



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN RIESGO OBSTÉTRICO**

**INFORME DE TRABAJO ACADÉMICO
“MANEJO DE LA RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO
INTRAUTERINO”**

AUTORES:

OBST.RIOS JURADO, EVELYN

OBST. ALDANA CRESPO, NAIKE YADIRA

LIMA – PERÚ

2018

ASESOR

M.C. Juan Macedonio Torres Osorio

Dedicado a nuestros padres por el gran amor, cariño comprensión, apoyo incondicional y enseñarme que el esfuerzo de hoy es el triunfo del mañana.

AGRADECIMIENTO

A nuestro profesor y guía M.C. Juan Macedonio Torres Osorio por su gran ayuda y comprensión en el desarrollo de este caso clínico

A la Universidad Norbert Wiener por tener una alta plana docente de calidad y con experiencia la cual nos brindaron sus enseñanzas y nos permitieron culminar nuestra especialidad en Riesgo Obstétrico.

ÍNDICE

RESUMEN.....	6
ABSTRACT	7
INTRODUCCIÓN.....	8
CAPÍTULO I.....	11
DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO	11
CAPÍTULO II	21
JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO ACADÉMICO	21
CAPÍTULO III	23
ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN	23
3.1 Antecedentes nacionales	23
3.2 Antecedentes internacionales	24
CAPÍTULO IV	26
DISCUSIÓN DEL TRABAJO ACADÉMICO	26
CAPÍTULO V	26
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	31
5.1 CONCLUSIONES:	31
5.2 RECOMENDACIONES:	31
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA.....	33
ANEXOS	37

RESUMEN

La Restricción de Crecimiento Intrauterino (RCIU) constituye una de las principales complicaciones del embarazo asociado a un mayor riesgo de morbi-mortalidad perinatal, con efectos negativos a largo plazo que se extienden hasta la vida adulta.

Las causas del RCIU son multifactoriales incluyendo aspectos fisiopatológicos fetales, placentarios y maternos, destacando así los factores socio demográficos (bajo nivel socioeconómico, estado civil, edad), los factores maternos (primigesta, talla baja, hipertensión, nefropatías, diabetes, periodo intergenésico corto, pre eclampsia, embarazo múltiple, baja ganancia de peso, consumo de alcohol o drogas), los factores fetales y placentarias (desprendimiento de placenta, placenta previa, patología de cordón).

Las complicaciones fetales asociados a RCIU a corto plazo es muerte perinatal, seguido de la prematuridad, hipoglicemia, hipocalcemia, policitemia y a largo plazo deterioro del coeficiente intelectual y talla baja.

La Restricción de crecimiento intrauterino (RCIU) es una complicación para el neonato, y no es indiferente esta realidad en nuestra institución, por ello es importante presentar el caso clínico que se desarrolló en el Instituto Materno Perinatal, mujer de 18 años de edad referida del Centro Materno Infantil Santa Anita el día 20 de Junio del 2017; con diagnóstico: Primigesta de 36 semanas por última regla/ Restricción de Crecimiento Intrauterino/ Amenaza de parto Pre término.

ABSTRACT

Intrauterine Growth Restriction (IUGR) is one of the main complications of pregnancy associated with an increased risk of perinatal morbidity and mortality, with long-term negative effects that extend into adult life.

The causes of IUGR are multifactorial including fetal, placental and maternal pathophysiological aspects, highlighting socio-demographic factors (low socioeconomic status, marital status, age), maternal factors (Primigesta, short stature, hypertension, nephropathies, diabetes, short intergenic period , preeclampsia, multiple pregnancy, low weight gain, alcohol or drug consumption), fetal and placental factors (placental abruption, placenta previa, cord pathology).

Fetal complications associated with a short-term IUGR is perinatal death, followed by prematurity, hypoglycemia, hypocalcemia, polycythemia and long-term deterioration of the IQ and short stature.

The intrauterine growth restriction (IUGR) is a complication for the newborn, and this reality is not indifferent in our institution, so it is important to present the Clinical case that was developed in the Maternal Perinatal Institute; 18-year-old woman; referral from the Santa Anita Mother and Child Center on June 20, 2017; with diagnosis: Primatum of 36 weeks by last rule / Restriction of Intrauterine Growth / Pre-term Labor Threat

INTRODUCCIÓN

El crecimiento intrauterino es el más acelerado en el curso de toda la vida de los seres humanos; sobre él intervienen factores propios del feto (genéticos, sexo, edad gestacional, número de fetos, infecciones intrauterinas, etc.), del medio ambiente inmediato (útero y placenta) y maternos (biológicos y sociales). La alteración de uno o más de estos factores puede provocar que el niño nazca con restricción de crecimiento intrauterino (RCIU)¹.

La RCIU representa una falla en lograr el potencial óptimo del crecimiento fetal, que es usualmente difícil de determinar por tener un componente genético², constituyendo así una importante complicación del embarazo ya que se asocia a un riesgo significativo de morbilidad perinatal³, consecuencias que se extienden hasta la vida adulta encontrando alteraciones como diabetes, hipertensión y síndrome metabólico⁴.

Los términos de restricción del crecimiento intrauterino y pequeño para la edad gestacional si bien están relacionados, no son sinónimos. La RCIU es la falta de crecimiento fetal normal causadas por múltiples efectos adversos en el feto, mientras que el pequeño para la edad gestacional se refiere a un lactante cuyo peso está por debajo del percentil 10⁵ y aunque se han precisado mejor los términos e identificado nuevos parámetros y diferentes tipos de presentación, sigue siendo un reto la detección de la RCIU con Doppler umbilical normal y su diferenciación de los Pequeños Constitucionales Normales (PCN)⁶.

Evidencia actual describe un grupo general que incluye a los Pequeños para la Edad Gestacional y dentro de éstos, se estima que el 50-70 % son Pequeños Constitucionales Normales (PCN), con un crecimiento apropiado para el tamaño materno y la etnicidad con un pronóstico usualmente normal. Otro 10-15 % de los PEG son RCIU (PEG Mediados por la Placenta), o fetos que no han alcanzado su potencial de crecimiento genéticamente determinado debido a razón patológica o evento en útero que causo una disfunción placentaria en la transferencia de nutrientes. Y por último, otro 5-10 % de los PEG están asociados con anomalías estructurales y cromosómicas o infección intrauterina (PEG Anormales o No mediados por la Placenta)³.

No hay una estadística exacta para PEG ni para RCIU, y en general representan un 4% a 15% de los embarazos, por debajo de algunos países con semejantes características. García y COL hallaron en el Instituto Nacional Materno Perinatal el año 1998 una frecuencia de RCIU (<P10) de 6.8 % y para el año 2012, los PEG representaron el 13.8% de los egresos hospitalarios en neonatología del Instituto Nacional Materno Perinatal y tampoco hay datos de la frecuencia de RCIU y PCN. En general, la proporción de PEG en una población es fija pero la proporción de RCIU variara con la salud de la población pudiendo ser teóricamente cero en gestantes saludables y sin comorbilidad con fetos genéticamente normales. Por tanto la baja identificación de PEG y de RCIU existente se explica por la diferente terminología, los diversos percentiles, las diferentes curvas de crecimiento, las imprecisas determinaciones de la edad gestacional y el desconocimiento de las diferentes presentaciones⁶.

La regulación del crecimiento fetal es multifactorial, estando relacionado a la disponibilidad materna de nutrientes y a la capacidad de la placenta para transportarlos. El trastorno de placentación (remodelación defectuosa de arterias espirales con vasoconstricción crónica de vellosidades) no es la única causa de RCIU: no esperar siempre resistencia aumentada de uterinas, madurez placentaria precoz ni preeclampsia; no catalogar como PCN si hay factores causantes de déficit de crecimiento fetal ya que sin ser severos pueden actuar sinérgicamente y tornar el análisis fisiopatológico incongruente.

La tipificación en simétrico y asimétrico no tiene correlación ni con la causa ni con el manejo y se reemplaza por RCIU Temprano (<34 semanas) y Tardío (> 34 semanas) que tiene mayor utilidad clínica en el diagnóstico y manejo. La RCIU temprano es fácilmente identificado por su típica anormalidad en el Doppler de la Arteria Umbilical y otros vasos arteriales (arteria cerebral media-ACM, Istmo aórtico) y venosos (Ductus Venoso y Vena Umbilical). La RCIU tardío, erróneamente confundido con el PCN, tiene típicamente el Doppler de la Arteria Uterina normal pero alta proporción de anormalidad de Arteria Cerebral Media o ratio cerebro placentario y escasamente del Istmo aórtico; adicionalmente, el peso <P3, uterinas >P95 y otros parámetros permiten diferenciarlo del PCN⁷.

Los que tienen un peso por debajo del percentil 3 presentan un riesgo aumentado por sí solos, por lo que incluyen directamente en el grupo de fetos con crecimiento restringido. El peso <P 3 aumenta 20 veces la mortalidad perinatal⁸. Debe eliminarse el concepto que el Doppler de la Arteria Uterina anormal es requisito para la catalogación de RCIU y criterio estricto para que el resto de parámetros hemodinámicos puedan alterarse⁷.

A pesar que el diagnóstico de RCIU es eminentemente ecográfico implica obligatoriamente tener un algoritmo visual o mental para su identificación. Este debe empezar por una determinación lo más exacta de la edad gestacional, una buena determinación ponderal por biometría, una comparación del percentil de crecimiento con una curva lo más adecuada y la identificación de factores maternos e indicadores asociados a RCIU⁶.

Aunque varios métodos se han utilizado para identificar los fetos con RCIU tales como la evaluación de la ganancia de peso materno o mediciones del útero gestante, el ultrasonido es el método más preciso y sensible de la identificación de fetos con RCIU⁹.

La importancia de la determinación rutinaria de la edad gestacional en forma precisa tanto en primer como en segundo trimestre temprano, es esencial para la detección precoz de un trastorno del crecimiento fetal, y forma parte de un control prenatal adecuado⁹.

Los fetos con RCIU presentan complicaciones como: aborto, oligoamnios, asfixia perinatal, muerte fetal intraparto, bajo score de Apgar al nacer, síndrome de aspiración de líquido amniótico meconial, hipertensión pulmonar, hipocalcemia, síndrome de hiperviscosidad, hipoglucemia, hipotermia, enterocolitis necrotizante, enfermedad de membrana hialina, policitemia y mayor susceptibilidad a infecciones como sepsis neonatal¹⁰.

