



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

**COMPONENTE PRÁCTICO DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL GRADO ACADÉMICO DE OBSTETRIZ**

TÍTULO DEL CASO CLÍNICO

**BAJO PESO DURANTE EL EMBARAZO EN PRIMIGESTA DE 16 AÑOS
CON FACTORES PREDISPONENTES PARA UN MAL RESULTADO
MATERNO PERINATAL.**

AUTORA:

QUISPE SARCOS ARELY ESTEFANIA

TUTOR:

DR. HUGO ALVARADO FRANCO

BABAHOYO – LOS RIOS

2018



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

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

Dr. CARLOS HIDALGO COELLO
DECANO O DELEGADO (A)

Obst. LILIAN MUÑOZ SOLÓRZANO
COORDINADOR DE LA CARRERA O DELEGADO (A)

Dr. CONSTANTINO DARROMAN HILL
COORDINADOR GENERAL DE LA COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN Y
DESARROLLO O DELEGADO (A)

Abg. CARLOS FREIRE NIVELÁ
SECRETARIO GENERAL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO





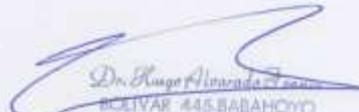
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA
UNIDAD DE TITULACION



APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo, HUGO JAVIER ALVARADO FRANCO, en calidad de Docente - Tutor del estudiante ARELY ESTEFANIA QUISPE SARCOS el mismo que está matriculado en la modalidad del Examen Complexivo (Dimensión Práctica), con el tema, "BAJO PESO DURANTE EL EMBARAZO EN PRIMIGESTA DE 16 AÑOS CON FACTORES PREDISPONENTES PARA UN MAL RESULTADO MATERNO PERINATAL", de la Carrera de OBSTETRICIA de la Escuela de OBSTETRICIA, en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el Caso Clínico (Dimensión Práctica) pueda ser presentado para continuar con el proceso de titulación, el mismo debe ser sustentado y sometido a evaluación por parte del jurado que designe el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo.

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


Dr. Hugo Alvarado Franco
BOCAVAR 445 BABAHOYO
Teléfono: 086762289

HUGO JAVIER ALVARADO FRANCO

DOCENTE TUTOR

CI: 12000348041



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



DECLARACIÓN DE AUTORÍA

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

Por medio del presente deixo constancia de ser la autora del Caso Clínico (Dimensión Práctica) titulado:

BAJO PESO DURANTE EL EMBARAZO EN PRIMIGESTA DE 16 AÑOS CON FACTORES PREDISPONENTES PARA UN MAL RESULTADO MATERNO PERINATAL

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

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

Fecha: Babahoyo, 17 de septiembre del 2018

Autoras


ARELY ESTEFANÍA QUISPE SARCOS
Ci. 1205438029



Babahoyo, 17 de septiembre del 2018

CERTIFICACION DEL TUTOR DEL PROYECTO DE TITULACION, EXAMEN COMPLEXIVO

Lcda. Betty Narcisca Mazacon Roca. PhD.
DECANA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Lcda. Alina Izquierdo Cirer. MSc.
COORDINACION DE LA UNIDAD DE TITULACION FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

En mi calidad de tutor de la Señorita QUISPE SARCOS ARELY ESTEFANIA, en el CASO CLINICO- EXAMEN COMPLEXIVO, ENTREGO EL CERTIFICADO DEL SISTEMA URKUND.

URKUND

Documento [BAJO PESO DURANTE EL EMBARAZO EN PRIMIGESTA DE 16 AÑOS CON FACTORES PREDISPONENTES PARA UN MAL RESULTADO MATERNO PERINATAL \(1\) \(1\).docx \[D41430534\]](#)
Presentado 2018-09-13 19:57 (-05:00)
Presentado por arelyquispe@gmail.com
Recibido halvarado.utb@analysis.orkund.com
Mensaje Hola buenas tardes Dr. Mi caso clínico ya listo para ser revisado por urkun Arely Quispe [Mostrar el mensaje completo](#)
9% de estas 9 páginas, se componen de texto presente en 8 fuentes.

Código: 09 4762289

DR. HUGO ALVARADO FRANCO

INDICE GENERAL

Contenido

RESUMEN.....	I
ABSTRACT.....	II
INTRODUCCIÓN	III
I Marco Teórico	1
1.1. Justificación	8
1.2 Objetivos	10
1.2.1 Objetivo General	10
1.2.2 Objetivos específicos	10
II Metodología del diagnostico	11
2.1.2. Análisis del motivo de la consulta	11
2.1.3. Historia clínica de la paciente	11
2.2. Historia clínica de la enfermedad actual	11
2.2.1. Anamnesis	11
2.3. Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema	12
2.3.1. Exploración clínica	12
2.3.2. Formulación del diagnóstico previo al análisis de datos	13
2.3.3. Conducta a seguir	13
2.3.4. Tratamiento	13
2.3.5. Indicación de las razones científicas de las acciones de salud	14
2.3.6. Seguimiento	14
2.3.7. Observaciones	16
Conclusiones	18
Bibliografía	

RESUMEN

PALABRAS CLAVES.- Factores predisponentes – bajo peso – anemia.

