



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA**

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

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLÍNICO

CONDUCTA OBSTÉTRICA ANTE VIOLENCIA SEXUAL: EMBARAZO EN ADOLESCENTE DE 12 AÑOS DE EDAD CON ANEMIA SEVERA

AUTORA

STEPHANIE CAROLINA CASTRO ZAMBRANO

TUTOR

PHD. ANDRÉS ESCUDERO CASTRO

Babahoyo – Los ríos – Ecuador

2020



ÍNDICE GENERAL

PORTADA	i
ÍNDICE GENERAL.....	ii
I. AGRADECIMIENTO	iv
II. DEDICATORIA	v
III. TÍTULO DEL CASO CLÍNICO	vi
IV. RESUMEN.....	vii
V. ABSTRACT	viii
VI. INTRODUCCIÓN.....	ix
I. MARCO TEÓRICO	1
1.1. Embarazo adolescente.....	1
1.2. Anemia en el embarazo	2
1.3. Violencia sexual	5
1.1 Justificación.....	8
1.2 Objetivos	8
1.2.1 Objetivo general	9
1.2.2 Objetivos específicos	9
1.3 Datos generales	9
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO	10
2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historical clínico del paciente. ..	10
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).	12
2.3 Exploración clínica	13
2.4 Información de exámenes complementarios realizados	14



2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo diferencial y definitivo.....	16
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.....	17
2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.....	18
2.8 Seguimiento.	18
2.9 Observaciones	25
CONCLUSIONES	26
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27
ANEXOS.....	28



I. AGRADECIMIENTO

Le doy gracias a Dios por cada día bendecirme y darme la fortaleza necesaria para enfrentar los retos que se me han presentado para poder cumplir la meta de ser una profesional.

También quiero agradecer a mi madre Nuris Zambrano por haber confiado en mí y siempre apoyarme de manera incondicional, a mi padre Wilberto Castro que cuando tengo algún problema siempre me da los consejos necesarios para enfrentarlos y no rendirme, a mis hermanas Melissa, Angie, a mi mejor amiga Iris León y a todas aquellas personas las cuales me ayudaron a que este sueño se hiciera realidad.

A todos los docentes que compartieron conmigo sus conocimientos a lo largo de la carrera y a mí tutor Andrés Escudero Castro.



II. DEDICATORIA

Este trabajo se lo dedico principalmente a Dios por ser él que siempre me ha dado fuerzas en momentos de debilidad, a mis padres, mis hermanas y a todas aquellas personas que creyeron en mí.

También le dedico este trabajo a mi hij@ que está en camino el cual se ha convertido en mi motor principal y el que ahora me motiva para seguir preparándome y cada día ser mejor para él/ella.



III. TÍTULO DEL CASO CLÍNICO

CONDUCTA OBSTÉTRICA ANTE VIOLENCIA SEXUAL: EMBARAZO EN ADOLESCENTE DE 12 AÑOS DE EDAD CON ANEMIA SEVEDA



IV. RESUMEN

En Ecuador miles de niñas y adolescentes han sufrido violencia sexual, se estima que en el mayor porcentaje de los casos, las víctimas conocen a sus agresores, puesto que pertenecen a sus círculos más cercanos. El embarazo en adolescentes a causa de una violencia sexual, también deriva en falta de cuidados por parte de la futura madre hacia el feto. Esta falta de atención y de alimentación de la madre, en la mayoría de los casos les produce anemia severa. En el caso del abuso de menores, el 90% de las víctimas conocían a su agresor de antemano, aproximadamente 40% de las agresiones sexuales ocurren en la casa de las víctimas y otro 20% suceden en la casa de una amistad, de un vecino o de un familiar. El presente informe tiene como objetivo general describir el embarazo y anemia en adolescente por violencia, los objetivos específicos son determinar factores de riesgo por embarazo y anemia en adolescente por violencia y describir los criterios clínicos y pruebas diagnósticas por embarazo y anemia en adolescente por violencia. Como parte de la investigación se adjunta un estudio de caso, el mismo que se basa en una paciente de 12 años de edad con diagnóstico de embarazo de 33 semanas y 3 días de gestación + anemia severa + violencia sexual. La paciente refiere cuadro clínico de más o menos 2 días de evolución caracterizado por debilidad, mareos, piel pálida. En el centro de salud donde se hace atender, se le realiza biometría hemática la cual los resultados son de HB 5.1 g/dl y Hto: 15%. Monitoreo fetal categoría I con fcf: 135 – 140lpm, actividad uterina negativa, movimientos fetales presentes. Se decide el ingreso inmediato de la paciente para transfusión sanguínea. La violencia sexual afecta sobre todo a mujeres adolescentes, las cuales conciben embarazos no deseados, los cuales son ocasionados en la mayoría de casos por personas de su entorno familiar.



PALABRAS CLAVE: Embarazo en adolescente; Anemia severa en el embarazo; Violencia sexual.

V. ABSTRACT

In Ecuador, thousands of girls and adolescents have suffered sexual violence, it is estimated that in the highest percentage of cases, the victims know their aggressors, since they belong to their closest circles. Pregnancy in adolescents due to sexual violence also results in a lack of care by the future mother towards the fetus. This lack of attention and feeding of the mother, in most cases causes severe anemia. In the case of child abuse, 90% of the victims knew their aggressor beforehand, approximately 40% of sexual assaults occur at the home of the victims and another 20% occur at the home of a friend, of a neighbor or a family member. The general objective of this report is to describe pregnancy and anemia in adolescents due to violence, the specific objectives are to determine risk factors for pregnancy and anemia in adolescents due to violence and to describe the clinical criteria and diagnostic tests for pregnancy and anemia in adolescents due to violence. As part of the research, a case study is attached, which is based on a 12-year-old patient with a diagnosis of 33 weeks 'gestation and 3 days' gestation + severe anemia + sexual violence. The patient reports a clinical picture of more or less 2 days of evolution characterized by weakness, dizziness, pale skin. In the health center where he is attended, a hematic biometry is performed, which results are HB 5.1 g / dl and Hto: 15%. Category I fetal monitoring with fcf: 135 - 140bpm, negative uterine activity, fetal movements present. The immediate admission of the patient for blood transfusion is decided. Sexual violence mainly affects adolescent women, who conceive unwanted pregnancies, which are caused in most cases by people from their family environment.

