



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE SALUD**

**ESCUELA DE OBSTETRICIA**

**CARRERA OBSTETRICIA**



**DIMENSIÓN PRÁCTICA DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA  
OBTENCIÓN DEL GRADO ACADÉMICO DE OBSTETRIZ**

**TÍTULO DEL CASO CLÍNICO**

**TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EN PACIENTE DE 27 AÑOS MÁS  
EMBARAZO DE 30 SEMANAS**

**AUTORA**

**DIANA JESSENIA ZAMBRANO LOOR**

**TUTOR**

**DR. HUGOLINO ORELLANA GAIBOR**

**BABAHOYO – LOS RIOS ECUADOR**

**2018**



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA OBSTETRICIA  
UNIDAD DE TITULACIÓN**

**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

**OBST. ANA MARÍA PASOS BAÑO, MSc.  
DECAÑO O DELEGADO (A)**

**DR. HERMAN ROMERO RAMIREZ, MSc.  
COORDINADOR DE LA CARRERA  
O DELEGADO (A)**

**Q.F. MAITE MAZACON MORA, MSc.  
COORDINADOR GENERAL DEL CIDE  
O DELEGADO (A)**

**AB. CARLOS FREIRE NIVELA  
SECRETARIA GENERAL (E)  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**





**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE OBSTETRICIA**  
**CARRERA DE OBSTETRICIA**  
**UNIDAD DE TITULACION**



**APROBACIÓN DEL TUTOR**

Yo, **DR. HUGLINO ORELLANA GAIBOR**, en calidad de tutor del Informe Final del caso clínico con el tema: **TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EN PACIENTE DE 27 AÑOS MÁS EMBARAZO DE 30 SEMANAS**, elaborado por la Srta.: **DIANA JESSENIA ZAMBRANO LOOR**, egresada de la Carrera de **OBSTETRICIA**, de la Escuela de Obstetricia, en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el trabajo investigativo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación determinado por la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo a los 17 días del mes de septiembre del año 2018

---

**DR. HUGLINO ORELLANA GAIBOR**  
**DOCENTE - TUTOR**  
**CI. 1201835467**

17/09/18  
OG



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE OBSTETRICIA**  
**CARRERA DE OBSTETRICIA**  
**UNIDAD DE TITULACION**



**DECLARACIÓN DE AUTORÍA**

**A: Universidad Técnica de Babahoyo**  
**Facultad de Ciencias de la Salud**  
**Escuela de Obstetricia**  
**Carrera de Obstetricia**

Por medio del presente dejo constancia de ser la autora de este Caso Clínico titulado:

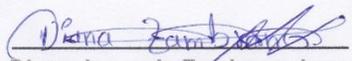
**TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EN PACIENTE DE 27 AÑOS MÁS EMBARAZO DE 30 SEMANAS.**

Doy fe que el uso de marcas, inclusivas de opiniones, citas e imágenes son de mi absoluta responsabilidad, quedando la Universidad Técnica de Babahoyo exenta de toda obligación al respecto.

Autorizo, en forma gratuita, a la Universidad Técnica de Babahoyo a utilizar esta matriz con fines estrictamente académicos o de investigación.

Fecha: 18 de Septiembre del 2018

**Autora**

  
**Diana Jessenia Zambrano Loor**  
**C.I.: 080415905-1**



BABAHOYO, 17 de septiembre del 2018

**CERTIFICACION DEL TUTOR DEL PROYECTO DE TITULACION, EXAMEN COMPLEXIVO.**

**Lcda. Betty Narcisa Mazacón Roca. PhD.**

DECANA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**Dra. Alina Izquierdo Cirer. MSc.**

COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACION, FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

En mi calidad de tutor de la señorita **ZAMBRANO LOOR DIANA JESSENIA** en el CASO CLINICO-EXAMEN COMPLEXIVO, entrego el certificado del sistema URKUND

**URKUND**

Documento [caso clinico completo diana jessenia.docx](#) (D41463702)

Presentado 2018-09-14 17:54 (-05:00)

Presentado por [tania567loor@gmail.com](mailto:tania567loor@gmail.com)

Recibido [horellana.utb@analysis.orkund.com](mailto:horellana.utb@analysis.orkund.com)

12% de estas 11 páginas, se componen de texto presente en 7 fuentes.

*Hugolino Orellana G*  
**DR HUGOLINO ORELLANA GAIBOR**

Dr. Hugolino Orellana Gaibor  
GINECO OBSTETRA  
LIBRO 3 FOLIO 0007 No 0014



*2018  
17/09/18*

## INDICE GENERAL

<b>RESUMEN</b> .....	I
<b>SUMMARY</b> .....	I
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	II
<b>I. MARCO TEORICO</b> .....	1
<b>1.1 DEFINICIÓN</b> .....	1
<b>1.2 EPIDEMIOLOGIA</b> .....	1
<b>1.3 FACTORES DE RIESGO</b> .....	2
<b>1.4 PATOGENIA</b> .....	3
<b>1.5 CUADRO CLÍNICO</b> .....	5
<b>1.6 DIAGNÓSTICO</b> .....	6
<b>1.6.1 ALGORITMO DIAGNOSTICO</b> .....	7
<b>1.7 TRATAMIENTO</b> .....	9
<b>1.8 JUSTIFICACION</b> .....	13
<b>1.9 OBJETIVOS</b> .....	14
<b>1.9.1 OBJETIVO GENERAL</b> .....	14
<b>1.9.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS</b> .....	14
<b>1.10 DATOS GENERALES</b> .....	15
<b>2. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO</b> .....	16
<b>2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA</b> .....	16
<b>2.1.1 HISTORIAL CLÍNICO DE LA PACIENTE</b> .....	16
<b>2.2 ANAMNESIS</b> .....	16
<b>2.3 EXPLORACIÓN CLÍNICA</b> .....	17
<b>2.4 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS</b> .....	17
<b>2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PREVIO ANÁLISIS DE DATOS</b> .....	18
<b>2.6 CONDUCTA A SEGUIR</b> .....	19

2.6.1 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA.....	19
2.7 CONSIDERANDO VALORES NORMALES.....	20
2.8 SEGUIMIENTO .....	20
3. OBSERVACIONES.....	22
4. CONCLUSIONES .....	23
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	
6. ANEXOS.....	

## RESUMEN

La incidencia de tromboembolismo venoso (TEV) en el embarazo se incrementa aproximadamente de 5 a 10 veces más en comparación con mujeres no embarazadas, debido a las modificaciones que el propio embarazo produce sobre los factores de la coagulación y los sistemas fibrinolíticos. Se estima que la TEV complica entre 1 por cada 1000 embarazos. Durante el embarazo la hemostasia materna se caracteriza por ser un estado protrombótico en el cual se producen cambios en el sistema hemostático, con el objetivo de prevenir una posible hemorragia durante la implantación, el parto y la placentación. La adaptación del sistema hemostático en el embarazo predispone en la mujer a una trombosis venosa profunda en combinación con otros factores como son la multiparidad, obesidad, edad materna avanzad, historia de tromboembolismo anterior.

Se presenta el caso de una paciente de 27 años, que acudió por emergencia al hospital general Martin Icaza con cuatro clínicos, edema en la extremidad inferior del lado izquierdo, dolor en el hipogástrico de leve intensidad y dificultad a la deambulación, orientada en tiempo y espacio, al momento los signos de vitales normales, mediante la exploración física el médico la ingresó con diagnóstico presuntivo de trombosis venosa más embarazo de 30 semanas y se procede a la realización de los exámenes complementarios.

El tratamiento de mejor elección es la heparina de bajo peso molecular por el motivo que no puede traspasar la barrera placentaria, posee un mejor perfil de seguridad ya que es eficaz y de fácil administración, los efectos secundarios como trombocitopenia, osteoporosis y la osteopenia.

**Palabras claves:** trombosis venosa, embarazo, hipercoagulabilidad, terapia anticoagulante.

## **SUMMARY**

The incidence of venous thromboembolism (VTE) in pregnancy increases approximately 5 to 10 times more compared to non-pregnant women, due to the modifications that the pregnancy itself produces on the factors of coagulation and fibrinolytic systems. It is estimated that VTE complicates between 1 per 1000 pregnancies. During pregnancy, maternal haemostasis is characterized by being a prothrombotic state in which changes occur in the hemostatic system, with the aim of preventing possible bleeding during implantation, delivery and placentation. Adaptation of the haemostatic system in pregnancy predisposes women to deep vein thrombosis in combination with other factors such as multiparity, obesity, advanced maternal age, history of previous thromboembolism.

