



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE OBSTETRICIA**

**Dimensión Práctica Del Examen Complexivo Previo A La Obtención Del Grado
Académico De Obstetrix**

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLÍNICO

**“CONDUCTA OBSTETRICA EN PRIMIGESTA ADOLESCENTE CON FETO
MALFORMADO POR DEFECTO DE LA PARED ABDOMINAL
(GASTROQUISIS)”**

AUTORA

Shirley Silvana Moreta Obando

TUTOR

Dr. Manuel Ignacio Terán Aguilera

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

2023

INDICE

Dedicatoria	I
Agradecimiento	II
Titulo De Caso Clinico	III
Resumen.....	IV
Abstract.....	V
Introducción.....	VI
Marco Teórico	1
Generalidades	1
Los Dos Defectos Comunes De La Pared Abdominal Son La Gastrosquisis Y El Onfalocele:	1
Etiopatogenia.....	2
Epidemiologia.....	3
Clasificación De La Gastrosquisis Simple Vs Compleja	4
Factores De Riesgo.....	5
Tabla 1. Factores De Riesgos Asociados A Las Malformaciones De La Pared Abdominal.....	6
Diagnostico.....	6
Tratamiento.....	7
Caso Clínico	8
Tabla 2. Evolución Del Parto	9
Justificación.....	11
Objetivos.....	12
Objetivo General:	12
Objetivo Específicos:.....	12
Datos Generales.....	13

Tabla 3. Datos Generales De La Paciente.....	13
Metodología Del Diagnóstico.....	14
Análisis Del Motivo De Consulta Y Antecedentes. Historial Clínico Del Paciente .	14
Tabla 4. Motivo De Consulta.....	14
Principales Datos Clínicos Que Refiere El Paciente Sobre La Enfermedad Actual .	14
Examen Físico	15
Tabla 5. Examinación General:.....	15
Examinación Cefalocaudal:.....	15
Tabla 6. Información De Exámenes Complementarios Realizados.....	16
Rastreo Ecográfico.	16
Imagen#1 Rastreo Ecográfico.	17
Formulación Del Diagnóstico Presuntivo, Diferencial Y Definitivo	17
Análisis Y Descripción De Las Conductas Que Determinan El Origen Del Problema	
Y	17
De Los Procedimientos A Realizar.	17
Procedimiento A Realizar.....	18
Indicaciones De Las Razones Científicas De Las Acciones En Salud Considerando	
Valores Normales	18
Seguimiento.....	19
Observaciones.....	19
Conclusiones.....	20
Bibliografías	21
Anexos.....	22

INDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Factores de riesgos asociados a las malformaciones de la pared abdominal	6
Tabla 2.	Evolución del parto	9
Tabla 3.	Datos generales de la paciente.	13
Tabla 4.	Motivo de consulta.....	14
Tabla 5.	Examinación general:.....	15
Tabla 6.	Información de exámenes complementarios realizados.....	16

DEDICATORIA

Una vez más dedicó todo a Dios, por permitirme la vida, también quiero dedicarles mi triunfo a mis hijos que cada día son mi inspiración a seguir y querer superar mis miedos, mis errores y mis inseguridades, gracias por darme un motivo para seguir adelante y llegar a ser su más grande ejemplo. A mí por no darme por vencida y continuar este camino que requiere dedicación y esfuerzo.

AGRADECIMIENTO

De manera especial agradezco a Dios por permitirme llegar hasta este punto, por renovar mis fuerzas cada día para poder seguir de pie a lo largo de mi carrera, infinitas gracias Amado Padre.

También a mis Padres que se han convertido en un pilar fundamental en mi vida durante mi educación, gracias por sus palabras, por sus consejos, gracias por escucharme, entenderme y sobre todo gracias por corregirme. Y por último y no menos importante a mi Amado esposo, por estar siempre ahí cuando lo he necesitado, por su ayuda no solo económicamente, también por comprenderme cada día de mi vida, gracias querido compañero mío.

TITULO DE CASO CLINICO

**“CONDUCTA OBSTETRICA EN PRIMIGESTA ADOLESCENTE CON FETO
MALFORMADO POR DEFECTO DE LA PARED ABDOMINAL
(GASTROQUISIS)”**

RESUMEN

Las malformaciones congénitas de la pared abdominal se consideran que van en aumento con respecto a la tasa de incidencia de esta patología, produciéndose por múltiples posibles factores de riesgos causando las anomalías en el feto. La gastrosquisis es una anomalía congénita de la pared abdominal que es más común en las gestantes adolescentes. En general, se cree que este daño es el resultado de un daño vascular embrionario temprano. Se evalúa la relación entre los efectos vasoactivos (como indicador de daño sanguíneo) y el riesgo de gastrosquisis durante el embarazo.

La gestación en adolescentes es considerada como un factor de riesgo reconocido, en un estudio de Goldbaum y colaboradores se encontró mayor riesgo de gastrosquisis en pacientes menores de 20 años, con una alta incidencia en pacientes menores de 18 años. Sin embargo hay otros estudios que han encontrado resultados similares, comprobando que la edad materna juvenil es el principal factor de riesgo. (Andrés Conde, 2013).

Al respecto, con el desarrollo del caso clínico se da en el Hospital General Martín Icaza, hospital de segundo nivel de Ecuador, de referencia regional, y perteneciente al Ministerio de Salud Pública (MSP), en el cual se presenta el caso de una paciente adolescente gestante de 14 años de edad, con recién nacido de 37 semanas de gestación por Capurro con diagnóstico de gastrosquisis en el año 2022. Después del nacimiento se cubren los intestinos protruidos con compresas húmedas se valora por especialista para comenzar el tratamiento de este defecto congénito.