En este estudio de caso, se analizaron los factores predisponentes de un mal manejo maternal perinatal en paciente de 16 años de edad, relacionados con el crecimiento, desarrollo y mal nutrición realizado en la parroquia Manglaralto del cantón Santa Elena, donde hay un incremento significativo de adolescentes embarazadas, en sus datos generales se encuentra como relevante su abuela con diabetes, 14 semanas de gestación (SG) baja estatura (144cm) y un peso inicial de 39,1 KI, refiere nauseas, vómitos matutinos y mucha fatiga al realizar actividades físicas simples. El IMC de 17,5 se solicitó pruebas diagnósticas como toma de muestra de la piel (biopsia) para relacionarlas con VIH/SIDA (previo consentimiento firmado por la paciente), sífilis. El diagnóstico definitivo fue embarazo + bajo peso de alto riesgo CIE 10 Z35, con anemia, mala ubicación del producto que puede complicar el parto, la ecografía obstétrica dio como resultado Embarazo único de situación longitudinal – presentación pelvis – dorso posterior con actividad cardiaca presente y movimientos fetales.- Estación gestacional: 20 semanas 6 días.- Estación ecográfica: 21 semanas 1 día el tratamiento inmediato fue administración de suplementos hierro más ácido fólico para mejorar su IMC, derivación a nutricionista, primera vacuna antitetánica e influenza y se agendo para hemograma completo, se realizó seguimiento hasta el 25 de abril, al tercer control donde se constató los movimientos fetales y la altura del útero con 23 cm.

ABSTRACT

KEY WORDS. - Predisposing factors - low weight - anemia

In this case study, we analyzed the predisposing factors of poor perinatal maternal management in a 16-year-old patient, related to the growth, development and malnutrition carried out in the Manglaralto parish of the Santa Elena canton, where there is a significant increase in pregnant adolescents, in their general data is relevant as their grandmother with diabetes, 14 weeks of gestation (SG) short stature (144cm) and an initial weight of 39.1 KI, refers nausea, morning sickness and fatigue when doing physical activities simple The BMI of 17.5 was requested for diagnostic tests such as taking a skin sample (biopsy) to relate them to HIV / AIDS (after signing the patient's consent), syphilis. The definitive diagnosis was pregnancy + low weight of high risk ICD 10 Z35, with anemia, poor location of the product that can complicate the delivery, the obstetric ultrasound resulted in a single pregnancy of longitudinal situation - pelvis presentation - posterior dorsum with cardiac activity present and fetal movements. - Gestational station: 20 weeks 6 days. - Ultrasound station: 21 weeks 1 day. The immediate treatment was iron supplementation plus folic acid to improve your BMI, referral to a nutritionist, first tetanus and influenza vaccine, and blood count complete, follow-up was performed until April 25, at the third control where fetal movements and the height of the uterus with 23 cm were verified.

INTRODUCCIÓN

En el presente estudio de caso clínico, realizado en el Centro de Salud San Pedro del barrio San Francisco en la parroquia Manglaralto del cantón Santa Elena, analizaremos los factores predisponentes de un mal manejo maternal perinatal en paciente de 16 años de edad, relacionados con el crecimiento, desarrollo y mal nutrición en el producto del embarazo que en la actualidad constituyen un tema de gran importancia para la investigación como para el entorno sanitario.

Dentro de la problemática social en salud sexual y reproductiva uno de los aspectos de mayor consideración e impacto social es el embarazo en adolescentes que en los países en vías de desarrollo va del 20 al 60% sean en adolescencia temprana o tardía. Pues la mujer en adolescencia cuenta con un organismo en pleno desarrollo sin haber alcanzado su desarrollo anatomofisiológico ni psicológico deseado, lo cual provoca en el producto de su embarazo trastornos hipertensivos del embarazo, una mayor morbilidad neonatal y especialmente bajo peso y parto prematuro con todas las consecuencias inmediatas y mediatas que ello conlleva y que en su mayoría son producidos en embarazos no deseados o no planificados (F. J. Sánchez-Muniz¹, 2013).

Se debe considerar al embarazo como un periodo de vida de vital importancia, con gran complejidad y donde concluyen tres conceptos previos como crecimiento, desarrollo y mal nutrición de una manera armónica para que el producto además de incrementar la masa celular, pueda desarrollar y madurar morfológicamente para adquirir de una manera progresiva las facultades funcionales, dentro del embarazo que es donde concluyen multitud de factores que implican que la vida de un futuro ser fracase o se desarrolle con total o parcial éxito.

Los factores predominantes al mal manejo de una embarazo tienen gran repercusión en la adolescencia que es un periodo de vida muy importante y lo que ocurra en su salud en esta etapa será decisivo para el nivel de salud y calidad de vida en el futuro. Los adolescentes a menudo provocan situaciones de riesgo que dejan secuelas. Una de las situaciones es el inicio precoz de la actividad sexual, provocando con frecuencia embarazos no buscados ni operados. Es importante señalar que en la actualidad el Ecuador tiene una de las tasas más altas en América Latina, y que su población de mayor riesgo en la ubicada en estratos socio-económicos bajos, donde el nivel educativo es menor y está ubicada en sectores de áreas rurales y urbanas marginales.