KEY WORDS: Adolescent pregnancy; Severe anemia in pregnancy; Sexual violence



VI. INTRODUCCIÓN

El embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana a causa de la violencia sexual, son importantes problemáticas sociales que afectan las trayectorias de vida de miles de niñas y adolescentes en América Latina. En Ecuador miles de niñas y adolescentes han sufrido violencia sexual, se estima que el mayor porcentaje de los casos, las víctimas conocen a sus agresores, puesto que pertenecen a sus círculos más cercanos. El 83% de ataques se da dentro del círculo cercano de las mujeres y de los menores; y solamente el 16% está entre desconocidos. (Unfpa, 2020).

El embarazo en la adolescencia es un problema de para los profesionales de la salud, ya que en estas edades el embarazo tiene importantes consecuencias sociales y de salud sobre la madre y el feto, aún más cuando el embarazo de la adolescente es producto de violencia sexual, lo cual también deriva en falta de cuidados por parte de la futura madre hacia el feto. Esta falta de atención y de alimentación de la madre, en la mayoría de los casos les produce anemia severa. La anemia en el embarazo se asocia con un mayor riesgo de resultados maternos, fetales y perinatales adversos: mayor prevalencia de trastornos hipertensivos gestacionales y hemorragia posparto, restricción de crecimiento intrauterino y muerte fetal son más frecuentes en los embarazos de mujeres anémicas. Este tipo de embarazos representan un problema de seguridad y salud pública, debido a que son considerados de alto riesgo. (García, 2015).

Por lo antes mencionado surge la siguiente pregunta de investigación, ¿cómo afecta el embarazo en adolescentes por violencia sexual?



El presente estudio de caso se basa en una paciente de 12 años de edad con diagnóstico de embarazo de 33 semanas y 3 días de gestación + anemia severa + violencia sexual. La paciente refiere cuadro clínico de más o menos 2 días de evolución caracterizado por debilidad, mareos, piel pálida. En el centro de salud donde se hace atender, se le realiza biometría hemática la cual los resultados son de HB 5.1 g/dl y Hto: 15%. Monitoreo fetal categoría I con fcf: 135 – 140lpm, actividad uterina negativa, movimientos fetales presentes. Se decide el ingreso inmediato de la paciente para transfusión sanguínea.



I. MARCO TEÓRICO

1.1. Embarazo adolescente

El embarazo precoz, también denominado embarazo adolescente, es aquel que se produce cuando una mujer se encuentra en su etapa de pubertad, entre los 10 y los 19 años, según la Organización Mundial de la Salud. Este término también se utiliza para denominar aquellos embarazos de mujeres que no han alcanzado la mayoría de edad legal en el país en el que residen. Al producirse el embarazo durante la etapa de adolescencia, la niña es fértil pero se encuentra experimentando los cambios hormonales naturales de esta etapa, es decir, aún no está desarrollada, lo que puede traer graves consecuencias tanto para el niño como para la madre (Valera, 2015).

La procreación prematura aumenta el riesgo tanto para las madres como para los recién nacidos. En los países de ingresos bajos y medianos, los bebés de madres menores de 20 años se enfrentan a un riesgo un 50% superior de mortalidad prenatal o de morir en las primeras semanas de vida que los bebés de mujeres de 20 a 29 años. Cuanto más joven sea la madre, mayor el riesgo para el feto. Además, los recién nacidos de madres adolescentes tienen una mayor probabilidad de registrar peso bajo al nacer, con el consiguiente riesgo de efectos a largo plazo (Sañudo, 2013).

Otras complicaciones en la adolescente embarazada son psicológicas tales como la depresión, el miedo a ser rechazadas socialmente, Rechazo al bebé, Problemas con la familia y Problemas sociales.



Los niños que nacen a causa de embarazos adolescentes suelen presentar diferentes problemas físicos y también corren el riesgo de presentar problemas psicológicos y sociales a causa de la poca preparación mental de la madre. Los problemas más comunes en los niños son las deformaciones congénitas y problemas durante el desarrollo, esto es debido a que la madre, al no haber alcanzado su madurez sexual, no pudo darle al niño todo lo que necesita para formarse completamente. En otros casos, el niño muere al nacer o no llega al año de vida. Otro problema común son las complicaciones durante el parto, debido a que al no estar el cuerpo de la madre desarrollado para quedarse embarazada un embarazo, los partos de adolescentes suelen tener muchas complicaciones, lo que puede dejar graves secuelas a los niños.

1.2. Anemia en el embarazo

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. 1-5 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 (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014).

En Ecuador, de acuerdo a la información publicada en la Encuesta Nacional en Salud y Nutrición (ENSANUT-ECU 2011-2013), la prevalencia de anemia en mujeres en edad reproductiva es del 15% a escala nacional. De acuerdo a la información suministrada por los puestos centinela de la Unidad de Nutrición del MSP del año 2012, el 46,9% de las mujeres embarazadas en Ecuador presenta anemia. Por esto, es política pública de salud suplementar a todas las mujeres embarazadas con 60 mg de hierro elemental



a partir de hierro polimaltosado, y con 400 μg de ácido fólico, durante todo el embarazo y tres meses posparto altas (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014).

La anemia es definida como la insuficiencia de hemoglobina o de glóbulos rojos para una edad y sexo determinados y solamente puede ser diagnosticada mediante el examen de una pequeña muestra de sangre. La anemia producida por deficiencia de hierro es denominada anemia por deficiencia de hierro (García, 2015).

Al inicio del embarazo se requieren aproximadamente más de 300 mg de hierro de los depósitos corporales, para mantener niveles adecuados de hierro en la madre y para aportar el hierro necesario para el desarrollo del feto. El mantener niveles apropiados de hierro durante el embarazo, sobre todo en un embarazo adolescente, es aún más desafiante, ya que a las necesidades de hierro para el embarazo se deberán sumar las necesidades de hierro para el crecimiento rápido de la adolescente (Valera, 2015).

Clasificación y epidemiología de la anemia en el embarazo

Según el Ministerio de Salud del Ecuador (2014), la anemia en el embarazo se clasifica según su causa en anemia absoluta que es una verdadera disminución en el conteo de eritrocitos y tiene importancia perinatal. Involucra un aumento de la destrucción del eritrocito, disminución del volumen corpuscular o disminución de la producción de eritrocitos. La anemia relativa que es un evento fisiológico que ocurre durante el embarazo normal, no hay verdadera reducción de la masa celular. El ejemplo más común es la disminución observable en el contenido de Hb y conteo de eritrocitos por aumento del volumen plasmático en el segundo trimestre del embarazo, aún en la gestante con depósitos de hierro normales (pág. 13).