En la obstetricia tenemos como objetivo primordial velar por el bienestar materno fetal, utilizando nuestra mejor herramienta la atención prenatal; realizando una evaluación integral de la gestante podremos detectar a fetos con complicaciones y en particular la restricción del crecimiento intrauterino.

CAPÍTULO I
DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

CONSULTA EXTERNA 22/06/2017 (10:00am):

Paciente M.A.A 18 años de edad ingresa por consulta externa de Gineco - obstetricia del Instituto Materno Perinatal referida del centro de salud materno infantil Santa Anita con ecografía del 11-06-17 con diagnostico Gestación Única Activa de 33 semanas por Biometría Fetal /Crecimiento en Percentil 8.3 RCIU Tardío / Doppler UMB y ACM dentro de valores normales/ Doppler promedio de arterias uterinas < P95. Peso Fetal: 2165 gr. ILA: 6cmt. Placenta Grado: III. Donde realizó 5 controles prenatales, con los siguientes diagnósticos:

- Primigesta de 36 2/7 semanas por ultima regla
- Amenaza de parto pre término
- Restricción de crecimiento intrauterino

Antecedentes:

Antecedentes Familiares: Diabetes e Hipertensión arterial (abuelo materno)

Antecedentes Personales: Asma infantil

Reacción adversa a medicamento: Clorfenamina

Antecedentes Gineco Obstétricos: menarquía a los 12 años, régimen catamenial 4/30 días, inicio de actividad sexual a los 15 años.

FO: G1P0000 FUR: 8-10-16 FPP: 15/07/2017 EG: 36 5/7 semanas por ultima regla

G1: Actual

Examen físico:

Paciente lúcida colabora con el interrogatorio, funciones vitales estables, Talla: 1.48 cm, Peso habitual: 40 Kg y Peso Actual: 57.8 Kg.

Examen Obstétrico: útero grávido con una altura uterina de 32 centímetros, longitudinal cefálico derecho, frecuencia cardiaca fetal de 138 latidos por minuto, dinámica uterina: ausente y percibe movimientos fetales.

Tacto Vaginal: cérvix blando dehiscente 1 dedo se evidencia flujo vaginal, altura de presentación menos 3 y pelvis ginecoide.

Diagnóstico:

1. Primigesta de 36 5/7 semanas x ultima regla
2. Oligohidramnios por ecografía

3. Descartar RCIU
4. Vulvovaginitis

Plan de trabajo:

1. Hospitalización en el servicio de adolescencia

HOSPITALIZACIÓN – SERVICIO OBSTETRICIA“ A”22/06/2017 (12:00pm)

Paciente ingresa al servicio A de hospitalización hemodinámicamente estable sin presencia de signos y síntomas de alarma.

Examen físico:

Examen Obstétrico: útero grávido con una altura uterina de 32 centímetros, longitudinal cefálico derecho, frecuencia cardiaca fetal de 158 latidos por minuto, dinámica uterina esporádica y percibe movimientos fetales.

Tacto Vaginal: cérvix blando dehiscente 1 dedo, incorporado un 60%, altura de presentación de -3/-2, membranas integras y pelvis ginecoide

Diagnóstico:

1. Primigesta de 36 5/7 semanas por ultima regla
2. No trabajo de parto
3. D/c RCIU
4. D/c Oligohidramnios

Plan de trabajo:

1. Evaluación de Bienestar materno y fetal
2. Hospitalización para Vigilancia materno Fetal
3. Reevaluación con resultados.

Exámenes auxiliares:

1. Ecografía Doppler
2. Perfil de Coagulación
3. Hemograma – PCR- VIH- VDRL- Orina- Urocultivó
4. VIH – RPR – Glucosa - Urea – Creatinina - Proteínas Totales –Bilirrubinas Totales - TGO – TGP
5. Tolerancia a la glucosa

Tratamiento:

1. Dieta completa
2. Monitoreo materno fetal
3. Cualquier eventualidad comunicar a médico de guardia

EXAMEN	RESULTADO
HEMATOLOGICO	
Hemoglobina	12,4 mg/dl
Leucocitos	10620 x campo Formula leucocitaria: - Abastionados: 1% - Segmentados: 71% - Eusinofilo: 5% - Basófilo: 0% - Linfocito: 17% - Monocito: 6%
Plaquetas	269 000 x campo
Tiempo de protrombina	12 segundos
Tiempo de protrombina parcial activada	32 segundos
Glucosa	100 mg Valores : 70-110
Urea	15 mg
Creatinina	0.70 mg
Proteínas totales	6.10 mg
Albumina	3.4 mg
Globulinas	2.7 mg
Bilirrubinas totales	0.71 mg
Bilirrubinas directa	0.34 mg
Bilirrubinas indirecta	0.37 mg
TGO	10 UU/ L
TGP	13 UU/L
INMUNOLOGICO	
Grupo y Factor Rh	O (+)
Prueba Rápida VIH	No reactivo
Prueba rápida de Sífilis	Negativo
BIOQUIMICA	
EXAMEN DE ORINA:	Color: Amarillo Densidad: 1015 pH: 6
BIOQUIMICA:	Leucocitos: 8-10 x campo Hematíes: no se observa Células: escasos Cilíndricos: no se observa UROCULTIVO: NEGATIVO

HOSPITALIZACIÓN – SERVICIO OBSTETRICIA “A” 23/06/16 (9:00am):

Paciente hemodinámicamente estable sin presencia de signos y síntomas de alarma.

Examen físico: P/A: 100/60 mmhg FC: 80x´

Examen Obstétrico: útero grávido con latidos cardiacos fetales en 158 por minuto sin dinámica uterina percibe movimientos fetales

Tacto vaginal: sin cambios cervicales desde el ingreso.

Plan de trabajo:

1. Ecografía Doppler
2. Test Estresante (CST)
3. Test de tolerancia a la glucosa

Tratamiento:

1. Dieta completa, monitoreo materno fetal

Reevaluación (17:33pm): P/A: 110/60 mmhg FC: 82x´

Paciente hemodinámicamente estable, percibe movimientos fetales niega síntomas y signos de alarma, frecuencia cardiaca fetal 152x´

Tacto vaginal: cérvix dehiscente 1 dedo I: 50% AP: -3/-2 M: I

Se evalúa con los siguientes resultados:

- CST: 10/10 Negativo – Reactivo.
- ECO DOPPLER: Gestación única de 36 semanas 6/7 por biometría fetal, crecimiento fetal menor al percentil 3, DOPPLER normal de arterias umbilical, cerebral media y uterina.
- Ponderado fetal: 2293 gr, Índice de líquido amniótico: 10 cmt.
- Resultados : Tolerancia a la Glucosa

Glucosa basal: 69

Glucosa 60 min: 116

Glucosa 120 min: 93

Diagnóstico:

1. Primigesta de 36 5/7 semanas por ultima regla
2. No trabajo de parto
3. RCIU <P3 por ecografía

Plan de trabajo:

1. Monitoreo Materno Fetal

Tratamiento:

1. Dieta completa, monitoreo materno fetal
2. Cualquier eventualidad comunicar a médico de guardia

HOSPITALIZACIÓN – SERVICIO OBSTETRICIA “A” 24-06-17 (8:45am):

Paciente hemodinámicamente estable refiere contracciones uterinas esporádicas percibe movimientos fetales niega signos y síntomas de alarma.

Examen físico: P/A: 110/60 mmhg FC: 82x´

Frecuencia cardiaca fetal 148 x´

Tacto vaginal: sin cambios cervicales al día anterior.

Diagnóstico:

1. Primigesta de 37 semanas por última regla
2. No trabajo de parto
- 3.-RCIU <P3 con Doppler normal

Plan de trabajo:

- 1.- Maduración Cervical

Tratamiento:

1. Dieta completa, monitoreo materno fetal
2. Cloruro de sodio 9% 1000cc + 5 UI Oxitocina – VIII gotas/min x 12 horas (goteo constante)
3. Pasa a centro obstétrico con dilatación > 4 cm
4. Hioscina 20 mg 1 ampolla Endovenoso/ STAT

Reevaluación 24-06-17 (21:00pm):

Paciente con funciones vitales estables inicio maduración cervical a las 09:00 am, percibe movimientos fetales refiere contracciones uterinas 1 cada 10 minutos.

Examen físico: P/A: 110/70 mmhg FC: 82x´

Frecuencia cardiaca fetal 142 x´, dinámica uterina 1/10 minutos / +/- 25´´

Tacto vaginal: cérvix blando dehiscente 1 cm, incorporado 70%, AP: -3/-2 con membranas integrales.

Diagnóstico:

1. Primigesta de 37 semanas por UR
2. Pródromos de trabajo de parto

3.-RCIU tardío

Plan de trabajo:

1.-Culminar Maduración Cervical

Tratamiento:

1. Dieta completa, monitoreo materno fetal
2. Pasa a Centro Obstétrico con dilatación > 4 cm para parto monitorizado
3. Dimenhidrinato 50 mg EV/ STAT

HOSPITALIZACIÓN - SERVICIO OBSTETRICIA "A"25-06-17 (7:25am):

Paciente hemodinámicamente estable refiere contracciones uterinas 1 cada 30 minutos percibe movimientos fetales niega signos y síntomas de alarma.

Examen físico: P/A: 110/70 mmhg FC: 76x´

Frecuencia cardiaca fetal 147x´, dinámica uterina esporádicas.

Tacto vaginal: cérvix central dehiscente 2 dedos, incorporado 70%, AP -3/-2 con membranas integrales.

Diagnóstico:

1. Primigesta de 37 1/7 semanas por UR
2. Pródromos trabajo de parto
3. RCIU

Plan de trabajo:

1. Maduración cervical II ciclo

Tratamiento:

1. Dieta completa, monitoreo materno fetal
2. Cloruro de sodio 9% 1000cc + 5 UI Oxitocina – VIII gotas/min x 12 horas (goteo constante)
3. Pasa a centro obstétrico con dilatación > 4 cm

Reevaluación 25-06.17 (22:10pm)

Paciente con funciones vitales estables inició maduración cervical a las 09:00 am, percibe movimientos fetales niega signos y síntomas de alarma.

Examen físico: P/A: 110/70 mmhg FC: 76x´

Frecuencia cardiaca fetal 148x´, dinámica uterina 2 en 10 min / + / 20´´

Tacto vaginal: dilatado 2 cm incorporado 90% AP: -3 con membranas integrales.