I Marco Teórico

Adolescencia

Se la señala como una etapa de la vida de ser humano en la que le ocurren diferentes y complejos cambios de orden biológicos, psicológicos, conductuales y adquiere la capacidad reproductiva. Por lo que se requiere una especial atención a estas importantes transformaciones fisiológicas, emocionales y sociales que son en definitiva las que van a imprimir en la persona en sello de la madurez con rasgos característicos de adulto (UNICEF., 2011).

La adolescencia, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) está comprendida en el periodo de 10 a 19 años de edad, donde hay una serie de cambios orgánicos (pubertad) así como también la integración de las funciones productivas (ciclo menstrual en las mujeres y ciclo espermático en los hombres) con ajuste por los cambios psicosociales en ambientes socioculturales cambiantes hasta en ciertos casos hostiles, sobre todo en países como el nuestro en vía de desarrollo, lo cual genera las relaciones sexuales a muy temprana edad, desprovistas de información oportuna, veraz y objetiva acerca del manejo de la sexualidad, exponiéndose a embarazos no deseados, abortos provocados, infecciones de transmisión sexual, como en VIH/SIDA (OMS.et, s/f).

El embarazo en la adolescencia

El embarazo en la adolescencia se determina de los 12 a 19 años y por lo tanto el embarazo en esta etapa se lo considera embarazo no deseado y no planificado, esto en general se produce en un ambiente de inestabilidad e

inseguridad emocional y sexual y entorno de diferentes problemas sociales, económicos y psicológicos (Deriabina, 2017).

También se lo define como: "el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen" (Issler, 2011).

Factores predisponentes al embarazo adolescente. (JACOME, 2018)

Son diversos los factores predisponentes relacionados con el embarazo en la adolescencia entre los cuales se menciona:

Falta de educación sexual

Información errada sobre sexualidad

Desconocimiento de métodos anticonceptivos

Consumo de alcohol

Consumo de drogas

Desnutrición

Abandono escolar

Migración

Hija de madre adolescente.

Hija de madre soltera.

El libre acceso a ciertas informaciones inmorales y la libertad que reciben estos jóvenes en cuanto a su vida sexual, es la causa principal de que el problema se fomente. Por lo cual esta liberación sexual, acompañada por la falta de límite y la irresponsabilidad es una de las razones que favorecen la incidencia del embarazo Adolescente (Deriabina, 2017).

Se puede decir que son varios y diferentes los factores predisponentes en primer lugar a la actividad sexual y al embarazo en adolescentes, incluyendo

los individuales, familiares, socioculturales y políticos. Por lo que las consecuencias de estos dos fenómenos se consideran graves para la salud pública, además afecta las dimensiones familiares, sociales salud y económica (Mendoza et. al, 2016).

Lo que tiene relación con la morbilidades maternas en la adolescencia tenemos en aumento de probabilidad de riesgo de hemorragias post-parto, obesidad, enfermedades mentales, preeclampsia, endometritis puerperal, infecciones sistémicas y muerte prematura (United Nations, 2014).

Entre otros factores predisponentes en la sexualidad temprana, son los de tipo familiar entre ellos: la baja escolaridad de la madre de la adolescente, una falta de educación sexual de arte de la madre al adolescente, el no suministro de métodos anticonceptivos, etc. (Sánchez et. al, 2013)

Los determinantes socioculturales y políticos, incluyen diferentes problemáticas, como la socioeconómica, falta de educación, etnicidad, conformación familiar, primer embarazo de la madre en la adolescencia, entre otras (Santos, 2011)

Macías y Murillo (2010) en su tesis de grado “Embarazo en adolescentes de 10 a 19 años de edad que acuden a la consulta de Gineco-Obstetricia del Centro Materno Infantil de Andrés de Vera, de enero a septiembre del 2010”, en la ciudad de Portoviejo- Ecuador, nos advierten de los factores predisponentes que en una muestra de 180 adolescentes embarazadas que recibieron atención:

- Las adolescentes de entre 15 a 19 años, representaron el grupo de mayor frecuencia de atención con un 88% y de 10 a 14 años con un 12%.

- La procedencia fue de zona urbanas con 26%; 35% del área rural y el 39% del are urbano-marginal.
- El nivel de instrucción educativa estuvo distribuido en un 65% a secundaria, 29% a primaria, 5% a superior y solo el 1% no tenía estudios.
- Las frecuencias prenatales: > de 6 correspondiente al 79% y < 6 correspondiente al 21%.
- Gestas anteriores distribuidas en: Segundigesta con en el 15% de los casos, multigesta en el 6%, y primigesta en el 79% de los casos.
- Complicaciones obstétricas en 30 (17%) de ellas, que correspondió un 6% a anemia, el 5% a ITU, un 4% a pre eclampsia, un 2% a RPM y un 1% a hemorragia post parto, sin embargo el 82% no tuvieron complicaciones.
- Hubo 62% partos espontáneos y por cesáreas el 31% (Macias, 2010).

