORATORIO CLÍNICO
 11 Correo

Av. Juan Pablo Pujolín s/n y Ciro Talavera (1202000-044-192)
 www.hospitalriobamba.gub.uy
 hsp@hospitalriobamba.gub.uy

Fecha de Emisión: 2018-12-18

ORDEN: 201812180132
 PACIENTE: SIMBARA CAROLINA FLOR MARIA
 ORDEN: HPDRIOBAMBA
 SERVICIO: GINECOLOGIA
 PROCEDENCIA: URGENCIAS

ID: UR2508209
 SEXO: F
 EDAD: 21 Años
 MEDICO:
 CAMA:
 ASISTENTE:

PRUEBA	RESULTADO	UNIDAD	CALIDAD MUESTRA:	ASISTENTE:
HEMATOLOGIA				
BIOMETRIA HEMATICA				
GLUCULOS BLANCOS	11.80	10 ⁹ /L	4.92	10.47
NEUTROFILOS #	6.45	10 ⁹ /L	2.00	7.82
LYMFOCITOS #	3.80	10 ⁹ /L	1.00	4.05
MONOCITOS #	0.30	10 ⁹ /L	0.00	0.00
EOSINOFILOS #	0.25	10 ⁹ /L	0.00	0.00
PLAQUETAS #	3.01	10 ⁹ /L	0.00	4.49
NEUTROFILOS %	54.3	%	66.0	63.0
LYMFOCITOS %	31.8	%	38.9	38.0
MONOCITOS %	3.8	%	4.8	9.0
EOSINOFILOS %	1.8	%	4.8	4.0
PLAQUETAS %	0.1	%	0.3	0.8
GLUCULOS ROJOS	3.93	10 ¹² /L	4.27	6.45
HEMOGLOBINA	11.80	GMS	12.70	16.20
HEMATOCRITO	36.8	%	37.8	47.8
MCH	34.0	FL	32.7	38.8
MCHC	101.7	GMS/FL	101.1	101.8
MCHD	32.8	GMS	32.8	38.7
AMPLIAD DE DISTRIBUCION ERITROCITARIA	32.9	%	17.5	15.9
AMPLIAD DE DISTRIBUCION PLACUETARIA	75.0	%	37.0	31.0
CONTAJE DE PLACUETAS	297	10 ⁹ /L	188	144
MPV	8.7	FL	9.6	10.3
PLAQUETOCRITO	0.2	%	0.1	0.8
AMPLITUD DE DISTRIBUCION PLACUETARIA	13.00	%		