We present the case of a 27-year-old patient, who came to the general hospital Martin Icaza due to emergencies with four clinicians, edema in the lower extremity of the left side, pain in the hypogastric of slight intensity and difficult walking, oriented in time and space, at the moment the signs of normal vital, by means of the physical exploration the doctor entered it with presumptive diagnosis of venous thrombosis plus pregnancy of 30 weeks and proceeds to the accomplishment of the complementary examinations.

The treatment of best choice is low molecular weight heparin for the reason that can not cross the placental barrier, has a better safety profile as it is effective and easy to administer, side effects such as thrombocytopenia, osteoporosis and osteopenia.

**Key words:** venous thrombosis, pregnancy, hypercoagulability, anticoagulant therapy

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad tromboembólica, incluye la trombosis venosa profunda y el tromboembolismo pulmonar, son unas de las principales causas de morbi-mortalidad materna en países desarrollados. La trombosis venosa profunda ocurre con más frecuencia en el tercer trimestre del embarazo y postparto. La trombosis pulmonar es más frecuentes en el postparto (Instituto Clínic de Ginecología).

La incidencia de enfermedad tromboembólica venosa (ETEVE), en el embarazo incrementa de 5 a 10 veces más en comparación con mujeres no embarazadas, debido a los cambios que se produce en embarazo como en los factores de la coagulación y los sistemas fibrinolítico. Las mujeres con antecedente previo de tromboembolismo tienen un riesgo de recurrencia de 7-12% durante el embarazo. Con el tratamiento de heparina, el riesgo de recurrencia reduce a 1-1,5%.

Se presenta el caso de una paciente de 27 años, que acudió por emergencia al hospital general Martín Icaza con cuatro clínicos, edema en la extremidad inferior del lado izquierdo, dolor en el hipogástrico de leve intensidad y dificultad a la deambulación, orientada en tiempo y espacio, al momento los signos vitales normales, mediante la exploración física del médico de guardia se ingresó con diagnóstico presuntivo de trombosis venosa profunda más embarazo de 30 semanas. Se procede a la realización de los exámenes complementarios y ecografía para corroborar el diagnóstico definitivo y elegir el tratamiento adecuado durante y después del embarazo.

## I. MARCO TEORICO

### 1.1 DEFINICIÓN

La tromboembolia define el fenómeno por el cual se produce trombos y estos se fragmentan y se desprenden, con oclusión de porciones del sistema vascular. Se entiende por trombo la masa solida formada en el interior de los vasos a partir de los elementos de la sangre; el trombo dificulta el retorno venoso y se produce la tromboflebitis o trombosis venosa. El coagulo es la masa que forma la sangre al pasar del estado líquido al solido fuera del aparato circulatorio (Espinosa 2002).

La trombosis venosa profunda por lo general se inicia en las venas profundas de las piernas (Poplítea, Tibial Posterior, Tibial Anterior, Peronea), desarrollándose en las venas del muslo y pelvis posteriormente fragmentarse, formando émbolos que finalizaran en el árbol pulmonar. Existe trombosis venosa en otros sitios tales como en los miembros superiores, estas son menos frecuente. El 90% se predispone más en la extremidad inferior izquierda, secundario a la compresión anatómica de la vena iliaca izquierda por la arteria iliaca y ovarica derecha que cruza en el lado izquierdo causando una compresión de la vena cava inferior por el útero grávido (Dra. Perez 2013).

### 1.2 EPIDEMIOLOGIA

La incidencia de enfermedad tromboembólica venosa (ETEV), en el embarazo incrementa de 5 a 10 veces más en comparación con mujeres no embarazadas, debido a los cambios que se produce en embarazo como en los factores de la coagulación y los sistemas fibrinolítico. Se estima que la enfermedad tromboembólica venosa se da entre 0,76 y 1,7 por cada 1.000 embarazos.

La evidencia más reciente sugiere que el riesgo de ETEV se distribuye a lo largo de los tres trimestres, y el periodo de mayor riesgo se da en las primeras seis semanas postparto, incrementándose 20 veces, debido al traumatismo en los vasos de la pelvis en el curso del parto causando daño endotelial. Adicionalmente la cesárea implica un riesgo entre 5 y 9 veces superior al parto vaginal (MONROY 2014).

A nivel mundial la enfermedad tromboembolia venosa representa el 14,9% de muertes maternas y en el mundo occidental representa el 10%, 1,1 muertes por cada 100.000 partos. El 75-80% de los casos de embarazo asociado a TEV son causados por trombosis venosa profunda y 20-25% son causados por embolismo pulmonar.

### **1.3 FACTORES DE RIESGO**

Existen numerosas clasificaciones para los factores de riesgo asociados a la enfermedad tromboembólica venosa en el embarazo, la detallada Clasificación Internacional de Enfermedades (CID) en Estado Unidos define las probabilidades e intervalo de confianza de cada uno de los factores.

En el siguiente cuadro # 1, se reúnen los criterios para establecer cuales pacientes se encuentran en riesgo aumentado para enfermedad tromboembólica. Si la paciente cumple con al menos un criterios mayor o dos criterios menores se requiere de una cesárea de urgencia (MONROY 2014).

## Cuadro 1. Condiciones médicas y obstétricas

Criterios Mayores	Criterios Menores
Inmovilización prolongada (reposo absoluto por más de 4 días ante parto).	IMC mayor de 30 Kg/m <sup>2</sup>
Hemorragia post cesárea con pérdidas mayores a 1000 mililitros.	RCIU (edad gestacional + según sexo y peso inferior percentil 25).
Transfusiones sanguíneas.	Edad > de 35 años.
Síndrome de anticuerpos antifosfolípidicos.	Multiparidad.
Preeclampsia con RCIU.	Hemorragia post-parto > de litro.
Diagnóstico de trombofilia: Déficit de antitrombina.	Consumo de más de 10 cigarrillos / día.
Lupus eritematoso sistémico.	Embarazo múltiple.
Cardiopatía.	Preclamsia.
Antecedente de ETVE en: Condición recurrente Durante el embarazo Durante el uso de anticonceptivo orales.	Trombofilia: Déficit de proteína C. Déficit de proteína S
Anemia falciforme.	Hipertensión arterial crónica.
Infección posparto.	Inducción de trabajo de parto.

AURO MELIZA MONROY, A. D. (2014). ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA. *GUÍA CLÍNICA DE FLASOG*, 17.

### 1.4 PATOGENIA

Durante el embarazo la hemostasia materna se caracteriza por ser un estado protrombótico se producen cambios en el sistema hemostático con el objetivo de prevenir una posible hemorragia durante la implantación, el parto y la placentación, sin embargo la adaptación del sistema hemostático en el embarazo predispone a la mujer a un riesgo incrementado de tromboembolismo venoso en combinación con

otros factores predisponentes. El embarazo produce los componentes de la triada de Virchow (cuadro 2): estasis vascular, cambios en el sistema de la coagulación y lesión vascular (Dr. Ramón 2008).

**Cuadro 2. Clásica triada de Virchow**

<b>Estasis venoso</b>	Compresión de venas iliacas: Arteria iliaca derecha por encima de la vena iliaca izquierda. Útero grávido. Dilatación venosa mediada por hormonas. Inmovilización
<b>Cambios en el sistema de coagulación</b>	Aumento de factores pro coagulantes: Aumento de fibrinógeno, factores V, IX, X, XII y VIII. Disminución de niveles de proteína S y aumento de resistencia de la proteína C activada. Disminución de actividad anticoagulante. Disminución de actividad fibrinolítica. Aumento de IAP-1 y disminución de actividad de AP-t
<b>Daño vascular</b>	Compresión en el momento del parto. Parto asistido o instrumental.

IAP-1: inhibidor del activador del plasminógeno tipo 1  
 AP-t: activador de plasminógeno tipo tisular.

AURO MELIZA MONROY, A. D. (2014). ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA. *GUÍA CLÍNICA DE FLASOG*, 6.