Un factor predisponente que no se debe perder de vista en la pobreza que por lo general acompaña a la mayoría de los adolescentes con más posibilidades de quedar embarazadas, es la pobreza una especie de línea que separa entre quienes tienen acceso a oportunidades de desarrollarse y quienes no, a quienes podrán tomar aprendizajes que marcan valores y quienes no, a los que les será más fácil decidir la prevención de un embarazo y quienes no podrán acceder a ello en la misma medida. Las estadísticas arrojan que el embarazo en la adolescencia presenta grandes riesgos para la salud, pues por lo general quienes salen embarazadas son precisamente las jóvenes con deficiencias nutricionales, que no practican conductas saludables y tienen menor acceso a atención médica, poca comunicación sobre sexualidad, entre otras complicaciones y deficiencias propias de los sectores que no logran el desarrollo humano (TINOCO, 2014)

Bajo peso en el embarazo

Hay que hacer énfasis en que el embarazo es un ciclo de vital importancia, altamente complejo donde confluyen tres conceptos previos en el futuro ser que además de incrementar la masa muscular se Desarrolla y Madura morfológicamente para adquirí de forma progresiva sus Capacidades funcionales. Desde la fecundación misma ocurren una serie de procesos para el incremento de sus células en número y tamaño, que le permitirán vivir extrauterinamente, por lo cual no existen solo factores predisponentes de carácter genético sino también los ambientales como buena alimentación, alto consumo de proteínas , ejercicio físico la cual ejerce un papel preponderante y central en el bajo peso en el embarazo , sin olvidar los niveles hormonales, materno-fetales y placentarios, el posible estrés (algo común en primigestas) la presencia de factores tóxicos(alcohol, tabaco, fármacos) infecciones virales o bacterianas, etc. (F. J. Sánchez, 2013).

Como provisiones exógenas de hierro calcio antioxidante en este estudio cabe indicar que en el embarazo acontecen dos etapas fundamentales. La primera de un orden anabólico o de creación de las reservas, y la segunda la movilización de las reservas y adaptación para el parto. Distribuyéndose así: la primera se extiende hasta la 26 a la 27 semana, este periodo que es anabólico, comprende el incremento por parte maternal de:

- **La insulina y de su sensibilidad,**
- **Tamaño de la placenta,**
- **Volumen del líquido amniótico,**
- **Reserva proteica y El depósito de grasa en tejido adiposo de la madre,**

Sin embargo el feto ha alcanzado un tamaño bastante reducido en comparación con la ganancia de peso.

En la fase de distribución de reservas sigue el crecimiento lineal de la placenta y del líquido amniótico, tiene lugar un crecimiento fetal exponencial, pero se

reduce enormemente el ritmo de ganancia de las reservas maternas. (Herrera, 2013 Revisado).

Según Florido y Beltrán. Didácticamente se puede afirmar que la madre debe ganar entre 11,3 y 15,8 Kg., para poder asegurar la gestación de un nuevo ser considerando que su peso al nacer será entre 2,5 y 4,0Kg. Es aconsejable que un incremento de peso durante el embarazo acorde con el exceso, defecto o normalidad del peso en el momento de la fecundación (**peso pregestacional**), cuando existe exceso ponderal parece adecuada una ganancia entre 6,8 y 11,3 Kg, mientras que en **madres con peso reducido**, se recomienda incrementos de peso aproximadamente entre 12,7 y 18 Kg, en caso de gestación general las ganancias durante la gestación serán mayores del orden de 18Kg, dependiendo del peso pre gestacional y el número de fetos engendrados. (Florido Navío J, 2010).

Otro aspecto que debe considerarse es el ritmo de ganancia de peso durante el embarazo, se estima aconsejable 4 Kg durante las primeras 20 semanas e incrementos de 0,4 a 0,5 Kg semanales por el resto del embarazo (F. J. Sánchez-Muniz¹, 2013).

Aspectos generales de la alimentación en el embarazo

Entre los aspectos dietéticos comer bien, considerándose que se debe aumentando aunque ligeramente las raciones en su tamaño, además de aumentar el número de veces de las tomas a lo largo del día en 5 a 6 evitando el volumen excesivo que provocaría riesgos de vómitos y pirosis (agruras o acidez), como una menor demanda de insulina con fines metabólicos, es altamente aconsejable la última toma realizarla después de la merienda evitando así el bache hipoglucémico inducido por la demanda fetal entre la cena y el desayuno lo que asegura una buena utilización de glucosa para el feto y una protección de las "reservas" proteica y grasa. (Herrera, 2013

Revisado). Esto parece recomendable especialmente en aquellas gestantes que cenan temprano.