La presente investigación incentiva la importancia de realizarse los controles prenatales oportunamente durante la gestación con la finalidad de identificar los posibles factores de riesgo que pueden poner en peligro a la madre y al feto y brindar una conducta obstétrica oportuna y adecuada respecto a la mal formación que se diagnostique.

Palabras claves: malformaciones congénitas, gastrosquisis, embarazo adolescente, control prenatal.

ABSTRACT

Congenital malformations of the abdominal wall are considered to be increasing with respect to the incidence rate of this pathology, occurring due to multiple possible risk factors causing anomalies in the fetus. Gastroschisis is a congenital anomaly of the abdominal wall that is more common in pregnant adolescents. This damage is generally believed to be the result of early embryonic vascular damage. The relationship between vasoactive effects (as an indicator of blood damage) and the risk of gastroschisis during pregnancy is evaluated.

Pregnancy in adolescents is considered a recognized risk factor; in a study by Goldbaum et al., a higher risk of gastroschisis was found in patients under 20 years of age, with a high incidence in patients under 18 years of age. However, there are other studies that have found similar results, proving that young maternal age is the main risk factor. (Andrés Conde*, 2013).

In this regard, the development of the clinical case occurs at the Martin Icaza General Hospital, a second-level hospital in Ecuador, a regional reference, and belonging to the Ministry of Public Health (MSP), in which the case of a patient is presented. 14-year-old pregnant adolescent, with a newborn of 37 weeks of gestation by Capurro with a diagnosis of gastroschisis in the year 2022. After birth, the protruded intestines are covered with wet compresses and evaluated by a specialist to begin the treatment of this congenital defect. .

The present research encourages the importance of carrying out prenatal check-ups in a timely manner during pregnancy in order to identify possible risk factors that may endanger the mother and fetus and provide timely and appropriate obstetric conduct regarding the malformation that is diagnosed.

Keywords: congenital malformations, gastroschisis, teenage pregnancy, prenatal control.

INTRODUCCIÓN

El embarazo inicia desde la unión del ovulo y el espermatozoide, dicha unión, ocurre en las trompas de Falopio, luego, una vez que el huevo fecundado está formado viaja hasta el útero para permanecer allí hasta que el feto está listo para vivir en el exterior (Fuente & PedroUsandizaga, 2017). En el momento que se confirma la viabilidad del embarazo, es fundamental que gestante continúe con los controles prenatales, como parte de los controles es importante realizarse ecografías dentro de la semana 12 y 14, para poder diagnosticar de manera temprana posibles anomalías congénitas, entre ellas malformaciones estructurales (pag.57).

En la actualidad según la Organización Mundial de la Salud (OMS) los defectos congénitos son el origen de la segunda causa de muerte neonatal, y durante la niñez después de la prematuridad. Ante el contexto de las malformaciones congénitas, se ha evidenciado una asociación con factores de riesgo modificables dados principalmente por exposición a agentes teratogénicos y la edad materna (Giraldo-Villegas E, 2022).

Dentro de las malformaciones congénitas se agrupan los defectos de la pared abdominal una de las patologías más frecuente es la gastrosquisis, la misma que tiene como característica la evisceración de los órganos protuberantes en la cavidad abdominal, sin embargo, existen más patologías que se encuentran en este grupo como se mencionan en la Pentalogía de Cantrell (I Universidad de Ciencias Médicas de Granma, 2020)

Existen varios argumentos que revelan el origen de la gastrosquisis, sin embargo la más aceptada conceptúa que la involución temprana de los vasos irrigados en la pared abdominal: arteria onfalomesentérica derecha la vena umbilical. Por lo que concierne a la malformación asociada con mayor frecuencia a esta deformidad es la atresia intestinal; asimismo es crucial mencionar que, entre los factores de riesgo asociados a este defecto, se encuentren: que la gestante sea menor de 20 años, el tabaquismo en el transcurso embarazo, el consumo de ciertas

drogas, y la exhibición de la madre a insecticidas.

La transcendencia de los neonatos con gastrosquisis es en su mayoría favorable, no obstante, pueden encontrarse un sin número de factores que provocan incremento de morbimortalidad como es la carencia de evaluación prenatal y de ultrasonido entre las semanas 11 y 13 gestación, y otras causas que dan origen a una detección inoportuna de las malformaciones congénitas a lo largo del desarrollo del embrión.

MARCO TEÓRICO

Generalidades

Según la (OMS, 2023) las malformaciones congénitas o genéticas denominadas también defectos del nacimiento, son anomalías funcionales, estructurales y metabólicas que acontecen a lo largo de la vida intrauterina, que se presentan durante el progreso de la gestación, o posterior al parto. Se estima alrededor de 240 000 recién nacidos mueren anualmente en sus primeros días de vida debido a las malformaciones congénitas.

Es difícil determinar la causa exacta de estas patologías, pero frecuentemente se atribuyen a diferentes posibles causas, como: infecciosas, ambientales y genéticas. Los músculos que rodean la cavidad abdominal están debilitados o tienen agujeros en los defectos de la pared abdominal, lo que permite que los intestinos pasen a través de ellos.

Los dos defectos comunes de la pared abdominal son la gastrosquisis y el onfalocele:

Onfalocele: El onfalocele es provocado por un orificio en el centro de la pared abdominal a la altura del ombligo en la cual existe una ausencia de piel, músculo y tejido fibroso, los intestinos se protruyen por la abertura y están envueltos por un saco fino, además el cordón umbilical está en el centro del defecto.

Gastrosquisis: En la gastrosquisis, la abertura está cerca del ombligo (generalmente en el lado derecho), pero no por encima del ombligo como en la hernia umbilical. Al igual que el onfalocele, el intestino puede sobresalir a través del orificio, pero a diferencia de onfalocele, el intestino no está rodeado por un saco delgado (Duatis, 2017. Pag 19)

Dado que los intestinos no tienen un saco para revestirlos, la exposición al líquido amniótico antes del nacimiento puede dañarlos al inflamarlos. La inflamación irrita el intestino, lo que puede provocar complicaciones intestinales, tejido cicatricial y digestión lenta, el pronóstico dependerá del grado de como obstrucción deterioro intestinal. Los neonatos que se

llegan a complicar son los que presentan traumatismo intestinal severo como perforaciones o atresias y aquellos que el esfínter se cerró involuntariamente fragmentando parte de las asas que se encontraban fuera de la cavidad abdominal.

