



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



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE BIENESTAR Y SALUD
CARRERA DE OBSTETRICIA**

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

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLINICO

**“CONDUCTA OBSTÉTRICA EN PRIMIGESTA DE 14 AÑOS DE EDAD CON
EMBARAZO GEMELAR DE 34.4 SEMANAS CON PREECLAMPSIA LEVE”**

AUTOR

MARIUXI ISAMAR RUELA HERNÁNDEZ

TUTOR

DRA. MAITE MAZACON MORA

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

2022



Índice

- 1. TEMA**
- 2. Resumen**
- 3. INTRODUCCIÓN**

Marco teórico

1.1 Justificación

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo general

1.2.2 Objetivo específico

1.3 DEFINICIÓN.

1.4 Tipos de gemelos

1.5 ¿Cuáles son las causas del embarazo múltiple?

1.6 Complicaciones de un embarazo múltiple

1.7 ¿Cómo se diagnostica un embarazo múltiple?

1.8 Descripción general Amenaza de Parto Prematuro

1.9 Factores de riesgo

1.10 CORTICOIDES PARA MADURACIÓN PULMONAR FETAL

1.11 ¿Qué es la anemia?

1.12 Clasificación de la anemia según la severidad clínica

1.13 Esquema sugerido para suplementación diaria de hierro más ácido fólico en mujeres embarazadas

1.14 ¿Qué es la hipertensión gestacional?

1.15 ¿Cuáles son las causas de la hipertensión gestacional?



1.16 Prevención primaria de la preeclampsia

1.17 Prevención de trastornos hipertensivos

1.18 Datos generales

2 METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

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

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

2.3 Examen físico (exploración clínica).

2.4 Información de exámenes complementarios realizados

2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.

2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y

de los procedimientos a realizar.

2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando

valores normales.

2.8 Seguimiento.

2.9 Observaciones

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS



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



TEMA

“CONDUCTA OBSTÉTRICA EN PRIMIGESTA DE 14 AÑOS DE EDAD CON EMBARAZO GEMELAR DE 34.4 SEMANAS CON PREECLAMPSIA LEVE”



Resumen

El embarazo gemelar o embarazo múltiple representa un riesgo obstétrico tanto para la madre como para los fetos por ser un embarazo de alto riesgo, a través del tiempo es más común que se den este tipo de embarazo por diferentes causas como mayor edad de la madre, multiparidad, raza, herencia genética, pero es muy poco común que este tipo de embarazo se de en una adolescente.

Al ser un embarazo de alto riesgo obstétrico estos embarazos gemelares por lo general desarrollan diferentes complicaciones como preeclampsia, anemia, amenaza de parto prematuro, siendo los trastornos hipertensivos una de las principales causas de muerte materna.

A este caso que se presentó en el Hospital Básico Nicolas Cotto Infante se le dio seguimiento a lo largo de la evolución del embarazo, con los controles prenatales ecografía monitoreos exámenes de laboratorio quienes determinan el estado de la madre y los fetos.

En este caso clínico se presenta las diferentes situaciones a la que se enfrentan los profesionales de salud debido a las situaciones adversas que se presentan en el embarazo.

Palabra clave: embarazo adolescente, Gemelar, Preeclampsia

Summary

Twin pregnancy or múltiple pregnancy represents an obstetric risk both for the mother and for the fetuses because it is a high-risk pregnancy, over time it is more common for this type of pregnancy to occur for different reasons such as older age of the mother, multiparity, race, genetic inheritance, but it is very rare for this type of pregnancy to occur in an adolescent.

Being a high-risk obstetric pregnancy, these twin pregnancies usually develop different complications such as preeclampsia, anemia, threat of premature birth, with hypertensive disorders being one of the main causes of maternal death.



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



This case, which was presented at the Nicolas Cotto Infante Basic Hospital, was followed up throughout the evolution of the pregnancy, with prenatal controls, ultrasound, monitoring of laboratory tests, which determine the state of the mother and the fetuses.

This clinical case presents the different situations that health professionals face due to the adverse situations that occur during pregnancy.

Key Word: adolescent pregnancy, Twin, Preeclampsia

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es el período en la vida de una persona que comprende entre los 10 y los 19 años. En algunos casos la adolescencia se ve interrumpida cuando la joven se queda un embarazo. Y es que, una de cada cinco mujeres en el mundo ya tiene un hijo antes de los 18 años y cada año se producen 16 millones de nacimientos de mamás adolescentes. En las regiones más pobres del planeta una de cada tres mujeres son madres en la adolescencia.

Riesgos y consecuencias en el embarazo adolescente.

Según los expertos, la edad más apropiada para ser madre es entre los 20 y los 35 años, ya que el riesgo para la salud de la madre y el niño es mucho menor. El embarazo en la adolescencia se considera de alto riesgo y conlleva más complicaciones, la adolescente no está preparada ni física ni mentalmente para tener un bebé y asumir la responsabilidad de la maternidad. (embarazo adolescente: riesgo y consecuencia , 2018)

El embarazo gemelar se presenta en 1 de cada 100 embarazos y su frecuencia ha aumentado en los últimos años como resultado de técnicas de fertilización asistida y la mayor edad materna. Por definición, es un embarazo de alto riesgo dado su mayor asociación con enfermedades del embarazo.



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



El parto prematuro es la principal complicación, seguido de síndromes hipertensivos y restricción de crecimiento fetal. (conde)

Un embarazo es considerado múltiple cuando en el útero materno se desarrollan en forma simultánea dos o más embriones. En la especie humana lo habitual es la concepción de un hijo por vez. (haggies)

El embarazo múltiple Al ser un embarazo de mayor riesgo obstétrico por presentar diferentes complicaciones requiere ser de mayor cuidado gineco-obstetra para llevar un correcto

En el presente caso se explica la evolución de una paciente primigesta adolescente de 14 años de edad con embarazo gemelar y las diferentes complicaciones que se le presentaron en el transcurso del embarazo. A las 34 semanas termino desarrollando preeclampsia y esta complicación hizo que finalizara el embarazo y sin ninguna complicación materno fetal.

MARCO TEÓRICO

1.1 JUSTIFICACIÓN

El presente caso está dirigido a evaluar y dar seguimiento embarazo gemelar en una adolescente de 14 años que por ser un embarazo de alto riesgo obstétrico por las diferentes complicaciones que se presentan en estos embarazos, no es frecuentes que se de este tipo de embarazos en una adolescente ni tampoco que se de en esta casa de salud por ser una unidad hospitalaria de segundo nivel y con escasa capacidad resolutive.

Los controles prenatales que tuvo la paciente y las diferentes complicaciones que presento hizo posible que se siguiera de cerca con este caso poco frecuente en esta casa de salud al final tuvo que ser referida a una casa de salud con mayor capacidad resolutive de la cual no hubo respuesta positiva pero que la paciente tuvo q irse por sus propios medios a una unidad de salud con mayor capacidad resolutive en la cual finalizo el embarazo en feliz término y no hubo complicaciones materno fetal



1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo General

- Analizar la evolución de conducta obstétrica en primigesta de 14 años de edad con embarazo gemelar de 34 semanas con preeclampsia severa.

1.2.2 Objetivo Especifico

- Identificar los factores predisponentes de desarrollar preeclampsia en un embarazo gemelar
- Detallar el tratamiento aplicado en embarazo gemelar de 34 semanas de gestación con preeclampsia

1.3 DEFINICIÓN.

El embarazo múltiple se presenta cuando se desarrollan al mismo tiempo dos o más productos de la concepción, aunque en forma natural en la mayoría de los casos en que esto ocurre sólo son dos productos, lo que se conoce como embarazo gemelar.

Se considera un embarazo gemelar a aquel en que se conciben dos productos de la concepción durante la misma gestación; puede presentarse de dos formas: los gemelos dicigóticos (fraternos) y monocigóticos (idénticos). (Serna)

Los embarazos múltiples se han incrementado en los últimos años como resultado de la disponibilidad de tecnologías de reproducción asistida y por el envejecimiento de la población materna.

En comparación con los embarazos únicos, los embarazos múltiples se catalogan como embarazo de alto riesgo tanto para la madre como para los fetos, dado su mayor asociación con trastornos hipertensivos, diabetes mellitus gestacional, anemia, parto prematuro, hemorragias preparto y posparto y muerte materna. (Wu, gestacion multiple , 2018)



1.4 Tipos de gemelos

Los gemelos pueden ser:

- Monocigóticos o gemelos idénticos (1 óvulo + 1 espermatozoide).
- Dicigóticos o gemelos no idénticos, que son los que clásicamente se denominan mellizos (2 óvulos + 2 espermatozoides).

Monocigóticos o gemelos idénticos

Son aquéllos en los que tras la fecundación de 1 óvulo y 1 espermatozoide se forma un huevo, y durante los siguientes 14 días, mientras se va desarrollando, sufre una división por causas desconocidas. Se obtienen así dos huevos idénticos que se conocen como gemelos. El 25% de los gemelos son de este tipo.

Se caracterizan por:

- Serán del mismo sexo.
- Se parecerán mucho en cuanto a color de los ojos, tamaño, etc.

Dentro de este grupo de gemelos monocigóticos existen diferentes tipos, según compartan placenta, bolsa de aguas y cordón umbilical:

Monocigóticos monoplacentarios biamnióticos:

- 1 placenta.
- bolsas de aguas.
- cordones umbilicales.

Monocigóticos monoplacentarios monoamnióticos:

- 1 placenta.
- 1 bolsa de aguas.
- cordones umbilicales.

Monocigóticos diplacentarios biamnióticos:

- placentas.



- bolsas de aguas.
- 2 cordones umbilicales.

Dicigóticos o gemelos no idénticos

Son aquéllos que se originan por la fecundación de dos óvulos con dos espermatozoides.

Esta unión puede ser espontánea, debida a que en un ciclo menstrual la mujer tenga dos óvulos del mismo ovario o un óvulo de cada ovario. El 75% de los gemelos son de este tipo y son los que clásicamente se denominan mellizos.

Se caracterizan por:

Podrán tener o no el mismo sexo.

Podrán presentar características físicas diferentes, como los hermanos nacidos de dos embarazos diferentes. (ginecologica)

1.5 ¿Cuáles son las causas del embarazo múltiple?

