



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



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE SALUD  
CARRERA DE OBSTETRICIA**

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

**TEMA PROPUESTO DEL CASO CLINICO**

**CONDUCTA OBSTETRICA EN PRIMIGESTA ADOLESCENTE DE 13 AÑOS DE  
EDAD EMBARAZADA DE 36,6 SEMANAS CON POLIHIDRAMNIOS**

**AUTORA**

STEFANY MARIELA SEGOVIA ALI

**TUTOR**

OBST. ANA YUPA PALLCHISACA, Msc.

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador



## INDICE

<b>I. AGRADECIMIENTO</b> .....	<b>3</b>
<b>II. DEDICATORIA</b> .....	<b>4</b>
<b>III. TEMA</b> .....	<b>5</b>
<b>IV. RESUMEN</b> .....	<b>6</b>
<b>V. ABSTRACT</b> .....	<b>7</b>
<b>VI. INTRODUCCION</b> .....	<b>8</b>
<b>1. MARCO TEORICO</b> .....	<b>10</b>
<b>1.1. CONDUCTA OBSTÉTRICA</b> .....	<b>10</b>
<b>1.2. PRIMIGESTA ADOLESCENTE</b> .....	<b>11</b>
<b>1.3. POLIHIDRAMNIOS</b> .....	<b>12</b>
<b>1.4. LIQUIDO AMNIOTICO</b> .....	<b>12</b>
<b>1.5 JUSTIFICACIÓN</b> .....	<b>15</b>
<b>1.6 OBJETIVOS</b> .....	<b>16</b>
1.6.1 OBJETIVO GENERAL.....	16
1.6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
<b>1.7 DATOS GENERALES</b> .....	<b>17</b>
<b>2. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO</b> .....	<b>17</b>
2.2 PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL(ANAMNESIS).....	18
2.3 EXAMEN FÍSICO(EXPLORACIÓN CLÍNICA) .....	19
2.4 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS. ....	20
2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNOSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO. ....	21
2.6 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.....	22
2.7 INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES. ....	23
2.8 SEGUIMIENTO.....	24
<b>3. OBSERVACIONES</b> .....	<b>34</b>
<b>4. CONCLUSIONES</b> .....	<b>35</b>
<b>5. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>36</b>
<b>5. ANEXOS</b> .....	<b>37</b>



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



## **I. AGRADECIMIENTO**

En primera instancia agradezco a Dios quien ha sido quien me acompaña día a día en todas mis actividades dándome conocimiento, sabiduría y coraje para no desistir en el camino.

A mi mamá, Inés, por su apoyo incondicional y porque gracias a ella y a sus enseñanzas soy una persona de principios y valores, la cual también me respalda a que realice cursos para adquirir mas conocimientos.

A mi papá, Hernán, porque pese a muchos años de ausencia físicamente en mi vida siempre se mantuvo presente dándome apoyo emocional y económico para llegar a realizarme como una profesional.

A mi hermana, Patricia, quien sin duda alguna ha sido mi ejemplo a seguir demostrándome que el ser mujer no me obliga a ser dependiente de un hombre mas bien me enseña a ser autodependiente y a no limitarme a nada.

Y a todos los profesionales que aportaron parte de sus conocimientos para forjar mi futuro profesional.

Stefany Mariela Segovia Ali



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



## **II. DEDICATORIA**

Dedico este trabajo a Dios, a mis padres y a mi hermana quienes son mi pilar fundamental en cada etapa de mi vida brindándome educación, apoyo y valores, forjando a la persona que hoy en día soy.

Stefany Mariela Segovia Ali



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



**III. TEMA**

CONDUCTA OBSTETRICA EN PRIMIGESTA ADOLESCENTE DE 13 AÑOS DE  
EDAD EMBARAZADA DE 36,6 SEMANAS CON POLIHIDRAMNIOS



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



#### **IV. RESUMEN**

El polihidramnios es una patología que se presenta del 1 al 2% en las gestantes y consiste en la acumulación excesiva de líquido amniótico que rodea al feto en útero trayendo consigo complicaciones obstétricas como atonía uterina, distocia de presentación, prolapso de cordón entre otras de las cuales la muerte materna y perinatal es la que hoy en día se desea disminuir.

Por esta razón se motiva la redacción de este informe en base al caso de una paciente de 13 años con embarazo de +/- 36.6 semanas de gestación que acudió a consulta ginecológica en Hospital Sagrado Corazón de Jesús referida de centro de salud de I nivel. Teniendo en cuenta los factores predisponentes que tenga la paciente como en este caso es la infección de vías urinarias que aumenta las probabilidades de mayores complicaciones y un desenlace no tan favorable.

Se recomienda un acertado y oportuno diagnóstico aplicando prácticas sencillas como la medición de altura uterina la cual no ayuda de manera precisa pero nos indica una anomalía al tratarse de un feto único y añadiendo la ecografía que al ser una herramienta de imagen nos da un diagnóstico definitivo.

**Palabras clave:** adolescente, polihidramnios, perinatal



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



## **V. ABSTRACT**

Polyhydramnios is a pathology that occurs in 1 to 2% of pregnant women and consists of the excessive accumulation of amniotic fluid surrounding the fetus in utero bringing with it obstetric complications such as uterine atony, presentation dystocia, cord prolapse among others of which maternal and perinatal death is the one we wish to reduce today.

For this reason, the writing of this report is motivated based on the case of a 13 year old patient with a pregnancy of +/- 36.6 weeks of gestation who came for gynecological consultation at the Sacred Heart of Jesus Hospital referred from a first level health center. Taking into account the patient's predisposing factors, as in this case, urinary tract infection, which increases the probability of greater complications and a less favorable outcome.

An accurate and timely diagnosis is recommended by applying simple practices such as measuring the uterine height which does not help accurately but indicates an abnormality in the case of a single fetus and adding ultrasound which, being an imaging tool, gives us a definitive diagnosis.

**Key words:** adolescent, polyhydramnios, perinatal



## **VI. INTRODUCCION**

El líquido amniótico está presente en el amnios, un saco membranoso que rodea al feto. Las funciones principales del líquido son proporcionar amortiguación que actúa como protección para el feto, permitir el movimiento fetal, estabilizar la temperatura para proteger al feto de los cambios de temperatura extremos y favorecer el crecimiento adecuado del pulmón. Los intercambios de agua y sustancias químicas también tienen lugar entre el líquido, el feto y la circulación materna. (King Strasinger & Schaub Di Lorenzo, 2010)

Normalmente el volumen del líquido amniótico aumenta hasta alrededor de 1L o algo más hacia las 36 semanas, pero disminuye después. En el postparto, puede haber solo algunos cientos de mL o menos. El volumen disminuido de líquido se denomina oligohidramnios. En forma algo arbitraria, más de 2.000mL de líquido amniótico se considera una cantidad excesiva y se denomina hidramnios o polihidramnios. En raros casos (existen informes de que el útero puede contener una enorme cantidad de líquido de hasta 15L). En la mayor parte de estos casos, se desarrolla un hidramnios crónico, que es el aumento gradual del líquido amniótico. En el hidramnios agudo el útero puede volverse muy distendido en unos pocos días. (F. Gary Cunningham, et al., 1998, p. 616)

Las complicaciones maternas asociadas a polihidramnios son derivadas de la sobredistensión uterina y cursa con discomfort materno, en ocasiones con dificultad para respirar, irritabilidad uterina, mayor frecuencia de hemorragia postparto, preeclampsia y un aumento de la tasa de cesárea. El incremento de la mortalidad perinatal en fetos que han presentado polihidramnios se debe a un aumento en las malformaciones congénitas, la mayor incidencia de parto prematuro y las complicaciones derivadas del síndrome de transfusión feto-fetal. El aumento del volumen del líquido amniótico y la presión que ejerce sobre la perfusión uterina, posiblemente sea la causa de un aumento en la frecuencia de





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



hipoxia fetal anteparto e intraparto. (Roura, Rodriguez, & Rodriguez, 2007, p. 653).