Etiopatogenia

La etiopatogenia de esta patología hoy en día permanece desconocida, pero aun así existen varias hipótesis que tratan de explicar en cómo se basa su origen embriológico. Hasta la actualidad la teoría que más predomina y es aceptada es por Hoyme en 1983, donde sugiere la existencia de una isquemia de porción de la pared abdominal del feto, seguida de un accidente vascular dado por la involución de la arteria vitelina o de la vena cava umbilical derecha.

Diferentes autores informan que la mayor prevalencia se da entre madres juveniles, o primigestas relacionándolos a múltiples estilos de vida o factores que predominan en durante el embarazo como: bajo nivel socio-económico, madres expuestas a agentes teratológicos o dietas maternas pobres y algunos otros factores como posibles influyentes que predispone la aparición de esta malformación.

Por últimos, existe una hipótesis sugerente que indica la temprana trombofilia estrogénica, las distintas raciales en la trombosis y otros agentes trombóticos podrían influir con la señalización del desarrollo prematuro de la gastrosquisis. En dicha teoría, los aspectos que están interconectados afectan a marcación de las células, los altos niveles de estrógenos en la madre juvenil dando como resultado un índice de masa corporal bajo, los distintos radicales en los genes trombóticos y la relación de los ácidos lípidos como factor priorizante de la trombosis. Sin embargo, otros datos sugieren que el intestino fetal no solo se ve perjudicado por la exposición al líquido amniótico. Las anormalidades intestinales no fueron causadas por la inyección intraperitoneal de líquido amniótico sin causar un defecto en la pared.

Cada vez hay más pruebas de que el tiempo que el intestino está expuesto al líquido

amniótico se correlaciona con la gravedad del daño que sufre. Según estudios en animales, los cambios causados por el defecto podrían deshacer durante el embarazo. Aunque la corrección de la gastrosquisis prenatal no es apropiada para los seres humanos, existe un acuerdo general de que las pacientes con alto riesgo de desarrollar lesiones intestinales deben tener a sus fetos antes. Existe un estudio experimental en 1995 en embriones de pollo donde se intercambió líquido amniótico durante el tercer trimestre en un esfuerzo por evitar lesiones intestinales, y tres años más tarde con una mujer embarazada de 29 semanas.

Epidemiología

Según un estudio que reunió varios estudios epidemiológicos pertinentes acerca de la gastrosquisis publicados hace 20 años anteriores, la prevalencia mundial media fue de 1.36 por cada 10 000 recién nacidos vivos.

Por otro lado, en un Estudio Colaborativo Latino Americano de Malformaciones Congénitas (ECLAMC), se observó que en Ecuador una tasa de Gastrosquisis de 1.3 por 10.000 nacidos vivos. En la región costa de Ecuador, mientras tanto el Instituto Nacional de Estadística y Censo, la tasa de natalidad estima alrededor de 102.628, durante año 2010, sin embargo, la incidencia de neonatos con diagnóstico de Gastrosquisis en el Hospital Pediátrico Dr. Roberto Gilbert Elizalde es de 25 neonatos durante 2009 y 2010 (ECUADOR, 2015).

No obstante, según información del INEC, ha habido un incremento en el número de altas hospitalarias con diagnóstico de gastrosquisis en el Ecuador, llegando a 52 pacientes en el año 2010, 85 en el año 2012 y 112 en el año 2015.

Al respecto, el Hospital General Martín Icaza (HGMI), hospital de segundo nivel de Ecuador, de referencia regional y perteneciente al Ministerio de Salud Pública (MSP), presentó 1 paciente con diagnóstico de gastrosquisis en el mes de agosto del año 2022.

Clasificación de la gastrosquisis simple vs compleja

La gastrosquisis puede exponerse en 2 formas importantes según la severidad de afectación intestinal.

Gastrosquisis Simple: ocurre cuando el intestino está conservado, cierre por medio de reparación primaria o empleo de un silo preformado.

Gastrosquisis compleja: ocurre cuando el intestino está inflamado o revestido con una capa fina adherida con aspecto acartonado, dilatado, perforado, atrésico, isquémico o necrótico (Duatis, 201. Pag 83)

La prevalencia de la gastrosquisis compleja se recoge en varias publicaciones entre el 11% y el 31%. Las 2 grandes bases de datos nacionales de Reino Unido y Estados Unidos apuntan que la gastrosquisis compleja pueda representar el 11.5% y el 10.9% de las gastrosquisis respectivamente, se ha demostrado que aproximadamente que un porcentaje de los pacientes con gastrosquisis puede someterse a múltiples operaciones durante su estadía hospitalaria (Duatis, 2017).

Así pues, casi un 25% de los pacientes tienen gastrosquisis compleja que incluye principalmente atresias intestinales en dos tercios de los casos. El cierre primario puede no llegar a conseguirse en casi el 50% de los casos en algunas series.

Obstetras y cirujanos pediátricos son los encargados de identificar los casos complejos durante el embarazo, preferentemente antes del nacimiento, asesorar a los padres según sea necesario en los diferentes tipos de tratamiento de la patología. Un rastreo ecográfico facilita el diagnóstico a tiempo de dicha mal formación, pero no determina la posibilidad de un parto prematuro debido a esta condición.

Durante el proceso de gestación las consultas prenatales son un factor esencial para el posible pronóstico de estos casos de malformación en la pared abdominal de los recién nacidos.