Existen numerosos factores relacionados con un embarazo múltiple. Los factores naturales incluyen los siguientes:

Herencia

Un antecedente familiar de embarazo múltiple aumenta las probabilidades de tener mellizos.

Edades avanzadas

Las mujeres de más de 30 tienen mayores probabilidades de una concepción múltiple. Actualmente, muchas mujeres postergan la maternidad hasta una edad más avanzada y, como resultado, pueden tener mellizos.

Alto número de partos previos

El haber tenido uno o más embarazos previos, sobre todo un embarazo múltiple, aumenta las probabilidades de tener un embarazo múltiple.



Raza

Las mujeres afroamericanas tienen más probabilidades de tener mellizos que cualquier otra raza. Los asiáticos y habitantes originarios de EE. UU. poseen las tasas de mellizos más bajas. Las mujeres caucásicas, especialmente las mayores de 35 años, tienen la tasa más alta de nacimientos múltiples de más de dos fetos (trillizos o más).

Otros factores que han aumentado en gran medida la tasa de nacimientos múltiples en los últimos años incluyen las tecnologías reproductivas, incluidas las siguientes:

Los medicamentos que estimulan de la ovulación, tales como el citrato de clomifeno y la hormona de estimulación de folículos (HEF), ayudan a producir gran cantidad de óvulos que, si se fecundan, pueden dar lugar a bebés múltiples.

Las tecnologías de reproducción asistida, que incluyen la fecundación in vitro (FIV) y otras técnicas, pueden ayudar a las parejas a concebir. Estas tecnologías a menudo usan medicamentos que estimulan la ovulación para producir varios óvulos, que luego se fecundan en el laboratorio y se regresan al útero para que se desarrollen. (health)

1.6 Complicaciones de un embarazo múltiple

¿Por qué un embarazo múltiple puede ser un problema?

Tener un embarazo múltiple es algo emocionante y claro resulta a menudo un evento feliz para varias parejas. Sin embargo, un embarazo múltiple representa mayores riesgos sufrir alguna complicación a lo largo del embarazo. Entre las complicaciones más comunes tenemos las siguientes:

Parto y nacimiento prematuros: Esta complicación se presenta en más del 60% en los embarazos múltiples y por lo general los embarazos gemelares (nacen antes de las 37 semanas). Eso quiere decir que mientras más productos de la concepción hay en un embarazo mayor es el riesgo de sufrir un parto prematuro. Los bebés



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



prematuros que nacen antes de que sus cuerpos y órganos estén completamente maduros. Estos niños a menudo presentan complicaciones como: un bajo peso al nacer (menos de 2,500 gramos o 5.5 libras) y es posible que sufran el síndrome de distrés respiratorio, dificultad para comer y combatir infecciones, hasta para mantener su temperatura corporal. Los bebés que nacen muy prematuros, antes de las 28 semanas, son especialmente vulnerables a sufrir cualquiera de estas complicaciones. Es muy probable que muchos de sus órganos aun no estén listos para la vida fuera del claustro materno y es probable que estén demasiado inmaduros para que puedan funcionar correctamente. Muchos bebés que nacen prematuramente necesitarán recibir atención en una unidad neonatal de cuidados intensivos (NICU, por sus siglas en inglés).

Hipertensión gestacional: Las mujeres con varios fetos tienen de dos a cinco veces más probabilidades de desarrollar alta presión durante el embarazo. Este trastorno a menudo se desarrolla antes y es más grave que en el embarazo de un solo bebé. La alta presión sanguínea puede aumentar las probabilidades de abrupción placentaria (desprendimiento prematuro de la placenta).

Anemia: La anemia es más común en los embarazos múltiples que en los de un solo bebé.

Defectos de nacimiento: Los bebés de nacimientos múltiples tienen mayor riesgo de desarrollar anomalías congénitas (presentes en el nacimiento), incluidos defectos del tubo neural (como espina bífida), trastornos gastrointestinales y anomalías cardíacas.

Aborto espontáneo: Existe un fenómeno que se puede producir en un embarazo múltiple y que se denomina síndrome del gemelo evanescente, en el cual se diagnostica más de un feto, pero uno desaparece (o se pierde por aborto espontáneo), generalmente durante el primer trimestre. Esto puede estar acompañado o no por sangrado. El riesgo de pérdida del embarazo aumenta en los últimos trimestres también.



Síndrome de transfusión feto-fetal: El síndrome de transfusión feto-fetal (TTTS, por sus siglas en inglés) es un trastorno de la placenta que se desarrolla solo en gemelos monocigóticos que comparten la placenta. Los vasos sanguíneos se conectan dentro de la placenta y desvían la sangre desde un feto hacia el otro. Se produce en alrededor del 15% de los gemelos que comparten la placenta.

En el TTTS, la sangre se desvía desde un feto hacia el otro a través de las conexiones de vasos sanguíneos en una placenta compartida. Con el tiempo, el feto destinatario recibe demasiada sangre, lo cual puede sobrecargar el sistema cardiovascular y causar un exceso de líquido amniótico. El feto donante más pequeño no recibe suficiente sangre y posee una cantidad reducida de líquido amniótico. (health)

Consecuencia del embarazo múltiple

El embarazo múltiple está asociado a un mayor riesgo para la integridad de la madre y el recién nacido. La mortalidad materna es 2.5 veces mayor. El riesgo de preeclampsia es 3 veces mayor en mujeres con embarazo gemelar y hasta 9 en trillizos. Las mujeres con embarazo múltiple tienen casi 6 veces más probabilidades de ser hospitalizadas por complicaciones incluyendo preeclampsia, parto pretérmino, rotura prematura de membrana, desprendimiento prematuro de placenta, pielonefritis y hemorragia posparto. El riesgo de parto pretérmino también se presenta en el 50% de los casos de los embarazos gemelares y hasta el 10% de los nacimientos gemelos suceden antes de las 32 semanas. (social)

1.7 ¿Cómo se diagnostica un embarazo múltiple?

Muchas mujeres sospechan que están embarazadas de más de un bebé. El diagnóstico de fetos múltiples puede producirse al inicio del embarazo, especialmente si se usaron tratamientos de fertilidad. Además de una historia clínica y examen físico completos, el diagnóstico se puede obtener mediante lo siguiente:

Análisis de sangre para detectar embarazo: Los niveles de gonadotropina coriónica humana (hCG) pueden ser bastante altos con un embarazo múltiple.



Alfa-fetoproteína: Los niveles de una proteína liberada por el hígado del feto y que se encuentra en la sangre materna pueden ser altos cuando más de un feto está produciendo dicha proteína.

Ecografía: Se trata de una técnica de diagnóstico por imágenes que utiliza ondas sonoras de alta frecuencia para crear imágenes de vasos sanguíneos, tejidos y órganos. Las ecografías se pueden realizar con un transductor vaginal, especialmente al inicio del embarazo, o con un transductor abdominal en etapas más avanzadas del embarazo. La ecografía es la técnica más efectiva de diagnóstico para saber si está esperando uno o más feto. (health)

1.8 Descripción general Amenaza de Parto Prematuro

El parto prematuro se produce cuando las contracciones regulares provocan la apertura del cuello del útero después de la semana 20 y antes de la semana 37 del embarazo.

El parto prematuro puede producir un nacimiento prematuro. Cuanto antes ocurra el nacimiento prematuro, mayores serán los riesgos para la salud de tu bebé. Muchos bebés prematuros (recién nacidos prematuros) necesitan atención médica especial en la unidad de cuidados intensivos neonatales. Los recién nacidos prematuros también pueden tener discapacidades mentales y físicas a largo plazo.

La causa específica del parto prematuro a menudo no está clara. Ciertos factores de riesgo pueden aumentar la probabilidad de un parto prematuro, pero el parto prematuro también puede ocurrir en mujeres embarazadas sin factores de riesgo conocidos.

Síntomas

Los signos y síntomas del parto prematuro comprenden los siguientes:

- Sensaciones regulares o frecuentes de endurecimiento del abdomen (contracciones)
- Dolor sordo, leve y constante en la espalda



- Sensación de presión en la pelvis o en la región inferior del abdomen
- Cólicos leves
- Manchado o sangrado vaginal leve
- Rotura prematura de las membranas: pérdida continua de líquido, en forma de chorro o goteo, después de que se rompa o se desgarre la membrana alrededor del bebé
- Cambio en el tipo de flujo vaginal (acuoso, con aspecto de mucosidad o sanguinolento)

1.9 Factores de riesgo

El parto prematuro puede afectar a cualquier embarazo. No obstante, se vincularon muchos factores a un mayor riesgo de trabajo de parto prematuro, incluidos los siguientes:

- Trabajo de parto prematuro o nacimiento prematuro anterior, en especial, en el embarazo más reciente o en más de un embarazo anterior
- Embarazo de mellizos, trillizos o más
- Cuello del útero acortado
- Problemas con el útero o la placenta
- Tabaquismo o consumo de drogas ilegales
- Ciertas infecciones, particularmente del líquido amniótico y del tracto genital inferior
- Algunas afecciones crónicas, como la alta presión arterial, la diabetes, las enfermedades autoinmunitarias y la depresión.
- Si ocurren eventos estresantes del ciclo vital, como la muerte de un ser querido
- Exceso de líquido amniótico (polihidramnios)
- Sangrado vaginal durante el embarazo
- Presencia de un defecto congénito en el feto



- Un intervalo de menos de 12 meses - o de más de 59 meses - entre embarazos
- La edad de la madre, tanto joven como mayor
- Raza y etnia negra no hispana (clínic)

1.10 CORTICOIDES PARA MADURACIÓN PULMONAR FETAL

La administración de corticoides entre las 24 y 34 semanas de gestación es una medida eficaz para disminuir la mortalidad y morbilidad perinatal (distrés respiratorio, requerimiento de oxigenoterapia y soporte ventilatorio, hemorragia intraventricular y enterocolitis necrotizante) secundarias a la prematuridad. Las pautas con las que se ha demostrado esta disminución de la morbi-mortalidad son:

Betametasona intramuscular (12 mg/24 horas, 2 dosis) o Dexametasona endovenosa (6 mg/12 horas, 4 dosis). (universitari)

En caso de amenaza de parto prematuro, la administración de corticoide antenatal a la madre promueve la maduración pulmonar fetal y disminuye la mortalidad perinatal, la incidencia y severidad del SDR del RN prematuro.