Plan de trabajo:

1. Continuar con maduración cervical II ciclo

Tratamiento:

1. Dieta completa, monitoreo materno fetal
2. Cloruro de sodio 9% 1000cc + 5 UI Oxitocina – VIII gotas/min x 12 horas
3. Pasa a centro obstétrico con dilatación > 4 cm

HOSPITALIZACIÓN – SERVICIO OBSTETRICIA“A” 26-06-17 (09:05am):

Paciente hemodinámicamente estable refiere contracciones uterinas 1 cada 10 minutos percibe movimientos fetales niega signos y síntomas de alarma.

Examen físico: P/A: 110/70 mmhg FC: 80 x´

Frecuencia cardiaca fetal 142 x´, dinámica uterina 2 en 10 min / + / 20´´

Tacto vaginal: dilatación 4 cm, incorporado 80%, AP: -2, membranas integras.

Diagnóstico:

1. Primigesta de 37 2/7 semanas por UR
2. Trabajo de parto: fase latente
3. RCIU

Plan de trabajo:

1. Pasar a centro obstétrico
2. Parto monitorizado
3. Posibilidad de analgesia de parto

CENTRO OBSTÉTRICO 26-06-17 (10:15am)

Paciente hemodinámicamente estable ingresa a centro obstétrico para atención de parto refiere contracciones uterinas frecuentes, percibe movimientos fetales niega signos y síntomas de alarma.

Examen físico: P/A: 110/70 mmhg FC: 82x´

Frecuencia cardiaca fetal 152x´, dinámica uterina 2-3 en 10 min / ++ / 25 segundos

Tacto vaginal: dilatación 4 cm, incorporado 80%, AP -3/-2 con membranas integras.

Diagnóstico:

1. Primigesta de 37 2/7 semanas por UR
2. Trabajo de parto: fase activa
3. RCIU
4. Adolescente

Plan de trabajo:

1. Parto vaginal monitorizado: manejo activo de trabajo de Parto + analgesia de Parto

Tratamiento:

1. Dieta completa, monitoreo materno fetal
2. Hioscina 20 mg EV/STAT
3. Reevaluación en 2 horas

Reevaluación 26/06/17 (11:17am):

Paciente refiere sensación de pujo, frecuencia cardiaca fetal en 140 latidos por minuto, dinámica uterina 4 en 10 minutos / +++/ 40''

Examen físico: Tacto Vaginal: dilatación 10cm, incorporado 100%, AP: 0, membranas rotas liquido claro

Se procede a la atención del parto:

11:27am: Parto: RN de sexo femenino, APGAR 8- 9, peso: 2520 gr, talla: 47 cm

11:42am: Alumbramiento con manejo activo, placenta y membranas completas tipo Schultze, cordón umbilical con presencia de 2 arterias y 1 vena, longitud de 40 cm. Se realiza masaje uterino bimanual y luego se procede a realizar episiorrafia.

11:47am: Puérpera inmediata de parto vaginal más episiorrafia con vía permeable de cloruro de sodio al 9% x 1000 cc más 20 ui de oxitocina I frasco 300 cc por pasar, control de funciones vitales P/A: 110/70 mmhg, FC: 88x' T: 37 °C. Al examen físico preferencial, abdomen con útero contraído AU: 15 cm, genitales externos con loquios hemáticos más episiorrafia afrontada.

11:57 am: control de funciones de vitales en el puerperio inmediato, registrado en la parte posterior del partograma (ver anexo N° 4)

Reevaluación Médica 26/06/2017 (15: 32pm):

Puérpera inmediata hemodinámicamente estable de evolución favorable, niega signos y síntomas de alarma.

Diagnóstico:

1. Puérpera Inmediata de 4 horas
2. Parto Vaginal + episiorrafia

Plan de trabajo:

1. Analgesia
2. Uterotónicos

Tratamiento:

1. Dieta Completa, control obstétrico
2. Cloruro de sodio al 9% 1000cc + 20 UI Oxitocina – xxx gotas – I Y II frascos
3. Paracetamol 500mg VO cada 8 horas
4. Pasa a servicio

HOSPITALIZACIÓN SERVICIO OBSTETRICIA “A”**HOSPITALIZACIÓN – SERVICIO OBSTETRICIA “A” 27/06/2017 (9: 40am):**

Puérpera inmediata hemodinámicamente estable de evolución favorable, niega signos y síntomas de alarma.

Diagnóstico:

1. Puérpera de parto Vaginal 1 día

Tratamiento:

1. Dieta Completa, control obstétrico
2. Paracetamol 500mg vía oral cada 8 horas
3. Retirar la vía
4. Hemoglobina de control

HOSPITALIZACIÓN - SERVICIO OBSTETRICIA “A” 28/06/2017(08: 00am):

Paciente hemodinámicamente estable de evolución favorable, niega signos y síntomas de alarma. Con Recién nacido en lactancia exclusiva y estable.

Diagnóstico:

1. Puérpera mediata

Tratamiento:

1. Alta médica
2. Control en 7 días por consultorio externos

RECIÉN NACIDO:

Fecha de nacimiento: 26/06/2017

Hora: 11:27 am

Peso: 2520 gr Talla: 47 cm

Perímetro Cefálico: 32 cm

Perímetro Torácico: 31 cm

Edad Gestacional: 36 ss. Por Capurro

Apgar: 8-9

Al examen físico: Normal

Diagnóstico:

1. Recién nacido 36 semanas
2. Adecuado para edad gestacional

Indicaciones:

1. Profilaxis de cordón y ojos
2. Vitamina K 1mg intramuscular stat
3. Lactancia materna exclusiva
4. Control de funciones vitales más observación de signos de alarma

CAPÍTULO II

JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO ACADÉMICO

La Restricción de Crecimiento Intrauterino es una principal complicación del embarazo, que se manifiesta por medio de la disminución del peso fetal. Sus criterios de diagnósticos son la evaluación clínica y resultado ecográfico, una vez diagnosticada lo esencial es la culminación del embarazo en el momento oportuno.

La Restricción de Crecimiento Intrauterino actualmente es un problema de salud pública y muy frecuente en la Obstetricia conlleva un riesgo considerable en la morbimortalidad neonatal con efectos negativos a largo plazo en el feto, los cuales contribuyen a la tasa elevada en nuestro país.

El presente estudio de caso clínico fue elegido con la finalidad de mostrar y analizar los aspectos preventivos, de diagnóstico y de manejo, ya que como especialistas debemos conocer sobre esta patología obstétrica.

La revisión más profunda de un caso de restricción de crecimiento intrauterino, a partir del análisis y la discusión, permitirá que los profesionales de salud y especialmente las obstetras, conozcan aspectos de los procesos de atención, desde los primeros niveles, especialmente los relacionados al control prenatal.

La discusión y análisis del caso permitirá contrastar los procesos y procedimientos que se llevan a cabo versus lo descrito en las guías, normas y conocimientos actuales, en relación a la restricción de crecimiento intrauterino.

El mayor conocimiento y más actualizado sobre la restricción de crecimiento intrauterino permitirá mejorar la atención de las gestantes con este problema, haciendo que el profesional de obstetricia valore la importancia y reconozca el impacto y los probables efectos.

Asimismo el conocimiento teórico de la restricción de crecimiento intrauterino y las complicaciones perinatales, contribuirá a identificar oportunamente los factores de riesgo.

Sabemos que la restricción del crecimiento intrauterino tiene causas multifactoriales y sumado al aumento de la morbilidad perinatal a largo plazo que presenta esta patología se justifica así, a que se tomen medidas de prevención en nuestro país, además es de suma importancia realizar un diagnóstico precoz para lograr identificar los diferentes factores de riesgos de esta patología y reconocerlos en un tiempo adecuado para poder modificar alguna de estas probables causas.

Por tal motivo es de suma importancia la presentación del trabajo académico sobre la revisión de un caso clínico ya que nos dará a conocer un manejo oportuno en la gestante, tener un énfasis a la adecuada identificación y manejo oportuno del feto.

Se finaliza mencionando que nuestra presentación de trabajo académico tiene un fin totalmente educativo y de profundización del conocimiento.

CAPÍTULO III

ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

3.1 Antecedentes nacionales

Según Hideki, A. (2016), realizó un estudio de casos y controles con 2534 historias clínicas para evaluar la edad materna como factor de riesgo para el retraso en el crecimiento intrauterino en neonatos atendidos en el Hospital San José del Callao se encontró como factor de riesgo para la incidencia de RCIU en recién nacido, edad adolescente o edad avanzada; no se identificó la presencia de otros factores de riesgo durante el estudio¹¹.

Según Estrada, N. (2012-2015) realizó un estudio de casos y controles con 100 mujeres para determinar cuáles son los factores de riesgo maternos asociados a la restricción del crecimiento intrauterino en el Hospital San Juan de Lurigancho. Encontró que los factores de riesgos maternos fueron edad materna extrema, bajo nivel educativo, desnutrición Materna, ganancia peso durante el embarazo, anemia durante el embarazo, pre eclampsia, diabetes, antecedentes de partos prematuros (sin incluir paridad) están asociados significativamente a la restricción de crecimiento intrauterino¹².

Según Huamán, P. (2014) en el estudio analítico de casos y controles que realizó con 58 madres con RN con RCIU y 116 madres con RN sin RCIU para determinar los factores asociados al retraso de crecimiento intrauterino ocurridos en el Hospital III Iquitos de Es SALUD. Encontró como factor de riesgo a hipertensión inducida en el embarazo (61.5%) y pre eclampsia (71.4%) presentaron significativamente mayor frecuencia de recién nacidos con RCIU. Seguido de la edad materna menor de 19 años y mayores de 34 años, el tercer factor fue el origen de procedencia, zona rural (52.9%), seguido de la zona urbana (29.6%) y urbano marginal (32.9%), el cuarto factor de riesgo tenemos a la paridad: madres nulíparas (56.3%) y gran multíparas (54.5%) presentaron Recién nacidos con RCIU respectivamente, el último factor fue madres con anemia (43.3%)¹³.

Según Sandoval, K. (2012), realizó un estudio caso y control con 107 pacientes, para determinar la frecuencia de los factores de riesgo biológicos, obstétricos, socio económicos que se encuentran asociados a bajo peso al nacer en

pacientes del servicio de neonatología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, encontró como factores de riesgo, las edades extremas en las madres en un 56 % , baja ganancia ponderal un 64%, madres primíparas un 43% , periodo intergenésico corto un 28% , anemia un 29% y rotura prematura de membranas 12% como entidades clínicas asociadas¹⁴.