Existen malformaciones en las cual el parto normal no es contraindicación y entre estas anomalías se encuentra el onfalocele y gastrosquisis, ya que un parto natural no agrava el pronóstico de la anomalía, sin embargo puede ser un suceso traumante para la madre, siendo también recomendable un parto por cesárea.

Factores de riesgo

Dado el contexto de las malformaciones congénitas, hay una mutualidad con ciertos factores de riesgos modificables, sobre todo con la exposición a agentes teratogénicos y con causas maternas.

La edad materna es un factor de riesgo de las malformaciones congénitas que puede verse influido positivamente en el desarrollo del embrión, la edad avanzada, madres adolescentes, embarazos no deseados, atención prenatal deficiente, automedicación, consumo de sustancias psicoactivas durante el embarazo, mala alimentación, condiciones ocupacionales, enfermedades infecciosas y crónicas son parte de la lista de estos factores. Sin embargo, la edad materna se destaca como un factor de riesgo muy sensible para acciones preventivas que debe ser tenido en cuenta en todo programa de Atención Primaria de Salud (APS), a pesar de que es bien sabido que la edad materna avanzada aumenta el riesgo de tener hijos con estos defectos de la pared abdominal, las malformaciones congénitas tienen mayor probabilidad especialmente aquellas mujeres menores de 20 años.

La gastrosquisis está fuertemente asociada con la edad joven materna, y un informe anterior de Estados Unidos indicó que la prevalencia de gastrosquisis casi se triplicó entre 1995 y 2012; siendo el aumento estimado más grande durante este período de 18 años (263%) para las madres no hispanas de raza negra de <20 años (Duatis, 2017) .

No se determina aun si las situaciones estresantes durante el primer trimestre del embarazo son factores de riesgo para la gastrosquisis y el apoyo social puede actuar como factor

protector, pero no está claro qué papel juega el estrés materno en la etiopatogenia de algunos defectos congénitos.

Tabla 1. Factores de riesgos asociados a las malformaciones de la pared abdominal

Factores Maternos	Edad, nuliparidad, mal nutrición en el embarazo, escolaridad, infecciones urogenitales.
Consumos De Sustancias	Tabaco, cocaína o metanfetaminas y alcohol
Exposición A Químicos	Aerosoles, Nitrosamina
Automedicación	Acetaminofén, ibuprofeno, aspirinas pseudoefedrina o fenilpropanolamina
Agentes Físicos	Radiaciones ionizantes.

Elaborada por: Shirley Moreta

Diagnostico

Es prudencial poder identificar esta malformación antes del nacimiento, y poder asesorar a los padres y familiares de la mejor manera buscando los beneficios para el niño, optando por programar el nacimiento en una institución de tercer nivel capacitadas para el tratamiento adecuado a la condición de la misma, y de esta manera poder prevenir posibles complicaciones intrauterinas del intestino eviscerado. Sin embargo por otro lado no se deja la preocupación debido a que la atención asociada con el tratamiento es costosa.

La Ultrasonografía es un método de elección para determinar y confirmar la gastrosquisis, si bien el diagnóstico antes de la semana 15 resulta extraordinario. A finales del año 1950, la ecografía ha sido utilizada para determinar la edad gestacional, embarazos múltiples, localización de la placenta, diagnosticar mal formaciones fetales y para corroborar el

estado del bienestar fetal (Duatis, 2017, pág. 99).

La efectividad de la ultrasonografía para diagnosticar la gastrosquisis alcanza hasta 70% en ecógrafos 2D y un 89.6% en ecógrafos 3D cuando se incluyen todos los defectos de la pared abdominal anterior en la misma semana de gestación.

De acuerdo con (Duatis, 2017). La gastrosquisis se diagnostica utilizando los siguientes criterios desde el punto de vista ecográfico (pag. 102).

1. Existencia de asas intestinales herniadas flotando en el líquido amniótico desde el borde derecho del cordón umbilical sin presencia de membrana que recubra estas asas.
2. Cordón umbilical acentuado a un lateral del orificio del defecto congénito.
3. Tanto el intestino delgado como el grueso se encuentran herniados en el 100% algunos órganos eviscerados con menor incidencia pueden ser: estómago, vesícula biliar, vejiga, ovarios y trompas, testículos.
4. El líquido amniótico suele encontrarse en cantidades normales.
5. Identificar ausencia de otras malformaciones asociadas.

Si el diagnóstico se da posnatal, el equipo médico deberá inmediatamente confirmar las sospechas diagnósticas: confirmar la presencia del defecto, estimar el grado de compromiso de la pared abdominal, descartar anomalías visibles asociadas, descartar anomalías no visibles ya sea luego de la derivación o de la corrección quirúrgica.

Tratamiento

El tratamiento se basa en realizar la reparación del defecto de la pared abdominal, principalmente teniendo como posibilidad la reducción de la herniación de vísceras a la cavidad abdominal y cierre del tejido y la piel, formando una pared abdominal fuerte, sin afectar la respiración, el retorno venoso o la vasculatura intestinal del paciente; todo esto se hace al mismo tiempo que se identifican y tratan las anomalías asociadas. Si la cavidad abdominal es muy

reducida, se levantan los bordes del defecto abdominal y se coloca un saco de malla denominado silo a su alrededor. Con el crecimiento, el intestino herniado retorna a la pared abdominal y el defecto se puede cerrar o posiblemente sea necesario optar por una siguiente cirugía reparadora de los músculos abdominales.

Al mismo tiempo, se deberán administrar soluciones intravenosas con requerimientos mayores a lo habitual con la ayuda de suplementos de sodio y potasio, incluyendo la administración sistémica de antibióticos. Posteriormente que el neonato esté estable se procede al tratamiento quirúrgico mediante la reparación de este defecto de la pared abdominal, que contribuye a la reposición de las asas intestinales en su sitio, introduciéndolos a través de la imperfección. (Bernal, 2021).