El hallazgo clínico primario en casos de hidramnios es el agrandamiento uterino en asociación con dificultad para palpar las pequeñas partes fetales y para auscultar los tonos cardiacos fetales. En los casos graves la pared uterina puede estar tan tensa que resulta imposible palpar cualquier parte fetal. La diferenciación entre hidramnios, ascitis y un gran quiste ovárico habitualmente puede establecerse sin dificultad por evaluación ecográfica. Casi siempre es posible demostrar fácilmente grandes cantidades de liquido amniótico como un espacio anecoico anormalmente grande entre el feto y la pared uterina o la placenta. (F. Gary Cuningham, et al., Williams Obstetricia, 1998, p. 619)



## **1. MARCO TEORICO**

### **1.1. Conducta obstétrica**

Cada vez que se enfrenta la dramática situación de una madre con un embarazo con feto anencefálico, el equipo médico y cada uno de sus integrantes, no permanece ajeno a lo que la madre siente y sufre, y de una manera u otra, en un silencio reflexivo o no, se ve involucrado en la histórica búsqueda paternalista médica sobre el mejor quehacer en esta situación (Gurrea, 2015).

La anencefalia es el defecto más grave de las anomalías fetales; siempre es letal y ocasiona un óbito o la muerte neonatal temprana. Anteriormente en el silencioso no saber y evolucionar de los embarazos con fetos anencefálicos, los doctores eran espectadores en el momento del parto del cómo se resolvía éste: con presentaciones distócicas, ya sea de cara con el polo malformado o en podálica, y recién allí éramos sorprendidos por las características morfológicas del recién nacido. En la búsqueda de las causas de un parto prematuro o de alguna complicación, ya se podía diagnosticar que se estaba en presencia de un feto anencefálico, pero este diagnóstico se conseguía en embarazos ya avanzados, en el tercer trimestre, y utilizando métodos que en la actualidad están obsoletos, como la radiografía obstétrica (King Strasinger & Schaub Di Lorenzo, 2010).

Actualmente con evaluaciones ecográficas precoces, es deseable y necesario que el diagnóstico de un feto anencefálico se realice muy tempranamente y con ello se ha hecho también más precoz vivir el problema de decidir la conducta obstétrica. Algunos opinan que es necesario interrumpir el embarazo de la paciente al momento del diagnóstico, sin reflexión mayor, aunque cada caso sea diferente por ser siempre una paciente diferente. Para otros, la solución es esperar la



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



resolución espontánea, en resguardo y protección de los riesgos que pudiesen presentarse con la interrupción del embarazo. Sin embargo, ¿en cuánto guiamos o presionamos a las pacientes a tomar decisiones?, ¿en cuánto aceptamos sus propias decisiones?, ¿en cuánto validamos el sentido común y el buen criterio en nuestras prácticas clínicas? De lo anterior se puede comprender que nadie puede arrogarse ser el portador de una verdad plena. De la interacción del equipo obstétrico con la paciente es desde donde habrá de emerger la sugerencia del "debería mejor hacer" para cada caso, nunca perdiendo de vista nuestro entorno legal particular, que finalmente regula y define los límites del quehacer (Sañudo, 2013).

## **1.2. Primigesta adolescente**

El embarazo adolescente es aquella condición de gestación que ocurre en la edad de la adolescencia, que comprende mujeres de hasta 19 años de edad, independiente de la edad ginecológica. Es una condición que mundialmente se encuentra en aumento principalmente en edades más precoces, debido a que cada vez con más frecuencia, la proporción de adolescentes sexualmente activas es mayor, dado fundamentalmente por el inicio precoz de la actividad sexual (Valera, 2015).

El embarazo adolescente se ha convertido en un problema de salud pública importante, debido a que básicamente son las condiciones socioculturales las que han determinado un aumento considerable en su prevalencia, aconteciendo con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos más disminuidos, aunque se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad (Unfpa, 2020).

Se estima que en los países en desarrollo aproximadamente el 20% a 60% de los embarazos son no deseados, y que los adolescentes generalmente tienen escasa



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



información sobre el correcto uso de medidas anticonceptivas y sobre la fertilidad. Las pacientes adolescentes embarazadas sufren posteriormente problemas de tipo socioeconómicos, determinados por una menor educación, mayor dificultad para conseguir empleo, generalmente el abandono de su pareja y finalmente mayor pobreza en la población. En este último punto es interesante destacar que el nivel de escolaridad es inferior al de la población general, con elevados índices de deserción escolar pre y postgestacional. En un estudio nacional se determinó que el 47% de las adolescentes estudiaban al momento de la concepción, cifra que disminuyó posteriormente al 8% (Gurrea, 2015).

### **1.3. Polihidramnios**

El polihidramnios es la acumulación excesiva de líquido amniótico, que es el líquido que rodea al bebé en el útero durante el embarazo. El polihidramnios ocurre en alrededor del 1 o 2 por ciento de los embarazos. La mayoría de los casos de polihidramnios son leves y se deben a una acumulación gradual de líquido amniótico durante la segunda mitad del embarazo. El polihidramnios grave puede causar dificultad para respirar, trabajo de parto prematuro y otros signos y síntomas (Unfpa, 2020).

Si se diagnostican polihidramnios, el proveedor de atención médica controlará el embarazo con atención para ayudar a prevenir complicaciones. Las opciones de tratamiento dependen de la gravedad del trastorno. El polihidramnios leve puede desaparecer solo. El polihidramnios grave puede requerir un control más minucioso (Gurrea, 2015).

### **1.4. Líquido amniótico**



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



Es un líquido claro y ligeramente amarillento que rodea al bebé dentro del útero (feto) durante el embarazo y que está contenido en el saco amniótico. Mientras está en el útero, el bebé flota en el líquido amniótico. La cantidad de líquido amniótico es mayor aproximadamente a las 34 semanas del embarazo (gestación), cuando llega a un promedio de 800 ml. Aproximadamente 600 ml de líquido amniótico rodean al bebé a término (40 semanas de gestación). El líquido amniótico se mueve (circula) constantemente a medida que el bebé lo traga y lo "inhala", y luego lo libera (Roura, Rodríguez, & Rodríguez, 2007).