Principio: CITOMETRÍA DE FLUJO + Laser + Impedancia

OBSERVACIONES:
 GRUPO SANGUINEO:
 GRUPO: O
 FACTOR: - BB NEGATIVO

LUIS JUDAS A. RIVERA VILLALBA
VALIDADO POR
 21/12/2018 10:41

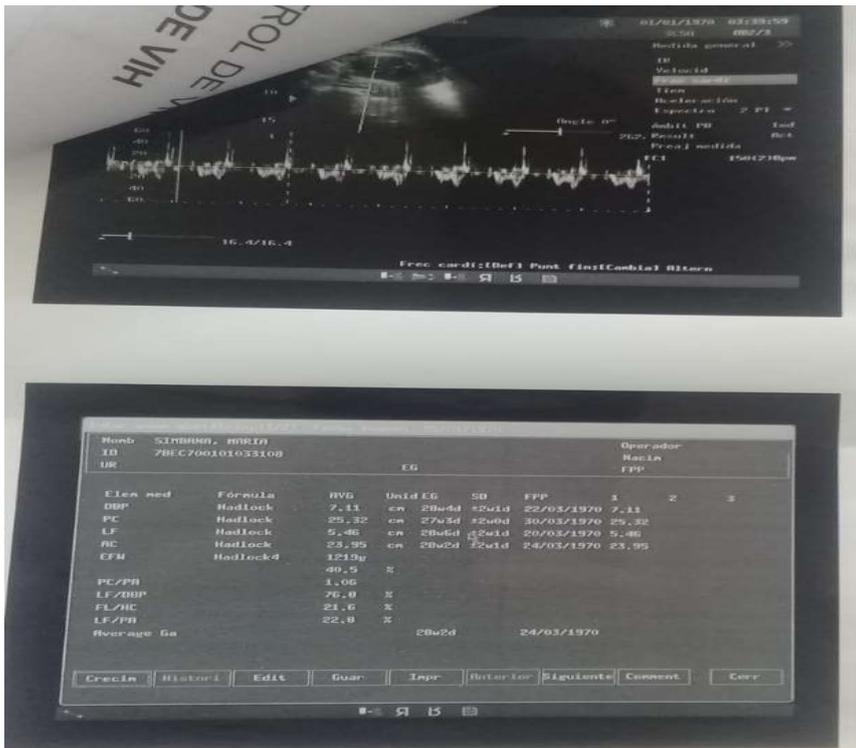
PRUEBA	RESULTADO	UNIDAD	HEF	VALOR
PERFIL DE COAGULACION				
TEMPO DE TROMBOPLASTINA TPV				
TPV	28.10	SEG	HEF	29.60 - 40.00
TPV	14.80	SEG	HEF	Pa. LITICOLO (INSTRUMENTAL) 10.00 - 13.50
TPV	100.00	%	HEF	Pa. LITICOLO (INSTRUMENTAL) 75.00 - 100.00
APR	0.97	%	HEF	0.80 - 2.00

Principio: METODOS QUÍMICOS

LUIS BOLA GARCIA
VALIDADO POR
 21/12/2018 10:58

ANEXOS 2 ECOGRAFIAS

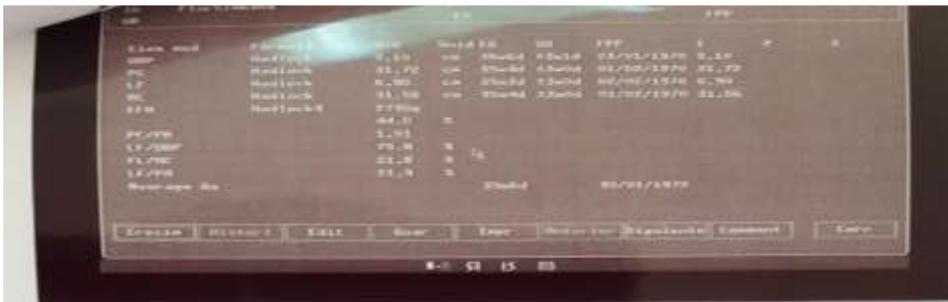
08/11/2018



18/12/2018



21/12/2018



ANEXOS 3 CESAREA





ESPOCH

ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Formulario de consentimiento Informado

Yo Fra. María Simbaña Corgua doy mi consentimiento para información sobre mi hijo o pupilo / mi pariente (círculo según el caso) que se publicará en presentación de tesis para Titulación de la carrera de Medicina ESPOCH.

[ESPOCH, número manuscrito y autor].

Entiendo que la información se publicará sin mi / mi hijo o pupilo del / de mi pariente (círculo como apropiado nombre) un/a, pero que el anonimato completo no puede ser garantizada.

Entiendo que el texto y las imágenes o videos publicados en el artículo estarán disponibles gratuitamente en Internet y puede ser visto por el público en general.

Las imágenes, videos y texto también pueden aparecer en otros sitios web o en la impresión, puede ser traducido a otros idiomas o utilizado con fines educacionales.

Se me ha ofrecido la oportunidad de leer el manuscrito.

La firma de este formulario de consentimiento no quita mis derechos a la privacidad.

Nombre María Simbaña

Fecha 28/ Diciembre/ 2018

Firmado María Simbaña

Nombre del autor Edson Quiroga

Fecha 21/ Diciembre/ 2018

Firma [Firma]



Ci: 0605086206.

Ci: 0603529140