Una vez realizado el procedimiento es necesario vigilar al neonato en la unidad de cuidados intensivos neonatales, luego según la evolución del paciente se intentará retirar la ventilación mecánica lo pronto posible, sin embargo, se debe continuar con analgesia para el dolor y antibióticos hasta retirar las sondas, catéteres o apósitos. La alimentación del neonato únicamente debe ser parenteral hasta la adecuada transición intestinal. El tratamiento y manejo integral del paciente incluye, desde los preparativos al nacimiento, hasta el tratamiento quirúrgico.

Caso clínico

Recién nacido de sexo masculino, producto de madre nulípara de 14 años de edad, no refiere ningún antecedente patológico personal ni quirúrgico, antecedentes patológicos familiares madre fallecida con derrame cerebral. La madre indico que se realizó 3 controles prenatales en el Hospital Básico Juan Montalván Cornejo en Urdaneta y rastreos ecográficos en el mismo hospital las cuales, según la misma, se le informaron como normales, no se realizó ninguna ecografía en casas de salud particular por falta de economía.

La madre del recién nacido acude al área de emergencia del Hospital General Martín Icaza con 37 semanas de gestación por última fecha de menstruación, refiere tener dolor abdominal pélvico tipo contráctil que irradia a la región lumbosacra, acompañado de la pérdida del tapón mucoso, al examen físico abdomen gestante globuloso con producto único vivo longitudinal cefálico, se realiza valoración ginecobstetricia incluyendo el rastreo ecográfico donde se observa feto con mal formación congénita de la pared abdominal.

Se produce parto vaginal, obteniendo recién nacido único vivo, de sexo masculino con APGAR 7/8 dentro de los primeros 5 minutos de vida, se evidencia líquido amniótico claro con grumos; al momento del nacimiento se observa y se confirma el defecto de la pared abdominal, presencia de asas intestinales expuestas libremente, localizadas en la región abdominal I. Al momento de la valoración del examen físico aparentemente el resto normal.

Posterior al nacimiento se cubren asas intestinales expuestas con compresas húmedas, el recién nacido fue ingresado al servicio de neonatología y se solicita a referir a hospital de tercer nivel, activación de código rojo priorizado.

Tabla 2. Evolución del parto

DESCRIPCION
<p>Paciente estable, abdomen globuloso, frecuencia cardiaca fetal 140 latidos por minuto, examen gineco-obstétricos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dilatación 6 cm ➤ Borramiento 70% ➤ Plano I ➤ Membranas Integras

Paciente estable, abdomen globuloso, frecuencia cardiaca fetal 135 latidos por minuto, examen gineco-obstétricos:

- Dilatación 9 cm
- Borramiento 90%
- Plano II
- Membranas Integras

Paciente estable, abdomen globuloso, frecuencia cardiaca fetal 130 latidos por minuto, examen gineco-obstétricos:

- Dilatación: 10 cm
- Borramiento: 100%
- Plano: III
- Membranas Integras

Bajo las normas de asepsia y antisepsia con protección de periné se obtiene RN único vivo longitudinal cefálico, sexo masculino, con defecto de la pared abdominal (gastrosquisis) liquido claro con grumos, se realiza manejo activo del tercer periodo de parto con oxitocina, se obtiene placenta completa con todos sus anexos, se revisa canal vaginal se observa desgarró de primer grado en lateral derecho se realiza episiorrafia con hilo cromado 0, hemorragia estimada cuantificada en funda retrosacal 300ml.

Elaborada por Shirley Silvana Moreta Obando. Fuente: Hospital General Martin Icaza

JUSTIFICACIÓN

Las malformaciones congénitas, de manera particular la gastrosquisis insta a profundizar en la prevención dentro del área de salud, y de manera óptima a concientizar a cada mujer en edad fértil, teniendo como grupo prioritario a adolescentes, instándolas a colaborar en la correcta educación acerca de una sexualidad segura y responsables y así poder disminuir las tasas de embarazos adolescentes con posibles anomalías congénitas.

Con presente caso de investigación pretende fomentar la educación, prevención y diagnóstico temprano de las malformaciones congénitas, recopilando toda información relevante y necesaria para poder destacar la falta de conocimiento de muchas mujeres de edad fértil y aquellas aun adolescentes.

El presente informe respalda la conducta obstétrica al caso clínico de estudio, que de tal manera se dé a conocer el desenlace de un embarazo adolescente con sus posibles complicaciones si no se da un buen control prenatal. Como dato que amparará la veracidad del presente trabajo y su importancia como aporte proporcionado para la sociedad.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Identificar los factores de riesgos que ocasionan mal formaciones fetales de la pared abdominal, con la finalidad de fomentar la educación, prevención y diagnóstico temprano.

Objetivo Específicos:

- Determinar la importancia de la prevención de embarazos adolescentes delimitando la advertencia de malformaciones fetales.

- Explicar la importancia de los controles prenatales, incluyendo las ecografías de cribado como diagnóstico oportuno en las malformaciones fetales.

DATOS GENERALES

Tabla 3. Datos generales de la paciente.