El líquido amniótico ayuda (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014):

- Al feto a moverse en el útero, lo cual permite el crecimiento óseo apropiado
- Al desarrollo apropiado de los pulmones
- A evitar la presión en el cordón umbilical
- A mantener una temperatura relativamente constante alrededor del bebé, protegiéndolo así de la pérdida de calor
- A proteger al bebé de lesiones externas al amortiguar golpes o movimientos repentinos

Una cantidad excesiva de líquido amniótico se denomina polihidramnios. Esto puede ocurrir con embarazos múltiples (mellizos o trillizos), anomalías congénitas (problemas que existen cuando el bebé nace) o diabetes gestacional. Una cantidad muy pequeña de líquido amniótico se denomina oligohidramnios. Esto puede ocurrir con embarazos tardíos, ruptura de membranas, disfunción placentaria o anomalías fetales (Valera, 2015).

Las cantidades anormales de líquido amniótico pueden llevar a que el proveedor de atención médica vigile el embarazo con mayor cuidado. La extracción de una muestra de líquido amniótico, a través de una amniocentesis, puede proporcionar



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



información con respecto al sexo, estado de salud y desarrollo del feto (Ubillus , 2016).



## 1.5 Justificación

Este proyecto de investigación está enfocado en el polihidramnios, problema de salud que afecta aproximadamente del 1 al 2% de las gestaciones y preocupa al profesional de salud por el riesgo al poseerlo, por lo que la vigilancia constante a la embarazada es primordial.

Además de la anamnesis para dar con el diagnóstico definitivo de polihidramnios se debe recurrir a la ecografía que a través de medidas como el de los 4 cuadrantes determinarán si un ILA es superior a 25ml o mediante la máxima columna vertical si esta es mayor de 8cm.

El tratamiento adecuado se lo aplica dependiendo a las semanas de gestación y se basa específicamente en la reducción de líquido amniótico para conseguir que el embarazo avance más y disminuir o eliminar la sintomatología materna característica de esta patología.

Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las muchachas de 15 a 19 años en todo el mundo. Sin embargo, desde el año 2000 se han registrado descensos considerables en el número de muertes en todas las regiones, sobre todo en Asia Sudoriental, donde las tasas de mortalidad se redujeron de 21 a 9 por 100 000 muchachas. Cada año se practican unos 3 millones de abortos peligrosos entre muchachas de 15 a 19 años, lo que contribuye a la mortalidad materna y a problemas de salud prolongados. (Organización Mundial de la Salud, 2020), por lo ya mencionado, es importante diagnosticar a tiempo a la gestante con polihidramnios y los factores de riesgo para reducir la tasa de mortalidad materno-fetal.



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



## **1.6 Objetivos**

### **1.6.1 Objetivo general**

- Describir las complicaciones obstétricas en un embarazo adolescente.

### **1.6.2 Objetivos específicos**

- Identificar factores de riesgo que influyen en el desencadenamiento del polihidramnios.
- Demostrar los diferentes métodos de diagnóstico que confirman un polihidramnios.
- Caracterizar las complicaciones obstétricas en un embarazo adolescente





### 1.7 Datos generales

<b>Nombres y apellidos:</b>	MELEEVVI	<b>Ocupación:</b>	Estudiante
<b>Edad:</b>	13 años	<b>Dirección:</b>	Recinto. San Cristóbal
<b>Sexo:</b>	Femenino	<b>Nivel socioeconómico:</b>	Bajo
<b>Fecha de nacimiento:</b>	27/10/2006	<b>Raza:</b>	Mestizo
<b>Nacionalidad:</b>	Ecuatoriana	<b>Religión:</b>	Católico
		<b>Numero de hijos:</b>	0
<b>Estado civil:</b>	Soltera	<b>Hospital:</b>	Sagrado corazón de Jesús
<b>Nivel de estudio:</b>	8 <sup>avo</sup> básico	<b>Fecha de ingreso:</b>	26/12/2019

**Elaborado por:** Stefany Mariela Segovia Ali

**Fuente:** Historia clínica de la paciente

## 2. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

**Motivo de consulta:** Paciente de sexo femenino de 13 años de edad, primigesta, acude a consulta ginecológica en un hospital de II nivel referida de establecimiento de salud de I nivel acude acompañada de su mamá con papeles de referencia el cual la ecografía obstétrica reporta: Embarazo de 34 semanas + Polihidramnios severo + distocia de presentación.

### Antecedentes de la paciente:

<b>Antecedentes personales patológicos</b>
No refiere
<b>Antecedentes familiares</b>
No refiere
<b>Antecedentes quirúrgicos</b>
No refiere
<b>Antecedentes alérgicos</b>



No refiere	
<b>Hábitos</b>	
<b>Alcohol</b>	<b>Drogas</b>
Niega	
<b>Antecedentes ginecoobstetricos</b>	
<b>Menarquia</b>	11 años
<b>Ciclos menstruales</b>	30 x 4 días
<b>Inicio de vida sexual</b>	12 años
<b>Planificación familiar</b>	No
<b>Parejas sexuales</b>	1
<b>Gestas</b>	0
<b>Fecha de ultima menstruación</b>	29/12/2019 no confiable
<b>Controles prenatales</b>	4
<b>Ecografías</b>	3
<b>Edad gestacional</b>	36.6 semanas por ecografía