**La estasis venosa:** se produce durante el embarazo debido a dos factores; la dilatación vascular mediada por los estrógenos y la compresión de las venas grandes por un útero grávido. Un estudio ultrasonográfico del sistema venoso en la embarazada demostró una disminución en la velocidad del flujo asociado al aumento del diámetro de las venas en los miembros inferiores, más notorio en el

último trimestre. La extremidad inferior izquierda es la más afectada en un 90% en relación al 55% de la extremidad inferior derecha, esto se debe a causa anatómica (Dra. Paz 2011).

**La hipercoagulabilidad:** el embarazo es un estado de hipercoagulabilidad asociado con aumento progresivos en varios factores de coagulación, incluidos los factores I, II, VII, IX, y X, son notable a partir de la segunda mitad del embarazo, y un aumento de la síntesis de fibrinógeno. Los niveles de la proteína S tienden a disminuir, con la mutación de Leiden del factor V se origina una progresiva resistencia de la proteína C activada, la placenta produce inhibidores del activador del plasminógeno y por lo tanto se altera la fibrinólisis.

**La lesión endotelial:** se asocia con lesión vascular y cambios en la superficie del útero-placentaria, lo que probablemente contribuye al aumento del riesgo de TEV en el postparto inmediato. La utilización de Fórceps, extracción de vacío o cesárea pueden exagerar las lesiones de la íntima vascular y amplificar este fenómeno (MONROY 2014).

## 1.5 CUADRO CLÍNICO

En el cuadro # 3 se nombran los signos más llamativos para el diagnóstico de la trombosis venosa. Los síntomas son dolor difuso e inflamación, que puede no estar asociada con eritema, calor, dolor en las extremidad inferior y aumento de volumen de la pierna del diámetro de  $\geq 2$  cm, glúteos o dolor lumbar, espasmo arterial reflejo, con extremidad fría y pálida, dificulta con la deambulaci3n.

### Cuadro 3. Signos para el diagnóstico de trombosis venosa

Signo	Descripción
Homans	Dolor que se origina en la pantorrilla o en el tendón de Aquiles con la dorsiflexión del pie con la pierna en extensión.
Olow	Dolor causado a la opresión de los músculos de la pantorrilla contra el plano óseo
Pratt	Aparición de venas centinela en los tercios superiores de la pierna afectada.
Peabody	Espasmo leve que aparece en los músculos de la pantorrilla al flexionar el pie del miembro afectado con la pierna elevada.
Loewenberg	Aumento del umbral del dolor al comprimir la pantorrilla, se mide con el esfigmomanómetro, los pacientes presentan dolor intenso con presiones que va de 60 a 150 mmHg.

AURO MELIZA MONROY, A. D. (2014). ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA. *GUÍA CLÍNICA DE FLASOG*, 5-16.

#### 1.6 DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se basa con la anamnesis y la exploración clínica, teniendo en cuenta; los factores de riesgo, antecedentes familiares, manifestaciones clínicas y exploraciones complementarias. En el embarazo diagnóstico se realiza mediante la demostración de la ausencia de la capacidad compresiva de las venas proximales en la ecografía (trombosis venosa femoral) alteración del flujo mediante Doppler de la vena iliaca.

**El Dímero D:** es un producto de degradación de la fibrina, que ha sido ampliamente estudiado para el uso en el diagnóstico de la TVP. En el embarazo, aunque el valor predictivo negativo sigue siendo alto, no es tan útil debido al aumento de sus niveles durante la gestación ( Ferrer 2014).

**Compresión ultrasonográfico:** en pacientes embarazadas, una pobre compresibilidad de una vena al ultrasonido es altamente sensible para el diagnóstico de trombosis venosa proximal sintomática. Cuando este examen resulta positivo se debe instaurar anticoagulación inmediata.

**Venografía por resonancia nuclear magnética:** es una modalidad que puede detectar trombosis venosa profunda en muslo y venas pélvicas con una sensibilidad cercana al 100% de la población no embarazada. Los datos son limitados en el embarazo. La Venografía expone al feto a radiación ionizante ( Ferrer 2014).

### 1.6.1 ALGORITMO DIAGNOSTICO

El diagnóstico acertado de la sospecha de TVP en el embarazo y el puerperio requiere que los médicos tengan un alto índice de sospecha clínica y bajo umbral para el uso de las pruebas de confirmación.

**Probabilidad pretest:** los sistemas de puntuación de predicción comunes por ejemplo, la puntuación de Wells (cuadro 4), la regla de predicción clínica izquierda y los niveles de dímero. Son menos útiles en mujeres embarazadas que en la población general.

**Cuadro 4. Modelo para la predicción de probabilidad clínica pre-prueba de trombosis venosa profunda.**

<b>Característica clínica</b>	<b>Puntos</b>
Neoplasia activa (en tratamiento actualmente o en los últimos 6 meses o paliativo).	+1
Parálisis, paresia, o inmovilización de miembros inferiores	+1
Reposo en cama por más de 3 días por una cirugía (dentro de las 4 semanas)	+1
Sensibilidad localizada a lo largo de la distribución del sistema venoso	+1
Hinchazón completa de la pierna.	+1
Hinchazón unilateral de la pantorrilla mayor de 3 cm medido 10 cm debajo de la tuberosidad tibial	+1
Edema como piel de naranja solo en la pierna sintomática	+1
Venas superficiales colaterales no varicosas	+1
Diagnóstico alternativo por lo menos tan probable como la TVP	- 2
Interpretación de la puntuación de riesgo (probabilidad de TVP): Probabilidad clínica alta ( $\geq 3$ ), riesgo elevado (75%). Probabilidad clínica moderada (1-2), riesgo moderado (17%). Probabilidad clínica baja ( $\leq 0$ ), riesgo bajo (3%).	

Tomado de: Wells PS, Anderson DR, Bormanis J, et al. Valor de la evaluación de la probabilidad pretest de la trombosis de vena profunda en el manejo clínico. Lanceta. 1997; 350: 1795 - 1798.

**La puntuación de Wells:** es el sistema más utilizado para las pacientes no embarazadas como sospecha de TVP. No está validado para su uso en el embarazo y deben ser interpretados con precaución en esta población (Marzo, 2015).

**La regla de predicción clínica izquierda:** se desarrolla en el argumento de que la TVP en el embarazo es predominante unilateral izquierda. Son tres variables que

fueron altamente predictivo de la TVP: los síntomas en la pierna, diferencias del perímetro de la pantorrilla  $\geq 2$  cm y presentación primer trimestre.

**Dímero D:** debido al aumento natural de los niveles de cada trimestre, el dímero D utilizando un valor de corte de  $>500$  ng/ml, tiene un valor limitado como una herramienta de probabilidad clínica para el diagnóstico de la TVP en el embarazo.

## 1.7 TRATAMIENTO

El tratamiento oportuno con anticoagulación debe iniciarse tan pronto como se firme el diagnóstico de TVP. El manejo de la trombosis venosa profunda son los:

**Anticoagulantes:** se puede utilizar heparina de bajo peso molecular (HBPM), heparina no fraccionada (HNF).

**Trombolisis por catéter:** se administra un agente trombótico directamente por catéter con el fin de eliminar el coagulo que ocluya la vena, no es de primera línea.

**Medias de compresión graduada:** se sugiere utilizar medias todos los días durante 2 años, para prevenir las secuelas a largo plazo de insuficiencia venosa crónica y ulceraciones después de la TVP.

**Filtro para vena cava inferior:** se recomienda su uso en pacientes con TVP que tiene contraindicación para anticoagulación o paciente recurrente (Sanchez, 2014).

Se deben tener en cuenta las siguientes directrices específicas en la administración de la trombosis venosa profunda (cuadro 5 y 6).