Nombres y Apellidos		Confidencial
Sexo	Femenino	
Fecha de nacimiento	22/12/2007	
Edad en años	14	
Nacionalidad	Ecuatoriana	
Etnia	Mestiza	
Estado civil	Unión de hecho	
Nivel de instrucción	Primaria	
Religión	Católica	
Grupo sanguíneo	O RH +	
Dirección domiciliaria	San Juan	
Ocupación	Ama de casa	
Antecedentes personales	Ninguno	
Antecedentes familiares	Madre fallecida con derrame cerebral	
Actividad sexual	13 años	
Nivel socio-cultural-económico	Inestable	

Elaborado por: Shirley Silvana Moreta Obando. Fuente: Hospital General Martin Icaza

METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial Clínico del paciente

Tabla 4. Motivo de consulta

Motivo de consulta	
Dolor abdomino- pélvico	
Antecedentes personales y familiares	
Personales	Niega
Quirúrgicos	Niega
Familiares	Madre fallecida con derrame
Antecedentes gineco-obstétricos	
Menarquia	10 años
Ciclos menstruales	Irregulares
Inicio de vida sexual	13 años
Paptest	No realizado
Gestas	Ninguna
Fecha ultima menstruación	28/11/2021
Edad gestacional	37 semanas
Fecha probable de parto	5/9/2022
Controles prenatales	3
Centro de salud:	Hospital de Ricaurte

Elaborado por Shirley Silvana Moreta Obando Fuente: Hospital General Martin Icaza

Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual

Femenina de 14 años de edad, que acude a la unidad de emergencias por presentar cuadro clínico caracterizado por dolor abdomino pélvico tipo contráctil que irradia a la región lumbo sacro de intensidad moderada desde hace +/- 12 horas de evolución acompañado de la pérdida del tapón mucoso. Se solicitan los exámenes de laboratorios, toma de signos vitales, ecografía, puntuación de riesgo obstétrico y se procede a ingreso en sala de parto.

Examen físico

Tabla 5. Examinación general:

Gestante orientada en tiempo, espacio y persona, alerta a la examinación, signos vitales dentro de lo normal.

Parámetro	Valor
Presión arterial sistólica	128
Presión arterial diastólica	76
Frecuencia cardíaca	80
Frecuencia respiratoria	17
Saturación de oxígeno	99
Temperatura	36.5
Proteinuria	(-)
Estado de conciencia	Alerta
Puntuación:	(0)

Elaborado por Shirley Silvana Moreta Obando

Examinación cefalocaudal:

- Fascia algica y conjuntivas normales.
- Cabeza sin lesiones y orofaringe no consecutiva.
- Cuello simétrico sin adenopatías ni ganglios inflamados.
- Tórax normal, mamas normales simétricamente no secretoras ni dolorosas a la palpación, corazón rítmico, murmullo vesicular conservado.
- Abdomen gravídico ocupado por producto único vivo longitudinal cefálico dorso lateral izquierdo, con frecuencia cardíaca fetal 153 latidos por minuto, movimientos fetales perceptibles.
- Región genital: no se evidencia perdida de líquido, cuello uterino blando, y posterior, dilatación 4cm, borramiento 60%, membranas integra, primer plano.

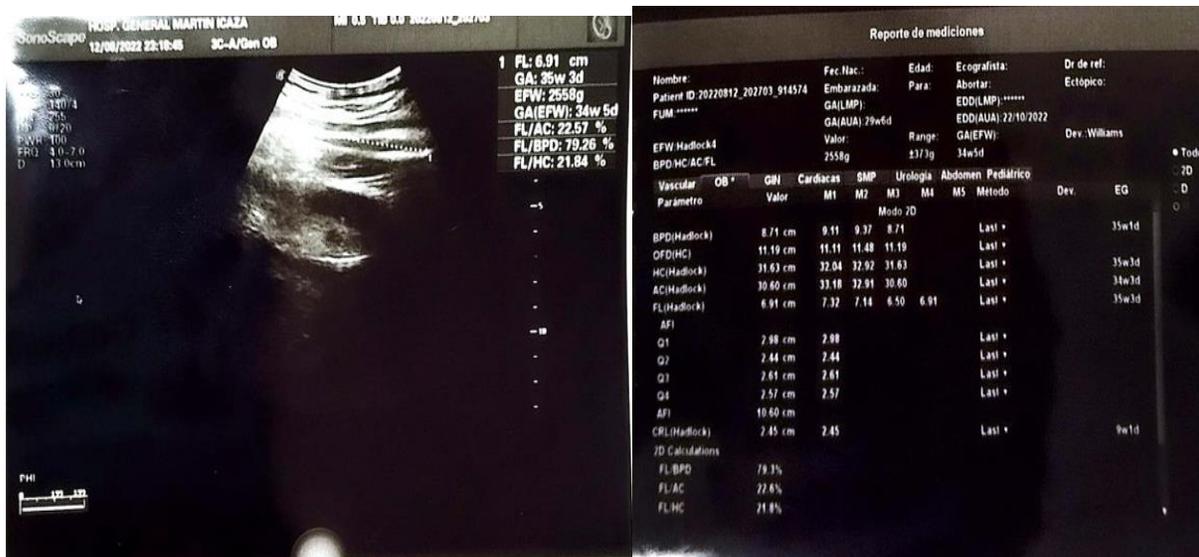
Tabla 6. Información de exámenes complementarios realizados.

Laboratorios	Resultados
Hemoglobina	12.2
Hematocrito	35.8
Hematíes	3.98
Leucocitos	15.18
Plaquetas	250
Neutrófilos%	68.3
Linfocitos	22.9
Monocitos	6.7
TP	10.4
TPT	26.8
INR	0.9
HIV 1+2	No reactivo
Anticuerpos Sífilis: igM-igA	Negativo
TGO	19
TGP	19
Bilirrubina total	0.45
Ácido úrico	0.17

Elaborado por Shirley Silvana Moreta Obando Fuente: Hospital General Martín Icaza

Rastreo ecográfico.

Mediante el rastreo ecográfico se pudo evidenciar la edad gestacional, presencia de latidos cardiacos, de la misma manera medición de cada uno de los perímetros del feto, y cuantificación del líquido amniótico, mediante la valoración ecográfica por la especialista indica a la gestante que el feto tenía un defecto de la pared abdominal, posible diagnóstico de gastrosquisis.



Imagen#1 Rastreo ecográfico.

Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo

Diagnostico presuntivo:

- Embarazo de 37 semanas de gestación por fecha de ultima menstruación.