Se recomienda administrar corticoide en caso de amenaza de parto prematuro entre las 26 semanas y las 34 semanas de gestación, independientemente de la proximidad del parto

Se prefiere el uso de betametasona al de la dexametasona, pero ambas son opciones viables. La betametasona IM administrada en dos dosis de 12 mg cada 24 h y la dexametasona administrada en cuatro dosis de 6 mg IM con un intervalo de 12 horas entre dosis.

No se recomienda el uso de dosis repetidas en aquellas embarazadas que no han tenido aún el parto después de siete días

Fuente: Guía práctica Clínica de Recién Nacido Prematuro MSP 2015.

Elaborado por: estudiante egresada de obstetricia Mariuxi Ruela H.



1.11 ¿Qué es la anemia?

La anemia es una afección que se produce por tener muy pocos glóbulos rojos. Eso disminuye la capacidad que tienen los glóbulos rojos de transportar oxígeno o hierro. Las sustancias químicas (enzimas) de los tejidos que dependen del hierro pueden afectar el funcionamiento celular de los nervios y los músculos. Su bebé depende de la sangre de la madre. Si usted tiene anemia, es posible que su bebé no pueda crecer hasta alcanzar un peso saludable, quizás nazca antes (nacimiento prematuro) o tenga bajo peso al nacer.

¿Cuáles son los tipos más comunes de anemias que pueden producirse durante el embarazo?

Puede tener diferentes tipos de anemias durante el embarazo. Son las siguientes:

Anemia del embarazo. Durante el embarazo, una mujer tiene más cantidad de sangre. Esto hace que la concentración de glóbulos rojos en su cuerpo se diluya. Esto suele denominarse anemia del embarazo y no se la considera anormal, a menos que los niveles sean muy bajos.

Anemia ferropénica. Durante el embarazo, su bebé usa los glóbulos rojos de la madre para crecer y desarrollarse, en especial en los últimos tres meses de embarazo. Si usted tiene un exceso de glóbulos rojos almacenados en la médula ósea antes de quedar embarazada, puede usar esas reservas durante el embarazo para satisfacer las necesidades del bebé. Las mujeres que no tengan las reservas adecuadas de hierro pueden desarrollar anemia ferropénica. Es el tipo más común de anemia durante el embarazo. Es la falta de hierro en la sangre, que es necesario para producir hemoglobina (la parte de la sangre que distribuye oxígeno desde los pulmones hacia los tejidos del cuerpo). Es importante tener una buena nutrición antes de quedar embarazada para ayudar a crear estas reservas y evitar la anemia ferropénica.

Deficiencia de vitamina B12. La vitamina B12 es importante para la formación de glóbulos rojos y la síntesis de proteínas. Comer alimentos de origen animal, tales



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



como leche, carnes, huevos y aves, puede prevenir la deficiencia de vitamina B12. Las mujeres que no comen alimentos de origen vegetal (veganos) son las más propensas a tener deficiencia de vitamina B12. Las mujeres veganas estrictas suelen necesitar inyecciones de vitamina B12 durante el embarazo.

Deficiencia de folato. El folato, también denominado ácido fólico, es una vitamina B que colabora con el hierro en el crecimiento celular. Si no tiene suficiente folato durante el embarazo, puede tener una deficiencia de hierro, ya que el hierro y el ácido fólico se encuentran en los mismos tipos de alimentos. Las investigaciones muestran que el ácido fólico puede ayudar a disminuir el riesgo de tener un bebé con ciertos defectos de nacimiento en el cerebro o la médula espinal si se lo consume antes de la concepción y en las primeras etapas del embarazo.

¿Cuáles son los síntomas de la anemia?

Es posible que las mujeres con anemia del embarazo no tengan síntomas evidentes, a menos que los recuentos celulares sean muy bajos.

- Los síntomas de la anemia pueden ser diferentes para cada mujer. Algunos de los síntomas son:
- palidez de la piel, los labios, las uñas, las palmas de las manos y la parte inferior de los párpados;
- fatiga;
- vértigo o mareos;
- respiración dificultosa;
- ritmo cardíaco rápido (taquicardia).
- Los síntomas de la anemia en ocasiones pueden ser similares a los de otras afecciones o problemas médicos. Siempre vea a su proveedor de atención médica para obtener un diagnóstico. (health)

La anemia afecta a casi la mitad de todas las embarazadas en el mundo; al 52% de las embarazadas de los países en vías de desarrollo y al 23% de las embarazadas de los países desarrollados. Los principales factores de riesgo para desarrollar



anemia por deficiencia de hierro son: bajo aporte de hierro, pérdidas sanguíneas crónicas a diferentes niveles, síndromes de mala absorción y, períodos de vida en que las necesidades de hierro son especialmente altas. (MSP, 2014)

La anemia ferropénica es un problema de salud pública en países desarrollados y subdesarrollados con consecuencias graves en la salud y en el desarrollo social y económico. Puede ocurrir en todas las etapas de la vida, pero tiene mayor impacto en mujeres embarazadas, con tasas de prevalencia que oscilan entre el 35% y el 75%. (MSP, 2014)

1.12 Clasificación de la anemia según la severidad clínica

Clasificación por severidad	Descripción del problema por parámetros de reducción de hemoglobina
Anemia severa	< 7,0 g/dL
Anemia moderada	7,1 –10,0 g/dL
Anemia leve	10,1- 10,9 g/dL

Fuente: Guía práctica clínica MSP diagnóstico y tratamiento de anemia en el embarazo

Elaborado por: estudiante egresada de obstetricia Mariuxi Ruela H.

1.13 Esquema sugerido para suplementación diaria de hierro más ácido fólico en mujeres embarazadas

Composición de la suplementación	Hierro: 30 a 60 mg de hierro elemental Ácido fólico: 400 µg (0,4 mg)
Frecuencia	Un suplemento diario
Duración	Durante todo el embarazo, la suplementación con hierro más ácido



	fólico debería inicial, lo más temprano posible
Grupo objetivo	Todas las embarazadas: adolescentes y adultas
Lugar	Toda la población

fuelle: Guía práctica clínica MSP diagnóstico y tratamiento de anemia en el embarazo

Elaborado por: estudiante egresada de obstetricia Mariuxi Ruela H.

1.14 ¿Qué es la hipertensión gestacional?

La hipertensión gestacional es la presión arterial alta durante el embarazo. Se presenta en alrededor de 3 de cada 50 embarazos.

Esta afección es diferente de la hipertensión crónica. La hipertensión crónica se presenta cuando una mujer tiene presión arterial alta antes de quedar embarazada. También es diferente de la preeclampsia y la eclampsia. Estos son otros problemas relacionados con la presión arterial en el embarazo. (health)

Los trastornos hipertensivos, son una de las principales complicaciones que afectan el embarazo, lo cual los convierte en una de las causas más importante de alta tasa de morbimortalidad materna y fetal. Los trastornos hipertensivos se clasifican de acuerdo a características y criterios clínicos establecidos. Clásicamente, la preeclampsia se ha definido como la presencia de proteinuria más hipertensión arterial después de la semana 20 de gestación.

El 80% de los casos aproximadamente, se presentan durante el término de la edad gestacional, mientras que el porcentaje restante inicia a edades gestacionales más tempranas. Esto presenta un impacto en el pronóstico y resultado final, debido que, a mayor edad gestacional, existe mejor pronóstico, sin embargo, a menores edades, el riesgo aumenta y los resultados son desfavorables. Durante el control prenatal, a través de la historia clínica médica y obstétrica, cada mujer embarazada es valorada por factores de riesgo que predisponen a padecer este y otros trastornos, lo cual



permite iniciar las medidas preventivas de la forma correcta, para reducir el riesgo de sufrir alguna complicación posterior. (Carvo, 2020)

El término hipertensión en el embarazo (o estado hipertensivo del embarazo) describe un amplio espectro de condiciones cuyo rango fluctúa entre elevación leve de la presión arterial a hipertensión severa con daño de órgano blanco y grave morbilidad materno-fetal que puede ocurrir durante el embarazo, parto y posparto. (MSP G. D., 2016)

En todo el mundo, los trastornos hipertensivos constituyen una de las complicaciones más habituales del embarazo y son responsables de un importante porcentaje de morbilidad tanto materna como perinatal, especialmente en los lugares de escasos recursos.

Un análisis sistemático de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre las causas de muerte materna ha expuesto que los trastornos hipertensivos constituyen una de las principales causas de muerte materna en los países en vías de desarrollo, especialmente en África, América Latina y El Caribe. (MSP G. D., GUIAS DE TRASTORNOS HIPERTENSIVOS MSP, 2016)

1.15 ¿Cuáles son las causas de la hipertensión gestacional?

Los médicos no saben cuáles son las causas de esta afección. Las siguientes situaciones pueden aumentar su riesgo:

- Tener presión arterial alta antes del embarazo o en un embarazo anterior
- Tener enfermedad renal
- Tener diabetes
- Ser menor de 20 años o mayor de 40 años
- Tener un embarazo múltiple, como mellizos o trillizos
- Ser afroamericana. (health)



1.16 Prevención primaria de la preeclampsia

En lo referente a trastornos hipertensivos gestacionales, no se dispone aún de una prevención farmacológica efectiva. Mientras se desarrollan estrategias preventivas, se debe tomar en cuenta las siguientes evidencias en base al riesgo de la paciente. (MSP G. D., GUIA DE TRASTORNOS HIPERTENSIVOS MSP, 2016)

Factores de riesgo alto	2 0 mas factores de riesgo moderado
Trastorno hipertensivo en embarazo anterior (incluyendo preeclampsia)	Primer embarazo.
Enfermedad autoinmune como lupus eritematoso sistémico, trombofilias o síndrome antifosfolipídico	IMC > 25.
Diabetes mellitus tipo 1 y 2	Edad materna igual o mayor de 40 años.
Diabetes mellitus tipo 1 y 2	Embarazo adolescente.
Hipertensión crónica	Condiciones que lleven a hiperplacentación (por ejemplo placentas grandes por embarazo múltiple)
	Intervalo intergenésico mayor a 10 años.
	Antecedentes familiares de preeclampsia.
	Infección de vías urinarias.
	Enfermedad periodontal.