**Elaborado por:** Stefany Mariela Segovia Ali

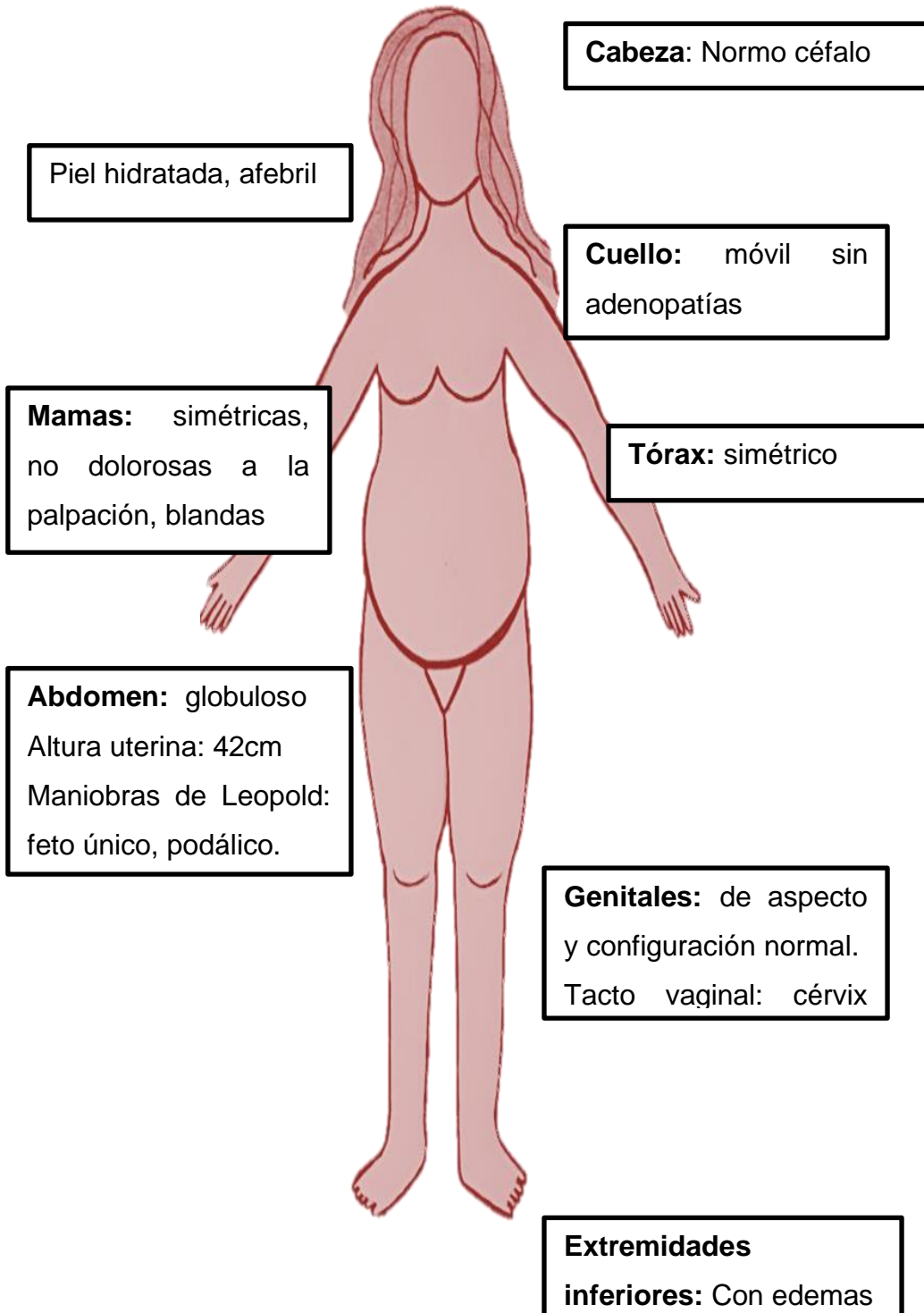
**Fuente:** Historia clínica de la paciente

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

Paciente de sexo femenino de 13 años de edad, primigesta, acude a consulta ginecológica en un hospital de II nivel referida de establecimiento de salud de I nivel acude acompañada de su mamá con papeles de referencia el cual la ecografía obstétrica reporta: Embarazo de 34 semanas + Polihidramnios severo + distocia de presentación, paciente hemodinamicamente estable, afebril, orientada en tiempo y espacio, refiere dolor en hipogastrio de moderada intensidad además trae consigo resultado de uroanálisis el cual indica infección de vías urinarias.

### 2.3 Examen físico(exploración clínica)

General: hemodinamicamente estable, orientada en sus 3 esferas



Elaborado por: Stefany Mariela Segovia Ali



## Signos vitales y mediciones

T/A	FC	FR	T°C	Peso kg	Talla cm
100/80	100	20	37	72.6	1.50

### 2.4 Información de exámenes complementarios realizados.

#### Reporte de ecografía obstétrica (26/12/2019)

Útero grávido aloja feto único vivo presentación transversa con polo cefálico dirigido a flanco derecho, situación dorso longitudinal anterior, latidos cardiacos 151x minuto, partes observadas normales, movimientos activos, peso aproximado 2973g.

Placenta ubicada en la pared anterior, fundica, inserción normal, madurez grado II.

Líquido amniótico de aspecto grumoso en volumen aumentado ILA: 26cm

ID: Embarazo de 36 semanas 5 días + Feto vivo + Transverso + Polihidramnios leve.

#### Biometría hemática de ingreso (26/12/2019)

Prueba	Resultado	Valor Referencial
Hemoglobina	12	10.5 - 13.5
Hematocrito	36	32.0 - 43.0
Leucocitos	11.05	3.98 - 10.00
Neutrófilos%	67.2	34.0 - 71.1
Linfocitos%	21.1	19.3 - 51.7
Plaquetas	254	182 - 369
<b>Tipificación sanguínea</b>		
Grupo sanguíneo	B	



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



<b>Factor Rh</b>	Positivo	
<b>Tiempos de coagulación</b>		
<b>Tiempo de trombina</b>	12	11 – 15
<b>Tiempo de protrombina</b>	35	25 - 43
<b>VDRL / VIH</b>		
<b>VIH(cuarta generación)</b>	No reactivo	
<b>VDRL</b>	Negativo	

**Biometría hemática post cirugía (30/12/2019)**

<b>Prueba</b>	<b>Resultado</b>	<b>Valor referencial</b>
<b>Hemoglobina</b>	10.2g/dl	10.5 - 13.5
<b>Hematocrito%</b>	30.2	32.0 - 43.0
<b>Leucocitos</b>	12.23x10 <sup>3</sup> /ul	3.98 - 10.00
<b>Neutrófilos %</b>	60.5	34.0 - 71.1
<b>Linfocitos%</b>	27.6	19.3 – 51.7
<b>Plaquetas</b>	231	182 - 369

**Fuente:** Historia clínica de la paciente

**2.5 Formulación del diagnostico presuntivo, diferencial y definitivo.**

**Diagnostico presuntivo:**

- Embarazo de +/- 36.6 semanas
- Polihidramnios severo
- Distocia de presentacion



### Diagnostico diferencial:

- Embarazo multiple
- Ascitis
- Macrosomia fetal

### Diagnóstico definitivo

- Embarazo de +/- 36.6 semanas de gestacion
- Polihidramnios
- Distocia de presentacion (Podalico)
- Infeccion de vías urinarias

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

El polihidramnios es una patología que aumenta las probabilidades de traer consigo un sin número de complicaciones que podrían afectar a la madre y al feto .

Realizando una minuciosa anamnesis y comprobando con ecografía el diagnostico de polihidramnios severo (ILA 37ml), distocia de presentación, semanas de gestación que indican prematuridad además se identificó infección de vías urinarias como factor de riesgo por lo que se lleva a cabo ingreso hospitalario.

**Procedimientos a seguir:** De acuerdo a el diagnostico definitivo dado por la valoración medica y exámenes complementarios correspondientes se decide:

Ingreso y hospitalización en sala de ginecología con las siguientes medidas generales:

- Reposo



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



- Control de score mama
- Cuidados de enfermería
- Monitoreo cardiaco fetal
- Asesoría sobre de signos de alarma materno fetal, planificación familiar
- Exámenes de laboratorio + ecografía obstétrica
- Valoración de ecografía por especialista.
- Dieta general
- Solución salina 0.9% 1000ml IV a 30 gotas por minuto.
- Ceftriaxona 1g IV cada 12 horas

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

**Hospitalización:** En base a los riesgos que conlleva el polihidramnios se hospitaliza y se mantiene con vigilancia y tratamiento.