Diagnóstico diferencial:

- Embarazo de 37 semanas de gestación por fecha ultima menstruación + trabajo de parto.

Diagnóstico definitivo:

Embarazo de 37 semanas de gestación + parto eutócico simple + feto con malformación congénita de la cavidad abdominal (gastrosquisis).

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

Gestante primigesta de 14 años indica que no se realizó los de controles prenatales necesarios teniendo una deficiencia de los mismos, además indicó que la ingesta de ácido fólico fue irregular y de manera desordenada, la paciente alega que la esposa de su padre no tenía buena convivencia con ella, y que tenían problemas y le ocasionaba problemas emocionales.

Procedimiento a realizar

Una vez confirmado el diagnóstico de gastrosquisis, luego del parto vaginal, se procede a informarle a la madre, ya que ella no sabía que el recién nacido venía con tal anomalía, y se estabiliza al neonato se colocan compresas húmedas y estériles recubriendo las asas intestinales para poder referir a una unidad de mayor complejidad para que procedan a la resolución de la mal formación congénita.

Indicaciones de las razones científicas de las acciones en salud considerando valores normales**Score mama**

A través de la Gerencia Institucional de Disminución de Muerte Materna se desarrollo un sistema de puntuación para alertar y evitar muertes maternas herramienta usada en hospitales del MSP (Score MAMÁ), con el objetivo de identificar el riesgo obstétrico de las gestantes y puérperas, y precisar correcta toma de decisiones oportunamente, mediante el uso de esta herramienta (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2016).

Partograma

Es una herramienta usada desde 1988 por la OMS, para el registro sistematizado del trabajo de parto, permite evaluar el trabajo de parto activo: presencia de contracciones uterinas efectivas que produzcan borramiento, dilatación del cuello uterino y conservar un registro de atención de la paciente.

Empleo del Ácido fólico

Tomar ácido fólico antes y durante el embarazo puede reducir el riesgo de ciertas anomalías congénita, expertos recomiendan que las mujeres que pueden embarazarse y las que tengan planeado hacerlo tomen al menos 400 microgramos (μg) de ácido fólico diario, incluso en la pre concepción.

Seguimiento

Posteriormente al alta hospitalaria la madre indica que se acercó hasta el hospital donde se encontraba el recién nacido para la intervención quirúrgica, refiere que en la primera intervención quirúrgica que se realizó se pudo corregir e introducir el 60% de las asas intestinales, presentando síndrome colestásico, llevando el tratamiento con vitaminas liposolubles y ácido ursodesoxicólico, sin embargo hasta la actualidad el niño tiene 1 año de edad se le ha realizado 5 cirugías y tentativamente se podría realizar una sexta cirugía, continua en control periódico en la Ciudad de Quito residencia actual de la madre y el menor, hasta el momento presenta desarrollo y crecimiento dentro de los parámetros esperados.

Observaciones

Probablemente la causa principal que desencadenó la malformación de la pared abdominal del feto fue la edad materna de la madre, considerando que a los 13 años la menor queda embarazada, a esta edad su cuerpo estaba realizando cambios fisiológicos propios de la adolescencia. Sin embargo, la malformación congénita otro lado podría atribuirse con el déficit del ácido fólico dentro de la dieta diaria en el proceso del embarazo.

El diagnóstico no se pudo dar de manera oportuna por falta de controles prenatales y de manera directa la ausencia de rastreos ecográficos dentro del proceso de la gestación. De manera importante cabe mencionar que toda mujer en edad fértil debe llevar un adecuado control pre y pos concepción para evitar posibles trastornos, emocionales y psicológicos.

CONCLUSIONES

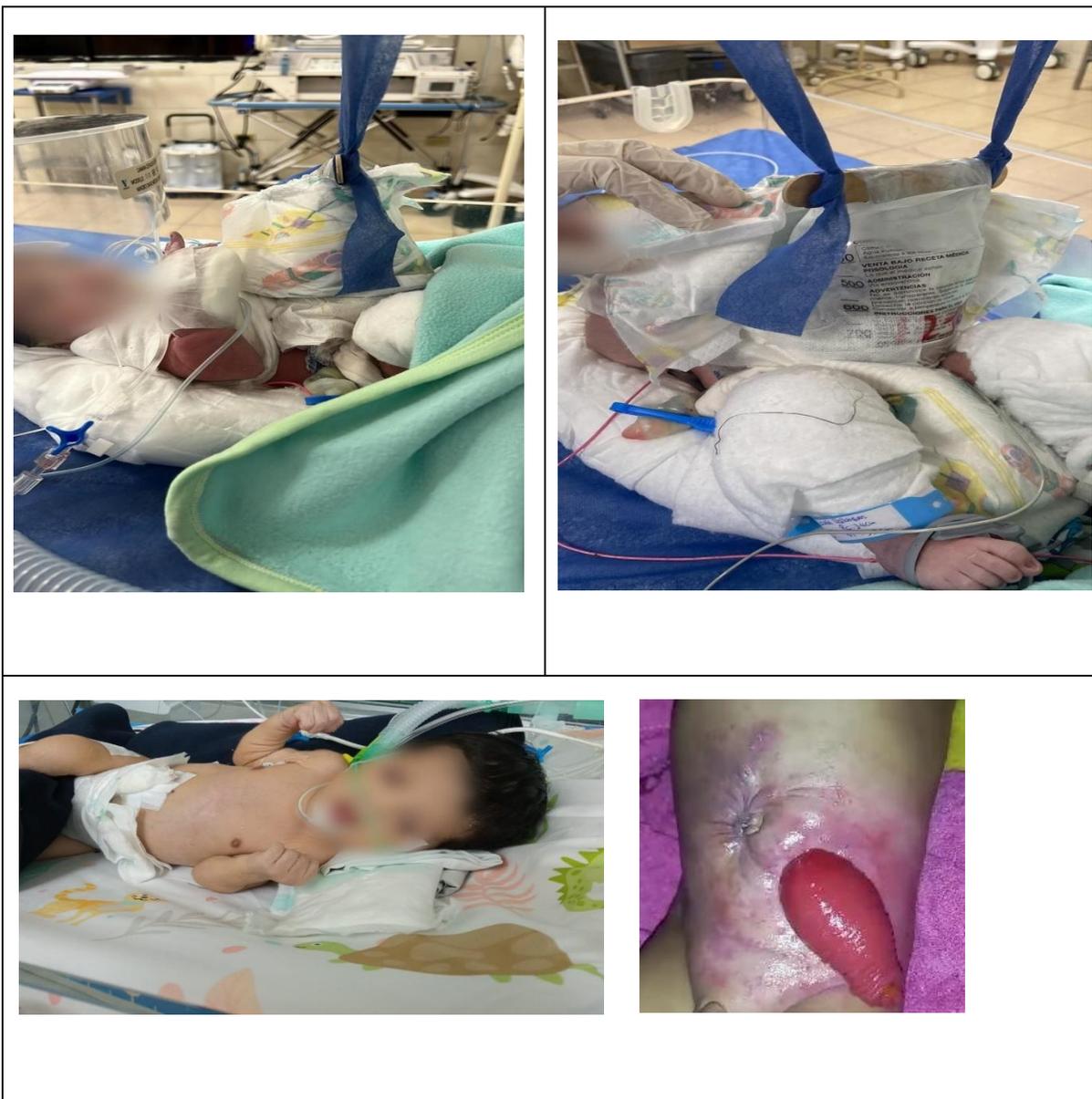
Durante el desarrollo de la investigación, y con la ayuda de la bibliografía citada se pudo evidenciar que la edad materna es un factor predominante en los embarazos adolescentes, la falta educación sobre el inicio de la vida sexual temprana y uso de los métodos anticonceptivos son recursos que muchas adolescentes desconocen o no se utilizan por falta de información.