Fuente: Guía práctica clínica MSP trastornos hipertensivos en el embarazo

Elaborado por: estudiante egresada de obstetricia Mariuxi Ruela H.



1.17 Prevención de trastornos hipertensivos

Prevención Preeclampsia	
Acido Acetil Salicílico	En base a la evidencia actual, se recomienda la administración oral de 75 a 100 mg de ácido acetil salicílico todos los días a partir de las 12* semanas de embarazo hasta el parto en mujeres con alto riesgo para desarrollar preeclampsia o hipertensión gestacional.
Calcio	De acuerdo a la evidencia disponible, en mujeres con sospecha de ingesta baja de calcio (menor de 900 mg/día), y en especial en aquellas con alto riesgo de preeclampsia, se recomienda la suplementación de calcio 1,5 g de calcio elemental diario, dividido en tres tomas después de las comidas desde las 12 semanas de gestación hasta el parto.
Vitamina D	No se recomienda el consumo de Vitamina D para la prevención de preeclampsia.

Fuente: Guía práctica clínica MSP trastornos hipertensivos en el embarazo

Elaborado por: estudiante egresada de obstetricia Mariuxi Ruela H.

Tratamientos orales de trastornos hipertensivos en el embarazo.

Fármaco	Dosis diaria	Comentarios
---------	--------------	-------------



Nifedipina	10 – 40 mg diarios, 1 a 4 dosis	Bloquea los canales de calcio. No deben administrarse por vía sublingual para evitar el riesgo de hipotensión brusca. Seguro en lactancia.
Alfa metildopa	250 – 500 mg vía oral de 2 a 4 veces al día, máximo 2 g/día.	Agonista alfa adrenérgico central, que disminuye la resistencia periférica. Seguridad bien documentada para el feto y el recién nacido al corto y largo plazo
labetalol	100 a 400 mg vía oral cada 8 horas o cada 12 horas, máximo 1200 mg/ día	Bloqueador selectivo alfa-1 adrenérgico y no selectivo beta adrenérgico con actividad simpática intrínseca. Administrar con precaución durante la lactancia

Fuente: guía de práctica clínica MSP de trastornos hipertensivos en el embarazo.

Elaborado por: estudiante egresada de obstetricia Mariuxi Ruela H.

Tratamiento con sulfato de magnesio en preeclampsia

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

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

Fuente: guía de práctica clínica MSP de trastornos hipertensivos en el embarazo.

Elaborado por: estudiante egresada de obstetricia Mariuxi Ruela H.



1.18 Datos generales

Código: MOMOYOXI	Edad: 14 años
Género: Femenino	Fecha de nacimiento: 13/10/2006
Nacionalidad: Ecuatoriana	Ocupación: ama de casa
Nivel de estudio: 3ero de Colegio	raza: Mestizo
Religión: católico	Nivel socio económico: Bajo
Domicilio: Junquillo Sur	Hospital: Básico Nicolás Cotto Infante

Elaborado por: estudiante egresada de obstetricia Mariuxi Ruela H

2. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO

2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de sexo femenino de 14 años de edad, acude a esta casa de salud por presentar dolor en el hipogastrio que se irradia a la región lumbo sacra de +/- 8 días de evolución al examen obstétrico, movimientos fetales activos Frecuencia Cardiaca Fetal FETO 1: 138 latidos por minuto y FETO 2: 139 latidos por minuto al tacto cérvix con 2 cm de dilatación 20% de borramiento, membranas integras no se observa perdida de líquido amniótico macroscópicamente ni sangrado transvaginal.

PRIMERA ATENCIÓN DE LA PACIENTE (06/09/2019)

PREPARACIÓN:

Peso: 51 kg	Talla: 151
--------------------	-------------------



Score mama: 0	TA: 117/74 FC: 89 Lx' T: 37 C FR: 19 Rx' SPO2: 98% ESTADO DE CONCIENCIA: alerta PROTEINURIA: (-)
----------------------	---

Elaborado por: estudiante egresada de obstetricia Mariuxi Ruela H.

2.2 ANAMNESIS

Paciente de sexo femenino de 14 años de edad, primigesta orientada en tiempo, espacio y persona. Sin signos ni síntomas neurológicos aparentes, acude a esta unidad hospitalaria al área de emergencia obstétrica por referir dolor en el hipogastrio que se irradia a la región lumbo sacra de +/- 6 días de evolución más Embarazo gemelar de +/- 30 semanas de gestación por FUM. Al examen obstétrico movimientos fetales activos FCF: FETO 1: FETO 2: al tacto cérvix con 2 cm de dilatación 20% de borramiento membranas integras Paciente es atendida al interrogatorio paciente activa electiva, no refiere ni signos, ni síntomas agregados.

Antecedente Patológicos Personales: no refiere

Antecedentes Patológico Familiares: madre diabética e hipertensa

Fecha de su última menstruación: 19/12/2020

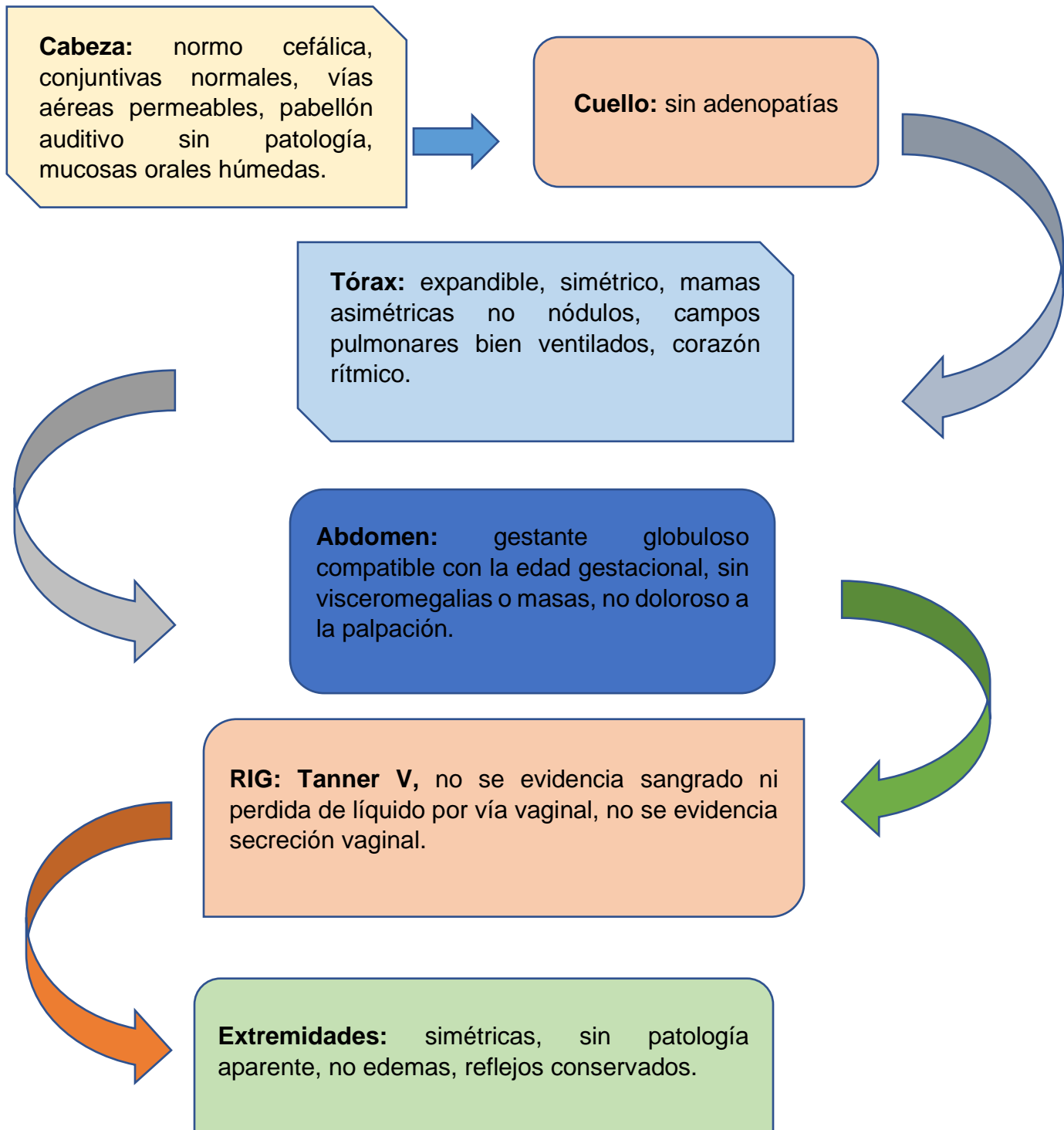
2.3 EXPLORACIÓN CLÍNICA

Examen Físico

General: Paciente de sexo femenino orientada en tiempo, espacio y persona. Hemodinámicamente estable, sin complicación sin signos ni síntomas neurológicos, Glasgow 15/15



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



Elaborado por: estudiante egresada de obstetricia Mariuxi Ruela H.



2.4 EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

Ecografía del HBNCI (22/03/2021):

Al rastreo ecográfico: se reporta embarazo gemelar, vivos con latido cardiaco presente en ambos fetos movimientos fetales activos DBP: 2,34 cm en el primer feto y 2,28 en el segundo feto, placenta anterior 0/3 ILA: normal.

ID: embarazo gemelar de 13,6 semanas de gestación

Ecografía del HBNCI (06/08/2021):

Al rastreo ecográfico: se reporta embarazo gemelar, vivos con latido cardiaco presente en ambos fetos movimientos fetales activos DBP: 8,43 cm en el primer feto y 8,02 en el segundo feto, placenta fúndica, grado: 2/3 ILA: 17,93

ID: embarazo gemelar de 32,1 semanas de gestación

Elaborado por: estudiante egresada de obstetricia Mariuxi Ruela H.

Prueba inmunoserologica (09/02/2021)

Examen a realizarse	Toxoplasma IGG - IGM
Muestra recibida	Suero sanguíneo
Método	Micro-Elisa
Resultado	
Toxoplasma IGG:	0,20ng/ml
Toxoplasma IGM:	0,57ng/ml

Elaborado por estudiante egresada de obstetricia Mariuxi Ruela H.