Según Canchiz, J. (2010), realizó un estudio descriptivo, correlacional, retrospectivo de corte transversal con 344 historias clínicas de puérperas (225 adolescentes y 119 añosas) en el Hospital José Agurto Tello, Chosica, para determinar la relación entre el índice de masa corporal materno de adolescentes y añosas con las medidas antropométricas de sus hijos recién nacidos, se encontró que a mayor índice de masa corporal materno pre gestacional, se incrementan las medidas antropométricas de sus hijos recién nacidos, siendo variante en la población adolescente como en las añosas¹⁵.

3.2 Antecedentes internacionales

Según Pimiento Infante Laura; Beltrán Avendaño Mónica (2015) realizaron una revisión detallada y actualizada de la etiopatogenia, criterios diagnósticos, seguimiento con ecografía Doppler y manejo de la restricción del crecimiento intrauterino en Chile. Analizo 61 artículos y se encontró que la restricción del crecimiento intrauterino es una patología que presenta altas tasas de morbimortalidad perinatal. La identificación temprana de estos fetos y el seguimiento adecuado mediante la evaluación Doppler permiten disminuir los resultados adversos y las secuelas a corto y largo plazo¹⁶.

Según Díaz-Granda R; Díaz-Granda L. (2015), realizaron un estudio de casos y controles, para determinar los factores maternos biológicos asociadas a RCIU en hijos de adolescentes nacidos en el Hospital Vicente Corral de Cuenca-Ecuador , se encontró que los factores maternos biológicos asociados a RCIU según el análisis binario fueron: amenaza de parto prematuro, rotura prematura de membranas, hipertensión arterial gestacional ,controles prenatales < 5 , incremento de peso gestacional <8 Kg IMC al inicio del embarazo <18,5 kg/m2, amenaza de aborto, primer parto, sangrado gestacional¹⁷.

Según Pérez D., et al (2013), en un estudio transversal de 111 gestantes, se quería determinar los Factores de Riesgos Fetales en la Restricción del Crecimiento Intrauterino en Gestantes en Cuba. Dentro de los resultados 60%

estuvieron entre los 19 y 34 años de edad y 63,5 % fueron nulíparas. Predominó el bajo peso materno pre gestacional con un 47,6 % y la escasa ganancia de peso en el embarazo con un 81 %, el 100 % de los casos presentó alteración de la circunferencia abdominal y del peso fetal por ultrasonido¹⁸.

Según Álvarez A., et al (2012) en un estudio de casos y controles con 50 pacientes para Determinar los Factores de Riesgo Asociados a Restricción del Crecimiento Intrauterino (RCIU), en pacientes del Hospital Simón Bolívar de Barranquilla-Colombia, se encontró como factores de riesgo edad < 18 años, nivel socioeconómico bajo, talla materna < 165 cm, peso materno menor de 55 kg al final de la gestación, primiparidad, alteraciones placentarias, baja ganancia de peso materno, anemia y tabaquismo durante la gestación¹⁹.

Según Díaz C, et al (2012) en un estudio realizado en el Hospital Materno Infantil "10 de octubre" La Habana Cuba, con 133 pacientes, se encontró como factores de riesgo para RCIU fueron: como primer factor la insuficiente ganancia de peso durante la gestación (61,2 %), seguido del peso deficiente al inicio del embarazo (32,5 %), y como tercer lugar la altura uterina (26,3%)²⁰.

CAPITULO IV

DISCUSIÓN DEL TRABAJO ACADÉMICO

El caso descrito trata de una gestante de 18 años cursando su primer embarazo con fecha de última regla 08 de octubre del 2016, con una talla de 1.48 centímetros un peso pre gestacional de 40 kilos, un índice de masa corporal (IMC) pre gestacional de 18.2 estando por debajo de lo recomendado por la Centro Nacional De Alimentación y Nutrición²¹; con una ganancia de peso durante la gestación de 17.8 Kg., con cinco atenciones prenatales realizadas en un centro de salud nivel I – 4.

Referida al Instituto Nacional Materno Perinatal para un manejo especializado, por presentar contracciones uterinas teniendo una edad gestacional de 36 2/7 semanas por ultima regla, una altura uterina de 27 cm (por debajo del percentil 10) y un ultrasonido con restricción de crecimiento intrauterino tardío.

En la primera atención prenatal no se resaltaron los factores de riesgo que están relacionados a la restricción del crecimiento intrauterino tales como: antecedentes paridad, la edad materna y nivel socioeconómico.

La atención prenatal fue tardía y no periódica según el reporte de la tarjeta de control, es por eso que la OMS refiere que las atenciones prenatales son de importancia ya que ayudan a detectar factores de riesgo tempranos²².

Es necesario mencionar que el grado de instrucción y el nivel socio económico pudieron influir en la comprensión de la paciente, ya que al no recibir una información clara y adecuada por el profesional, no podrá llevar una atención prenatal precoz, periódica, integral, y de amplia cobertura según norma vigente²³.

Estrada Palomino reporta en su estudio que la edad materna, la poca ganancia de peso materno y el bajo nivel socioeconómico están asociados significativamente a la restricción del crecimiento intrauterino¹². Por otro lado según Díaz – Granda menciona en su estudio que el Índice De Masa Corporal < 18.5, es un factor de riesgo para la Restricción De Crecimiento Intrauterino¹⁷.

En el presente caso el IMC pregestacional estuvo por debajo de lo normal, pudiendo ser un signo de alerta para así mejorar el estado nutricional materno; sin embargo al término del embarazo hubo un incremento de peso más de lo normal a consecuencia de una mala alimentación por ende podemos deducir que habiendo una excesiva ganancia de peso materno el peso fetal también debió de estar incrementado lo cual no fue así.

Otro autor, Huamán Patricia, concluye en su estudio que la primiparidad es un factor importante en la Restricción de Crecimiento Fetal al igual que los otros factores mencionados por Estrada Palomino. De la misma manera en nuestro caso, también se encontraron los factores mencionados por ambos investigadores y que son factores que pueden ser detectados durante la atención prenatal si es realizado por un profesional calificado y competente¹³.

La Norma Técnica De Salud Para La Atención Integral De Salud Materna, detalla cómo debe ser cada atención prenatal según edad gestacional, dicha atención prenatal en el nivel I está a cargo del personal obstetra como se dio en el presente caso²³.

En nuestro sistema de salud las pacientes deben ser referidas a un nivel de atención de mayor complejidad para un diagnóstico confirmatorio, ya que no siempre se cuenta con equipos de ultrasonido, ni con el personal adecuado para su realización a diferencia de otros establecimientos a nivel nacional.

En el caso presentado el profesional responsable de la atención prenatal detectó la alteración del crecimiento fetal a través de la altura uterina y teniendo como respaldo el ultrasonido con diagnóstico de restricción de crecimiento intrauterino, por lo tanto realiza la referencia a un establecimiento de mayor capacidad resolutive para su manejo y tratamiento respectivo, tal como lo indican las normas de referencia y contrareferencia²⁴.

En nuestro país se utiliza la historia clínica materno perinatal donde se encuentran las curvas para altura uterina y ganancia de peso materno, ambas curvas en el presente caso tuvieron un llenado inadecuado, de haberse realizado el llenado adecuado hubiera mostrado el descenso en la velocidad de crecimiento, mostrando una curva con tendencia hacia la zona de Percentil <10. (Ver anexo 5).

La prueba que ayudo al diagnóstico es la ecografía que es un estudio inocuo tanto para la madre como para el feto, no invasivo que brinda importante información acerca del estado hemodinámico y peso fetal, permitiendo así un seguimiento perinatal para disminuir la morbimortalidad asociada a hipoxia crónica.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) informa que debemos considerar que la RCIU raramente se detecta mediante la clínica antes de las 30 – 32 semanas y que puede estar asociado a oligohidramnios y disminución de movimientos fetales²⁵.

En el caso clínico, el manejo médico se determinó luego del estudio biométrico ecográfico, realizándose una ecografía doppler en el Servicio de Medicina Fetal, diagnosticándose como RCIU con percentil < 8 al inicio y luego de doce días con un percentil < 3.

Por esta razón, el servicio de Obstetricia asume el diagnóstico ecográfico y deciden la culminación del embarazo. Como se sabe la RCIU lleva a un sufrimiento fetal crónico o agudo, por lo cual es necesario considerar terminar la gestación de acuerdo a las condiciones obstétricas y perinatales del paciente.

El diagnóstico de la Restricción Del Crecimiento Intrauterino se realizó básicamente por el peso fetal que estuvo por debajo del percentil 3, a pesar de que no había evidencia de otras patologías. Hubo en una ecografía previa detectando oligohidramnios pero en la última ecografía ya no evidenciaron oligohidramnios. Sin embargo la tendencia del incremento de peso era a la disminución.

El servicio de Medicina Fetal del INMP utiliza para la determinación del percentil peso fetal/edad gestacional, la curva y tabla de Hadlock-1991, con un cálculo en línea de la página web: perinatology.com²⁶. (Ver anexo 6)

Sin embargo en dicha institución, el criterio para el uso de tablas peso-edad gestacional no concuerda con las tablas utilizadas por el servicio de Neonatología del Instituto Nacional Materno Perinatal, discusión que lo comentaremos más adelante.

El plan de trabajo fue culminar la gestación, se realizó dos pruebas de bienestar fetal como el test no estresante y el test estresante el cual fue sensible a 5 MU (10 gotas) previo a la maduración cervical. La maduración cervical fue con Cloruro de sodio 9% 1000cc + 5 UI Oxitocina – VIII gotas/min x 12 horas (goteo constante) en dos ciclos, seguido fue la inducción del trabajo de parto con oxitocina como lo establece la Guía de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología del INMP. Donde está indicado realizar dichos procedimientos en caso de RCIU obteniendo resultados satisfactorios⁷.

Llama la atención, que a pesar de tratarse de una gestación entre las 36 y 37 semanas, la sensibilidad uterina responde a 5 MU como si se tratara de una gestación a término.

Estamos de acuerdo en la decisión de terminar la gestación por el diagnóstico de Restricción de Crecimiento Intrauterino con percentil < 3, según el criterio de Medicina Fetal y por la tendencia a la disminución de la curva de crecimiento, a pesar de no haber otra patología materna ni fetal. La idea es terminar la gestación a tiempo y en un periodo que pueda ser manejable, incluso con la oportunidad a un parto vaginal.