En el presente caso clínico durante los controles prenatales no se detectó de manera temprana y oportuna debido a la falta de conocimiento por la gestante, la gastrosquisis es un defecto congénito que se puede detectar desde la semana 12 de gestación con el objetivo de reducir las posibles complicaciones y poder planificar una solución quirúrgica.

BIBLIOGRAFÍAS

- Andrés Conde, S. Z. (2013). *Rev Méd Urug 2013; 29(1):16-25*. Obtenido de file:///E:/caos%20clincos/Estudio%20descriptivo%20de%20los%20nacimientos.pdf
- Bernal, D. D. (30 de 09 de 2021). *RECIAMUC*. (S. d. Conocimiento, Ed.) doi:10.26820/reciamuc/5.(3).agosto.2021.147-157
- Duatis, G. D. (2017). *Gastroquisis: misterios, avances y desafíos*. Recuperado el 22 de 07 de 2023, de file:///C:/Users/USUARIO/Desktop/caos%20clincos/gastroquisis%20misterios%20y%20desafios%203000.pdf
- ECUADOR, U. C. (agosto de 2015). *UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR*. Obtenido de PREVALENCIA DE GASTROQUISIS EN RECIÉN NACIDOS ATENDIDOS : file:///E:/caos%20clincos/caso%20quito.pdf
- Fuente, J., & PedroUsandizaga. (2017). *OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA* (4 ed.). MADRID: MARBAN.
- Giraldo-Villegas E, J.-M. I. (AGOSTO de 2022). *MedUNAB*. Obtenido de <https://doi.org/10.29375/01237047.4129>
- I Universidad de Ciencias Médicas de Granma. (mayo-junio de 2020). *Multimed. Revista Médica. Granma*. Obtenido de file:///E:/caos%20clincos/Gastroquisis.%20Reporte%20de%20un%20caso.pdf
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador, G. I. (2016). *Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Score Mamáa, Claves y D.E.R. obstétricos*. Obtenido de Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Score Mamáa, Claves y D.E.R. obstétricos,: <https://enlace.17d07.mspz9.gob.ec/biblioteca/prov/guias/guias/Score%20mam%C3%A1a,%20claves%20y%20D.E.R.%20Obst%C3%A9tricos.pdf>
- OMS. (27 de FEBRERO de 2023). Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/birth-defects>

ANEXOS





CERTIFICADO DE ANÁLISIS
magister

SHIRLEY MORETA 1ER RESUMEN PARA PLAGIO

< 1% Similitudes
0% Texto entre comillas
0% similitudes entre comillas
+ 1% idioma no reconocido

Nombre del documento: SHIRLEY MORETA 1ER RESUMEN PARA
PLAGIO.docx
ID del documento: d5624d0cc177bd8a2a7cd797c3967f4687ac8b
Tamaño del documento original: 228,61 KB

Depositante: TERAN AGUILERA MANUEL IGNACIO
Fecha de depósito: 13/9/2023
Tipo de carga: interface
fecha de fin de análisis: 13/9/2023

Número de palabras: 4902
Número de caracteres: 32.877

Ubicación de las similitudes en el documento



Fuentes con similitudes fortuitas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	 dspace.ubi.edu.ar Conducto obstructivo en paciente de 23 semanas de embarazo. https://repositorio.ubi.edu.ar/handle/document/48006/113745/5/UBI-PCS-0807-00014.pdf?ln	< 1%		 REPOSICION ORIGINAL + 1% (36 palabras)
2	 dspace.ubi.edu.ar Hemorragia del tercer trimestre por Acreditado Placentario. https://repositorio.ubi.edu.ar/handle/document/48006/9396/5/4/UBI-PCS-0807-00013.pdf?ln	< 1%		 REPOSICION ORIGINAL + 1% (36 palabras)