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



Exámenes de laboratorio biometría hemática completa (22/03/2021)

Hemoglobina	12,2 g/dl
Hematocrito	37,8%
Hematíes	4'670.000 10u/l
Leucocitos	8,680 10u/l
Plaquetas	445,000 10u/l
Linfocitos	14.7%
Neutrófilos	82,2%
Eosinófilos	2,5%
TIPIFICACIÓN SANGUÍNEA RH (D)	
Grupo sanguíneo: A	
Factor Rh: positivo	
COAGULACIÓN	
Tiempo parcial de tromboplastina (TTP): 30 sg	
Tiempo de protrombina (TP): 9sg	
Uroanálisis	
Densidad	1010
PH	7
Leucocitos por campo	2-5
Células altas	+
Bacteria	+
Moco	+
Amarillo turbio	

Elaborado por: estudiante egresada de obstetricia Mariuxi Ruela H.



Exámenes de laboratorio biometría hemática completa (07/07/2021)

Hemoglobina	9,3 g/dl
Hematocrito	30,6 %
Hematíes	4'170.000 10u/l
Leucocitos	8,710 10 u/l
Plaquetas	492.000 10 u/l
Linfocitos	22.1%
Neutrófilos	74,6%
Eosinófilos	0.4%
TIPIFICACIÓN SANGUÍNEA RH (D)	
Grupo sanguíneo: A	
Factor Rh: positivo	
VDRL: Negativo	

Elaborado por: estudiante egresada de obstetricia Mariuxi Ruela H.

Examen de laboratorio de uroanálisis (19/07/2021)

UROANÁLISIS	
Densidad	1015
PH	6
Leucocitos por campo	12 – 15
Células altas	+
Bacterias	+
Moco	+
Aspecto de la orina	Amarillo turbio

Elaborado por: estudiante egresada de obstetricia Mariuxi Ruela H.



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



Exámenes de laboratorio biometría hemática completa (28/07/2021)

Hemoglobina	10,5 g/dl
Hematocrito	33,0%
Hematíes	3'600.000 10u/l
Leucocitos	10,600 10u/l
Plaquetas	544,000 10u/l
Linfocitos	25,4%
Neutrófilos	70,9%
Eosinófilos	2,2%
TIPIFICACIÓN SANGUÍNEA RH (D)	
Grupo sanguíneo: A	
Factor Rh: positivo	
COAGULACIÓN	
Tiempo parcial de tromboplastina (TTP): 30 sg	
Tiempo de protrombina (TP): 9sg	
Uroanálisis	
Densidad	1025
PH	6
Leucocitos por campo	12 - 15
Células altas	+
Bacteria	+++

Elaborado por: estudiante egresada de obstetricia Mariuxi Ruela H.



Exámenes de laboratorio biometría hemática completa (06/08/2021)

Hemoglobina	7,9 g/dl
Hematocrito	26,4%
Hematíes	3'810.000 10u/l
Leucocitos	10,090 10u/l
Plaquetas	389,000 10u/l
Linfocitos	13,6%
Neutrófilos	82,0%
Eosinófilos	0,5%
TIPIFICACIÓN SANGUÍNEA RH (D)	
Grupo sanguíneo: A	
Factor Rh: positivo	
COAGULACIÓN	
Tiempo parcial de tromboplastina (TTP): 28 sg	
Tiempo de protrombina (TP): 8sg	
Química	
Acido úrico	2,63
Serología	
VDRL	NEGATIVO

Elaborado por: estudiante egresada de obstetricia Mariuxi Ruela H.

Exámenes de laboratorio biometría hemática completa (18/08/2021)

Hemoglobina	8,9 g/dl
Hematocrito	29,5%
Hematíes	4'330.000 10u/l



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



Leucocitos	7,600 10u/l
Plaquetas	400,000 10u/l
Linfocitos	28,5%
Neutrófilos	69,2%
Eosinófilos	0,2%
TIPIFICACIÓN SANGUÍNEA RH (D)	
Grupo sanguíneo: A	
Factor Rh: positivo	
COAGULACIÓN	
Tiempo parcial de tromboplastina (TTP): 28 sg	
Tiempo de protrombina (TP): 8sg	
Química	
Creatinina	0,70
Acido úrico	3,24
Serología	
VDRL	No reactivo

Elaborado por: estudiante egresada de obstetricia Mariuxi Ruela H.

Medidas generales

- Reposo
- Se indican signos de alarma materno – fetal.
- Se recomienda Dieta y alimentación adecuada
- Consulta ginecológica en 1 mes
- Ácido fólico 0.4 mg + 60 mg de hierro elemental por vía oral al día

Elaborado por: estudiante egresada de obstetricia Mariuxi Ruela H.



2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.

Diagnostico presuntivo:

Preeclampsia severa y embarazo gemelar de 34 semanas de gestación.

Diagnostico diferencial:

- Hipertensión arterial
- Insuficiencia renal
- Trombocitopenia
- Anemia que complica el embarazo
- Cefaleas

Diagnóstico definitivo:

Preeclampsia severa y embarazo gemelar de 34 semanas de gestación.

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

El embarazo gemelar al ser considerado como un factor de riesgos por varios autores y al tener varias complicaciones que pueden afectar tanto como a la madre y a los fetos los embarazos múltiples están asociados a varias complicaciones como aborto hipertensión arterial (preeclampsia), Anemia, diabetes mellitus, amenaza de parto prematuro.

En este caso clínico la preeclampsia sería la patología principal de base que al recaudar información por medio de la entrevista en el momento de la atención prenatal la paciente no tomo la precaución de usar método anticonceptivo planificación familiar por desconocimiento, y al no tener la responsabilidad por ser una adolescente al momento cursa con un embarazo de alto riesgo.



Por tal motivo lo recomendable es un seguimiento y asesoramiento adecuado en el control prenatal, estar pendiente de la paciente por tener diferentes factores de riesgos para poder prevenir la muerte materno perinatal.

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

El embarazo gemelar es clasificado como un embarazo de alto riesgo al estar relacionado a diferentes complicaciones, por eso debe de ser controlado teniendo en cuenta los diferentes riesgos a los que están asociados los embarazos múltiples.

Se debe recomendar controles prenatales más seguidos y la toma de nutrientes que son ideales para un embarazo saludable. Una dieta saludable con el consumo de verduras y frutas.

Estar al pendiente de los signos vitales en todos los controles prenatales revisar los exámenes de laboratorio y verificar q los valores sean los indicados orientar a la gestante sobre los diferentes signos de alarma a los que ella debe estar pendiente

2.8 seguimiento

1era CONSULTA GINECOLÓGICA (03/03/2021)

Paciente acude a primer control con Ginecología: Al momento de la preparación (Signos vitales): Peso: 49 kg Talla: 153 cm Score mama: TA: 117/74; FC: 88; FR: 19; T: 37 C, SPO2: 99%; Proteinuria: (-); consciente/alerta. Score mama 0	EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS: Laboratorios (09/02/2021) RBC: 3'900.000 mm ³ HTCO: 36.4% HGB: 11.5 mm PLT: 259.000 mm ³ WBC: 11.76 mm ³ NEU: 73.3% LYM: 23,1% EOS: 1.8
---	--



Paciente con embarazo gemelar de 9,6 semanas de gestación, orientada en tiempo espacio persona, hemodinámicamente estable, sin signos ni síntomas neurológicos, Glasgow 15/15.

AL EXAMEN FISICO:

Cabeza: normo cefálica, conjuntivas normales, vías aéreas permeables, pabellón auditivo sin patología, mucosas orales húmedas.

Cuello: sin adenopatías

Tórax: expandible, simétrico, mamas asimétricas no nódulos, campos pulmonares bien ventilados, corazón rítmico.

Abdomen: abdomen gestante no doloroso a la palpación, no visceromegalias.

RIG: Tanner V, no se evidencia sangrado ni pérdida de líquido por vía vaginal, no se evidencia secreción vaginal.

Extremidades: simétricas, sin patología aparente, sin edemas, reflejos conservados.

GRUPO Y FACTOR RH: A+

Medidas generales y terapéuticas

Ginecológicas:

- Reposo
- Dieta y alimentación adecuada
- Ácido fólico 1 diaria por 1 mes
- Cefalexina 500 mg cada 8 horas
Vía Oral
- Hierro oral cada día



Paciente acude a segundo control con Ginecología:

Al momento de la preparación (Signos vitales):

Peso: 49 kg

Talla: 153 cm

Score mama: TA: 113/74; FC: 74; FR: 19; T: 36,9 C, SPO2: 99%;

Proteinuria: (-); consciente/alerta.

Score mama 0

Paciente con embarazo gemelar de 15,4 semanas de gestación, orientada en tiempo espacio persona, termodinámicamente estable, sin signos ni síntomas neurológicos, Glasgow 15/15.

AL EXAMEN FÍSICO:

Cabeza: normo cefálica, conjuntivas normales, vías aéreas permeables, pabellón auditivo sin patología, mucosas orales húmedas.

Cuello: sin adenopatías

Tórax: expandible, simétrico, mamas asimétricas no nódulos, campos pulmonares bien ventilados, corazón rítmico.

Abdomen: abdomen gestante latidos cardiacos fetales presente no doloroso a la palpación, no visceromegalias.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS:

Laboratorios (22/03/2021)

Hemoglobina 12.2 mm

Hematocrito 37,8%

Hematíes 4'670.000 10u/l

Leucocitos 8,680 10u/l

Plaquetas 445,000 10u/l

Linfocitos 14.7%

Neutrófilos 82,2%

Eosinófilos 2,5%

GRUPO Y FACTOR RH: A+

Medidas generales y terapéuticas

Ginecológicas:

- Reposo
- Dieta y alimentación adecuada
- Ácido fólico 1 diaria por 1 mes
- 6-copin
- Hierro oral cada día
- Complejo B cada día después de las comidas



RIG: Tanner V, no se evidencia sangrado ni pérdida de líquido por vía vaginal, no se evidencia secreción vaginal.

Extremidades: simétricas, sin patología aparente, sin edemas, reflejos conservados.

3era CONSULTA GINECOLÓGICA (18/05/2021)

Paciente acude a segundo control con Ginecología:

Al momento de la preparación (Signos vitales):

Peso: 51 kg

Talla: 153 cm

Score mama: TA: 113/74; FC: 74; FR: 19; T: 36,9 C, SPO2: 99%;

Proteinuria: (-); consciente/alerta.