**Altura uterina:** Nos ayuda a base de medidas entre 2 estructuras a comprobar si el crecimiento de un producto es el adecuado para su semana de gestación, edad gestacional y descifrar si hay una patología.

**Antibioticoterapia:** Para contrarrestar la infección de vías urinarias y así mantener aun el embarazo.

**Score mama:** Herramienta base en la gestante que cualquier alteración en sus valores que no sea 0 es un indicativo para vigilar rigurosamente a la paciente.

**Monitoreo fetal:** Control exhaustivo que se debe realizar para identificar que no haya sufrimiento fetal.

**Ecografía obstétrica de control:** prueba elemental imagenologica para identificar diferentes estructuras en su aspecto normal y anormal.



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



**Cesárea de emergencia:** Categoría 1: amenaza o peligro inmediato para la vida de la mujer o del feto (Guía de Practica Clinica, 2015)

**Control de puerperio:** Es obligatorio en este tiempo controlar loquios hemáticos, involución uterina, score mama durante 2 horas para verificar una alteración que conllevaría a una emergencia.

**Planificación familiar:** Es importante explicarles los numerosos métodos anticonceptivos que existen para evitar embarazos no planificados y darles el mas oportuno.

## 2.8 Seguimiento

### 1era consulta ginecologica (26/12/2019)

<p>Paciente que acude a consulta ginecologica referida del SC Fumisa con ID: Embarazo de 34 SG por eco + polihidramnios severo + distocia de presentacion, con AGO G:0 P:0 A:0 C:0</p> <p>Al momento paciente hemodinamicamente estable, afebril, orientada en tiempo y espacio, refiere dolor en hipogastrio de moderada intensidad, niega otro sintoma acompañante.</p> <p><u>Al examen físico:</u></p> <p>Piel hidratada, afebril</p> <p>Abdomen globuloso</p> <p>Altura uterina 42cm</p> <p>Feto unico podalico</p>	<p><b>Medidas generales</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Hospitalizacion: ingreso a sala de ginecologia</li><li>- Reposo</li><li>- Control de score mama</li><li>- Cuidados de enfermería</li><li>- Monitoreo cardiaco fetal</li><li>- Asesoría sobre de signos de alarma materno fetal, planificación familiar</li><li>- Exámenes de laboratorio + ecografía obstétrica</li><li>- Valoración de ecografía por especialista.</li><li>- Dieta general</li><li>- Comunicar novedades</li></ul>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------





<p>Extremidades inferiores sin edemas</p> <p>Neurologico conservado</p> <p>Al examen ginecológico: genitales de aspecto y configuracion normal</p> <p>Tacto vaginal: cervix cerrado borramiento 0% plano alto membranas ovulares integras</p> <p>Monitoreo fetal: 138lpm</p> <p>AU: negativa</p> <p><b>Dx: Embarazo de 36.6 SG por eco + polihidramnios severo + distocia de presentacion + IVU</b></p>	<p><b>Indicaciones terapéuticas</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Solución salina 0.9% 1000ml IV a 30 gotas por minuto.</li><li>- Ceftriaxona 1g IV cada 12 horas</li></ul>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

#### SCORE MAMA

T/A	FC	FR	T°C	SAT	Est. C.	Proteinuria	Total
100/80	100	20	37	99%	Alerta	(-)	0

#### Reporte de Uroanálisis traído por la paciente

	Resultado	Valores de referencia
<b>C. Epiteliales D.</b>	+	
<b>Leucocitos</b>	24 – 26	0 – 5 X/C
<b>Piocitos</b>	Negativo	
<b>Hematíes</b>	Negativo	
<b>Cristales</b>	Ox. Calcio +	
<b>Cilindros</b>	Negativo	
<b>Bacterias</b>	+	
<b>Hongos</b>	Negativo	
<b>Filamentos mucosos</b>	Negativo	



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



<b>Levaduras</b>	Negativo	
<b>Espermatozoides</b>	Negativo	

### Reporte de ecografía obstétrica realizada en HSCJ

Producto único vivo masculino, presentación transversa con polo cefálico dirigido a flanco derecho fcf: 151lpm

DBP: 90 mm LF:72 mm CA: 324 Peso aproximado de 2973 gr

Placenta ubicada en la pared anterior y fúndica, inserción normal, grado de madurez II ILA: 26 cm

No se observa circular de cordón en este estudio.

ID: Embarazo de 36 semanas 5 días + Feto vivo + Transverso + Polihidramnios leve

### Resultado de biometría hemática realizada en HSCJ()

Prueba	Resultado	Valor Referencial
<b>Hemoglobina</b>	12	10.5 - 13.5
<b>Hematocrito</b>	36	32.0 - 43.0
<b>Leucocitos</b>	11.05	3.98 - 10.00
<b>Neutrófilos%</b>	67.2	34.0 - 71.1
<b>Linfocitos%</b>	21.1	19.3 – 51.7
<b>Plaquetas</b>	254	182 - 369
<b>Tipificación sanguínea</b>		
<b>Grupo sanguíneo</b>	B	
<b>Factor Rh</b>	Positivo	
<b>Tiempos de coagulación</b>		
<b>Tiempo de trombina</b>	12	11 – 15
<b>Tiempo de protrombina</b>	35	25 - 43
<b>VDRL / VIH</b>		
<b>VIH(cuarta generación)</b>	No reactivo	



VDRL	Negativo
------	----------

**2do día de Hospitalización (27/08/2019)**

<p>Paciente femenino cursa con 2do día de estadia en el hospital. Al momento paciente estable, afebril, activa-reactiva, orientada en tiempo y espacio, colabora con el interrogatorio Paciente niega sintomatología.</p> <p><u>Al examen fisico</u> Abdomen globuloso compatible con embarazo Extremidades simetricas sin edemas Neurologico conservado</p> <p>Monitoreo fetal electronico FCF: 134-136-137lpm Categoria I Movimientos fetales activos Actividad uterina (-)</p> <p><b>Dx: Embarazo de 37 SG por eco + Polihidramnios leve + Distocia de presentacion + IVU</b></p>	<p><b>Medidas generales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reposo</li> <li>- Control de score mama</li> <li>- Cuidados de enfermería</li> <li>- Monitoreo cardiaco fetal</li> <li>- Asesoría sobre de signos de alarma materno fetal, planificación familiar</li> <li>- Dieta general</li> <li>- Comunicar novedades</li> </ul> <p><b>Indicaciones terapéuticas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Solución salina 0.9% 1000ml IV a 30 gotas por minuto.</li> <li>- Ceftriaxona 1g IV cada 12 horas</li> </ul>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**SCORE MAMA**