Esperar, más tiempo hubiera significado que el crecimiento no progrese y que aparezcan trastornos hemodinámicos, hipoxia y alteraciones metabólicas agudas que muchas veces pueden terminar en muerte intrauterina o por lo menos asfixia neonatal.

Para el Hospital María Auxiliadora, según su Guía de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas, señala que el manejo para la Restricción del Crecimiento Intrauterino tipo I es conducta expectante y para tipo II reposo en decúbito lateral izquierdo, dieta hiperproteica, sedación ligera, la conducta Obstétrica varía según el grado de Insuficiencia Útero Placentaria y la madurez pulmonar. Se recomienda extraer al feto tan pronto como este maduro. Vigilancia fetal, el Perfil Biofísico Fetal debe realizarse dos a tres veces por semana²⁷.

En el presente caso clínico el trabajo de parto de la Fase Activa tuvo un periodo de duración de 2 horas aproximadamente, no siendo considerado como un trabajo de parto precipitado⁷; la culminación fue vía vaginal y no hubo referencia de alguna complicación. Se observó el uso de dos medicamentos que fueron: el Dimenhidrinato 50 mg/5ml en ampolla y la N-butil bromuro de Hioscina 20 mg/2 ml en ampolla, ambos se administraron por vía endovenosa. Su indicación fue durante el trabajo de parto, su uso no tiene un protocolo definido en las guías de atención; tampoco existe evidencia científica que respalde su utilización durante el trabajo de parto.

Según neonatología el Recién Nacido fue Adecuado para Edad Gestacional, pero por las tablas obstétricas es por lo menos un Pequeño para Edad Gestacional. En el Instituto Nacional Materno Perinatal no existe un consenso en este criterio. El servicio de medicina fetal manifiesta que las tablas neonatales subestiman los diagnósticos de Restricción Del Crecimiento Intrauterino o Pequeño para Edad Gestacional. Si bien el diagnóstico neonatal no califica al recién nacido como Restricción Del Crecimiento Intrauterino, sin embargo esto no debe invalidar ni el diagnóstico ni el manejo obstétrico.

Finalmente nuestro caso clínico nos muestra lo importante que es realizar una adecuada atención prenatal, ya que como especialistas tenemos la facultad de detectar tempranamente factores de riesgo que conlleven a complicaciones maternas perinatales.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES:

1. La atención prenatal en el presente caso fue insuficiente, no precoz, ni periódico, y el llenado de la historia clínica materno perinatal, tuvo falta de registro de ecografías, suplementos vitamínicos, curvas de incremento de peso y altura uterina.
2. Se encontraron como factores de riesgo para la RCIU: la edad materna, la primigravidez, el índice de masa corporal pregestacional por debajo de lo normal y el socio demográfico.
3. El diagnóstico se realizó fundamentalmente con la ayuda ecográfica y por la medición de altura uterina, a través de las tablas de percentiles donde se determina el peso fetal en relación a la edad gestacional, el resultado obtenido fue: menor al percentil 3, lo cual conllevó al diagnóstico de Restricción del Crecimiento Intrauterino.
4. El plan de trabajo fue culminar la gestación induciendo el trabajo de parto previa maduración cervical, aplicando adecuadamente la Guía de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología del Instituto Nacional Materno Perinatal.
5. El diagnóstico neonatal no confirmó la Restricción del Crecimiento Intrauterino, ya que existe falta de consenso en los criterios y en el uso de tablas de peso-edad gestacional entre los servicios de obstetricia y de neonatología

5.1 RECOMENDACIONES:

1. Educar a las pacientes sobre la importancia de la atención prenatal.
2. Capacitar constantemente al personal de obstetricia sobre las patologías maternas perinatales.
3. Aplicar adecuadamente la norma técnica de atención integral de salud materna.
4. Actualizar y socializar el manejo adecuado de las Guías Prácticas Clínicas del Instituto Nacional Materno Perinatal.

5. Trabajar coordinadamente entre el área de obstetricia y neonatología para tener mejores resultados y menor complicación para el feto en los casos de la Restricción del Crecimiento Intrauterino.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

1. Diaz G. Y COL. "*Factores Fetales Asociados a Retardo del Crecimiento Intrauterino (RCIU) en hijos de adolescentes nacidos en el Hospital Vicente Corral*". Revista Tecnologica ESPOL. 35 (2). Ecuador. 2017.[internet].[fecha de acceso 12 de junio del 2017] URL Disponible en:
<https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/medicina/article/view/1718>
2. Goldman A. "*Valor De La Ecografía En La Restricción Del Crecimiento Intrauterino*". Programa De Educación Continua En Pediatría. 17 (4). Guayaquil-Ecuador.2014. .[internet].[fecha de acceso 12 de junio del 2017] URL Disponible en:
http://www.sogiu.com/web/wp-content/uploads/2014/12/Rev.Latin_Perinat.Vol_.17.pdf
3. Castillo W. "*Identificación De Restricción Del Crecimiento Intrauterino Tardío Con Doppler Umbilical Normal Mediante Algoritmo Diagnóstico Multiparámetro En El Instituto Nacional Materbo Perinatal*".2(1):19-22.Lima.2013 [internet] .[fecha de acceso 12 de junio del 2017] URL Disponible en:
http://www.inmp.gob.pe/descargar_repositorio?archivo=VOL2-N1-Pg19-221.pdf&nombre=VOL2-N1-Pg19-221.pdf
4. Sanín J. Y COL. "*Diagnóstico Y Seguimiento Del Feto Con Restricción Del Crecimiento Intrauterino (RCIU) Y Del Feto Pequeño Para Edad Gestacional (PEG). Consenso Colombiano*".Revista Colombiana De Obstetricia y Ginecología.60(3):247-261.Lima.2009.[internet].[fecha de acceso 12 de junio del 2017] URL Disponible en:
<https://revista.fecolsoq.org/index.php/rcog/article/view/330>
5. Gomella T. Y COL."Neonatología". 5° Edicion.Argentina:Editorial Médica Panamericana S.A. 2006:524.
6. Castillo W. "*Restricción Del Crecimiento Fetal*".Revista Peruana De Investigación Materbo Perinatal.3(1):52-62.Lima.2014 [internet] .[fecha de acceso 12 de junio del 2017] URL Disponible en:
[http://www.inmp.gob.pe/descargar_repositorio?archivo=52y62_\(Restricci%C3%B3n_del_crecimiento_fetal\).pdf&nombre=52y62_\(Restricci%C3%B3n_del_crecimiento_fetal\).pdf](http://www.inmp.gob.pe/descargar_repositorio?archivo=52y62_(Restricci%C3%B3n_del_crecimiento_fetal).pdf&nombre=52y62_(Restricci%C3%B3n_del_crecimiento_fetal).pdf)
7. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA Y DE PROCEDIMIENTOS EN OBSTETRICIA Y PERINATOLOGÍA. "*Restricción Del Crecimiento Intrauterino*", Instituto Nacional Materno Perinatal.Lima.2017, pg. 148-156; 346-348.
8. Valenti E. Y COL. "*Actualización de Consenso de Obstetricia FASGO 2017 Restricción del Crecimiento Intrauterino*".Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FASGO).Argentina.2017.[internet].[fecha de acceso 12 de junio del 2017] URL Disponible en:
http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Actualizacion_consenso_RCIU_FASGO_2017.pdf
9. Pérez J. Y COL. "*Restricción del Crecimiento Intrauterino*".Guía Clínica de la Federación Latino Americana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FLASOG)Venezuela.2013.Guía N°2.[internet].[fecha de acceso 12 de junio del 2017] URL Disponible en:

- <http://redlagrey.com/files/Guia-Clinica-de-Restricion-del-Crecimiento-Intrauterino-2013.pdf>
10. Ayala Peralta Felix Dasio. "Perinatología" Lima.2017.
 11. Kaway A. "Edad Materna como Factor de Riesgo para Retraso en el Crecimiento Intrauterino en Recien Nacidos en el Hospital San Jose del Callao".[Tesis].Callao.2016 [internet] .[fecha de acceso 12 de junio del 2017] URL Disponible en:
http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/537/Kaway_a.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 12. Estrada N. "Factores de Riesgo Maternos Asociados a la Restriccion de Crecimeinto Intrauterino en el Hospital San Juan de Lurigancho". [Tesis]. Lima.2016.[internet].[fecha de acceso 12 de junio del 2017] URL Disponible en:
<http://repositorio.ual.edu.pe/bitstream/handle/UAL/37/005%20-%202016%20ESTRADA%20PALOMINO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 13. Huamán P. "Factores Asociados al Retraso de Crecimiento Intrauterino Hospital de Iquitos III- Essalud" .[Tesis]. Perú. 2014. [internet] .[fecha de acceso 12 de junio del 2017] URL Disponible en:
<http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/UNAP/3714>
 14. Sandoval K. "Frecuencia de los Factores de Riesgo Biologicos, Obstetricos, Socio Economicos y Entidades Clinicas Asociadas a bajo peso a nacer en pacientes del servicio de neonatología del Hospital Hipolito Unanue" .[Tesis]. Tacna. 2012. [internet]. [fecha de acceso 12 de junio del 2017] URL Disponible en:
http://200.37.105.196:8080/bitstream/handle/unjbg/190/75_2013_Sandoval_Torres_KP_FACS_Medicina_2013.pdf?sequence=1
 15. Canchiz J. "Indice de Masa Corporal Materno en Adolescentes y Añosas en relacion con la Medidas Antropometricas de sus Hijos Recien Nacidos en el hospital Jose Agurto Tello". Revista Peruana Obstetricia y Enfemeria de la USMP. 8 (1). 33 – 43 ;2012. [internet]. [fecha de acceso 12 de junio del 2017] URL Disponible en:
<http://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/rpoe/article/view/672/525>
 16. Pimiento I.Y COL. "Resriccion del Crecimiento Intrauterino: una aproximacion al Diagnostico, Seguimiento y Manejo". Revista Chileno de Obstetricia y Ginecologia.80 (6). 493 – 502.Chile.2015.[internet].[fecha de acceso 12 de junio del 2017] URL Disponible en:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-75262015000600010&lng=es&nrm=iso
 17. Diaz G. Y COL."Factores Maternos Biologicos Asociados a Retardo del Crecimiento Intrauterino (RCIU) en hijos de adoelscentes nacidos en el Hospital Vicente Corral". Revista Tecnologica ESPOL. 28 (4). Ecuador. 2015.[internet].[fecha de acceso 12 de junio del 2017] URL Disponible en:
<http://www.rte.espol.edu.ec/index.php/tecnologica/article/viewFile/406/285>
 18. Perez V. Y COL. "Factores de Riesgos Fetales en la Restriccion del Crecimiento Intrauterino en Gestantes". Revista Cubana de Obstetricia y Ginecologia. 41 (4). La Habana.2015.[internet].[fecha de acceso 12 de junio del 2017] URL Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2015000400001