Score mama 0

Paciente con embarazo gemelar de 21,5 semanas de gestación, orientada en tiempo espacio persona, termodinámicamente estable, sin signos ni síntomas neurológicos, Glasgow 15/15.

AL EXAMEN FÍSICO:

Cabeza: normo cefálica, conjuntivas normales, vías aéreas permeables,

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS:

Laboratorios (22/03/2021)

Hemoglobina 12.2 mm

Hematocrito 37,8%

Hematíes 4'670.000 10u/l

Leucocitos 8,680 10u/l

Plaquetas 445,000 10u/l

Linfocitos 14.7%

Neutrófilos 82,2%

Eosinófilos 2,5%

GRUPO Y FACTOR RH: A+

Medidas generales y terapéuticas

Ginecológicas:

- Reposo
- Dieta y alimentación adecuada
- Ácido fólico 1 diaria por 1 mes
- Hierro oral cada día + vitaminas después de las comidas
- eco



pabellón auditivo sin patología, mucosas orales húmedas.

Cuello: sin adenopatías

Tórax: expandible, simétrico, mamas asimétricas no nódulos, campos pulmonares bien ventilados, corazón rítmico.

Abdomen: abdomen gestante latidos cardiacos fetales presente no doloroso a la palpación, no visceromegalias.

RIG: Tanner V, no se evidencia sangrado ni perdida de líquido por vía vaginal, no se evidencia secreción vaginal.

Extremidades: simétricas, sin patología aparente, no edemas, reflejos conservados.

4ta CONSULTA GINECOLÓGICA (18/06/2021)

Paciente acude a segundo control con Ginecología: Al momento de la preparación (Signos vitales): Peso: 53 kg Talla: 153 cm Score mama: TA: 113/74; FC: 74; FR: 19; T: 36,9 C, SPO2: 99%; Proteinuria: (-); consciente/alerta. Score mama 0	EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS: Laboratorios (22/03/2021) Hemoglobina 12.2 mm Hematocrito 37,8% Hematíes 4´670.000 10u/l Leucocitos 8,680 10u/l Plaquetas 445,000 10u/l Linfocitos 14.7% Neutrófilos 82,2%
--	---



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



Paciente con embarazo gemelar de 25,4 semanas de gestación, orientada en tiempo espacio persona, termodinámicamente estable, sin signos ni síntomas neurológicos, Glasgow 15/15.

AL EXAMEN FÍSICO:

Cabeza: normo cefálica, conjuntivas normales, vías aéreas permeables, pabellón auditivo sin patología, mucosas orales húmedas.

Cuello: sin adenopatías

Tórax: expandible, simétrico, mamas asimétricas no nódulos, campos pulmonares bien ventilados, corazón rítmico.

Abdomen: abdomen gestante latidos cardiacos fetales presente no doloroso a la palpación, no visceromegalias.

RIG: Tanner V, no se evidencia sangrado ni perdida de líquido por vía vaginal, no se evidencia secreción vaginal.

Extremidades: simétricas, sin patología aparente, no edemas, reflejos conservados.

Eosinófilos 2,5%

GRUPO Y FACTOR RH: A+

Medidas generales y terapéuticas

Ginecológicas:

- Reposo
- Dieta y alimentación adecuada
- Ácido fólico 1 diaria por 1 mes
- Hierro oral cada día + vitaminas después de las comidas
- eco



Atención en emergencia obstétrica (07/07/2021)

<p>Paciente acude a emergencia obstétrica por referir dolor en el hipogastrio irradiado a la región lumbosacra al tacto cérvix dilatado con 2 cm borramiento 20% membranas integras:</p> <p>Al momento de la preparación (Signos vitales):</p> <p>Peso: 53 kg</p> <p>Talla: 153 cm</p> <p>Score mama: TA: 106/73; FC: 83; FR: 19; T: 36,9 C, SPO2: 99%;</p> <p>Proteinuria: (-); consciente/alerta.</p> <p>Score mama 0</p> <p>Paciente con embarazo gemelar de 28.2 semanas de gestación, orientada en tiempo espacio persona, hemodinámicamente estable, sin signos ni síntomas neurológicos, Glasgow 15/15.</p> <p>AL EXAMEN FÍSICO:</p> <p>Cabeza: normo cefálica, conjuntivas normales, vías aéreas permeables, pabellón auditivo sin patología, mucosas orales húmedas.</p> <p>Cuello: sin adenopatías</p> <p>Tórax: expandible, simétrico, mamas asimétricas no nódulos, campos</p>	<p>EXÁMENES COMPLEMENTARIOS</p> <p>REALIZADOS:</p> <p>Hemoglobina 9,3 g/dl</p> <p>Hematocrito 30,6 %</p> <p>Hematíes 4´170.000 10u/l</p> <p>Leucocitos 8,710 10 u/l</p> <p>Plaquetas 492.000 10 u/l</p> <p>Linfocitos 22.1%</p> <p>Neutrófilos 74,6%</p> <p>Eosinófilos 0.4%</p> <p>TIPIFICACIÓN SANGUÍNEA RH (D)</p> <p>Grupo sanguíneo: A</p> <p>Factor Rh: positivo</p> <p>VDRL: Negativo</p> <p>Medidas generales y terapéuticas</p> <p>Ginecológicas:</p> <ul style="list-style-type: none">• Ingreso hospitalario• Lactato de ringer 1000 cc pasar a 30 gotas por minuto• Ampicilina 1gr intravenoso previa prueba cada 6 horas• Nifedipina 10 mg cada 20 minutos 3 dosis y luego 10 mg cada 8 horas vía oral• Paracetamol 1gr vía oral cada 8 horas
---	--



<p>pulmonares bien ventilados, corazón rítmico.</p> <p>Abdomen: abdomen gestante latidos cardiacos fetales presente no doloroso a la palpación, no visceromegalias.</p> <p>RIG: Tanner V, no se evidencia sangrado ni perdida de líquido por vía vaginal, no se evidencia secreción vaginal.</p> <p>Extremidades: simétricas, sin patología aparente, sin edemas, reflejos conservados.</p>	
---	--

Segundo día de ingreso hospitalario 08/07/2021

<p>Paciente de sexo femenino al momento orientada en tiempo y espacio sin complicación y sin dolor lumbo sacra al tacto cérvix dilatado con 2 cm borramiento 20% membranas integras: Al momento de la preparación (Signos vitales):</p> <p>Peso: 53 kg</p> <p>Talla: 153 cm</p> <p>Score mama: TA: 115/70; FC: 83; FR: 19; T: 36,9 C, SPO2: 99%;</p> <p>Proteinuria: (-); consciente/alerta.</p> <p>Score mama 0</p> <p>Paciente con embarazo gemelar de 28.2 semanas de gestación, orientada</p>	<p>Medidas generales y terapéuticas</p> <p>Ginecológicas:</p> <ul style="list-style-type: none">• Lactato de ringer 1000 CC. pasar a 30 gotas por minuto• Ampicilina 1gr intravenoso previa prueba cada 6 horas• Nifedipina 10 mg cada 8 horas vía oral• Paracetamol 1gr vía oral cada 8 horas• Ranitidina 50 mg cada 8 horas intramuscular
---	---



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



<p>en tiempo espacio persona, termodinámicamente estable, sin signos ni síntomas neurológicos, Glasgow 15/15.</p> <p>AL EXAMEN FÍSICO:</p> <p>Cabeza: normo cefálica, conjuntivas normales, vías aéreas permeables, pabellón auditivo sin patología, mucosas orales húmedas.</p> <p>Cuello: sin adenopatías</p> <p>Tórax: expandible, simétrico, mamas asimétricas no nódulos, campos pulmonares bien ventilados, corazón rítmico.</p> <p>Abdomen: abdomen gestante latidos cardiacos fetales presente no doloroso a la palpación, no visceromegalias.</p> <p>RIG: Tanner V, no se evidencia sangrado ni pérdida de líquido por vía vaginal, no se evidencia secreción vaginal.</p> <p>Extremidades: simétricas, sin patología aparente, sin edemas, reflejos conservados.</p>	
--	--

Tercer día de ingreso hospitalario 09/07/2021

<p>Paciente de sexo femenino al momento orientada en tiempo y espacio sin complicación y sin dolor lumbo sacra al</p>	<p>Medidas generales y terapéuticas Ginecológicas:</p>
---	--



tacto cérvix dilatado con 2 cm
borramiento 20% membranas integras:
Al momento de la preparación (Signos vitales):

Peso: 53 kg

Talla: 153 cm

Score mama: TA: 115/70; FC: 83; FR: 19; T: 36,9 C, SPO2: 99%;

Proteinuria: (-); consciente/alerta.

Score mama 0

Paciente con embarazo gemelar de 28.2 semanas de gestación, orientada en tiempo espacio persona, hemodinámicamente estable, sin signos ni síntomas neurológicos, Glasgow 15/15.

AL EXAMEN FISICO:

Cabeza: normo cefálica, conjuntivas normales, vías aéreas permeables, pabellón auditivo sin patología, mucosas orales húmedas.

Cuello: sin adenopatías

Tórax: expandible, simétrico, mamas asimétricas no nódulos, campos pulmonares bien ventilados, corazón rítmico.

Abdomen: abdomen gestante latidos cardiacos fetales presente no doloroso a la palpación, no visceromegalias.