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	
Clasificación de la anemia según la morfología celular		
Anemia microcítica (VCM < 80 fl)	<ul style="list-style-type: none"> - Anemia por deficiencia de hierro - Hemoglobinopatías: talasemias - Anemia secundaria a enfermedad crónica - Anemia sideroblástica 	
Anemia normocítica (VCM 80 -100 fl)	<ul style="list-style-type: none"> - Anemias hemolíticas - Aplasia medular - Invasión medular - Anemia secundaria a enfermedad crónica - Sangrado agudo 	
Anemia macrocítica (VCM > 100 fl)	<ul style="list-style-type: none"> - Hematológicas 	<ul style="list-style-type: none"> -Anemias megaloblásticas - Anemias aplásicas - Anemias hemolíticas -Síndromes mielodisplásicos
	<ul style="list-style-type: none"> - No hematológicas 	<ul style="list-style-type: none"> - Abuso en el consumo de alcohol - Hepatopatías crónicas - Hipotiroidismo - Hipoxia crónica

(MSP, 2014)



La anemia tiene efectos directos en la supervivencia materna, y también aumenta el riesgo de complicaciones adicionales durante el parto, como la hemorragia posparto; pudiendo incidir en que las mujeres que no recibieron suplementación con hierro durante el embarazo, tuvieron mayor posibilidad de sufrir hemorragia post-parto, la cual es la primera causa de mortalidad materna. La anemia durante el embarazo también puede significar un riesgo mayor para los recién nacidos, partos prematuros y deficiencia de hierro en la infancia. Como se mencionó antes, la deficiencia de hierro y la anemia en los lactantes, puede afectar de manera negativa y a veces irreversible, el desarrollo cognitivo (Ubillus , 2016).

El examen inicial para el diagnóstico de anemia gestacional incluye valoraciones de Hb, hematocrito y los índices eritrocitarios como Volumen Corpuscular Medio (VCM), Hb corpuscular media, concentración de Hb corpuscular media, frotis de sangre periférica y la medición de la concentración sérica de hierro o concentración sérica de ferritina. (Santiago*, 2013)

1.3. Violencia sexual

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia sexual como: “todo acto sexual, la tentativa de consumir un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo” (OPS, Violencia sexual, 2013)

Ejemplos de consecuencias de la violencia y la coacción sexuales para la salud de las mujeres

Salud reproductiva

- Traumatismo ginecológico
- Embarazo no planeado
- Aborto inseguro



	<ul style="list-style-type: none">• Disfunción sexual• Infecciones de transmisión sexual (ITS), incluida la infección por el VIH• Fístula traumática
Salud mental	<ul style="list-style-type: none">• Depresión• Trastorno por estrés postraumático• Ansiedad• Dificultades del sueño• Síntomas somáticos• Comportamiento suicida• Trastorno de pánico
Conductuales	<p>Comportamiento de alto riesgo (por ejemplo, relaciones sexuales sin protección, iniciación sexual consensual temprana, múltiples compañeros íntimos, abuso del alcohol y otras drogas)</p> <ul style="list-style-type: none">• Riesgo mayor de perpetrar (los hombres) o de sufrir (las mujeres) violencia sexual posteriormente
Resultados mortales	<p>Muerte por:</p> <ul style="list-style-type: none">• suicidio• complicaciones del embarazo• aborto inseguro• sida• asesinato durante la violación o en defensa del “honor”• infanticidio de un niño nacido como resultado de una violación

(OPS, Violencia sexual, 2013)



La violencia sexual afecta a personas de todos los géneros, edades, razas, religiones, ingresos, capacidades, profesiones, etnicidades y orientaciones sexuales. Sin embargo, las desigualdades sociales incrementan el riesgo. En algún momento de sus vidas, 1 de cada 6 mujeres han vivido una violación o un intento de violación; más de la mitad han sido antes de la edad de 18 años, y 22% antes de la edad de 12 años. Las personas que cometen actos de violencia sexual generalmente atacan a alguien conocido como un amigo, vecino, compañero de clase o de trabajo, o un familiar. En el caso del abuso de menores, el 90% de las víctimas conocían a su agresor de antemano. Aproximadamente 40% de las agresiones sexuales ocurren en la casa de las víctimas. Otro 20% suceden en la casa de una amistad, de un vecino o de un familiar (García, 2015).

En Ecuador se registran diariamente un promedio de 42 denuncias por violación, abuso y acoso sexual a mujeres y menores. Existe un alto porcentaje de casos que no son denunciados, el mayor porcentaje de los casos corresponden a delitos en los que las víctimas conocen a sus agresores, puesto que se producen en sus círculos más cercanos. Los menores son objeto de los abusos de sus padres, padrastros, tíos, abuelos, los cuales han sido detenidos con este parentesco de las víctimas y también personas dentro del círculo laboral y educativo (Gurrea, 2015).

La violencia sexual ocurre cuando alguien fuerza o manipula a otra persona a realizar una actividad sexual no deseada sin su consentimiento. Las razones por las cuales no hay consentimiento pueden ser el miedo, la edad, una enfermedad, una discapacidad y/o la influencia del alcohol u otras drogas. Los casos más vulnerables de violencia sexual provocan embarazos adolescentes, los cuales por su condición delicada, pueden afectar tanto la vida de la madre como del feto. Aquellos que abusan sexualmente pueden ser personas conocidas, miembros de la familia, etc. La violencia



sexual afecta a mujeres, hombres niños y niñas durante sus vidas. Es una violación al derecho humano a una vida segura. Sus efectos pueden ser devastadores para las personas, familias y comunidades (Sañudo, 2013).

El Código Orgánico de la Niñez y Adolescencia también habla sobre el abuso sexual en el Artículo. 68. “Concepto de abuso sexual. Sin perjuicio de lo que dispone el Código Penal sobre la materia, para los efectos del presente Código constituye abuso sexual todo contacto físico, sugerencia de naturaleza sexual, a los que se somete un niño, niña o adolescente, aun con su aparente consentimiento, mediante seducción, chantaje, intimidación, engaños, amenazas, o cualquier otro medio. Cualquier forma de acoso o abuso sexual será puesta en conocimiento del Agente Fiscal competente para los efectos de la ley, sin perjuicio de las investigaciones y sanciones de orden administrativo que correspondan” (Abad., 2010)

1.1 Justificación

El desarrollo del presente proyecto, se lleva a cabo a través de un proceso investigativo que tiene como objetivo principal analizar las complicaciones que se pueden presentar en un embarazo adolescente por violencia sexual, por lo que se mencionara las teorías de varios autores que fueron citados, con el fin de beneficiar al conocimiento propio y demás para obtener posibilidades de diagnóstico y diferentes tratamientos.