### **Cuadro 5. Dosificación y monitoreo de los anticoagulantes**

Anticoagulante	Dosificación	Monitoreo
<b>Heparinas no fraccionadas</b>	<p>La dosificación para HNF SC es de 10.000 a 15.000 unidades cada 8 a 12 horas.</p> <p>HNF SC tratamiento profiláctico: 5.000 unidades SC 2 veces al día</p>	<p>TPTa: es de 1,5 a 2 veces los tiempos controles, 6 h después de la inyección.</p> <p>Anti-factor Xa: esta prueba se utiliza en paciente con anticoagulante lúpico (ya que el TPTa no es fiable).</p>
<b>Heparinas de bajo peso molecular</b>	<p>Enoxaparina: Terapéutica: 1 mg/kg SC cada 12 horas.</p> <p>Profiláctica: 40 mg SC cada 24 horas o 30 mg SC cada 12 horas.</p> <p>Daltaparina sódica: Terapéutica: 100 UI/kg SC cada 12 horas.</p> <p>Profiláctica: 5000 UI SC cada 24 h.</p> <p>Tinzaparina: Terapéutica: 175 UI/kg SC cada 24 horas.</p> <p>Profiláctica: 4500 UI SC cada 24 h.</p>	<p>Niveles anti-factor Xa: verificar niveles 4 horas después de la 4ta.</p> <p>Administración de una dosis ajustada.</p> <p>Se recomienda la conversión de HBPM a HNF a las 36 semanas de embarazo.</p>
<b>Warfarina</b>	<p>Dosis inicial: 5 a 10 mg por 2 días, con titulación subsecuente.</p>	<p>La warfarina tiene un efecto pico a las 36 a 72 h de iniciar la terapia, con una vida media de 36 a 42 horas.</p>

**Cuadro 6. Programación de la coagulación en relación al parto**

Anticoagulante	Programación de la coagulación en relación al parto	Reinicio anticoagulación posterior al parto	Reversión de la actividad del anticoagulante
<b>Heparina no fraccionadas</b>	Dosis profiláctica: 4 h después de la dosis. Dosis terapéutica: debe verificarse el TPTa antes de la cirugía	6 horas después del parto vaginal. 8 a 12 horas después de la cesaras	Sulfato de protamina: colocar 1mg IV por cada 100 unidades de heparina residual. Administrar 20mg/min, y no más de 50 mg durante 10 minutos.
<b>Heparina de bajo peso molecular</b>	Dosis profiláctica: 12 h después de la dosis. Dosis terapéutica: 18 a 24 horas después de la dosis	6 horas después del parto vaginal. 8 a 12 horas después de la cesaras	Sulfato de protamina no revierte del todo la actividad, puede utilizarse para disminuir la cantidad del sangrado. 1 mg por cada 100 unidades de anti Xa
<b>Warfarina</b>	Indicada en dos situaciones: 1.- paciente con válvula cardiaca mecánica 2.- periodo posparto. Se recomienda la conversión de warfarina a HNF a las 36 semanas de embarazo.		Vitamina K plasma fresco congelado normalizan el TP dentro de las 6 horas después de una dosis oral o SC de 5 mg de vitamina.

MONROY, A. D. (2014). ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA. *GUÍA CLÍNICA DE FLASOG*, 5-16.

La embriopatía warfarina relacionada con la exposición a las 6-12 semanas de gestación aumenta el riesgo de pérdida del embarazo, anomalías del sistema nervioso central, y un riesgo de hemorragia fetal y neonatal durante el parto debido a la anticoagulación fetal (cuadro 9). Las mujeres que reciben terapia de anticoagulación prolongada en el embarazo, se recomienda el uso de HNF o HBPM en lugar de la warfarina.

**Cuadro 7. Propiedades de heparina y warfarina**

	<b>Heparina</b>	<b>warfarina</b>
Acciones	<p>Aumenta la actividad de la antitrombina.</p> <p>Incrementa la actividad inhibitoria del factor Xa.</p> <p>Inhibe la agregación plaquetaria.</p>	<p>Inhibición de la acción de vitamina K.</p> <p>Cruza fácilmente la placenta.</p>
Ventajas	<p>Los niveles pueden monitorearse y ajustarse.</p> <p>Ninguna teratogenicidad asociada.</p> <p>No cruza la placenta ni se excreta en la leche materna.</p> <p>Rápidamente reversible.</p>	<p>No se concentra en la leche materna.</p> <p>Uso en el periodo posparto</p>
Desventajas	<p>Requiere de inyección.</p> <p>No es tan efectiva para profilaxis en paciente con válvulas mecánicas del corazón.</p> <p>Las dosis terapéuticas requeridas despliegan una variabilidad interpaciente</p>	<p>La exposición entre las 7 y 12 semanas de gestación está relacionada con un riesgo de embriopatía del 33%.</p> <p>Riesgo de hemorragia placentaria y fetal durante todo el embarazo</p>

AURO MELIZA MONROY, A. D. (2014). ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA Y EMBARAZO. *GUÍA CLÍNICA DE FLASOG*, 6-15.

## 1.8 JUSTIFICACION

El desarrollo de esta justificación se proyecta a través de un trabajo investigativo que tiene como objetivo principal analizar las principales complicaciones clínicas en paciente con trombosis venosa profunda en proceso de gestación.

Los beneficios en la realización del presente caso son: ampliar conocimientos teniendo en cuenta la sintomatología que se presenta en la paciente y que se adquirirán conocimientos sobre la fisiopatología y tratamiento de la trombosis venosa profunda. Comprobar si se ejecutaron los protocolos adecuado en la realización del diagnóstico y tratamientos realizados en la paciente embarazada.

Existe el temor de manejo de este tipo de paciente en hospital de segundo nivel por el riesgo y complicaciones que se puede presentar sobre todo en los embarazos pretérmino, parto, cesárea y postparto. La dificultad de atender las complicaciones de mayor riesgo es por la falta de los materiales y equipos más no por la falta de profesionales.

## **1.9 OBJETIVOS**

### **1.9.1 OBJETIVO GENERAL**

Analizar las principales complicaciones clínicas en paciente con trombosis venosa profunda en proceso de gestación.

### **1.9.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

Adquirir conocimientos sobre la fisiopatología y tratamiento de la trombosis venosa profunda.

Ejecutar los protocolos que se deben manejar en una trombosis venosa profunda en embarazada

## 1.10 DATOS GENERALES

<b>Nombres completos:</b> XXX	<b>Sexo:</b> Femenino
<b>Cedula de identificación:</b> 1206380883	<b>Edad:</b> 27 años
<b>Fecha de nacimiento:</b> 26/05/1990	<b>Estado civil:</b> Unida
<b>Nacionalidad:</b> Ecuatoriana	<b>Ocupación:</b> Ama De Casa
<b>Nivel de estudio:</b> Secundaria	<b>Raza:</b> Mestiza
<b>Dirección:</b> Babahoyo – La Chorrera	<b>Religión:</b> Católica
<b>Nivel sociocultural/económico:</b> Medio	<b>SCS:</b> El salto
<b>Fecha de ingreso:</b> 18/3/2018	<b>FUM:</b> 18/8/2017

## 2. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

### 2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de 27 años que acude al área de emergencia del hospital general Martín Icaza referida del centro de salud el salto con diagnóstico presuntivo de trombosis venosa, refiere dolor en el miembro inferior del lado izquierdo con edema al nivel del pie ascendiendo hasta la rodilla y dolor tipo contráctil de leve intensidad en el hipogástrico.

#### 2.1.1 HISTORIAL CLÍNICO DE LA PACIENTE

Antecedentes personales: no refiere	Antecedentes gineco-obstétricos:		
Antecedentes familiares: no refiere	Menarquia: 11 años		
Antecedente quirúrgico: no refiere	Gestas: 3	Partos: 2	Abortos: 1
Alérgica: no refiere	Multípara		
Hábitos: ninguno	Fecha de la última menstruación: 18/08/2017		
	Anticonceptivo: mesygina		

### 2.2 ANAMNESIS

Acude al servicio de emergencia ginecológico del Hospital General Martín Icaza el 18 de marzo del 2018 por presentar cuadro clínico caracterizado por dolor en el miembro inferior del lado izquierdo con edema al nivel del pie ascendiendo hasta la rodilla refiere que inicio un mes atrás y dolor tipo contráctil de leve intensidad en el hipogástrico.

## 2.3 EXPLORACIÓN CLÍNICA

**Al examen físico: estado de conciencia:** orientada en tiempo y espacio. **Facies:** pálidas. **Cabeza:** normo céfalo. **Cuello:** simétrico, sin presencia de adenopatías. **Tórax:** normo lineo, simétrico, expansible con buena amplitud. **Mamas:** simétricas, pezones pronunciados sin salida de calostro. **Miembro superior:** simétrico, con flexión y extensión presentes. **Abdomen:** altura uterina 29 cm con feto único, vivo, con movimiento fetales activos, en situación longitudinal, posición derecha, presentación cefálica, frecuencia cardiaca fetal 146 x minuto, tono uterino normal sin actividad uterina, con presencia de estrías abdominales y dolor en el hipogástrico que se irradia a la región iliaca izquierda. **Genitales:** presencia de secreción blanquecina, Al tacto vaginal: cérvix cerrado, no pérdidas vaginales. **Miembros inferiores:** extremidad inferior izquierda con signos de edema en rodilla, piel caliente y dolorosa a la palpación. **Auscultación pulmonar:** normal, claros y ventilados.