- Lactato de ringer 1000 cc pasar a 30 gotas por minuto
- Ampicilina 1gr intravenoso previa prueba cada 6 horas
- Nifedipina 10 mg cada 8 horas vía oral
- Paracetamol 1gr vía oral cada 8 horas
- Ranitidina 50 mg cada 8 horas intramuscular



<p>RIG: Tanner V, no se evidencia sangrado ni pérdida de líquido por vía vaginal, no se evidencia secreción vaginal.</p> <p>Extremidades: simétricas, sin patología aparente, sin edemas, reflejos conservados.</p>	
---	--

Cuarto día de ingreso hospitalario 10/07/2021

<p>Paciente de sexo femenino al momento orientada en tiempo y espacio sin complicación y sin dolor lumbo sacra al tacto cérvix dilatado con 2 cm borramiento 20% membranas integras: Al momento de la preparación (Signos vitales):</p> <p>Peso: 53 kg Talla: 153 cm Score mama: TA: 115/70; FC: 83; FR: 19; T: 36,9 C, SPO2: 99%; Proteinuria: (-); consciente/alerta. Score mama 0</p> <p>Paciente con embarazo gemelar de 28.2 semanas de gestación, orientada en tiempo espacio persona, termodinámicamente estable, sin signos ni síntomas neurológicos, Glasgow 15/15.</p> <p>AL EXAMEN FÍSICO:</p>	<p>Medidas generales y terapéuticas</p> <p>Ginecológicas:</p> <ul style="list-style-type: none">• Lactato de ringer 1000 CC. pasar a 30 gotas por minuto• Ampicilina 1gr intravenoso previa prueba cada 6 horas• Nifedipina 10 mg cada 8 horas vía oral• Paracetamol 1gr vía oral cada 8 horas• Ranitidina 50 mg cada 8 horas intramuscular
---	---



<p>Cabeza: normo cefálica, conjuntivas normales, vías aéreas permeables, pabellón auditivo sin patología, mucosas orales húmedas.</p> <p>Cuello: sin adenopatías</p> <p>Tórax: expandible, simétrico, mamas asimétricas no nódulos, campos pulmonares bien ventilados, corazón rítmico.</p> <p>Abdomen: abdomen gestante latidos cardiacos fetales presente no doloroso a la palpación, no visceromegalias.</p> <p>RIG: Tanner V, no se evidencia sangrado ni perdida de líquido por vía vaginal, no se evidencia secreción vaginal.</p> <p>Extremidades: simétricas, sin patología aparente, sin edemas, reflejos conservados.</p>	
---	--

Quito día de ingreso hospitalario 11/07/2021

<p>Paciente de sexo femenino al momento orientada en tiempo y espacio sin complicación y sin dolor lumbo sacra al tacto cérvix dilatado con 2 cm borramiento 20% membranas integras: Al momento de la preparación (Signos vitales): Peso: 53 kg</p>	<p>Medidas generales y terapéuticas</p> <p>Ginecológicas:</p> <ul style="list-style-type: none">• Lactato de ringer 1000 CC. pasar a 30 gotas por minuto• Ampicilina 1gr intravenoso previa prueba cada 6 horas• Nifedipina 10 mg cada 8 horas vía oral
---	---



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



Talla: 153 cm

Score mama: TA: 115/70; FC: 83; FR: 19; T: 36,9 C, SPO2: 99%;

Proteinuria: (-); consciente/alerta.

Score mama 0

Paciente con embarazo gemelar de 28.2 semanas de gestación, orientada en tiempo espacio persona, termodinámicamente estable, sin signos ni síntomas neurológicos, Glasgow 15/15.

AL EXAMEN FÍSICO:

Cabeza: normo cefálica, conjuntivas normales, vías aéreas permeables, pabellón auditivo sin patología, mucosas orales húmedas.

Cuello: sin adenopatías

Tórax: expandible, simétrico, mamas asimétricas no nódulos, campos pulmonares bien ventilados, corazón rítmico.

Abdomen: abdomen gestante latidos cardiacos fetales presente no doloroso a la palpación, no visceromegalias.

RIG: Tanner V, no se evidencia sangrado ni pérdida de líquido por vía vaginal, no se evidencia secreción vaginal.

- Paracetamol 1gr vía oral cada 8 horas
- Ranitidina 50 mg cada 8 horas intramuscular



Extremidades: simétricas, sin patología aparente, no edemas, reflejos conservados.

Sexto día de ingreso hospitalario 12/07/2021

Paciente de sexo femenino al momento orientada en tiempo y espacio sin complicación y sin dolor lumbo sacra al tacto cérvix dilatado con 2 cm borramiento 20% membranas integras: Embarazo gemelar monocorionico biamnitico

Al momento de la preparación (Signos vitales):

Peso: 53 kg
Talla: 153 cm
Score mama: TA: 115/70; FC: 83; FR: 19; T: 36,9 C, SPO2: 99%;
Proteinuria: (-); consciente/alerta.
Score mama 0

Paciente con embarazo gemelar de 28.2 semanas de gestación, orientada en tiempo espacio persona, termodinámicamente estable, sin signos ni síntomas neurológicos, Glasgow 15/15.

AL EXAMEN FÍSICO:

Cabeza: normo cefálica, conjuntivas normales, vías aéreas permeables,

Medidas generales y terapéuticas

Ginecológicas:

- Alta medica
- Nifedipina 10 mg cada 12 horas vía oral
- Sulfato de hierro vía oral cada día
- Reposo domiciliario



<p>pabellón auditivo sin patología, mucosas orales húmedas.</p> <p>Cuello: sin adenopatías</p> <p>Tórax: expandible, simétrico, mamas asimétricas no nódulos, campos pulmonares bien ventilados, corazón rítmico.</p> <p>Abdomen: abdomen gestante latidos cardiacos fetales presente no doloroso a la palpación, no visceromegalias.</p> <p>RIG: Tanner V, no se evidencia sangrado ni perdida de líquido por vía vaginal, no se evidencia secreción vaginal.</p> <p>Extremidades: simétricas, sin patología aparente, sin edemas, reflejos conservados.</p>	
---	--

Atención en emergencia obstétrica 18/08/2021

<p>Paciente de sexo femenino al momento orientada en tiempo y acude a esta casa de salud por referir estocoma y acufeno, edema en miembros inferiores (+++) proteinuria (++) espacio sin complicación y sin dolor lumbo sacra al tacto cérvix cerrado sin modificaciones cervicales membranas integras:</p> <p>Embarazo gemelar monocorionico biamnitico</p>	<p>EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS:</p> <p>Hemoglobina 8,9 g/dl</p> <p>Hematocrito 29,5 %</p> <p>Hematíes 4'330.000 10u/l</p> <p>Leucocitos 7,600 10 u/l</p> <p>Plaquetas 400.000 10 u/l</p> <p>Linfocitos 28.5%</p> <p>Neutrófilos 69.2 %</p> <p>Eosinófilos 0.2 %</p>
--	--



<p>Al momento de la preparación (Signos vitales):</p> <p>Peso: 53 kg</p> <p>Talla: 153 cm</p> <p>Score mama: TA: 144/100; FC: 86; FR: 19; T: 36,6 C, SPO2: 99%;</p> <p>Proteinuria: (+); consciente/alerta.</p> <p>Score mama 5</p> <p>Paciente con embarazo gemelar de 34 semanas de gestación, orientada en tiempo espacio persona, termodinámicamente estable, sin signos ni síntomas neurológicos, Glasgow 15/15.</p> <p>AL EXAMEN FÍSICO:</p> <p>Cabeza: normo cefálica, conjuntivas normales, vías aéreas permeables, pabellón auditivo sin patología, mucosas orales húmedas.</p> <p>Cuello: sin adenopatías</p> <p>Tórax: expandible, simétrico, mamas asimétricas no nódulos, campos pulmonares bien ventilados, corazón rítmico.</p> <p>Abdomen: abdomen gestante latidos cardiacos fetales presente no doloroso a la palpación, no visceromegalias.</p> <p>RIG: Tanner V, no se evidencia sangrado ni perdida de líquido por vía</p>	<p>TIPIFICACIÓN SANGUÍNEA RH (D)</p> <p>Grupo sanguíneo: A</p> <p>Factor Rh: positivo</p> <p>VDRL: Negativo</p> <p>Creatinina 0.70</p> <p>Acido úrico: 3.24</p> <p>Medidas generales y terapéuticas</p> <p>Ginecológicas:</p> <ul style="list-style-type: none">• Activación de alarma clave azul• Dosis de impregnación como indica la guía de práctica clínica MSP• Dosis de mantenimiento como indica la guía de práctica clínica MSP• Nifedipina 10 mg cada 20 minutos 3 dosis y luego 10 mg cada 8 horas vía oral• Dexametazona 8 mg intramuscular hasta completar dosis• Sonda vesical• Control de diuresis• Paracetamol 1gr vía oral cada 8 horas• Se reporta paciente y se envía plantilla al sistema en espera de un cupo en una unidad hospitalaria de mayor complejidad
---	--



<p>vaginal, no se evidencia secreción vaginal.</p> <p>Extremidades: simétricas, sin patología aparente, con edemas, reflejos conservados.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Score mama cada 30 minutos
--	--

2.9 Observación

Se hizo un seguimiento a la evolución del embarazo y tratamiento de la paciente a las diferentes complicaciones que se le presento a la paciente.

Que concluyendo de manera satisfactoria para la paciente y los niños. Se aplico de manera correcta por los profesionales de salud las medidas que indico las guías de práctica clínica (MSP).

Para dar una correcta atención y proteger el binomio madre e hijos.

Cabe destacar que a las 34 semanas de gestación presento complicación (preeclampsia) el cual se dio tratamiento de impregnación y de mantenimiento como indica la guía y que el caso se reportó a una unidad de mayor complejidad para espera de un cupo a la cual los familiares y paciente no quisieron esperar y decidieron irse por sus propios medios al hospital del (IESS Babahoyo) en el cual dieron tratamiento y finalizaron con el embarazo.

Conclusiones

Este caso clínico se desarrolló principalmente para dar a conocer las diferentes complicaciones se presentan en los embarazos gemelares, ya que este caso clínico se presentó en una unidad de salud de segundo nivel con poca capacidad, la conducta gineco-obstetra fue esencial para llevar el control prenatal y atender las diferentes complicaciones que se presentaron en este embarazo gemelar logrando así que el embarazo llegara a una edad gestacional donde los productos pudieran ser viable, todas las medidas tomadas se corroboraron en la investigación que tuvo sustento bibliográfico.



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



La paciente quien tiene 14 años de edad y al ser un paciente adolescente tiene mayor riesgo de desarrollar algunas complicaciones en el embarazo y se complica aún más por ser un embarazo gemelar, cabe recalcar que tiene factores de riesgos predisponentes por los antecedentes familiares de hipertensión y diabetes que tiene.

La paciente al ser atendida en una unidad de salud de segundo nivel se le dio la atención necesaria tal como lo indica la guía de práctica clínica del (MSP) de trastornos hipertensivos en el embarazo. Se procede a la tomar el score mama y se evidencia un score mama elevado donde se procede a darle las 3 dosis de nifedipina 10 mg cada 20 minutos y Se le aplico el tratamiento con el sulfato de magnesio la dosis de impregnación y mantenimiento, también se le aplico el tratamiento de maduración pulmonar con corticoides dexametazona 8 mg hasta completar la dosis como lo indica la guía de recién nacidos prematuros del MSP.