Determinar los factores de riesgos en un embarazo de adolescente con violencia sexual, contribuirá no solo con la sociedad médico-científica, sino también con la disminución en el índice de embarazos y anemia en adolescentes por violencia sexual; detallar los eventos relacionados al embarazo en adolescente y la conducta Obstétrica para el manejo de sus complicaciones permitirá la realización de propuestas de mejora que puedan disminuir la incidencia de esta problemática.



1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo general

- Analizar las complicaciones que se pueden presentar en un embarazo en adolescente por violencia sexual.

1.2.2 Objetivos específicos

- Determinar los factores de riesgos en un embarazo de adolescente por violencia sexual
- Detallar los eventos relacionados al embarazo adolescente y la conducta Obstétrica para el manejo de sus complicaciones

1.3 Datos generales

Nombres completos: xxxxxxxxxxxxx	Sexo: femenino
Cedula de identidad: 120142845-0	Edad: 12a 3m
Fecha de nacimiento: 01/02/2008	Estado civil: Soltera
Nacionalidad: Ecuatoriana	Ocupación: Estudiante
Nivel de estudios: Primaria	Raza: Mestiza
Dirección: San pedro 1	Religión: Católica



Nivel sociocultural/económico: Bajo	Hospital: Sagrado Corazón de Jesús
Fecha de ingreso: 19/05/2020	FUM: No recuerda

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

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

Paciente de 12 años de edad llega a esta casa de salud referida del sub-centro La Esperanza en ambulancia de Ecu, con diagnóstico de embarazo de 33 semanas y 3 días de gestación + anemia severa. La paciente refiere cuadro clínico de más o menos 2 días de evolución caracterizado por debilidad, mareos, piel pálida. En centro de salud ya antes mencionado se le realiza biometría hemática la cual los resultados son de HB 5.1 g/dl y Hto: 15%. Monitoreo fetal categoría I con fcf: 135 – 140lpm, actividad uterina negativa, movimientos fetales presentes.

A continuación se adjunta un resumen del historial clínico del paciente

Antecedentes personales patológicos	No refiere
Antecedentes patológicos familiares	No refiere
Antecedentes de violencia	Abuso sexual



Antecedentes quirúrgicos	No refiere
Alergias	No refiere
Hábitos	Ninguno
Antecedentes Gineco-Obstetricos	
Menarquia	11 años
Ciclo menstrual	Irregulares 4 días
Inicio de vida sexual	12 años
Planificación familiar	Ninguna
Parejas sexuales	1
Gestas: 0	Abortos: 0
Partos: 0	Cesáreas: 0
Fecha de ultima menstruación	No refiere
Controles prenatales del embarazo actual	3
Ecografías	2



Edad gestacional	33 semanas y 3 días por ecografía precoz
Papanicolaou	Ninguno

Elaborado por: Stephanie Carolina Castro Zambrano

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

Paciente de 12 años de edad llega al centro de salud la Esperanza en compañía de su padre, refiere cuadro clínico de más o menos 2 días de evolución caracterizado por debilidad, mareos, piel pálida. Le realizan biometría hemática la cual los resultados son de HB 5.1 g/dl y Hto: 15% motivo por el cual la obstetra decide referirla. Monitoreo fetal categoría I con fcf: 135 – 140lpm, actividad uterina negativa, movimientos fetales presentes.

Paciente llega al área de emergencia gineco-obstetrico del centro de salud básico referida del centro de salud de I nivel la Esperanza en ambulancia del Ecu, con diagnóstico de embarazo de 33 semanas y 3 días de gestación + anemia severa + violencia sexual. Paciente refiere cuadro clínico de aproximadamente 2 días de evolución caracterizado por debilidad, mareos, fatiga, piel pálida. EL Padre de la paciente refiere que el embarazo de la paciente es producto de una violación y es por esa razón que la paciente no colabora casi con el interrogatorio.

Se le envía a realizar nueva biometría hemática a la paciente la cual da como resultados Hb:5.4g/dl y Hto: 20%. Monitoreo fetal categoría I con fcf: 133lpm actividad uterina negativa, movimientos fetales presentes. Se decide el ingreso inmediato de la paciente para transfusión sanguínea.