Complicaciones

En nuestro estudio de caso se diagnosticó anemia que complicaría el embarazo, parto y el puerperio, a lo que Panduro et al, (2012) en su artículo la revista mexicana *medigraphic*, aporta indicando: En las adolescentes embarazadas que se consideraron en su estudio las consecuencias fueron rotura prematura de la membrana. Amenaza de parte pretérmino y síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido (Panduro et. al, 2012).

Lo antes indicado nos permite asegurar que la anemia en el embarazo tiene efectos tanto en la salud materna como en la del producto según la OMS incluye un mayor riesgo de retraso en el crecimiento, ceguera, enfermedades graves, disminución del rendimiento congénito, defectos espinales y cerebrales, además aumenta el riesgo d aborto involuntario, mortinato, y bajo peso al nacer, con lo que se aumenta el riesgo de mortalidad infantil, y las complicaciones del parto como hemorragias que aumentan el riesgo de muerte maternas (OMS, 2016)

En este aspecto podemos concluir que la dieta materna es condicionante en el crecimiento, maduración y desarrollo fetal. Por lo que cuando existe malnutrición o hipo-nutrición marcada, se induce a la reducción asimétrica o simétrica del feto dependiendo de su duración.

1.1. Justificación

En este estudio de caso clínico tiene se analizara los factores predisponentes en un embarazo de una mujer de 16 años de edad considerando las condiciones socio-económicas y nutricionales desfavorables, lo que condiciona la mayor morbilidad materna y morbi-mortalidad neonatal por lo que el embarazo adolescente y sus factores predisponentes son de alto riesgo materno-perinatal.

Considerando nuestro estudio de caso clínico. El bajo peso durante el embarazo está vinculado a que el 30 al 40% de las adolescente embarazadas en la parroquia Manglaralto, no se adhieren al control prenatal, lo cual provoca que las madres tengan mayor riesgo de morbimortalidad como son la prematuridad y bajo peso al nacer, sepsis, sífilis congénita y mortalidad en hijos de madres adolescentes (Mendoza et. al, 2016).

Según Mendoza et. al, en el Ecuador 2 de cada 3 adolescentes sin educación, o están embarazadas por primera vez o ya son madres, en la última década según las estadísticas hay un incremento en el embarazo en adolescencia en menores de 15 años que es de 74% y en mayores de 15 años es de 9% por lo cual es en la actualidad el Ecuador es el país de más alta tendencia a la fecundidad adolescentes, llegando incluso a 100 por cada 1000 nacidos vivos (Mendoza et. al, 2016).

Por lo cual es muy importante poder determinar los factores predisponentes y su incidencia en los dos periodos fundamentales como son el embrionario y el fetal, en el colectivo de mujeres en adolescencia y las consecuencias del recién nacido con bajo peso.

Se observa que en el Centro de Salud San Pedro del barrio San Francisco en la parroquia Manglaralto del cantón Santa Elena, hay un incremento significativo de adolescentes embarazadas y no se tiene una información

precisa de las causas que motivan el incremento, por lo que se hace necesario este estudio para poder documentadamente establecer la incidencia e identificar los factores predisponentes relacionados.

Se requiere hacer conocer a los miembros de las familias la incidencia de los factores predisponentes en el bajo peso al nacer (BPN) pues es un importante problema de salud pública en los países en desarrollo y es un indicador de la salud materno-infantil. El peso al nacer por debajo de 2.500 g contribuye con problemas de salud materno-infantiles de corto y largo plazo.

También es necesario un planificación familiar, pues los embarazos en la adolescencia como es el presente caso de estudio alteran la dinámica familiar, pues por lo general este no es planeado, y provoca grandes repercusiones en la vida de la adolescente y su entorno social, asociándose este por lo general y con mayor riesgo maternos y pobres resultados perinatales, incluido bajo peso al nacer y prematuridad, esta asociación señala un ambiente socio demográfico desfavorable en la mayoría de los adolescentes e inmadurez biológica (Panduro et. al, 2012).

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo General

Determinar los factores predisponentes al bajo peso en embarazo de primigesta de 16 años en Centro de Salud San Pedro del barrio San Francisco en la parroquia Manglaralto del cantón Santa Elena.

1.2.2 Objetivos específicos

Identificar los factores predisponentes maternos al bajo peso durante el embarazo.

Analizar los factores predisponentes obstétricos en la primigesta adolescente con bajo peso.

II Metodología del diagnóstico

2.1.2. Análisis del motivo de la consulta

Acude a la consulta del primer control prenatal, con prueba de embarazo positiva, la adolescente con 16 años de edad acompañada de su pareja, proveniente del barrio San Pedro en la parroquia Manglaralto del cantón y provincia Santa Elena. La mencionada usuaria tiene 14 semanas de gestación (SG) de baja estatura (144cm) y un peso inicial de 39,1 Kg. la talla baja se define a menudo como una estatura por debajo de 145 cm, un valor de corte elegido debido a su relación con un mayor riesgo obstétrico.

2.1.3. Historia clínica de la paciente

No posee.