T/A	FC	FR	T°C	SAT	Est. C	Proteinuria	Total
120/60	90	20	36.6	99%	Alerta	(-)	0



**3er día de Hospitalización (28/08/2019)**

<p>Paciente femenino cursa con 4to día de hospitalización, primigesta, cursa actualmente con embarazo +/- 37SG.</p> <p>Paciente hemodinamicamente estable, afebril, orientada en sus 3 esferas.</p> <p>No refiere dolor ni pérdidas transvaginales.</p> <p>Al monitoreo fetal</p> <p>FCF: 135 -145 - 150lpm</p> <p>Actividad uterina(-)</p> <p><b>Dx: Embarazo de 37.1 SG por eco + polihidramnios leve + distocia de presentación + IVU</b></p>	<p><b>Medidas generales</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Reposo</li><li>- Control de score mama</li><li>- Cuidados de enfermería</li><li>- Monitoreo cardiaco fetal</li><li>- Asesoría sobre de signos de alarma materno fetal, planificación familiar</li><li>- Dieta general</li><li>- Comunicar novedades</li></ul> <p><b>Indicaciones terapéuticas</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Solución salina 0.9% 1000ml IV a 30 gotas por minuto.</li><li>- Ceftriaxona 1g IV cada 12 horas</li></ul>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**SCORE MAMA**

T/A	FC	FR	T°C	SAT	Est. C	Proteinuria	Total
120/60	90	20	36.6	99%	Alerta	(-)	0

**4to día de Hospitalización (29-12-2019)**

**Hora: 05:50am**



Paciente femenino es recibida en sala de parto desde sala de ginecología con ID: Embarazo de 37.1 SG por eco+ polihidramnios leve+ distocia de presentación + IVU

Al momento hemodinamicamente estable, afebril, orientada en tiempo y espacio, colabora con el interrogatorio.

Paciente refiere dolor en hipogastrio de moderada intensidad que se irradia a región lumbosacra acompañada de salida de liquido transvaginal

Al examen ginecológico:

A la especuloscopia se evidencia salida de liquido transvaginal meconial ++

Al tacto vaginal:

Dilatación: 1cm

Borramiento:30%

Plano: I

Membranas rotas

Monitorio fetal electrónico : 165-168-170 lpm

AU: 1/ 10' 20''

***ID: Embarazo de 37.2 SG + Distocia de presentación + Ruptura de membranas + Trabajo de parto fase latente + IVU + Sufrimiento fetal + Taquicardia fetal***

### Medidas Generales

- Control de signos vitales
- Cuidados de enfermería
- Monitoreo fetal
- Preparar para cesárea

### Indicaciones Terapéuticas

- Solución salina 0.9% 1000ml IV a 30 gotas por minuto.
- Ceftriaxona 1g IV cada 12 horas

### SCORE MAMA

T/A	FC	FR	T°C	SAT	Est. C.	Proteinuria	Total
-----	----	----	-----	-----	---------	-------------	-------



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



120/60	90	19	36.5	97%	Alerta	(-)	0
--------	----	----	------	-----	--------	-----	---

06:50AM

<p><b>NOTA POSTQUIRURGICA</b></p> <p>Hallazgos RN masculino APGAR 3/7 Pelviano Placenta normal y completa Liquido amniótico meconial ++</p> <p>Paciente al momento con útero contraído, loquios escasos</p> <p><b>ID:</b> Puerperio quirúrgico inmediato</p>	<p><b>Medidas Generales</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Control de signos vitales</li><li>• Cuidados de enfermería</li><li>• Pase a sala de ginecología en 4 horas</li><li>• Retirar sonda vesical 12horas después.</li><li>• Biometría hemática de control</li><li>• Dieta blanda</li></ul> <p><b>Indicaciones Terapéuticas</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Solución salina 0.9% 1000ml IV + Tramadol 200mg pasar IV 30 gotas por minuto</li><li>• Solución salina 0.9% 1000ml IV a 30 gotas por minuto</li><li>• Metoclopramida 10mg IV STAT</li><li>• Ketorolaco 60mg IV cada 12 horas</li><li>• Ceftriaxona 1g IV cada 12 horas</li></ul>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



### Reporte de pediatra

Neonato sexo masculino

Apgar 3 al minuto 7 a los 5 minutos Peso: 2610 gramos Talla: 50cm

Perímetro cefálico: 34cm Semanas de gestación por capurro: 35

Obtenido por cesárea con liquido amniótico meconial ++, no llora, no responde a estímulos, con rigidez(espasticidad de extremidades), cianótico, no reflejo de succión, manos en garra, se lo intuba y se da VPP.

Es llevado a sala de neonatología

Dx: Recién nacido pretermino + Riesgo de sepsis + Asfixia neonatal

### 5to día de Hospitalización (30-12-2029)

<p>Paciente de 13 años de edad que cursa con +/- 1 día de puerperio quirúrgico.</p> <p>Al momento paciente afebril, orientada en sus 3 esferas</p> <p>Paciente refiere leve dolor tipo cólico en sitio de herida quirúrgica.</p> <p><u>Al examen físico</u></p> <p>Herida quirúrgica sin signos de infección ni inflamación.</p> <p>Útero tónico por debajo de cicatriz umbilical.</p> <p>Loquios hemáticos escasos.</p> <p>Extremidades inferiores no edemas</p> <p><b>ID:</b> Puerperio quirúrgico mediato</p>	<p style="text-align: center;"><b>Medidas Generales</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Control de signos vitales</li><li>• Cuidados de enfermería</li><li>• Dieta general</li><li>• Asesoría de signos de alarma materno fetal.</li><li>• Control de loquios.</li><li>• Exámenes de laboratorio de control</li><li>• Comunicar novedades</li></ul> <p style="text-align: center;"><b>Indicaciones Terapéuticas</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Solución Salina 0.9% 1000ml IV a 30 gotas por minuto.</li><li>• Ceftriaxona 1gr IV cada 12 horas</li><li>• Ketorolaco 60mg IV cada 12 horas</li></ul>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



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



**SCORE MAMA**

T/A	FC	FR	T°C	SAT	Est. C.	Proteinuria	Total
100/80	100	20	37	99%	Alerta	(-)	0

**LABORATORIO**

Prueba	Resultado	Valor referencial
Hemoglobina	10.2	10.5 - 13.5 g/dl
Hematocrito %	30.2	32.0 - 43.0
Leucocitos	12.23	3.98 - 10.00 x10 <sup>3</sup> /ul
Neutrófilos%	60.5	34.0 - 71.1
Linfocitos%	27.6	19.3 – 51.7
Plaquetas	231	182 - 369

**6to día de Hospitalización (31-12-2019)**





<p>Paciente cursa con +/- 2do día de puerperio quirúrgico.</p> <p>Al momento paciente consciente, orientada en tiempo y espacio, colabora con el interrogatorio.</p> <p>Refiere sentirse bien</p> <p><u>Al examen físico</u></p> <p>Abdomen: contraído a nivel de cicatriz umbilical</p> <p>Herida aséptica</p> <p>Loquios: hemáticos escasos</p> <p>Mamas: blandas con secreción colateral</p> <p><b>ID: Puerperio quirúrgico mediato</b></p>	<p><b>ALTA MEDICA</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Asesoría de signos de alarma materno y RN</li><li>• Asesoría de planificación familiar</li><li>• Contrarreferencia al Centro de salud.</li></ul> <p><b>Indicaciones terapéuticas</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Cefalexina 500mg VO cada 8 horas por 7 días</li><li>• Sulfato ferroso 100mg VO cada 12horas por 30 días</li><li>• Diclofenaco 50mg VO cada 8 horas por 5 días</li><li>• Levonorgestrel 0,03mg VO cada día.</li></ul>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**SCORE MAMA**

T/A	FC	FR	T°C	SAT	Est. C.	Proteinuria	Total
100/80	100	20	37	99%	Alerta	(-)	0



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



### **3. OBSERVACIONES**

- Se observaron varios factores de riesgo no modificables en torno a la paciente: FUM incierto, incremento excesivo de peso, embarazo no planificado, edad menor a 16 años, polihidramnios los cuales fueron el motivo para realizar la referencia a un establecimiento de salud de II nivel.
  