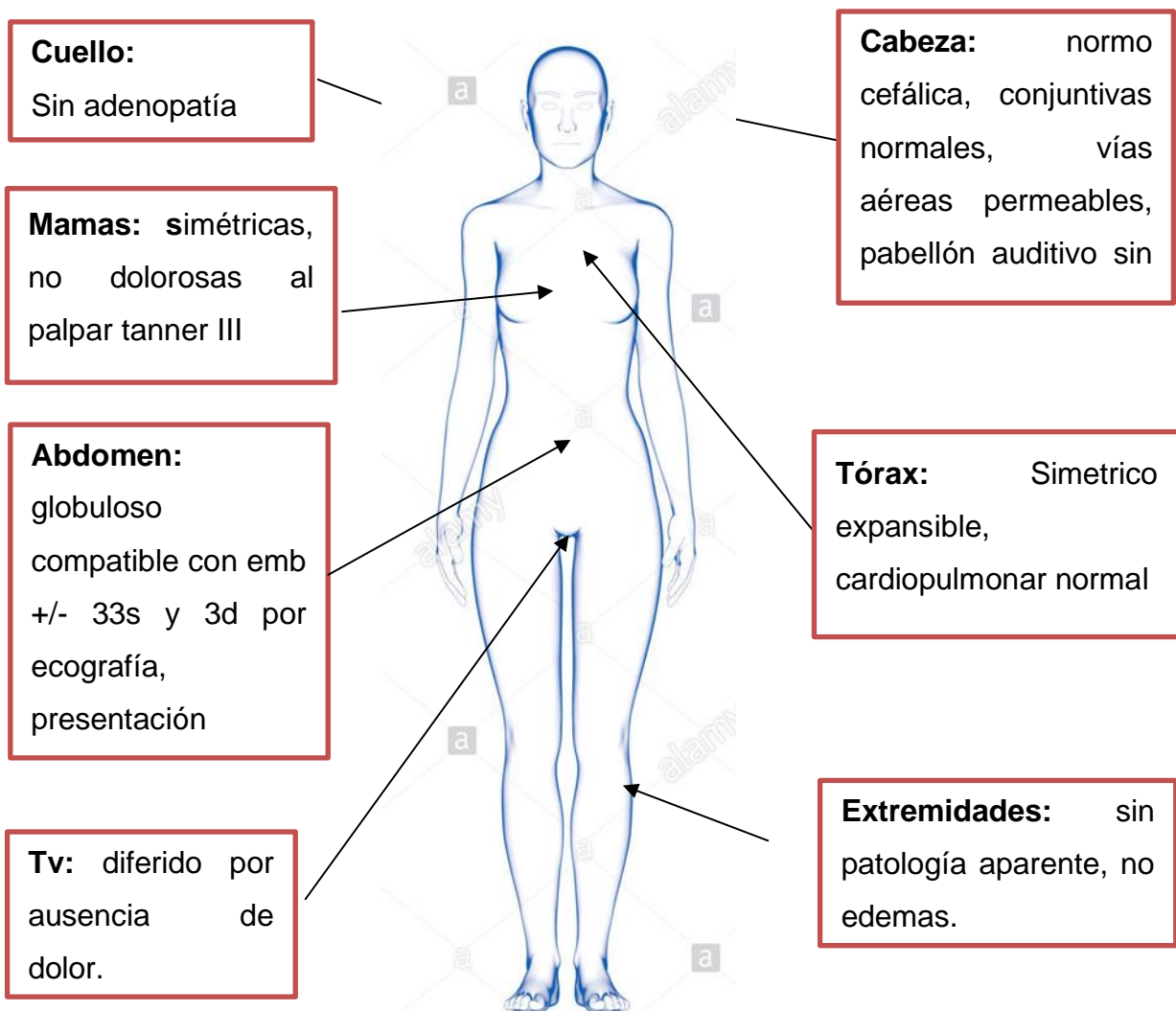
2.3 Exploración clínica

Signos vitales: presión arterial: 110/70 mmHg, frecuencia cardiaca: 90 lpm, frecuencia respiratoria: 21 rpm, temperatura 36.4 °C, saturación de oxígeno 99%, estado de conciencia alerta, glasgow 15/15, proteinuria negativa, score mama 0

Se detalla la exploración física de la paciente con la siguiente figura:

Figura 1.

General: Consciente, orientada.





Elaborado por: Stephanie Carolina Castro Zambrano

Fuente: Figura 2 (Alamy Foto destock ikonacolor /, 2017)

2.4 Información de exámenes complementarios realizados

- Ecografías obstétricas traída en la referencia

12/12/2019	Embarazo de +/- 10.5 semanas de gestación
-------------------	---

EXAMENES DE LABORATORIO	
LEUCOCITOS	7
NEUTROFILOS	50
LINFOCITOS	32
HB	5.1
HTO	15%
PLT	260
VOLUMEN PLAQUETARIO	8.2
QUIMICA SANGUINEA	
GLUCOSA	90
TPT	25.2
TP	11
GRUPO SANGUINEO	O
FACTOR RH	POSITIVO
SEROLOGIA	
VIH	NO REACTIVO
VDRL	NEGATIVO



- Resultados de exámenes laboratorio traído en la referencia 19/05/2020.

EXAMENES DE LABORATORIO	
LEUCOCITOS	8
NEUTROFILOS	56
LINFOCITOS	42
HB	5.4
HTO	20
PLT	340
VOLUMEN PLAQUETARIO	7.4
QUIMICA SANGUINEA	
GLUCOSA	95
TPT	27
TP	12
GRUPO SANGUINEO	O
FACTOR RH	POSITIVO
SEROLOGIA	
VIH	NO REACTIVO
VDRL	NEGATIVO

- Resultados de laboratorio de exámenes realizados en hospital básico antes del ingreso el 19/05/2020.

EXAMENES DE LABORATORIO	
LEUCOCITOS	9
NEUTROFILOS	58
LINFOCITOS	37
HB	8.2
HTO	27%



PLT	320
-----	-----

- Resultados de laboratorio de exámenes post transfusional realizados en hospital básico 19/05/2020.

EXAMENES DE LABORATORIO	
LEUCOCITOS	6
NEUTROFILOS	58
LINFOCITOS	35
HB	9.5
HTO	30%
PLT	320

- Exámenes de laboratorio antes de la alta petición 27/05/2020

2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo diferencial y definitivo

Por el cuadro clínico de la paciente la cual ya venía referida del centro de salud de primer nivel con datos clínicos y exámenes complementarios ya estipulaba un diagnóstico definitivo de embarazo de 33 semanas y 3 días de gestación más anemia severa más violencia sexual, llega al centro de salud de segundo nivel porque requería de mayor capacidad resolutoria del caso. Al llegar al área de emergencia gineco-obstetrica se le realizan nuevamente los exámenes complementarios y se le hace el interrogatorio a la paciente. Por lo que se diagnostica como embarazo de 33 semanas y 3 días de gestación más anemia severa más violencia sexual.