2.2. Historia clínica de la enfermedad actual

2.2.1. Anamnesis

Paciente ingresa a consulta manifestando su fecha de última menstruación el 19 de noviembre del 2017, con 14 semanas de gestación, al momento refiere náuseas, vómitos matutinos y mucha fatiga al realizar actividades físicas simples.

Cuadro 1.- Score mama

SCORE MAMA	
F.C.	77
Sistólica	90
Diastólica	60

F.R.	20/minuto
T	36,7 C°
IMC	17,5
Estado de conciencia	0
Proteinuria	0

Fuente: Paciente

Elaborado por: Arely Estefania Quispe Sarcos

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

La conclusión a que llegó el departamento médico–ginecólogo fue la de un embarazo + bajo peso, se solicitó pruebas diagnósticas como toma de muestra de la piel (biopsia) para relacionarlas con VIH/SIDA (previo consentimiento firmado por la paciente), sífilis.

2.3.1. Exploración clínica

La paciente no tiene controles prenatales y 14 semanas de estación, con embarazo+ bajo peso.

Examen físico

Peso: 39,1

Talla: 144 cm.

IMC: 17,5

Cabeza: normocefalo.

Facies: tranquilas.

Cuello: sin adenopatías, no ingurgitación yugular.

Tórax: campos pulmonares ventilados, ruidos cardiacos rítmicos.

Abdomen: blando depreciable.

Útero: aumentado de tamaño, con poco tejido adiposo.

Especulocopia: Cuello uterino o cérvix posterior cerrado, no se observan, no se observan perdidas transvaginales.

Extremidades: inferiores y superiores simétricamente y si alteraciones.

IMC: con bajo peso.

Mamas: normales.

Cuadrantes abdominales: normales.

Tacto bimanual: aumento del tamaño del útero.

2.3.2. Formulación del diagnóstico previo al análisis de datos

Diagnostico presuntivo

Embarazo con pequeño aumento de peso 026.1

Debemos indicar que el estado nutricional de la paciente relacionado con el bajo peso es cuando la circunferencia media del brazo es mayor o igual a 23 cm o el IMC que se encuentra dentro del rango normal (<http://www.poho>, s/f.)

Diagnóstico diferencial

Anemia que complica el embarazo, el parto y el puerperio 099.0

Problema aun no especificado, relacionado con el estilo de vida Z72.9

Diagnóstico definitivo

Embarazo + bajo peso.

Embarazo de alto riesgo CIE 10 Z35

Ubicación del producto puede complicar el parto

Atención a la madre para evitar complicaciones

2.3.3. Conducta a seguir

Se recomienda la administración la segunda y tercera vacuna antitetánica

Controles mensuales

Examen de laboratorio: Orina

Control de la rotación del producto

2.3.4. Tratamiento

Se agendo para examen odontológico y examen obstétrico-útero

Se administró a la paciente primera vacuna antitetánica e influenza.

Se agendo para hemograma completo
Se firmó consentimiento para examen VIH/SIDA.
Se le indico suplementos hierro más ácido fólico
Se indicó multivitaminas y minerales
Se derivó consulta con nutricionistas

2.3.5. Indicación de las razones científicas de las acciones de salud

La paciente se presentó a consulta con prueba de embarazo positiva a su primer control prenatal, con bajo peso y baja estatura, y con signos de mal nutrición.

Se firma por parte de la paciente en compromiso de consentimiento para la Prueba de VIH/SIDA y para recibir orientación y asistencia posterior y la prueba confirmatoria.

Se agendo a la paciente para los exámenes:

Obstetra –útero
Hemograma completo
Ecografía Obstétrica.

Se planifico la administración de: Tres dosis de vacuna antitetánica y Vacuna de influenza

2.3.6. Seguimiento

El 27 de febrero se recepto examen de hemograma con resultados SIN PROBLEMA

Cuadro 2.- hemograma

HEMOGRAMA	
Hematocrito	(34.40%)
Hemoglobina	(12.10%)
Leucocitos	(6.78 103/ul)
Eosinofilos	(2.60%)
Basófilos	(0.70%)
Neutrófilos	(5.21 103/ul)
Plaquetas	(241,00 103/ul)
Glicemia en ayuna	(79.40 mg/dl)
Hematozoarios	negativo
Grupo sanguíneo	ORH positivo

Fuente: Paciente

Elaborado por: Laboratorio quimico

El 05 de abril se le administro la segunda dosis de vacuna antitetánica.

La altura del útero fue de 22 c. y

Los latidos fetales de 142/minuto

No presenta sangrado

El 05 de abril se recogieron los exámenes de laboratorio en orina que indica el departamento de microbiología: NO HABER CRECIMIENTO BACTERIANO.

El 09 de abril se recogieron los resultados de la ecografía-obstétrica, con 21 semanas de gestación con feto en posición podálica.

Cuyo resultado fue de. **Embarazo único de situación longitudinal – presentación podálica – dorso posterior con actividad cardiaca presente y movimientos fetales.**- Edad gestacional por fecha de ultima menstruación

gestacional: 20 semanas 6 días.- Edad gestacional por ecografía: 21 semanas 1 día.