19. Álvarez A. Y COL. “*Determinar los Factores de Riesgo Asociados a Restricción del Crecimiento Intrauterino en el Hospital Simon Bolívar de Barranquilla*”. Revista de Biociencias. 8 (1). 11 – 18. Colombia. 2013. [internet]. [fecha de acceso 12 de junio del 2017] URL Disponible en:
<file:///C:/Users/Ludren/Downloads/Dialnet-DeterminacionDeFactoresDeRiesgoAsociadosARestricci-5976593.pdf>
20. Díaz C. Y COL. “*Aspectos Relevantes De La Restricción Del Crecimiento Intrauterino*”. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 38 (3). 56 – 64. Habana. 2012. [internet]. [fecha de acceso 12 de junio del 2017] URL Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000300005
21. CENTRO NACIONAL DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN “*Tabla De Recomendaciones De Ganancia De Peso Para Gestantes*”. Lima. 2006. 2° Edición. [internet]. [fecha de acceso 12 de junio del 2017] URL Disponible en:
<https://repositorio.ins.gob.pe/bitstream/handle/INS/233/CENAN-0075.pdf;jsessionid=7AAF0AA588AC6E03EEB23EA35381A199?sequence=1>
22. Organización Mundial De La Salud. 2016. [internet]. [fecha de acceso 12 de junio del 2017] URL Disponible en:
<http://www.who.int/es/news-room/detail/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>
23. “NORMA TECNICA DE SALUD PARA LA ATENCION INTEGRAL DE SALUD MATERNO”. Nst N° 105-Minsa / DGSP.V.01
24. “NORMA TECNICA DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD”. NT N° 018-Minsa/DGSP-V.01
25. Fescina R. Y COL. “*Vigilancia Del Crecimiento Fetal*” Manual de Autoinstrucción 2° edición Organización Panamericana De La Salud. Montevideo. 2011. [internet]. [fecha de acceso 12 de junio del 2017] URL Disponible en:
https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=salud-de-mujer-reproductiva-materna-y-perinatal&alias=229-vigilancia-del-crecimiento-fetal-manual-de-autoinstruccion-1&Itemid=219&lang=es
26. Fetal Biometry Calculator II “Perinatology.com” [internet]. [fecha de acceso 12 de junio del 2017] URL Disponible en:
<http://perinatology.com/calculators/exbiometry.htm>
27. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA Y DE PROCEDIMIENTOS EN OBSTETRICIA Y PERINATOLOGÍA. “*Retardo Del Crecimiento Intrauterino*”, Hospital María Auxiliadora. SJM. 2017
28. Manchego A. “*Restricción del Crecimiento Intrauterino y Complicaciones Materno – Perinatales en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza*”. [tesis]. Arequipa. 2017. [internet]. [fecha de acceso 12 de junio del 2017] URL Disponible en:
<https://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/6243/70.2188.M.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
29. Tomas R. Y COL. “*Retardo de Crecimiento Intrauterino: Consecuencias a Largo Plazo*”. Revista Medica Clinica Las Condes. 27 (4) 509 – 513. Chile. 2016. [internet]. [fecha de acceso 12 de junio del 2017] URL Disponible en:

- <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-retardo-de-crecimiento-intrauterino-consecuencias-S0716864016300608>
30. Rodríguez F. “*Ecografía Doppler como Factor de Predicción de Retardo de Crecimiento Intrauterino en el Hospital Nacional Eduardo Rebagliati Martins*”. Revista Neurocirugía. 22 (2). 56 – 62. Perú.2013.[internet]. [fecha de acceso 12 de junio del 2017] URL Disponible en:
http://revistaflancneurocirugia.org/revista_22_2/art_misclanea_ecografia_doppler_vol_22_2.pdf
 31. Custodio R. “*Ecografía Obstétrica: Retardo del Crecimiento Intrauterino*. Revista Peruana de Radiología”.18 (7). 68–77.Peru.2003.[internet]. [fecha de acceso 12 de junio del 2017] URL Disponible en:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/radiologia/v07_n18/ecograf%C3%ADa.htm
 32. SOCIEDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA. “*Restricción de Crecimiento Intrauterino – RCIU*”. Buenos Aires- Argentina.2016.SOGBA. [internet]. [fecha de acceso 12 de junio del 2017] URL Disponible en:
<http://www.sogba.org.ar/index.php/informacion-cientifica/consensos-y-guias/restricciones-de-crecimiento-intrauterino-rciu>
 33. Arriola C. Y COL. “*Factores de Riesgo de Retraso en el Crecimiento Intrauterino en el Hospital General de Queretano Ecuador*”. Revista Medica del Mexicano del Instituto Seguro Social. 45 (1).5–12.Mexico.2007. [internet]. [fecha de acceso 12 de junio del 2017] URL Disponible en:
<http://www.redalyc.org/pdf/4577/457745525002.pdf>
 34. “*GUIAS NACIONALES DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA*”. Ministerio de Salud. Lima.2004, pg. 1-41.

ANEXOS

ANEXOS N° 1 ECOGRAFICOS

INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

N° Informe: 55

INFORME ECOGRAFICO OBSTETRICO

Fecha : 11/06/2017 Edad Pac: 18 años
 FUR: Edad Gest: 0 Sem. 0 Dias
 Examer: ECO DOPPLER COLOR OBSTETRICO

1830

Presentacion Fetal :Cefalico Derecho

BIOMETRIA FETAL

DBP : 81 mm
 HC : 289 mm
 AC : 299 mm ↑
 LF : 63 mm



Peso : 2165 Gramos
 Sexo :
 LCF : 158 minuto

Cordon:3 vasos
 Placenta : Corporal Anterior Grado : III ↑
 Liq. Amniotico :Normal ILA : 6 cmt ↓
 Visualización :

Morfologia Fetal:

Doppler :
 IP Doppler Art. Uterina Derecha : 0.66
 IP Doppler Art. Uterina Izquierda : 0.80
 IP Promedio: 0,73
 IP Doppler Umbilical: 0.81
 IP Cerebrar Media : 1.79

INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL
 Dr. Carlos M. Bernal Morimoto
 M.R. Gineco-Obstetricia
 C.M.P. 60813

CONCLUSIONES:

GESTACION UNICA ACTIVA DE: 33 SEMANAS 0 DIAS POR BF ↓
 CRECIMIENTO EN PERCENTIL 8.3 SEGUN HADLOCK (RCIU TARDIO).
 DOPPLER UMB Y ACM DENTRO DE VALORES NORMALES.
 DOPPLER PROMEDIO DE ARTERIAS UTERINAS < P 95.
 NO CIRCULAR DE CORDON AL CUELLO.

Paciente	Servicio	Cama	Historia Clinica
MONCADA AREVALO ADELA BE	EMERGENCIA	0	000000



INFORME ECOGRAFICO OBSTETRICO

Fecha : 23/06/2017 Edad Pac . 18 años
 FUR: 08/10/201 Edad Gest: 36 Sem. 6 Dias
 Examen: ECO DOPPLER COLOR OBSTETRICO

Presentacion Fetal :Cefalico Izquierdo

BIOMETRIA FETAL
 DBP : 84 mm
 HC : 294 mm
 AC : 294 mm
 LF : 67 mm
 LH : 56 mm

Peso : 2293 Gramos
 Sexo :Femenino
 LCF : 138 minuto

Cordon:3 vasos
 Placenta : Anterior Alta Grado : III
 Liq. Amniótico :Normal ILA : 10 cmt
 Visualización :Regular

Morfología Fetal:

Doppler :
 IP Doppler Art. Uterina Derecha : 0.72
 IP Doppler Art. Uterina Izquierda: 1.05
 IP Promedio: 0.885
 IP Doppler Umbilical: 0.99

Perfil Biofísico
 Mov. Respiratorios : 2
 Tono : 2
 Vol. Liquido Amniotico : 2
 Mov. Corporales : 2
 Reactividad Cardiaca Fetal :
 Total : 8

CONCLUSIONES:

GESTACION UNICA ACTIVA DE 36 POR 6 DIAS POR FUR
 CRECIMIENTO FETAL MENOR AL PERCENTIL 3: RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO.
 NO CIRCULAR DE CORDON
 DOPPLER DE LA ARTERIA UMBILICAL Y ARTERIA CEREBRAL MEDIA NORMALES
 DOPPLER DE ARTERIAS UTERINAS NORMALES
 PERFIL BIOFISICO NORMAL

LA MORFOLOGIA FETAL A ESTA EDAD GESTACIONAL NO ES EVALUABLE EN SU TOTALIDAD, ANATOMIA QUE SE LOGRA OBSERVAR DENTRO DE PARAMETROS NORMALES. LA PACIENTE NO FUE CONTROLADA ECOGRAFICAMENTE EN NUESTRA INSTITUCION

Dr. ZARATE GIRAÓ MARIO IVAN
 C.M.P. 40790 R.N.E. 18849

IMPORTANTE: La precisión diagnóstica del examen ecográfico, en promedio es de 85%; y depende de varios factores, como: tiempo de gestacion, posicion fetal, obesidad materna, cantidad de liquido amniótico, tipo de anomalia existente; etc.
POR TANTO: Recuerde que la Ecografía, por sí sola, **no excluye** que su bebé nazca sin alteraciones o sin retardo mental.

Paciente	Servicio	Cama	Historia Clínica
MONCADA AREVALO ADELA BELEN	OBSTETRICIA A	161	1273373

ANEXOS N° 2 ANALISIS LABORATORIO

¡URGENTE!