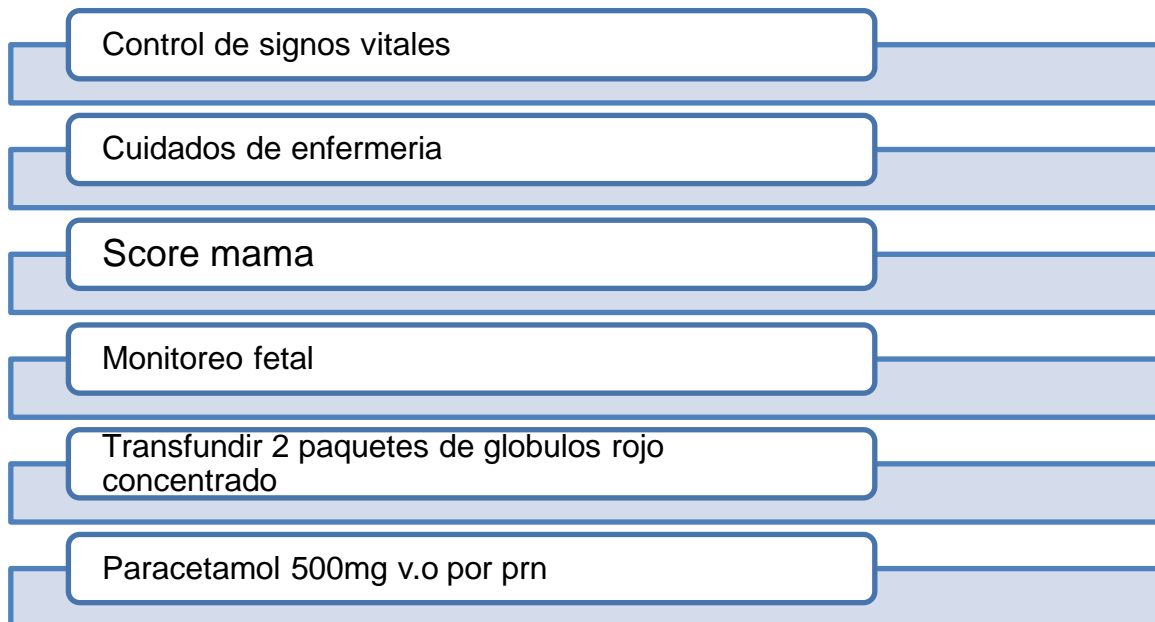
Conducta a seguir

Ingreso de la paciente para transfusión sanguínea de concentrados de glóbulos rojos, al observar examen post transfusional se nota mejoría en los valores de Hb. Valorar el bienestar materno fetal y ayuda psicológica para la paciente.

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

Paciente llega a la emergencia referida del centro de salud de primer nivel, paciente refiere debilidad, mareo, piel pálida por lo que se le realiza una biometría hemática se le hace la valoración gineco-obstetrica respectiva y se decide el ingreso de la paciente y pase a hospitalización con las siguientes indicaciones:

Figura 2.



Exámenes de laboratorios post transfusional: Biometría hemática, química sanguínea, TP-TTP después de 8 horas, e interconsulta con psicología, comunicar novedades.



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

Conducta del ginecólogo a seguir transfusión sanguínea de concentrados de glóbulos rojos por la anemia severa que presentaba la paciente y ayuda psicológica por el trauma que causo el abuso sexual.

Las condiciones clínicas de la paciente daban la indicación de transfusión sanguínea considerando las varias bibliografías de distintos autores consultados en este trabajo y están relacionados.

2.8 Seguimiento.

Día 0:

Paciente de 12 años de edad con embarazo de 33.3 semanas de gestación + anemia severa+ violencia sexual, consiente orientada en tiempo y espacio, con TA:110/70mmhg, FC:90lpm, FR:21rpm, T°C:36.4, Alerta, Score mama:0.

Monitoreo fetal categoría I reactivo, 133lpm, contracciones uterinas negativas y movimientos fetales presentes.

Se le asesora a la paciente y al familiar sobre la trasfusión sanguínea, se realiza transfusión de glóbulos rojos concentrados, se envía orden de examen de laboratorio post transfusional e interconsulta con psicología.

Día 1:



Paciente de 12 años de edad con embarazo de 33.4 semanas de gestación + anemia severa+ violencia sexual. Consiente orientada en tiempo y espacio, con TA:100/60mmhg, FC:95lpm, FR:20rpm, T °C:35.6, Alerta, Score mama:0.

Monitoreo fetal categoría I reactivo, 139lpm, contracciones uterinas negativas y movimientos fetales presentes. Paciente no colabora casi con el interrogatorio.

Los resultados del examen post transfusional indica HB: 8g/dl y HTO:25% por lo que el diagnóstico cambia a: embarazo de 33.4 semanas de gestación + anemia moderada + violencia sexual.

Indicaciones terapéuticas:

- Control de signos vitales
- Cuidados de enfermería
- Monitoreo fetal
- Charla sobre signos de alarma
- Comunicar novedades

TTO

- Cloruro de sodio 0.9% 300ml + hierro sacarosa 300mg iv pasar en 3 horas
- Cloruro de sodio 0.9% 1.000ml iv pasar 30 gotas por minutos
- Paracetamol 500mg PRN

Día 2:

Paciente de 12 años de edad con embarazo de 33.5 semanas de gestación + anemia moderada + violencia sexual. Consiente orientada en tiempo y espacio, con TA:120/80mmhg, FC:100lpm, FR:18rpm, T °C:37.2, Alerta, Score mama:0.

Monitoreo fetal categoría I reactivo, 144lpm, contracciones uterinas negativas y movimientos fetales presentes. Paciente recibió visita de la psicóloga.

Indicaciones terapéuticas:

- Control de signos vitales
- Cuidados de enfermería
- Monitoreo fetal
- Charla sobre signos de alarma



-Comunicar novedades

TTO

-Cloruro de sodio 0.9% 200ml + hierro sacarosa 200mg iv pasar en 2 horas

-Cloruro de sodio 0.9% 1.000ml iv pasar 30 gotas por minutos

Día 3:

Paciente de 12 años de edad con embarazo de 33.6 semanas de gestación + anemia moderada + violencia sexual. Consiente orientada en tiempo y espacio, con TA:120/80mmhg, FC:100lpm, FR:18rpm, T °C:37.2, Alerta, Score mama:0.

Monitoreo fetal categoría I reactivo, 144lpm, contracciones uterinas negativas y movimientos fetales presentes.

Indicaciones terapéuticas:

-Control de signos vitales

-Cuidados de enfermería

-Monitoreo fetal

-Charla sobre signos de alarma

-Comunicar novedades

TTO

-cloruro de sodio 0.9% 1.000ml iv pasar 30 gotas por minuto

-sulfato ferroso 100mg vo cada 12 horas

Día 4:

Paciente de 12 años de edad con embarazo de 34 semanas de gestación + anemia moderada + violencia sexual. Consiente orientada en tiempo y espacio, con TA:100/70mmhg, FC:80lpm, FR:22rpm, T °C:36.4, Alerta, Score mama:0.

Monitoreo fetal categoría I reactivo, 138lpm, contracciones uterinas negativas y movimientos fetales presentes.

Padre de la paciente refiere que quiere llevarse a la paciente a la casa por lo que tiene un hijo enfermo en el hospital del niño en Guayaquil y necesita ir a visitarlo.



Se le explica el estado de la paciente y las complicaciones que podrían presentárseles si decide sacar a la paciente del hospital. Padre la paciente refiere que dejará unos días más a la paciente para su recuperación.

Indicaciones terapéuticas:

- Control de signos vitales
- Cuidados de enfermería
- Monitoreo fetal
- Charla sobre signos de alarma
- Comunicar novedades

TTO

- cloruro de sodio 0.9% 1.000ml iv pasar 30 gotas por minuto
 - sulfato ferroso 100mg vo cada 12 horas
- Ecografía para valorar el bienestar fetal.