- Durante los 3 controles prenatales correspondientes a primer y segundo trimestre de gestación no se diagnosticó polihidramnios no obstante en su 4to control prenatal en la ecografía obstétrica de 34 semanas de gestación se diagnostica dicha patología, todos los controles fueron llevados en centro de salud de I nivel.
  
- Durante estadía hospitalaria de II nivel no se encontró causa absoluta del polihidramnios debido a que la paciente no presentó ninguna enfermedad adyacente y el recién nacido al ser valorado no demostró malformaciones por lo que la etiología del polihidramnios es idiopática.



#### **4. CONCLUSIONES**

1. Si el polihidramnios no es diagnosticado y referido a tiempo a un centro de mayor complejidad al tener una acumulación excesiva del líquido amniótico rodeando al feto en el útero, este conlleva a múltiples complicaciones obstétricas como amenaza de parto, parto pretermino, ruptura prematura de membranas, distocia de presentación, atonía uterina, desprendimiento de placenta entre otras lo que aumentaría los casos del compromiso vital del binomio materno-fetal.
2. A pesar de cumplir con el número adecuado de controles prenatales dado por el MSP se llega a la conclusión que existen patologías que aparecen de manera repentina e inevitable en la gestación.
3. Por compromiso de la vitalidad fetal añadiendo otros factores de riesgo como una distocia de presentación, adolescente con feto único con la finalidad de disminuir la mortalidad y morbilidad perinatal se optó por realizar cesárea de emergencia
4. Instruir de manera clara y concisa los múltiples métodos anticonceptivos para fomentar una vida sexual responsable y evitar embarazos no planificados ya que los jóvenes cada vez inician su vida sexual mas temprano sin tener el conocimiento suficiente de los riesgos que conlleva.



## 5. BIBLIOGRAFÍA

- King Strasinger, S., & Schaub Di Lorenzo, M. (2010). *Analisis de orina y de los liquidos corporales*. Buenos Aires: Medica Panamericana.
- F. Gary Cunningham, M., Paul C. MacDonald, M., Norman F. Gant, M., Kenneth J. Leveno, M., Larry C. Gilstrap III, M., Gary D.V. Hankins, M., et al. (1998). *Williams Obstetricia* (Vigesima ed.). Buenos Aires: Medica Panamericana.
- Roura, L. C., Rodriguez, D. S., & Rodriguez, E. C. (2007). *Obstetricia y Medicina Materno-Fetal*. Madrid, España: Medica Panamericana.
- F. Gary Cunningham, M., Paul C. MacDonald, M., Norman F. Gant, M., Kenneth J. Leveno, M., Larry C. Gilstrap III, M., Gary D.V. Hankins, M., et al. (1998). *Williams Obstetricia* (Vigesima ed.). Buenos Aires: Medica Panamericana.
- Guia de Practica Clinica. (2015). *Atencion del parto por cesarea* (Primera ed.). Quito: Direccion Nacional de Normatizacion, MSP.
- Organizacion Mundial de la Salud. (31 de Enero de 2020). *El embarazo en la adolescencia*. Retrieved 13 de Marzo de 2021 from Organizacion Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- Alamy Foto destock ikonacolor /. (2017). *la forma del cuerpo humano femenino*. <https://www.alamy.es/foto-la-forma-del-cuerpo-humano-femenino-163863195.html>.
- Gurrea, J. (2015). *La sexualidad: sexo, embarazo y contracepción en la adolescencia*. Barcelona - España: Montesinos Editor.
- Sañudo, C. (2013). *Estrategia educativa sobre el embarazo en la adolescencia precoz: Prevención del Embarazo en la Adolescencia*. Madrid - España: Editorial Académica Española.
- Stern, C. (2014). *El "problema" del embarazo en la adolescencia. Contribuciones a un debate*. México: Editorial El Colegio de México.
- Ubillus, S. (2016). *Prevención educativa del embarazo precoz en estudiantes del nivel básico superior*. Ecuador: Editorial área de innovación y desarrollo.
- Valera, J. (2015). *El Embarazo en la Adolescencia*. Lima - Perú: Editorial UOC.
- Jerez Observatorio Local Violencia de Género. (2015). *¿Por qué se produce la violencia de género?* Madrid - España: Editorial UOC.
- García, C. (2015). Violencia de género. *Psicoterapeutas*, 7.
- Unfpa. (2020). *Consecuencias socioeconómicas del embarazo en adolescentes en Ecuador*. Quito - Ecuador: Editorial Milena.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2014). *Diagnóstico y tratamiento de la anemia en el embarazo. Guía de Práctica Clínica (G.P.C)*. Quito - Ecuador: Editorial Ministerio de Salud Pública del Ecuador.



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



## 5. ANEXOS

DOCTOR (A): *A quien corresponda*  
NOMBRE: *Evelyn Merelo*  
EDAD: *13 años.*  
FECHA: *6 de Diciembre del 2019*

**INFORME ECOGRÁFICO OBSTETRICO**

*Se realiza ecografía obstétrica por vía abdominal a paciente con FUM 29 de abril del 2019, en la que se evidencia:*

*Útero aumentado de tamaño, en su interior feto único vivo, presentación podalico  
Situación longitudinal con el dorso fetal posterior*

*DBP 81 mm.  
FL 71 mm.  
CA 278 mm.*

*Según fetometría paciente cursa con embarazo de 34 semanas de gestación.  
Latidos cardíacos fetales de 150 x min.  
Peso fetal estimado 2255 gramos.*

*Placenta ubicada en la pared posterior  
Inserción normal.  
Madurez grado II  
No se observan signos de desprendimiento placentario en este estudio.*

*Líquido amniótico aumentado de volumen ILA 37 ml.  
Partes fetales observadas normales.*

*Sexo.- masculino*

**ID ECOGRAFICO.- EMBARAZO DE 34 SEMANAS DE GESTACION.  
FETO VIVO, PODALICO  
POLIHIDRAMNIOS SEVERO**

*Atentamente,*

**ULTRASONIDO**  
HAB. VENEZUELA  
Dr. Freddy Goyburó G.  
CUG MSP. 1.472.274  
REC. SAN. 8080.1585.024  
Dr. Freddy Goyburó G.