El 25 de abril, se realiza el tercer control donde se constató los movimientos fetales y la altura del útero con 23 cm.

Durante la etapa prenatal, se harán visitas al hogar para su valoración integral, como mínimo con una frecuencia de 1 al mes, muy importantes serán aquellas que se realizan después de la captación entre 14 y 20 semanas y entre 26 y 30 semanas de edad gestacional.

Finalmente se imparten charlas educativas sobre nutrición, referir valoración por nutricionista a la mujer de baja talla en $IMC < 19,5 \text{ kg/m}^2$ SC así como a las gestantes con sobrepeso y obesidad.

2.3.7. Observaciones

La paciente deberá cumplir con el tratamiento que le fue prescrito y deberá cumplir con las prescripciones asignadas, para su control y valoración se planifican visitas domiciliarias durante su etapa prenatal. La atención debe de ser de forma inmediata y precisa así evitando posteriores complicaciones o que se vea comprometida la vida de la gestante y su producto.

Es importante que las zonas rurales sean atendidas por los organismos de control de salud, donde existe mayor desconocimiento de métodos anticonceptivos y por tanto mayor número de embarazos en adolescentes.

Desde el primer control, se deben investigar de manera oportuna, de preferencia desde el inicio de la gestación, las causas que podrían provocar un bajo peso, retardo de crecimiento uterino, prematuridad del recién nacido y síndrome de Down con una historia clínica completa y exámenes de laboratorio y ecografías, y controles prenatales de al menos cinco.

Debido al crecimiento rápido de una adolescente, su organismo requiere mayores cantidades de hierro y ácido fólico, con mayor razón cuando se presenta un embarazo en esta etapa, por lo que es recomendable realizar exámenes para determinar cualquier carencia en este aspecto, y si fuere el caso se debe suministrar suplementación incluyen Hierro 12+ años 60 mg de hierro elemental + 400 µg de ácido fólico diarios y una alimentación rica en hierro de origen animal: vacuno, pollo, pescado, vísceras como hígado y riñones, vitamina c en cada comida; recomendar frutas y verduras.

La práctica del ejercicio físico moderado durante el embarazo confirman evidencias científicas que es segura y conveniente para el feto y la madre, pues una vida saludable en este estado previene riesgos como, el excesivo peso, preeclampsia, diabetes gestacional, parto por cesárea, dolores lumbares e incontinencia urinaria (Fuentes, 2018).

Un programa obstétrico integral para adolescentes embarazadas impactara en la disminución de la morbilidad obstétrica como lo relacionado con consecuencias de bajo peso en el embarazo, infecciones urinarias, preeclampsia y eclampsia, como también las tasa de cesárea.

Conclusiones

Se concluye que el embarazo a edad temprana como en la etapa de la adolescencia conlleva a un mayor riesgo de complicaciones, tanto maternas como perinatales por lo tanto su prevención en las adolescentes es de tal importancia para la salud física, emocional, social y psicológica de nuestra gestante.

Es muy útil la educación sexual y reproductiva en nuestras adolescentes, para así poder identificar los factores que predisponen a diferentes complicaciones que genera un embarazo a edad corta, como son un bajo peso durante el embarazo.

El nivel socio económico, su abandono de escolaridad, su estado nutricional, la corta edad está estrechamente asociado a complicaciones durante el embarazo generando así un mal resultado materno perinatal.

Bibliografía

Referencias Bibliográficas

- Deriabina, N. (01 de octubre de 2017). <https://elembarazo.net/aque>. Obtenido de elembarazo.net.
- F. J. Sánchez, e. a.-M. (2013). utr. Hosp. vol.28 no.2 Madrid mar./abr. 2013. *Nutricion Hopitaria. Vol.28, s/p.*
- F. J. Sánchez-Muniz¹, E. G. (2013). La alimentación de la madre durante el embarazo condiciona el desarrollo pancreático, el estatus hormonal del feto y la concentración de biomarcadores al nacimiento de diabetes mellitus y síndrome metabólico. *Nutricion hospitalaria, s/p.*
- Florido Navío J, B. M. (2010). *Nutricion durante la gestacion y la lactancia.* Madrid: Medica Panamericana.
- Fuentes, V. (2018). *Deporte y gestación Hacer ejercicio durante el embarazo es bueno para el feto y la madre.* Sevilla: Agencia SINC.
- Herrera, E. y. (2013 Revisado). *Papel del tejido adiposo, sensibilidad insulínica e ingesta lipídica en la gestación y su implicación en el riesgo de padecer diabetes en la edad adulta.* . Madrid: Universidad Complutense en Madrid.
- http://www.poho, o. d. (s/f.). Detección y prevención oportuna. En o. d. <http://www.poho>, *Embarazo Parto Puerperio en adolescente y adultas* (pág. 40). s/c: s/ed.
- INEI. (2014). *Embarazo y maternidad de adolescentes según ámbito geográfico.* Peru.
- Issler, D. J. (2011). Embarazo en la adolescencia. *Revista de posgrado*, 11-23.
- JACOME, R. M. (2018). *FACTORES SOCIOCULTURALES EN EMBARAZADAS ADOLESCENTES Y SUS COMPLICACIONES OBSTETRICAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DRA. MATILDE HIDALGO DE PROCEL EN EL PERIODO 2017-2018.* Guayaquil: Universidad de Guayaquil.
- Macias, C. y. (2010). Antecedentes. En C. y. Macias, *Embarazon en adolescentes de 10 a 19 años de edad que acuden a la consulta de Gineco-Obstetra materno infantil de Andres de Vera de enero a septiembre del 2010* (pág. 9). Portoviejo: Universidad Tecnica de

Manabi. Fcultas de Ciencias de la Salud.