Instituto Mac Materno Perinatal
 Servicio de Patología
 Laboratorio Clínico

ADOLESCENCIA
HEMATOLOGIA

H. CL. 173373
 Serv. Cama 141
 Cons. Ext.

Paciente: Morceda Arevalo Adu Firma y Sello

Presuncion Diagnostica: _____
 Fecha: 27-06-12 Hora: _____

MINISTERIO NACIONAL DE SALUD
 Dr. Roger Escalante La Rosa
 M.P. GINECO-OBSTETRICIA
 C.M.P. 22599

HEMOGRAMA

Leucocitos 10,620 p.m.c.
 Hematíes p.m.c.
 Hemoglobina 124 g %
 Hematocrito 32.000/3 %

FORMULA

Plastos %
 Mielocitos %
 Neutrofilos Juvenil %
 Abastoados Segmentados 1 %
 Eosinófilos 71 %
 Basófilos 5 %
 Monocitos 6 %
 Linfocitos 17 %
 Linfocitos Atipicos %

Ingreso _____
 Control _____
 Egreso _____

MINISTERIO DE SALUD
 Instituto Nacional Materno Perinatal
 Médico Laboratorista

P.L.A. 25
 22 JUN 2012
 7:45

OBSERVACIONES
 TP 12.0v
 TPA 32.0v
 Hemocrit 482 pH
 Gv F: positiva

¡URGENTE!

Instituto Mac Materno Perinatal
 Servicio de Patología
 Laboratorio Clínico

ADOLESCENCIA
BIOQUIMICA

H. CL. 173373
 Serv. Cama 141
 Cons. Ext.

Paciente: Morceda Arevalo Adu Firma _____

Indic. del Dr. _____
 Diagnostico probable: _____

Fecha: 27-06-12 Hora _____

MINISTERIO NACIONAL DE SALUD
 Dr. Roger Escalante La Rosa
 M.P. GINECO-OBSTETRICIA
 C.M.P. 22599

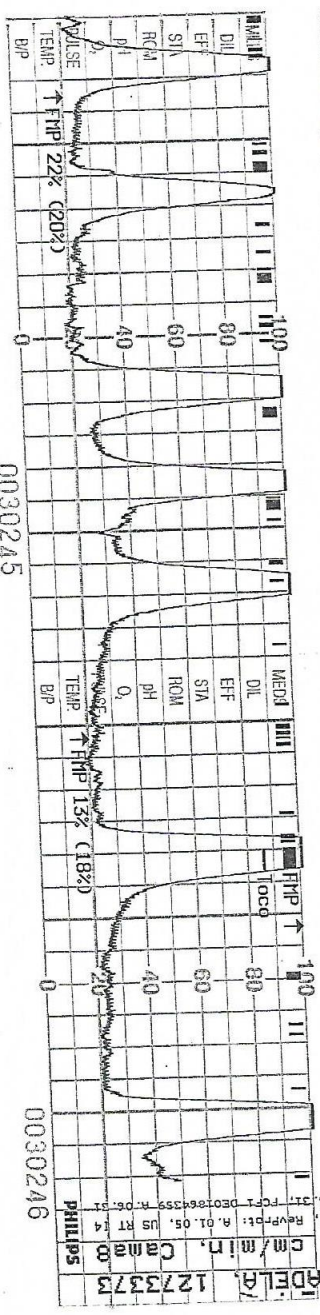
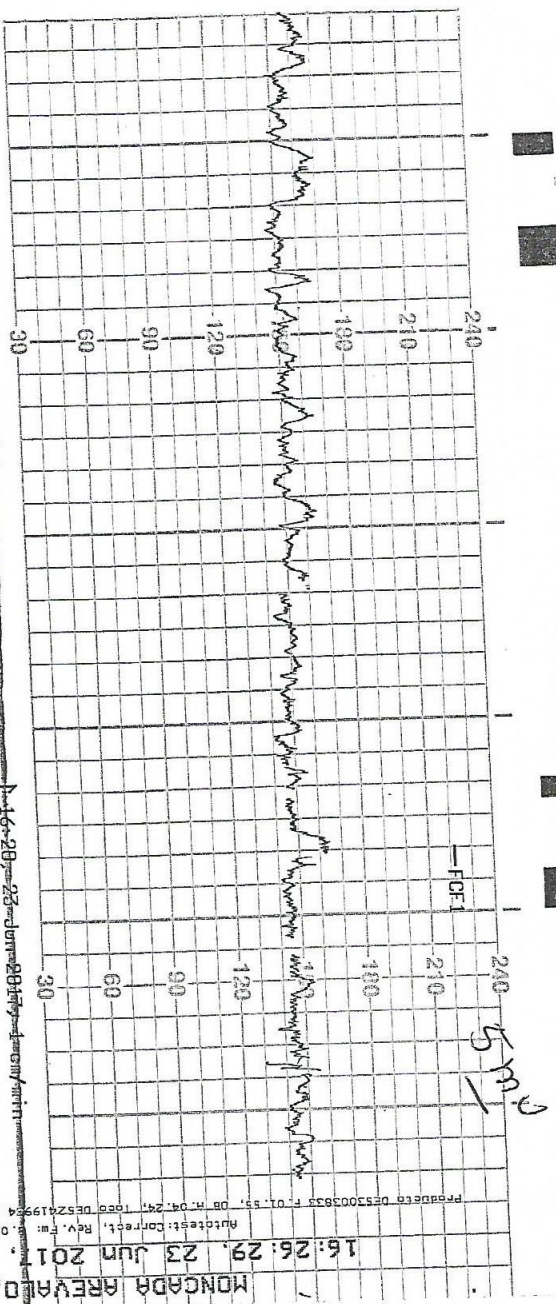
<input checked="" type="checkbox"/> Glucosa (Basal) <u>100</u> mg %	<input checked="" type="checkbox"/> Proteinas (totales) <u>6.10</u> gm %
<input type="checkbox"/> " (Post-Predial) _____ mg %	Albumina <u>3.40</u> gm %
<input type="checkbox"/> " (Tolrancia) _____ mg %	Globulinas <u>2.70</u> gm %
a 30' _____ mg % a 60' _____ mg %	<input checked="" type="checkbox"/> Bilirubinas (total) <u>0.71</u> mg %
a 120' _____ mg % a 180' _____ mg %	Directa <u>0.34</u> mg %
<input checked="" type="checkbox"/> Urea <u>15</u> mg %	Indirecta <u>0.37</u> mg %
<input type="checkbox"/> Acido Urico _____ mg %	<input type="checkbox"/> Colesterol (total) _____ mg %
<input checked="" type="checkbox"/> Creatinina <u>0.70</u> mg %	Esteros _____ mg %
<input type="checkbox"/> Fibrinogeno _____ mg %	<input type="checkbox"/> Fosfatasa Alcalina _____ UU K
<input type="checkbox"/> Electrolitos (AL) _____ mEq/l	<input checked="" type="checkbox"/> Transaminasa T.G.O. <u>10</u> U/L Karen
Na _____ mEq/l	T.P. <u>13</u> U/L Karen
K _____ mEq/l	<input type="checkbox"/> Triglicéridos _____ mg %
	<input type="checkbox"/> Lípidos Totales _____ mg %
	<input type="checkbox"/> Otros Análisis _____

Ingreso _____
 Control _____
 Egreso 22 JUN 2012 Médico Laboratorista

MINISTERIO DE SALUD
 Instituto Nacional Materno Perinatal
 Médico Laboratorista

ANEXOS N° 3 MONITOREO

INFORME CARDIOTOCOGRAFICO				FU - 028																	
UNIDAD DE MEDICINA FETAL																					
FECHA: 23 JUN 2017		HORA: 15:34		PROCEDENCIA <input type="checkbox"/> Servicio A <input type="checkbox"/> Servicio B <input type="checkbox"/> Servicio C <input type="checkbox"/> Servicio D <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Consultorio Externo <input type="checkbox"/> Centro Obstétrico <input type="checkbox"/> Otro..... <input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> Particular																	
EDAD: 18 años G: 1 P: 0000		FPP: 15 07 17																			
FUR: 03 10 16		EGXECO: Sem. AU: cm. Tiempo de Ayuno: Hrs.																			
EGXFUR: Sem.		Medicación previa:																			
MOTIVO DEL ESTUDIO	Bienestar fetal	Rotura de Membranas	Restricción Crecimiento Intra-uterino																		
	Pre-eclampsia: leve / severa	Movimientos Disminuidos	Distocia Funicular																		
	Insuficiencia Placentaria	Embarazo Prolongado	Otros:																		
DATOS DEL TIEMPO MONITOREO: Total: Inicio: 15:41 Terminó: 16:16																					
EXÁMENES REALIZADOS																					
<input checked="" type="checkbox"/> CST: <input type="checkbox"/> Primera vez <input type="checkbox"/> Control		<input type="checkbox"/> NST: <input type="checkbox"/> Primera vez: <input type="checkbox"/> Control:																			
<input type="checkbox"/> Oxitocina:... Sensibilidad Uterina: 5 mU / min.		<input type="checkbox"/> E. Posseiro Observaciones:																			
<input type="checkbox"/> Estimulo mamario Contracciones Uterinas en 10 min: 4		<input type="checkbox"/> Sindr.Vena Cava Inferior. 																			
Parámetros Observados	VALORACIÓN			PUNTAJE OBTENIDO	INTERPRETACION DE LA PUNTAJACIÓN DE FISHER <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>PUNTAJACIÓN</th> <th>ESTADO FETAL</th> <th>PRONÓSTICO</th> <th>ENFOQUE CLÍNICO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>8 - 10</td> <td>Fisiológico</td> <td>Favorable</td> <td>Ninguno</td> </tr> <tr> <td>5 - 7</td> <td>Dudoso</td> <td>Criterio profesional</td> <td>Ocit *</td> </tr> <tr> <td>< 4</td> <td>Severa</td> <td>Desfavorable</td> <td>Extracción si es necesario</td> </tr> </tbody> </table>	PUNTAJACIÓN	ESTADO FETAL	PRONÓSTICO	ENFOQUE CLÍNICO	8 - 10	Fisiológico	Favorable	Ninguno	5 - 7	Dudoso	Criterio profesional	Ocit *	< 4	Severa	Desfavorable	Extracción si es necesario
	PUNTAJACIÓN	ESTADO FETAL	PRONÓSTICO			ENFOQUE CLÍNICO															
8 - 10	Fisiológico	Favorable	Ninguno																		
5 - 7	Dudoso	Criterio profesional	Ocit *																		
< 4	Severa	Desfavorable	Extracción si es necesario																		
1.- Línea de base	< 100 ó > 180	100 - 119 ó 161 - 180	120 - 160	2																	
2.- Variabilidad	< 5 < 3	5 - 9 ó > 25 3 - 6	10 - 25 > 6	2																	
3.- Aceleraciones / 30 min.	0	Periódicos ó 1- 4 esporádicos	> 5	2																	
4.- Desaceleraciones	DIP II > 60% DIP III > 60%	DIP II < 40% Variables < 40%	Ausentes	2																	
5.- Actividad fetal: movimientos fetales	0	1 - 4	> 5	2																	
PUNTAJE TOTAL				10/10																	
CONCLUSIONES:																					
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>T.S.:</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Negativo</td> <td><input type="checkbox"/> Positivo</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Reactivo</td> <td><input type="checkbox"/> No Reactivo</td> <td><input type="checkbox"/> Insatisfactorio</td> <td><input type="checkbox"/> Sospechoso</td> </tr> <tr> <td>T.N.S.:</td> <td><input type="checkbox"/> Activo</td> <td><input type="checkbox"/> Hipoactivo</td> <td><input type="checkbox"/> Reactivo</td> <td><input type="checkbox"/> No Reactivo</td> <td><input type="checkbox"/> Dudoso</td> <td></td> </tr> </table>					T.S.:	<input checked="" type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> Positivo	<input checked="" type="checkbox"/> Reactivo	<input type="checkbox"/> No Reactivo	<input type="checkbox"/> Insatisfactorio	<input type="checkbox"/> Sospechoso	T.N.S.:	<input type="checkbox"/> Activo	<input type="checkbox"/> Hipoactivo	<input type="checkbox"/> Reactivo	<input type="checkbox"/> No Reactivo	<input type="checkbox"/> Dudoso				
T.S.:	<input checked="" type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> Positivo	<input checked="" type="checkbox"/> Reactivo	<input type="checkbox"/> No Reactivo	<input type="checkbox"/> Insatisfactorio	<input type="checkbox"/> Sospechoso															
T.N.S.:	<input type="checkbox"/> Activo	<input type="checkbox"/> Hipoactivo	<input type="checkbox"/> Reactivo	<input type="checkbox"/> No Reactivo	<input type="checkbox"/> Dudoso																
OBSERVACIONES:																					
RECOMENDACIONES: Repetir en: Inducción en: CST en: Otros:																					
MINISTERIO DE SALUD INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL Dr. Sofía Maruja Barreal Segovín			ESTE INFORME DEBE SER LEÍDO Y ADJUNTA TRAZADO CTG PARA LECTURA POR MAG																		
Firma y Sello Obstetrix responsable de realizar el examen			Firma y Sello Médico responsable del informe																		
Apellidos y Nombres		Servicio	Cama	Historia Clínica																	