Al momento de su ingreso se aprecia: **tensión arterial:** 110/80 mmHg, **frecuencia cardiaca:** 70 latidos por minuto, **frecuencia respiratoria:** 18 respiraciones por minuto, **temperatura axilar:** 36°C, **saturación de oxígeno:** 99%, **proteinuria:** negativa: **score mama** (0)

Se decide su ingreso hospitalario con el siguiente Diagnóstica presuntivo de trombosis venosa más embarazo de 30 semanas.

Se solicita exámenes complementarios.

## 2.4 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

Se obtiene los siguientes resultados, de los cuales llama la atención:

**Eco Doppler de Miembro inferior izquierdo:** se observa trombo ecogénico, ocupando el 80% del volumen de la vena femoral común, femoral superficial, femoral profunda que se extiende desde la vena poplítea izquierda.

**Ecografía obstétrica:** útero aumentado de tamaño con producto único vivo longitudinal, derecha, presentación cefálica con embarazo +/- 30 semanas de gestación, placenta fundica posterior: grado I, índice de líquido amniótico 14 cm, peso fetal, 1780g, frecuencia cardiaca fetal, 145lpm.

**Monitoreo fetal:** reactivo, frecuencia cardiaca fetal 146 lpm, sin actividad uterina.

En el cuadro se observa los resultados de laboratorio más destacado.

<b>Examen</b>	<b>Resultado</b>	<b>Rango referencial</b>
Hemoglobina	9.0 g/dl	11 – 15
Hematocrito	29.7 %	37 - 47
Neutrófilo	74.1%	50 – 70
Linfocitos	17.1%	20 – 40
Urea	11.3 mg/dl	15-40
TP	16 seg	10-14
PCR	positivo +	
Grupo sanguíneo:	ORh +	

## **2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PREVIO ANÁLISIS DE DATOS**

Por el cuadro clínico que la paciente presento y luego de la recolección de datos adquiridos a través del interrogatorio a la paciente y la realización del examen físico, los resultados de los estudios de laboratorio y ecografía Doppler del miembro inferior y ecografía obstétrica.

Se ha llegado al diagnóstico definitivo de trombosis venosa profunda más embarazo de 30 semanas.

## **2.6 CONDUCTA A SEGUIR**

Es valorada por el médico internista y de Cirugía quienes deciden inicio farmacológico con anticoagulación: Enoxaparina 40 mg SC cada 12 horas hasta la finalización de embarazo.

El medico ginecólogo le prescribe, Paracetamol 1g VO cada 8 horas, Cloruro de sodio 0,9% de 1000cc a 30 gotas por minutos, Maduración pulmonar fetal con Corticoides (Betametasona 12 mg IM por 2 dosis), Transferir a hospital de tercer nivel.

### **2.6.1 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA**

Durante el embarazo la hemostasia materna se caracteriza por ser un estado protrombótico en el cual se producen cambios en el sistema hemostático con el objetivo de prevenir una posible hemorragia durante la implantación, el parto y la placentación, sin embargo, la adaptación del sistema hemostático materno al embarazo predispone en la mujer a una trombosis venosa profunda en combinación con otros factores predisponentes como son la multiparidad, obesidad, edad materna avanzada, grupo sanguíneo A, venas varicosas, historia de tromboembolismo anterior (Brenes, 2010).

La heparina no fraccionada y la heparina de bajo peso molecular constituyen las dos opciones recomendadas de terapia profiláctica para mujeres embarazadas. Comparativamente con la HNF, la de HBPM requiere una sola aplicación diaria, no necesita de una monitorización estricta con exámenes de laboratorio y los efectos secundarios como trombocitopenia inducida por heparina, osteoporosis y las reacciones alérgicas, son menores (AURO 2014).

## **2.7 CONSIDERANDO VALORES NORMALES.**

Cuando se diagnóstica trombosis venosa profunda en embarazo, durante la hospitalización, es imprescindible, el control y seguimiento por ginecología, internista y cirugía. El tratamiento de mejor elección es la heparina de bajo peso molecular por el motivo que no puede traspasar la barrera placentaria, posee un mejor perfil de seguridad ya que es eficaz y de fácil administración.

## **2.8 SEGUIMIENTO**

Se realizó el seguimiento a diario y el control de los signos vitales con una dieta general y monitoreo fetal continuo, en el segundo día de estancia se le prescribió, 2 ampolla de hierro con Cloruro de sodio 0,9% de 500cc a 10 gotas por minutos y Lactato de ringer 1000cc a 40 gotas por minuto, con Ampicilina más sulbactam 1.5 mg cada 8 hora por 7 días. Este procedimiento se realizó por una anemia leve e infección que presento la paciente.

Paciente mantuvo mejoría pero refirió dolor leve en la extremidad izquierda todo tiempo que duro el embarazo, se la mantuvo con paracetamol y vendaje durante todo el tiempo ingresada. A las 38 semanas se inició el trabajo de parto de manera espontaneo, por lo que se suspendió 12 horas antes la dosis de Enoxaparina.

La paciente paso a sala de parto con parámetros completos y signos vitales normales y bajo normas e asepsia y antisepsia se obtuvo un Recién Nacido (RN) femenino de 38 semanas por ecografía, llanto inmediato, APGAR 8-9, peso 3500 gr; estable, el proceso se llevó acaba sin ninguna complicación.

Se prescribo como Tratamiento, Cloruro de sodio 0,9% de 1000cc a 30 gotas por minutos, Oxitócina 10 UI IM dosis única, Paracetamol 1g VO cada 8 horas.

Fue dada de alta al 6to día posparto, se instauro tratamiento farmacológico domiciliario, descrito a continuación:

Paracetamol 500 mg VO c8h por 3 días

Enoxaparina 40 mg SC

Soporte elástico bilateral durante el día y retirar en las noches.

En los controles posteriores por consulta externa, continuó tratamiento con heparina de bajo peso molecular.

### 3. OBSERVACIONES

Se revisaron guías de prácticas clínica, artículos de revisión y diferentes bibliografías con el fin de profundizar conocimientos acerca del tema y poder evaluar en conjunto con el caso clínico su diagnóstico y manejo continuó con heparina de bajo peso molecular.

La anticoagulación profiláctica debe iniciarse después del tratamiento inicial, durante 6 a 12 semanas y hasta las 6 semanas después del parto. Para la TVP complicadas, se recomienda la profilaxis durante 4 a 6 meses. Los cuidados postparto deben ser muy precisos ya que las complicaciones embolicas aún se presentan 6 a 12 semanas después.

La posición de decúbito lateral izquierdo y la elevación de la pierna aumentan de manera significativa la velocidad de retorno en ambas extremidades inferiores, con paquetes de calor que estén húmedos y tibios para reducir el edema y proporcionar alivio sintomático.

Se realizó consejería anticonceptiva efectiva de acuerdo a la necesidad de la paciente, los riesgos y beneficios que conlleva la terapia anticonceptiva.

La decisión farmacológica después del parto debe ser decidido para cada paciente con una cuidadosa valoración de los riesgos y beneficios.

#### **4. CONCLUSIONES**

La vigilancia prenatal en pacientes con antecedentes de embolismo venoso, debe ser más meticuloso, tales cuidados pueden evitar el desarrollo de complicaciones durante el embarazo.

Se recomienda la tromboprofilaxis en pacientes catalogadas como embarazo de alto riesgo y mucho más en pacientes con antecedentes de embolismo venoso.

La Organización Mundial de la Salud avala que no existe incremento en el riesgo de enfermedad tromboembólica con el uso de anticonceptivos hormonales de tipo progestágenos incluye los de vía oral, los inyectables, los implantes y el dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel.