Mendoza et. al, T. L. (2016). Artículo Especial: Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia. Estado del arte. *Rev, Chilena. Obstetricia - Ginecologia*.

OMS. (2016). *ANEMIA FERROPENICA*.

OMS.et, a. (s/f). *GUIA DE PREVENCION EN EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN GUATEMALA*.

Panduro et. al, B. J. (2012). Embarazo en adolescentes y sus repercusiones materno perinatales. *medigraphic - Ginecologia - Obstetricia*, 694.

Sánchez et. al, Y. M. (2013). Cracteristicas poblacionales y factores asociados a embrazo en mujeres adolescentes. *Rev, Chilena, Obstericia - Ginecologia*, 269-281.

Santos, M. R. (2011). Un puntaje para evaluar el riesgo de embarazo adolescente primera vez. *Familia Pracctica*, 482-8.

TINOCO, M. A. (2014). *Desafíos comunicacionales en las campañas de salud pública peruana: Estrategia comunicacional de la campaña "Prevencion del embarazo en adolescentes efectuado por el Ministerio de Salu 2010 2012*. Lima: Pontifica Universidad Catolica del Peru.

UNICEF. (2011). La adolescencia. Una época de oportunidades. . *Estado Mundial de la Infancia.*, Págs. 4 y 7.

United Nations. (2014). Millennium Development . *Goals Report New York: United Nations...*, 2648 y ...
<http://www.un.org/millenniumgoals/2014%20MDG%20report/MDG%202014%20>

Anexos.



Figura 1 .-Toma de signos vitales: presión arterial



Figura 2.- Especuloscopia:Revisión cuello uterino



Figura 3.- Auscultación de latidos cardiacos fetales con campana de pinard

Figura 4.- Valoración de latidos fetales con doppler por Obst.





UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE OBSTETRICIA
UNIDAD DE TITULACIÓN



APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo, **HUGO JAVIER ALVARADO FRANCO**, en calidad de Docente Tutor de la Propuesta del Tema del Caso Clínico (**Componente Práctico**): **BAJO PESO DURANTE EL EMBARAZO EN PRIMIGESTA DE 16 AÑOS CON FACTORES PREDISPONENTES PARA UN MAL RESULTADO MATERNO PERINATAL**, elaborado por el estudiante egresado: **QUISPE SARCOS ARELY ESTEFANIA**, de la Carrera de **OBSTETRICIA** de la Escuela de **OBSTETRICIA**, en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el trabajo investigativo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación determinado por la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo a los 2 días del mes de julio del año 2018



Dr. Hugo Alvarado Franco
EOLIVAR 445 BABAHOYO
Código: 096715227

Docente -Tutor
DR. HUGO JAVIER ALVARADO FRANCO
CI. 12000348041



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

FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO: 17/09/18

REGISTRO DE TUTORIAS DEL CASO CLINICO (ETAPA FINAL)

NOMBRE DEL DOCENTE TUTOR: Dr Hugo Javier Alvarado franco FIRMA:

TEMA DEL CASO CLINICO: Bajo Peso durante el embarazo en primigesta de 16 años con factores predisponentes para un mal resultado materno perinatal.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: Arcely Estefanía Guispe Sacas

CARRERA: Obstetricia

Pag. Nº. 1

Horas de Tutorías	Fecha de Tutorías	Tema trazado	Tipo de tutoría		Porcentaje de Avance	FIRMAN	
			Presencial	Virtual		Docente	Estudiante
2h	09/09/18	Análisis del borrador de Introducción	✓		100%		
2h	16/09/18	Revisión del borrador de los objetivos	✓		100%		
2h	23/09/18	Análisis borrador de la Justificación	✓		100%		
2h	30/09/18	Revisión del borrador del marco teórico	✓		100%		
2h	06/10/18	Corrección del seguimiento y tratamiento fetal	✓		100%		
2h	14/10/18	Realización del borrador de observaciones	✓		100%		
2h	20/10/18	Revisión de conclusiones y anexos	✓		100%		
2h	27/10/18	Realización de borradores y Agudeamiento	✓		100%		
2h	04/11/18	Revisión general del caso clínico, índice.	✓		100%		
2h	11/11/18	Aprobación del caso clínico finalizado	✓		100%		

Obst. Lillem Mufiz Solorzano, MSc.
 COORDINADORA DE TITULACIÓN
 CARRERA DE OBSTETRICIA