Día 5:

Paciente de 12 años de edad con embarazo de 34.1 semanas de gestación + anemia moderada + violencia sexual. Consiente orientada en tiempo y espacio, con TA:100/60mmhg, FC:78lpm, FR:19rpm, T °C:36.2, Alerta, Score mama:0.

Monitoreo fetal categoría I reactivo, 134lpm, contracciones uterinas negativas y movimientos fetales presentes.

Indicaciones terapéuticas:

- Control de signos vitales
- Cuidados de enfermería
- Monitoreo fetal
- Charla sobre signos de alarma
- Comunicar novedades

TTO

- cloruro de sodio 0.9% 1.000ml iv pasar 30 gotas por minuto
- sulfato ferroso 100mg vo cada 12 horas



Día 6:

Paciente de 12 años de edad con embarazo de 34.2 semanas de gestación + anemia moderada + violencia sexual. Consiente orientada en tiempo y espacio, con TA: 115/75 mmhg, FC:94 lpm, FR:21 rpm, T °C: 37.1, Alerta, Score mama:0.

Monitoreo fetal categoría I reactivo, 146lpm, contracciones uterinas negativas y movimientos fetales presentes.

Indicaciones terapéuticas:

- Control de signos vitales
- Cuidados de enfermería
- Monitoreo fetal
- Charla sobre signos de alarma
- Comunicar novedades

TTO

- cloruro de sodio 0.9% 1.000ml iv pasar 30 gotas por minuto
- sulfato ferroso 100mg vo cada 12 horas

Día 7:

Paciente de 12 años de edad con embarazo de 34.3 semanas de gestación + anemia moderada + violencia sexual. Consiente orientada en tiempo y espacio, con TA:120/70mmhg, FC: 80lpm, FR: 22 rpm, T °C:37, Alerta, Score mama:0.

Monitoreo fetal categoría I reactivo, 135lpm, contracciones uterinas negativas y movimientos fetales presentes.

Padre de la paciente pide alta petición, se le explica los posibles riesgos que se le pueden presentar a la paciente en caso de llevársela, él explica que no puede quedarse más en el hospital y que se lleva a su hija bajo su responsabilidad.

Se le realiza una biometría de control a la paciente en donde los resultados de HB: 9.5g/dl HTO: 30%.

Se le administra solución salina 0.9% 300ml + 300mg de hierro sacarosa iv pasar en 3 horas.



Se envía cita médica por consulta externa en 20 días y contrareferencia al centro de salud de primer nivel para el seguimiento del embarazo de la paciente y de su estado psicológico.

Se envía sulfato ferroso 100mg cada 12 horas vo.

Día 25 de junio del 2020

Llega a la emergencia obstétrica la paciente de 12 años de edad, con embarazo de 38.5 semanas de gestación presentando cuadro clínico de +/- 8 horas de evolución caracterizado por dolor en hipogastrio de fuerte intensidad + pérdida de tapón mucoso sanguinolento, paciente no permite que se le realice tracto vaginal. Monitoreo fetal categoría I fcf:144 lpm act.Uterina: 3/10, presentación fetal cefálica, movimientos fetales presentes.

Ginecólogo de guardia decide que se ingrese a la paciente por el historial que tenía la paciente para realizar cesárea, resultados de laboratorios hb: 11.5g/dl y hto: 35%.

Se asesora a la paciente y a su familiar sobre la cesárea se llama a la psicóloga la misma que dialogó con la paciente para tranquilizar un poco a la paciente por el motivo de que estaba muy vulnerable.

Se realiza cesare segmentaria obteniendo producto único de sexo masculino con apgar de 8/9 talla de 41cm peso 2500g.

Paciente se pasa a sala de recuperación se envía orden de biometría hemática después de las 12 horas post quirúrgica. Se indica cuidados de enfermería, curar herida quirúrgica, control de signos vitales, pase a sala de ginecología después de 6 horas, solución salina 0.9% 1000ml pasar 30 gotas por minutos iv, ampicilina 1g iv cada 6 horas, keterolaco 60mg iv cada 12 horas. Interconsulta con psicología, Comunicar novedades.

Día 26 de junio 2020

Paciente de 12 años de edad con 16 horas post quirúrgica al momento orientada en tiempo y espacio afebril, al examen físico cabeza normo encefálico, cuello móvil sin adenopatía, tórax simétrico expansible cardiopulmonar normal, abdomen blando



depresible poco dolor a la palpación, útero por debajo de la cicatriz umbilical, sangrado transvaginal escaso, extremidades sin patología aparente sin edema.

Score mama: 0; resultados de biometría hemática post quirúrgica HB: 10.2g/dl HTO: 35%

Tratamiento: control de signos vitales cuidados de enfermería, score mama, limpieza de herida quirúrgica, charla sobre lactancia materna y signos de alarma materno y del recién nacido, solución salina 0.9% 1000ml iv pasar 30 gotas por minutos, keterolaco 60mg iv cada 12 horas, ampicilina 1g iv cada 6 horas, sulfato ferroso 100mg vo cada 12 horas, comunicar novedades.

Día 27 de junio 2020

Paciente de 12 años de edad con 40 horas post quirúrgica al momento orientada en tiempo y espacio afebril, examen físico cabeza normo encefálico, cuello móvil sin adenopatía, tórax simétrico expansible cardiopulmonar normal, abdomen blando depresible poco dolor a la palpación, útero por debajo de la cicatriz umbilical, herida quirúrgica limpia y seca sin signos de inflamación, sangrado transvaginal escaso, extremidades sin patología aparente sin edema.

Paciente es visitada por la psicóloga la cual indica que no hay un rechazo de la madre al bebé pero que hay que hacer un seguimiento muy de cerca a la paciente y en caso de que ella no responda al interrogatorio del ginecólogo no se debe insistir por el motivo de que se encuentra muy afectada por lo de la violencia sexual.

Score mama: 0.

Tratamiento: control de signos vitales cuidados de enfermería, score mama, limpieza de herida quirúrgica, charla sobre lactancia materna y signos de alarma materno y del recién nacido, solución salina 0.9% 1000ml iv pasar 30 gotas por minutos, keterolaco 60mg iv cada 12 horas, ampicilina 1g iv cada 6 horas, sulfato ferroso 100mg vo cada 12 horas, comunicar novedades.