## 5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ana Cristina Mogollón Mariño. (2017). "Guía Práctica Clínica Para. *Universidad Nacional de Colombia*, 12-15.
- AURO MELIZA MONROY, A. D. (2014). ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA Y EMBARAZO. *GUÍA CLÍNICA DE FLASOG*, 5-17.
- Brenes, M. R. (2010). tRomboSIS VenoSAs. *ReVISTa medICA de CoStA RICA y CentRoAmeRICA* , 1.
- Dr. Ramón E. Coronado Mestre, D. L. (2008). Trombosis venosa profunda en pacientes embarazadas. *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencia*, 1.
- DR. REINALDO ROCA GODERICH. (2002). *Medicina Interna*. La Habana: Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas.
- Dra. Damaris Perez Leonard. (2013; 14(sup)). Diagnóstico clínico de la trombosis venosa profunda. *Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascul.*, 2.
- Dra. María Paz Balbina Suárez. (2011). Trombosis venosa profunda en obstetricia. *ANESTESIOLOGÍA*, 2.
- G. Espinosa Garrigaa, J. R. (9 de 5 de 2002). un paciente con trombosis venosa. *medicina integral*, elsevier.
- M. Fernando Ferrer, E. E. (6 nov. 2014). Trombosis venosa en el embarazo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 3-7.
- María Luisa Cañete Palomo. (2003). Hospital Virgen de la Salud. *URGENCIAS EN GINECOLOGÍA*, 269.
- Pablo Andrés Merchán del Hierro, J. F. (2016). Trombosis de Vena Cava Inferior. *CASO CLÍNICO*, 216.
- Sanchez, k. T. (2014). TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA. *REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA LXXI*, 716-117.
- Tigmaza López, Juan Carlos. (Marzo, 2015). TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA". *ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO*, 24.

## 6. ANEXOS

### Biometría al momento del ingreso de la paciente

F. Orden: 18-03-2018      Cama:      CI: 1206280883  
 F. Ingreso: 18-03-2018      Área:      Edad: 27 años  
 Medico: Roberto Carlos Arpi Rivera      Sexo: MUJER

#### Resultados

##### Enzimas

Examen	Resultado	Unidad	Rango Referencial
TGO (AST)	19	U/L	HASTA 32
TGP (ALT)	8	U/L	HASTA 32

\* Sin valor legal, para ese efecto acerquese al Laboratorio Principal

Usuario Valida: MARITZA LAMILLA ESCUDERO  
 18/03/2018 13:47:21

GRUPO SANGUINEO	O		
FACTOR RH	POSITIVO		
<b>Hemograma</b>			
LEUCOCITOS	9.98	10 <sup>3</sup> /uL	4 - 10
HEMATIES	* 3.44	x 10 <sup>6</sup> /ÅµL	3.5 - 5
HEMATOCRITO	* 29.7	%	37 - 47
HEMOGLOBINA	* 9.0	g/dl	11 - 15
MCV	86.3	fL	80 - 100
MCH	* 26.2	pg	27 - 34
MCHC	* 30.3	g/dl	32 - 36
RDW-CV	14.1	%	11 - 16
RDW-SD	43.3	fL	35 - 56
PLAQUETAS	226	10 <sup>3</sup> /uL	150 - 450
VPM	9.6	fL	6.5 - 12
NEUTROFILOS%	* 74.1	%	50 - 70
LINFOCITOS%	* 17.3	%	20 - 40
MONOCITOS%	6.9	%	3 - 12
EOSINOFILOS%	1.3	%	0.5 - 5
BASOFILOS%	0.4	%	0 - 1
NEUTROFILOS#	* 7.39	10 <sup>3</sup> /uL	1.5 - 7
LINFOCITOS#	1.73	10 <sup>3</sup> /uL	1.6 - 4
MONOCITOS#	0.69	10 <sup>3</sup> /uL	> 0.90
EOSINOFILOS#	0.13	10 <sup>3</sup> /uL	> 0.40
BASOFILOS#	0.04	10 <sup>3</sup> /uL	> 0.10

F. Orden: 18-03-2018      Cama:      CI: 1206280883  
 F. Ingreso: 18-03-2018      Área:      Edad: 27 años  
 Medico: Roberto Carlos Arpi Rivera      Sexo: MUJER

#### Resultados

##### Hemostasia

Examen	Resultado	Unidad	Rango Referencial
TP/tpt			
TP	* 16	seg	10 - 14

\* Sin valor legal, para ese efecto acerquese al Laboratorio Principal

Usuario Valida: MARITZA LAMILLA ESCUDERO

## Control de tiempo de coagulación

F. Orden: 28-03-2018  
 F. Ingreso: 28-03-2018  
 Medico: Sandra Del Rosario Camacho Ocaña

Cama:  
 Área:

CI: 1206280883  
 Edad: 27 años  
 Sexo: MUJER

### Resultados

#### Hemostasia

Examen	Resultado	Unidad	Rango Referencial
<b>TP/tpt</b>			
TP	* 15	seg	10 - 14

\* Sin valor legal, para ese efecto acerquese al Laboratorio Principal

Usuario Valida: MARITZA LAMILLA ESCUDERO  
 28/03/2018 21:05:52

TIEMPO DE COAGULACION	6MIN 30SEG	min.seg	5 - 10
<b>Hemograma</b>			
LEUCOCITOS	7.09	10 <sup>3</sup> /uL	4 - 10
HEMATIES	* 3.47	x 10 <sup>6</sup> /ÅµL	3.5 - 5
HEMATOCRITO	* 30.3	%	37 - 47
HEMOGLOBINA	* 9.3	g/dl	11 - 15
MCV	87.3	fL	80 - 100
MCH	* 26.8	pg	27 - 34
MCHC	* 30.7	g/dl	32 - 36
RDW-CV	* 16.2	%	11 - 16
RDW-SD	48.2	fL	35 - 56
PLAQUETAS	254	10 <sup>3</sup> /uL	150 - 450
VPM	9.3	fL	6.5 - 12
NEUTROFILOS%	* 71.9	%	50 - 70
LINFOCITOS%	* 18.5	%	20 - 40
MONOCITOS%	7.5	%	3 - 12
EOSINOFILOS%	1.7	%	0.5 - 5
BASOFILOS%	0.4	%	0 - 1
NEUTROFILOS#	5.10	10 <sup>3</sup> /uL	1.5 - 7
LINFOCITOS#	* 1.31	10 <sup>3</sup> /uL	1.6 - 4
MONOCITOS#	0.53	10 <sup>3</sup> /uL	> 0.90
EOSINOFILOS#	0.12	10 <sup>3</sup> /uL	> 0.40
BASOFILOS#	0.03	10 <sup>3</sup> /uL	> 0.10

\* Sin valor legal, para ese efecto acerquese al Laboratorio Principal

Usuario Valida: MARITZA LAMILLA ESCUDERO  
 28/03/2018 20:50:55

F. Orden: 28-03-2018  
 F. Ingreso: 28-03-2018  
 Medico: Sandra Del Rosario Camacho Ocaña

Cama:  
 Área:

CI: 1206280883  
 Edad: 27 años  
 Sexo: MUJER

## Resultados

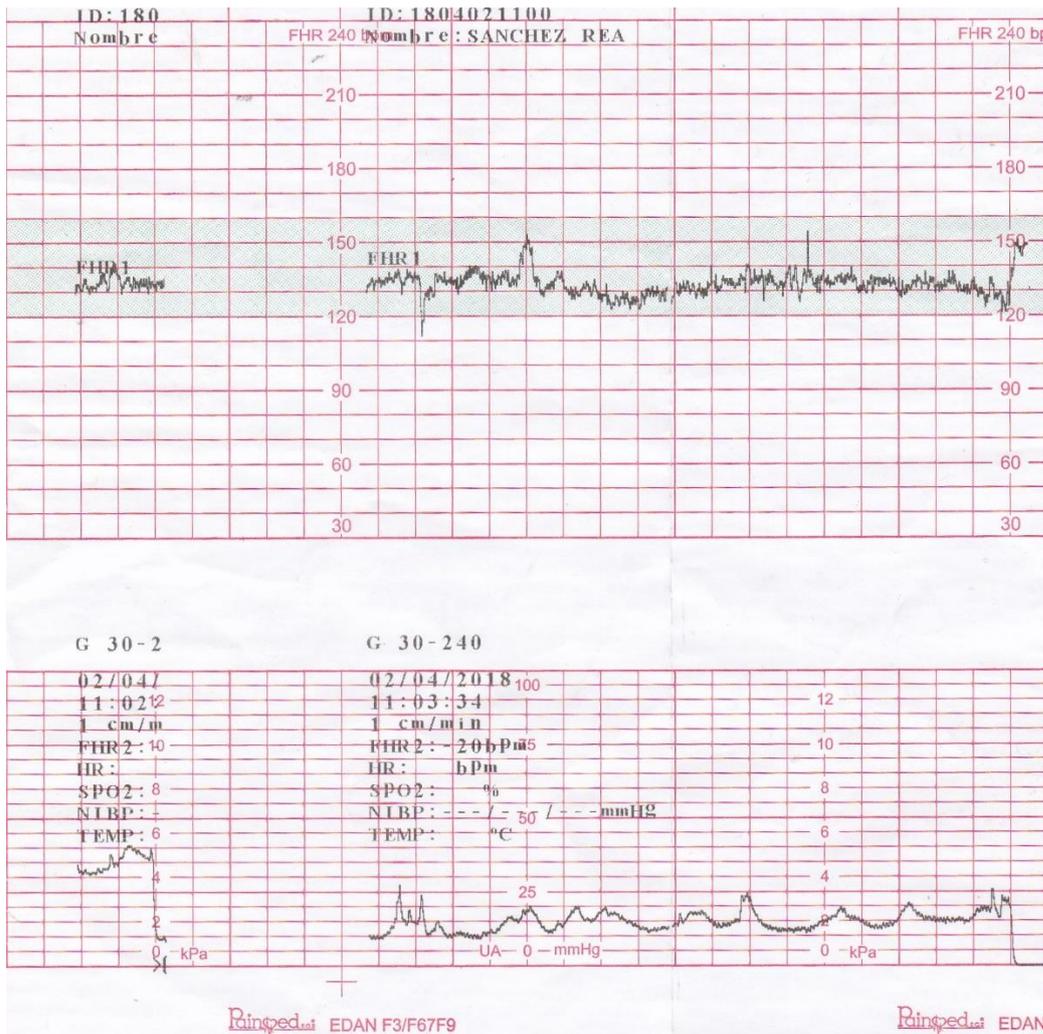
### Bioquímica Sanguínea

Examen	Resultado	Unidad	Rango Referencial
<b>Bilirrubinas</b>			
BILIRRUBINA TOTAL	0.40	mg%	hasta 1.2
BILIRRUBINA DIRECTA	0.14	mg%	0.1 - 0.3
BILIRRUBINA INDIRECTA	0.26	mg%	HASTA 1.0
UREA	* 12.8	mg/dl	15 - 40
CREATININA	0.82	mg/dl	0.50 - 1.20

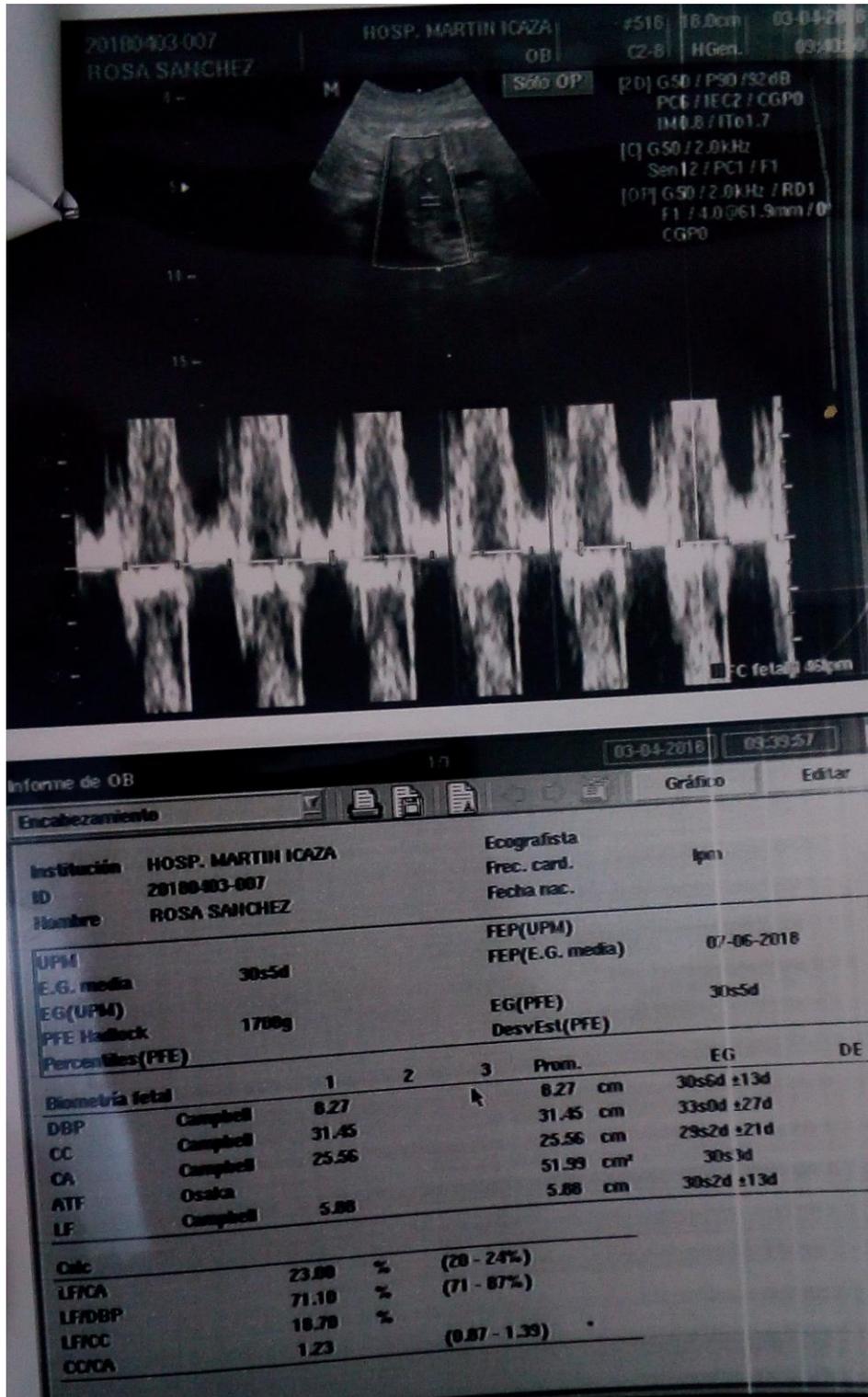
\* Sin valor legal, para ese efecto acerquese al Laboratorio Principal