**Anexo 1:** Datos ecográficos con los que ingresa la paciente por referencia de I nivel.



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



**LABORATORIO CLÍNICO**

Página 2 de 3

N° de Código: 191209048	N° Cédula: 1207962844
Apellidos: <b>MERLO, LEN</b>	N° Historia Clínica: 1207962844
Nombres: <b>IVELIN VICTORIA</b>	Especialidad: C.S FUMISA
Género: FEMENINO	Fecha de Ingreso: 09/12/2019 09:03
Edad: 13	Médico Solicitante: .
Responsable T.M: TZ	Fecha Imp.: 09/12/2019 14:32
Área de Apoyo: CONSULTA EXTERNA	Tipo de Muestra: S,O
M.ADECUADA: SI	M. INADECUADA:

Prueba	Resultado	Valores de Ref.
--------	-----------	-----------------

**UROANALISIS.**

**EXAMEN FISICO**

COLOR (Orina) .....	AMARILLO	AMARILLA
ASPECTO (Orina) .....	TURBIO	CLARA

**EXAMEN QUIMICO**

DENSIDAD .....	1.015	1.001.00 - 1.035.001
PH .....	7.0	( 5.00 - 9.00 )
LEUCOCITOS .....	+	
SANGRE .....	NEGATIVO	
NITROS .....	NEGATIVO	
CETONAS .....	NEGATIVO	
GLUCOSA .....	NEGATIVO	
BILIRRUBINA .....	NEGATIVO	
PROTEINAS .....	NEGATIVO	
UROBILINÓGENO .....	NEGATIVO	
ACIDO ASCORBICO .....	NEGATIVO	

**SEDIMENTO**

C. EPITELIALES D: .....	+	
LEUCOCITOS .....	24-26	0-5 X/C
PIOCITOS .....	NEGATIVO	
HEMATIES .....	NEGATIVO	
CRISTALES .....	OX CALCIO +	
CILINDROS .....	NEGATIVO	
BACTERIAS .....	+	
HONGOS .....	NEGATIVO	mLU/mL
FILAMENTOS MUCOSOS .....	NEGATIVO	
LEVADURAS .....	NEGATIVO	
ESPERMATOZOIDES .....	NEGATIVO	

Validado por: **TATIANA ZAMBRANO**

*Tatiana Zambrano*





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



Anexo 2: Reporte de uroanálisis llevados por la paciente a la consulta ginecológica.

DR.  
ESTIMADO DR. SE REALIZO ESTUDIO ECOGRAFICO A LA SRA MERCEDES  
LEN EVELIN DE 13 AÑOS DE EDAD, CON EQUIPO DE ALTA RESOLUCION  
UTILIZANDO SONDIA DE ECOGRAFIA CONVEXA EN TIEMPO REAL

OBSTETRICO

DIAGNOSTICO

UTERO GRAVIDO  
FETO UNICO VIVO  
PRESENTACION TRANSVERSO CON POLO CEFALICO DIRIGIDO A FLANCO  
DERECHO  
SITUACION DORSO LONGITUDINAL ANTERIOR  
LATIDOS CARDIACOS FETALES 151 X MINUTO

DIAMETROS FETALES:

DBP:	90 MM	CORRESPONDE A EMBARAZO +	36 SEMANAS 3 DIAS
LF:	72 MM	CORRESPONDE A EMBARAZO +	37 SEMANAS 1 DIAS
CA:	324 MM	CORRESPONDE A EMBARAZO +	36 SEMANAS 3 DIAS

PESO: APROXIMADO 2973 G  
PLACENTA UBICADA EN LA PARED ANTERIOR Y FUNDICA  
INSERCIÓN NORMAL  
GRADO DE MADUREZ II  
LÍQUIDO AMNIÓTICO DE ASPECTO POCO CREMOSO EN VOLUMEN  
AGUMENTADO. ILA: 26 cm  
MOVIMIENTOS ACTIVOS  
PARTES FETALES OBSERVADAS NORMALES CAMARA GASTRICA EN  
PROYECCION DEL ABDOMEN FETAL NO VALORADA EN ESTE ESTUDIO  
SEXO: MASCULINO

NO SE OBSERVA CIRCULAR DE CORDON EN ESTE ESTUDIO

ID: EMBARAZO DE 36 SEMANAS 5 DIAS  
FETO VIVO. TRANSVERSO  
POLIHIDRAMNIOS LEVE

  
DR. EDUARDO SOLIS Z  
SERVICIO DE ECOGRAFIA

Anexo 3: Ecografía obstétrica realizada en el HSCJ



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



<b>RECIÉN NACIDO</b>		P. CEFÁLICO cm	EDAD GESTACIONAL	PESO E.G.	APGAR (min)	estimulac. <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> aspiración <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> máscara <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> bolsa <input checked="" type="checkbox"/> tubo endotraq. <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> masaje c. <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> medicación <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>
SEXO H <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/>	PESO AL NACER 2610 g	LONGITUD cm 59	sem. días 35	FUM <input type="radio"/> adeq. <input checked="" type="radio"/> ECO <input type="radio"/> peq. <input type="radio"/> gde. <input type="radio"/>	1º 03 5º 07 10º n/a	
MÉTODO CANGURO Amerita Se aplica no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	NORMAL EXAMEN FÍSICO <input checked="" type="radio"/>	DEFECTOS CONGÉNITOS CIE 10	ENFERMEDADES ninguna <input type="radio"/> 1 ó más <input checked="" type="radio"/>			

**Anexo 4:** Datos del recién nacido descritos en formulario 051

3. APGAR					4. CAPURRO SOMÁTICO						
	0	1	2	1 MIN	5 MIN						
FRECUENCIA CARDÍACA	NO HAY	MENOS DE 100	100 O MÁS	1	2	FORMA DE LA OREJA	0	1	16	24	EDAD GESTACIONAL = (284 + TOTAL Puntaje) / 7 <b>35</b>
E SFU RIZO RE SPILATORIO	NO HAY NO RESPIRA	LLANTO DEBIL RESPIRA MAL	LLANTO VIGOROSO	1	0	TAMAÑO DE LA GLÁNDULA MAMARIA	0	5	10	15	
TONO MUSCULAR	FLACIDEZ	FLEXIÓN PARCIAL DE EXTREMIDADES	MOVIMIENTOS ACTIVOS BUENA FLEXIÓN	0	1	FORMACIÓN DEL PEZÓN	0	5	10	15	
REACTIVIDAD RESPUESTA ALA ESTIMULACIÓN	NO REACCIONA	MARCA SUCCIÓN ALGUN MOVIMIENTO X ESTIMULO	TOSO ESTERNOCLAVICULAR LLANTO, REACCIONA DEPENDIENDOSE	0	1	TEXTURA DE LA PIEL	0	5	10	15	20
COLOR DE LA PIEL	CIANOSIS O PALIDEZ	PIES O MANOS CIANOTICAS	COMPLETA MENTEROSADO	1	2	PLIEGUES PLANTARES	0	5	10	15	20
TOTAL				3	7	SUBTOTAL					

**Anexo 5:** Calificación de APGAR del recién nacido dada por el pediatra