Día 28 de junio 2020



Paciente de 12 años de edad con 64 horas post quirúrgica al momento orientada en tiempo y espacio afebril, examen físico cabeza normo encefálico, cuello móvil sin adenopatía, tórax simétrico expansible cardiopulmonar normal, abdomen blando depresible poco dolor a la palpación, útero por debajo de la cicatriz umbilical, herida quirúrgica limpia y seca sin signos de inflamación, sangrado transvaginal escaso, extremidades sin patología aparente sin edema.

Score mama: 0.

Se da alta médica a la paciente por evolución favorable, se envía contrareferencia para centro de salud de primer nivel para que se le haga seguimiento y se indica que la paciente debe de seguir con las citas con la psicóloga.

Se envía tratamiento: sulfato ferroso 100mg cada 12 horas por 1 mes, paracetamol 500mg vo cada 8 horas.

2.9 OBSERVACIONES

En este caso de pacientes es conveniente hacer un seguimiento muy riguroso para evitar que se nos presente ciertas complicaciones durante o después del embarazo. Pese a que hoy en día hay programas de protección y vigilancia para las personas que han sufrido este tipo de violencia sexual, muchas de estas víctimas desconocen de aquello y al no ver ese apoyo se complica más su estado de depresión y se generan este tipo de problemas de salud como en este caso la anemia severa y la depresión. Cabe recalcar que es una paciente que a temprana edad presenta este tipo de patologías por el entorno en el que se encontraba y por la falta de educación también de las personas que se encontraban a su alrededor, haciendo que esta sea una persona que estaba expuesta a sufrir este tipo de violencia.



CONCLUSIONES

Todas las medidas de manejo que se llevaron a cabo en este caso fueron de manera positiva para la paciente ya que esta no fue sometida a una labor de parto natural la cual sin duda alguna hubiese provocado más daño psicológico el que ya tenía.

Este caso de embarazo en adolescente el cual fue producto de una violación sexual tiene importantes consecuencias sociales y de salud sobre la madre y el feto.

Se pudo detallar los eventos relacionados en el embarazo en la adolescente y la conducta obstétrica para el manejo de sus complicaciones en base a bibliografías citadas en este trabajo.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abad., M. V. (2010, abril 17). *DerechoEcuador.com*. Obtenido de DerechoEcuador.com: <https://www.derechoecuador.com/violencia-sexual-infantil>
- Alamy Foto destock ikonacolor /2017*la forma del cuerpo humano femenino*<https://www.alamy.es/foto-la-forma-del-cuerpo-humano-femenino-163863195.html>
- El "problema" del embarazo en la adolescencia. Contribuciones a un debate*2014MéxicoEditorial El Colegio de México
- El Embarazo en la Adolescencia*2015Lima - PerúEditorial UOC
- Estrategia educativa sobre el embarazo en la adolescencia precoz: Prevención del Embarazo en la Adolescencia*2013Madrid - EspañaEditorial Académica Española
- Jerez Observatorio Local Violencia de Género2015*¿Por qué se produce la violencia de género?*Madrid - EspañaEditorial UOC
- La sexualidad: sexo, embarazo y contracepción en la adolescencia*2015Barcelona - EspañaMontesinos Editor
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador2014*Diagnóstico y tratamiento de la anemia en el embarazo. Guía de Práctica Clínica (G.P.C)*Quito - EcuadorEditorial Ministerio de Salud Pública del Ecuador
- MSP, O. M. (2014). *Diagnóstico y tratamiento de la anemia en el embarazo* . Quito.
- OPS, O. P. (2013). *Violencia sexual*. Washington, D.C., EE. UU.
- Prevención educativa del embarazo precoz en estudiantes del nivel básico superior*2016EcuadorEditorial área de innovación y desarrollo
- Santiago*, F. E. (2013). Anemia en el embarazo, un problema de salud que. *Revista Médicas UIS Vol.26 No.3 2013.indd*, 48.



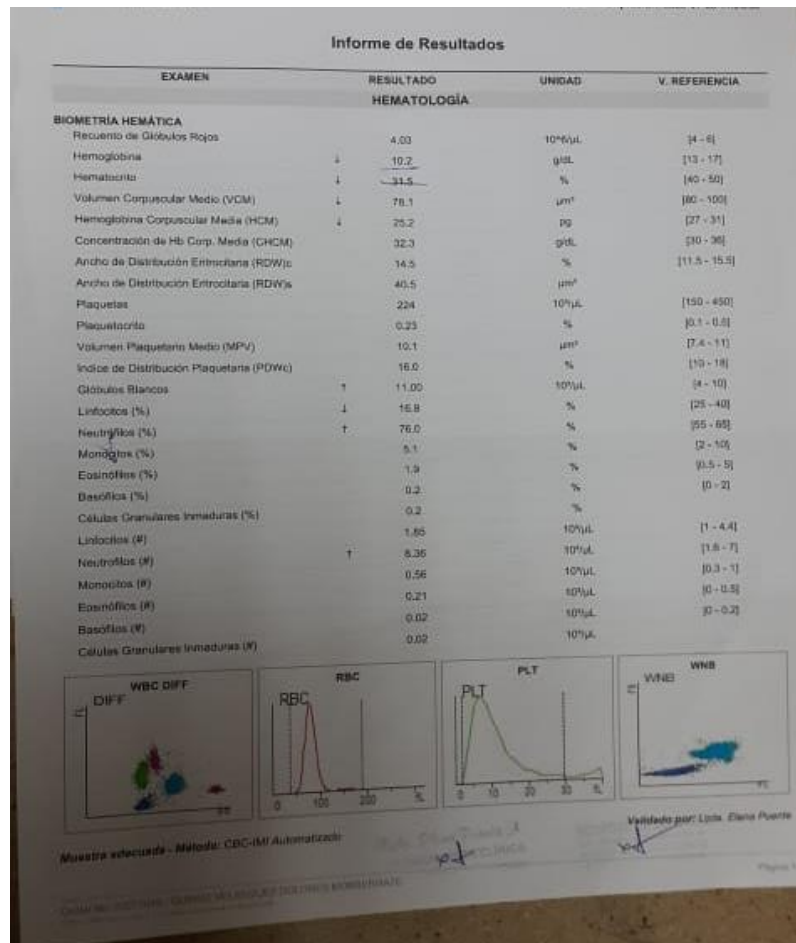
Unfpa2020 *Consecuencias socioeconómicas del embarazo en adolescentes en*

Ecuador Quito - Ecuador Editorial Milena

Violencia de género2015 *Psicoterapeutas*7

*Violencia sexual*2013 Washington, D.C., EE. UU

ANEXOS



Resultados de laboratorio post quirúrgico