Usuario Valida: MARITZA LAMILLA ESCUDERO  
 28/03/2018 21:28:21

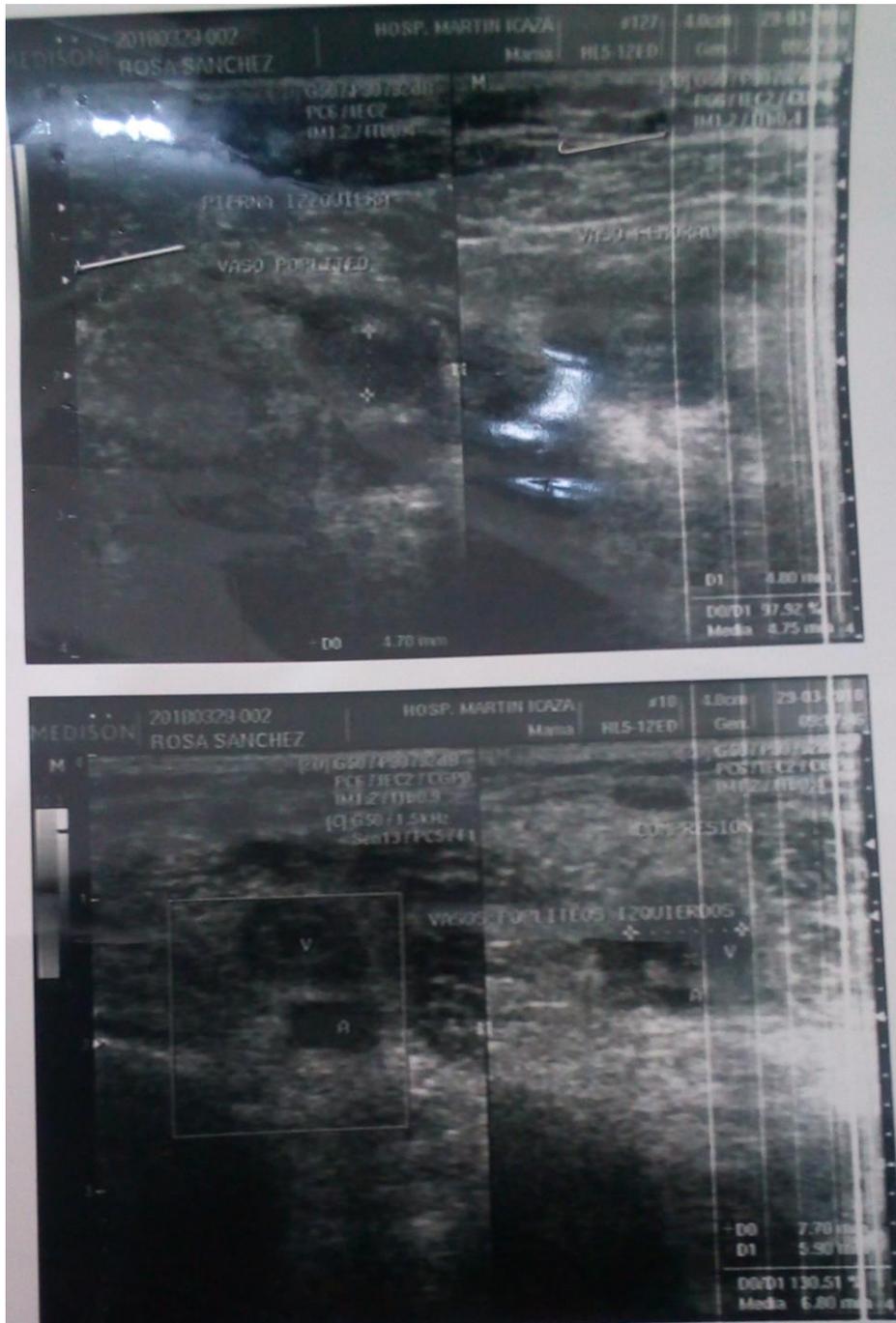
## Monitoreo fetal



## Ecografía obstétrica de la paciente



# Eco Doppler de Miembro inferior izquierdo





**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**Facultad de Ciencias de la Salud**  
**SECRETARÍA GENERAL**



**PERIODO TITULACIÓN:**

**Inicio:** 15 de mayo del 2018

**Finalización:** 12 de octubre del 2018



**CERTIFICADO DE MATRICULA N°:** 263-FSC-TIT- 2018

SECRETARÍA GENERAL DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA  
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO.

**CERTIFICA:**

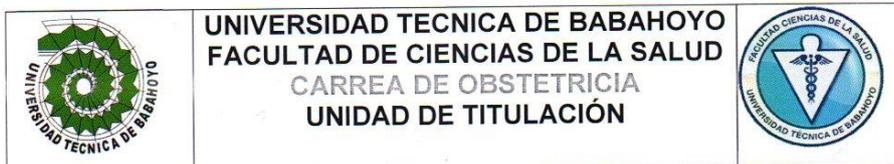
Que el (la) Sr. (Srta.) **ZAMBRANO LOOR DIANA JESSENIA** con C.I. 0804159051 Previo al cumplimiento de los requisitos académicos y legales se encuentra matriculado (a) en el **PROCESO DE TITULACION** de la carrera de **OBSTETRICIA** de la **ESCUELA DE OBSTETRICIA** en la modalidad de titulación EXAMEN COMPLEXIVO

Babahoyo, 21 de junio del 2018

Abg. Carlos Freire Nivelá

**SECRETARIO GENERAL F.C.S.**





#### APROBACION DEL TUTOR

YO, **HUGOLINO ORELLANA GAIBOR**, en calidad de Docente Tutor de la propuesta del Tema del Caso Clínico (**Componente Practico**): **“TROBOSIS VENOSA PROFUNDA EN PACIENTE DE 27 AÑOS MAS EMBARAZO DE 30 SEMANAS”**, elaborado por el estudiante egresada: **DIANA JESSENIA ZAMBRANO LOOR**, de la Carrera de **OBSTETRICIA** de la Escuela de OBSTETRICIA, en la Facultad de ciencia de la salud de la universidad técnica de Babahoyo, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el trabajo investigativo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación determinado por la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo a los 3 días del mes de Julio del año 2018



Firma del Docente – Tutor

HUGOLINO ORELLANA GAIBOR

C.I: 1201835467



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHYO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE OBSTETRICIA  
CARRERA DE OBSTETRICIA  
UNIDAD DE TITULACIÓN**



Babahoyo, 4 de Julio del 2018

Dra. Alina Izquierdo Cirer. MSc.  
**COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHYO**  
Presente.-

De mi consideración:

Por medio de la presente, yo, **DIANA JESSENIA ZAMBRANO LOOR**, con cédula de ciudadanía **0804159051**, egresado(a) de la Carrera de OBSTETRICIA, de la Facultad de Ciencias de la Salud, me dirijo a usted de la manera más comedida para hacerle la entrega de la Propuesta del tema del Caso Clínico (Dimensión Práctica): **TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EN PACIENTE DE 27 AÑOS MÁS EMBARAZO DE 30 SEMANA**, el mismo que fue aprobado por el Docente Tutor: Dr. **HUGOLINO ORELLANA GAIBOR**

Esperando que mi petición tenga una acogida favorable, quedo de usted muy agradecida.

Atentamente,

**Diana Jessenia Zambrano Loor**  
C.I 0804159051





UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
 UNIDAD DE TITULACIÓN  
 PERÍODO MAYO-OCTUBRE 2018  
 CARRERA OBSTETRICIA



FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO: 28/09/2018

REGISTRO DE TUTORIAS DEL CASO CLINICO (ETAPA FINAL)

NOMBRE DEL DOCENTE TUTOR: Dra. Huguolina Orellana Garbón FIRMA: \* [Firma]  
 TEMA DEL CASO CLINICO: Trombosis Venosa Profunda en paciente de 27 años con embarazo de 30 semanas.  
 NOMBRE DEL ESTUDIANTE: Diana Jossiana Zambrano For  
 CARRERA: OBSTETRICIA

Horas de Tutorías	Fecha de Tutorías	Tema tratado	Tipo de tutoría		Porcentaje de Avance	Docente	FIRMAN	Estudiante
			Presencial	Virtual				
1	27-7-2018	Revisión de Introducción y Justificación		X	100%	Hugo Orellana	[Firma]	Diana Zambrano
1	6-8-2018	Revisión de Objetivos		X	100%	Hugo Orellana	[Firma]	Diana Zambrano
2	17-8-2018	Revisión del marco Teórico	X		60%	Hugo Orellana	[Firma]	Diana Zambrano
1	24-8-2018	Corrección del marco teórico	X		100%	Hugo Orellana	[Firma]	Diana Zambrano
2	29-9-2018	Revisión del seguimiento del caso	X		70%	Hugo Orellana	[Firma]	Diana Zambrano
1	3-9-2018	Corrección del seguimiento del caso y conclusión	X		100%	Hugo Orellana	[Firma]	Diana Zambrano
2	10-9-2018	Revisión General del caso clínico	X		100%	Hugo Orellana	[Firma]	Diana Zambrano

Obs. Jilian Muñoz Solorzano Misc.  
 COORDINADOR DE TITULACIÓN  
 CARRERA DE OBSTETRICIA



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE OBSTETRICIA**  
**CARRERA DE OBSTETRICIA**  
**UNIDAD DE TITULACION**



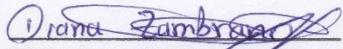
Babahoyo, 20 de Septiembre del 2018

Dra. Alina Izquierdo Cirer. MSc.  
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
Presente.

De mis consideraciones:

Por medio de la presente, Yo, **Diana Jessenia Zambrano Loor**, con cédula de ciudadanía **080415905-1**, egresada de la Escuela de Obstetricia, Carrera Obstetricia de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, me dirijo a usted de la manera más comedida para hacer la entrega de los tres anillados en la Etapa final del Caso Clínico, cuyo tema es: **TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EN PACIENTE DE 27 AÑOS MÁS EMBARAZO DE 30 SEMANAS**, para que pueda ser evaluado por el Jurado asignado por el H. Consejo Directivo determinado por la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo.

Atentamente

  
**Diana Jessenia Zambrano Loor**  
C.I.: 080415905-1