Bibliografía

<https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-fetal/corticoidesmaduracionpulmonar.pdf>.

<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-embarazo-gemelar-S0716864014706455>

<https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2018/rms185c.pdf>

https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/MSP_Trastornos-hipertensivos-del-embarazo-con-portada-3.pdf

https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/03/Diagnostico_y_tratamiento_de_la_anemia_en_el_embarazo.pdf

<https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/340/708>



<https://www.huggies.com.ec/embarazo-semana-a-semana/por-que-se-producen-los-embarazos-multiples>

<https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=overview-of-multiple-pregnancy-85->

[P08043#:~:text=El%20embarazo%20m%C3%BAltiple%20generalmente%20se%20concebid%20al%20mismo%20tiempo.](https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=overview-of-multiple-pregnancy-85-P08043#:~:text=El%20embarazo%20m%C3%BAltiple%20generalmente%20se%20concebid%20al%20mismo%20tiempo.)

<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/preterm-labor/symptoms-causes/syc-20376842>

<https://ayudaenaccion.org/onq/blog/mujer/embarazo-adolescencia/>

<https://www.dexeus.com/informacion-de-salud/enciclopedia-ginecologica/obstetricia/embarazo-gemelar>

<https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=anemiainpregnancy-90->

[P05537#:~:text=Anemia%20del%20embarazo.,los%20niveles%20sean%20mu%20y%20bajo](https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=anemiainpregnancy-90-P05537#:~:text=Anemia%20del%20embarazo.,los%20niveles%20sean%20mu%20y%20bajo)

<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/628GRR.pdf>

Anexos



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



HOSPITAL BASICO DR. NICOLAS COTTO INFANTE

Registro de control de signos vitales

Nombre del Paciente: Yo Hely Ximabel Morales Moreira

Área del Hospital: E. Obstetricia Edad: 14 HC: 10784264

Diagnóstico: _____ Fecha de Ingreso: 18/08/2011

Fecha	Hora	Sat O2	Fr	Fc	Ta	T	Estado de conciencia	Score Mama	Amniotico
18/08/11	13:35	99%	19	86	144/61	36.6	Alerta	(5)	(++)
18/08/11	14:05	99%	19	85	146/60	36.5	Alerta	(5)	(++)
18/08/11	14:35	99%	19	94	142/61	36.5	Alerta	(3)	(++)
18/08/11	15:05	99%	21	105	131/91	36.9	Alerta	(4)	(+++)
18/08/11	15:35	99%	20	133	141/91	36.8	Alerta	(7)	(+++)
19/08/11	36:05	99%	29	102	134/64	36.9	Alerta	(2)	(+++)

Parámetro	Puntaje					Parámetro	
	3	2	1	0	1		2
Parámetro	≤ 50	51-59	60-100	101-110	111-119	≥ 120	110
Respiración	≤ 70	71-89	90-139	140-159	160-199	≥ 200	100
Diastólica	≤ 50	51-59	60-85	86-89	90-109	≥ 110	100
FHR (bpm)	≤ 11	12-15	16-22	23-29	≥ 30	31-40	100
SpO2 (%)	≤ 95.5	96-99	100	101-104	105-109	≥ 110	100
Estado de Conciencia	confusa / agitado	Alerta	responde a la voz / sumatoria	responde al dolor / estupefacción	no responde	Estado de Conciencia	Presepsional
Presión arterial	-	-	Negativo	Positivo	-	-	-



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



m p

Ministerio de Salud Pública
Centro de Salud - Hospital Dr. Nicolas Cotto Infante
Vinces - Los Rios - Ecuador

Laboratorio Clínico

ID pac: 1207841667 Apellido: Morales Morera Nombre: Yohely Ximabel Sexo: Mujer
Edad: 14Ed Fecha nac: Dpto: OBSTETRICIA N° cama:
ID muestr: 12538 Hora prue: 2021-08-18 13:56 Modo: WB CBC+DIFF

Parametro	Result	Unid
WBC	7.60	$\times 10^3/uL$
Neut%	69.2	%
Lym%	28.5	%
Mon%	2.0	%
Eos%	0.2	%
Bas%	0.1	%
Neut#	5.26	$\times 10^3/uL$
Lym#	2.17	$\times 10^3/uL$
Mon#	0.15	$\times 10^3/uL$
Eos#	0.01	$\times 10^3/uL$
Bas#	0.01	$\times 10^3/uL$
RBC	4.33	$\times 10^6/uL$
HGB	8.9	g/dL
HCT	29.5	%
MCV	68.2	fL
MCH	20.6	pg
MCHC	30.1	g/dL
RDW-CV	16.8	%
RDW-SD	44.5	fL
PLT	400	$\times 10^3/uL$
MPV	7.1	fL
PDW	15.7	fL
PCT	0.284	%
* ALY%	0.3	%
* LIC%	1.1	%
* ALY#	0.02	$\times 10^3/uL$
* LIC#	0.09	$\times 10^3/uL$

*** sólo uso en investigación, no para diagnóstico

Entregado
18/08/2021
14:00pm

Entreg: OBST SANTANA Operador: Labo Valida: 2021-08-18 13:57:09
Hor traz: 2021-08-18 Hor entr: 2021-08-18 Impr hora:
Coment: LCDA GABY WONG TOVAR

* El resultado sólo es válido para la muestra analizada esta vez.



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



13:35 Paciente de 14 años de edad
18/10/2017 160. 60 Po Co SO
FUM: 19/12/2020
APP: PO Refeur
APP: Mano
AP: PO Refeur
Alergias: PO Refeur
Paciente acude a esta unidad hospitalaria al área de consulta externa a la toma de los signos vitales inferiores: inferior
Cabeza: 14/106
Al Examen de ST
Embargo + 34,4 semanas
colapso físico, VRO:
CF: 148 x' CF: 141 x'
Anemias: anemia crónica
Menstr. fobias Adipos
Todo Vaginal:
Cervix cerrado no
al evidencia perdida
de líquido amniótico
toriente el parto está
relaxa escotano y
cervix en su 3o
grados.
Edema en extremidades
inferiores (++)
Scale Hand: 5
PS: 144/106 P: 86 x'
T: 36,6 FR: 19
SpO2 99 PC: Normal
TP (++)

IBSA Ginecologo PO SE:
ACRICA AIA ACTIVADO
DE ALARMA MATerno

JA: Embarazo Completo
de + 34,4 semanas FUM:
Eclampsia Severa
(014)

2 PRESCRIPCIONES

FARMACOTERAPIA E INDICACIONES PARA ESTUDIANTES DE GINECOLOGIA

- 1) Control de signos vitales
- 2) Control de enfermo
- 3) Monitorio fetal
- 4) Examen de ST
- 5) Examen de la BPS
- 6) BNC, signo de ST
- 7) VDR, VDR, TP, TP
- 8) T60, Uter, Uterino
- 9) cuido cuido, cuido
- 10) Activacion de (BPS)
- 11) Adquisicion de equipo
- 12) Monitorio fetal
- 13) Monitorio fetal
- 14) 20' por 30 minutos
- 15) Soluto de Kloro
- 16) 40 + 100 de ST
- 17) Soluto para en
- 18) 20' en 10 minutos
- 19) Soluto de Kloro
- 20) 100 + 100 de ST
- 21) Soluto de Kloro
- 22) 100 + 100 de ST
- 23) Soluto de Kloro
- 24) 100 + 100 de ST
- 25) Soluto de Kloro
- 26) 100 + 100 de ST
- 27) Soluto de Kloro
- 28) 100 + 100 de ST
- 29) Soluto de Kloro
- 30) 100 + 100 de ST
- 31) Soluto de Kloro
- 32) 100 + 100 de ST
- 33) Soluto de Kloro
- 34) 100 + 100 de ST
- 35) Soluto de Kloro
- 36) 100 + 100 de ST
- 37) Soluto de Kloro
- 38) 100 + 100 de ST
- 39) Soluto de Kloro
- 40) 100 + 100 de ST

Katherine Serrano
1985/11/11
1985/11/11
Lima, Perú

EVOLUCION Y PRESCRIPCIONES (1)

TO INFANTE

PRESCRIPCIÓNES EN TODOS LA ADMINISTRACIONES

2 PRESCRIPCIÓNES

PLANIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN Y OTRAS PRESCRIPCIÓNES

HOSPITAL NICOLAS COTO INFANTE Morales Morúa, José Yimabe 20210322 121637 2F08 CS 28 / 082/3 14Años GA-12w6d

Líquido amniótico

Dia: 3.42 cm

HOSPITAL NICOLAS COTO INFANTE Morales Morúa, José Yimabe 20210322 121637 2F08 CS 28 / 082/3 14Años GA-12w6d

mindray

FURBI: (5x1) Rpm

ON: 50

OV. FET.: Aterros / Anisos

LCR:

0 / 3

13,6

156.

HOSPITAL NICOLAS COTO INFANTE Morales Morúa, José Yimabe 22-05-2021 12:22:09 CS 28 / 082/3 16Años GA-12w6d

mindray

Índice	Valor	Unidad	Referencia
SI	1.28	cm	1.00-1.50
SI	8.53	cm	8.00-9.00
SI	1.28	cm	1.00-1.50

HOSPITAL NICOLAS COTO INFANTE Morales Morúa, José Yimabe 22-05-2021 12:23:09 CS 28 / 082/3 16Años GA-12w6d

mindray

Índice	Valor	Unidad	Referencia
SI	2.28	cm	88.3 %
SI	1.46	cm	1.00-1.50
SI	21.09	cm	21.09/2021
SI	8.53	cm	88.4 %
SI	1.28	cm	1.00-1.50
SI	22.90	cm	22.90/2021
SI	1.28	cm	88.7 %
SI	1.46	cm	1.00-1.50
SI	21.09	cm	21.09/2021

AS DESCRIBIR ORIGINARIA LOCALIZACION

EDICION PRESTAB

edad al momento orien
 to de edad por referir de
 grafía particular se
 x examen de ecografía
 de los riñones. No
 dpo realizar tacto. por
 teneros que ingresar a