FORM M1910A


FORM M1910A

0030245

0030246

MONCADA AREVALO,
 RD ELA, 1273373
 1 CM/IN. CAMB
 PHILIPS
 16:26:29, 23 Jun 2011
 Autotest: Correct, Rev. Fw: 01.05, US RT 14
 R.06.01, FCF1 DE0164359 R.06.01
 Producto DES3003833 F.01.53, DB R.04.24, Logo DES241954

ANEXOS N° 4 PARTO



RESUMEN DE PARTO

Para ser llenado por el personal profesional que atendió el parto. 10

Fecha de Ingreso: 26-06-14 Hora: 11:27 Controlada SI NO

Fórmula Obstétrica: G 1 P 0000 URN: 08/10/16 EG: 37 2/3 Semana: _____

Membranas: I: R: Horas: _____

PRIMER PERIODO:

Inicio : Espontáneo: Inducido: Estimulado:

Normal : Anormal : Especificar: _____

SEGUNDO PERIODO:

Parto : Fecha: 26.06.14 Hora: 11:27 Sencillo: Múltiple:

Espontáneo: Inducido: Instrumentado:
 Episiotomía: - M..... MLD: MLI: Desgarro: I - II - III - IV
 Vacum. Extractor: Forceps: Tipo: _____ Cesárea:
 Extracción Podálica Analgesia: Anestesia:

TERCER PERIODO:

Normal : Schultz: Duncan:

Anormal : Especificar: _____

Pérdida Sanguínea: 250 cc.

ATENDIDO

Responsable Atención Materna (Nombre): _____
 Responsable Atención Neonatal (Nombre): _____

Parto	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Neonato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asistente Residente Obstetiz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enferm. Titular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alumno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma y Sello Médico

ANEXOS

Placenta: Diámetros: 20 X 18 cm. Peso: 600 grs.

Completa: Incompleta: Infartos:

Membranas: C: I: D: Ruptura a 1 cm. del borde

Cordón: Long: 40 cm. Céntrico Excéntrico Marg:

Velamentos: Nudos:

Circular: Simple: Doble: Triple: Otro:

Líquido Amniótico: 250 cc. Mal olor: Claro: Meconial:

DURACION DE PARTO

1er. Período 05 Hrs 00 M

2do. Período 00 Hrs 10 M

3er. Período 00 Hrs 05 M

Total 05 Hrs 15 M

Firma y Sello Responsable

CUARTO PERIODO

Normal: Anormal: Especificar: _____

REVISIÓN INSTRUMENTAL: NO SI TIPO: _____

Fecha/Hora	11:47	11:57	12:27	12:57	13:27
Pulso/Temp.º	82/32	83/32	80/32	82/32	78/32.4
Presión Art.	110/20	110/20	110/20	110/30	100/70
Invol. UT.	15cm	15cm	15cm	15cm	14cm
Loquios	4	4	4	4	4
Observaciones	PN+S	PN+S	PN+S	PN+S	PN+S
Examinador	OBST	OBST	OBST	OBST	OBST

Egreso de C.O.: Fecha 28/06/14 Hora 16/32

Destino: Servicio S. Operac.

S. Legrados UCI

Observaciones: _____

Firma y Sello Médico

DIAGNOSTICO DEL PARTO: Anormal: Especificar: _____

RECIEEN NACIDO: Para ser llenado por personal profesional de Neonatología

NACIMIENTO		INDICE APGAR AL 1°		
Fecha: / /	Tono Muscular	Flacidez	Ala. FlexExtremid.	Mov. Activo
Hora	Respuesta al Cáteter	No responde	Mueca	Tos o estornudo
Sexo	Respiración	Ausente	Lenta irregular	Buena, llorando
Peso	Latidos cardíaco	Ausente	Menos de 100	Mas de 100
Talla	Cianosis General	Cianosis Distal	Rosada	Rosada
Malformaciones	Total			

EDAD por EX. FISICO	PESO E.G.	REANIM. RESP.
<input type="checkbox"/> sernan	Adec. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Mayor 42 s. <input type="checkbox"/>	Peq. <input type="checkbox"/> Mascas <input type="checkbox"/>	
Mayor 37 s. <input type="checkbox"/>	Gde. <input type="checkbox"/> Tubo <input type="checkbox"/>	
Per. Cef. <input type="checkbox"/>		
cm.		Responsable

APFILLIDO PATERNO

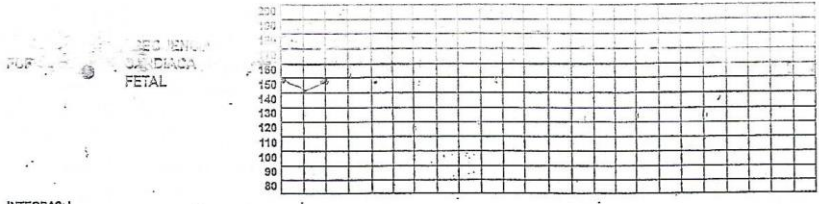
MATERNO

NOMBRES

SERV. N°

CAMA N°

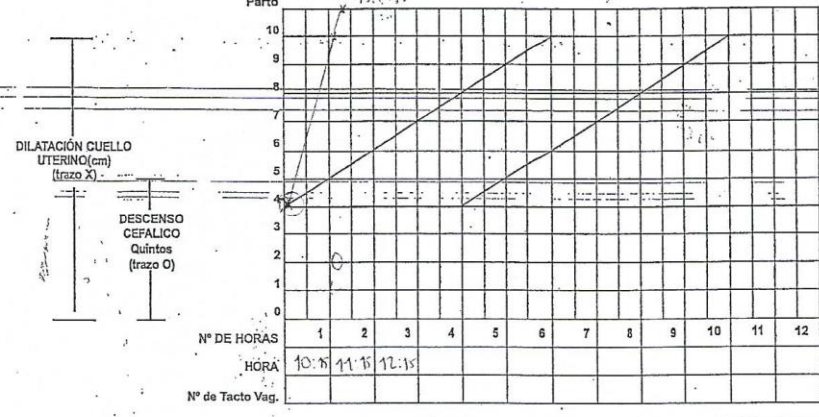
HISTORIA CLINICA N°



INTEGRAS: I
 ROTAS: R
 LIQ. CLARO: C
 LIQ. MECONIAL: M
 LIQ. SANGUINOLENTO: S

LÍQUIDO AMNIÓTICO MOLDEAMIENTO

LAB 2 1 1



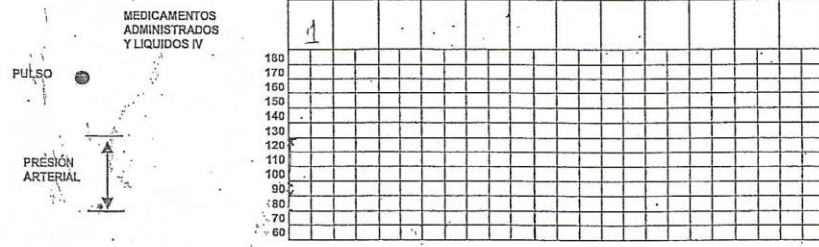
MENOR DE 20"
 ENTRE 20" Y 40"
 MAYOR DE 40"

CONTRACCIONES POR CADA 10 MINUTOS

CENTRO OBSTÉTRICO

PARTO VERTICAL
 PARTO CON ACOMPAÑANTE
 PARTO CON ANESTESIA

OXITOCINA U/L GOTAS/MIN.



Medicamento

1 NaCl 9/1000cc

2

3

4

5

TEMPERATURA C° 36.9°C

ORINA { PROTEINA
 ACETONA
 VOLUMEN

PARTOGRAMA DE LA OMS MODIFICADO

NOMBRE: MONCADA AREVALO ARIANA EDAD 18 GESTA 1 P 0000 Nº DE HISTORIA CLINICA 9273373

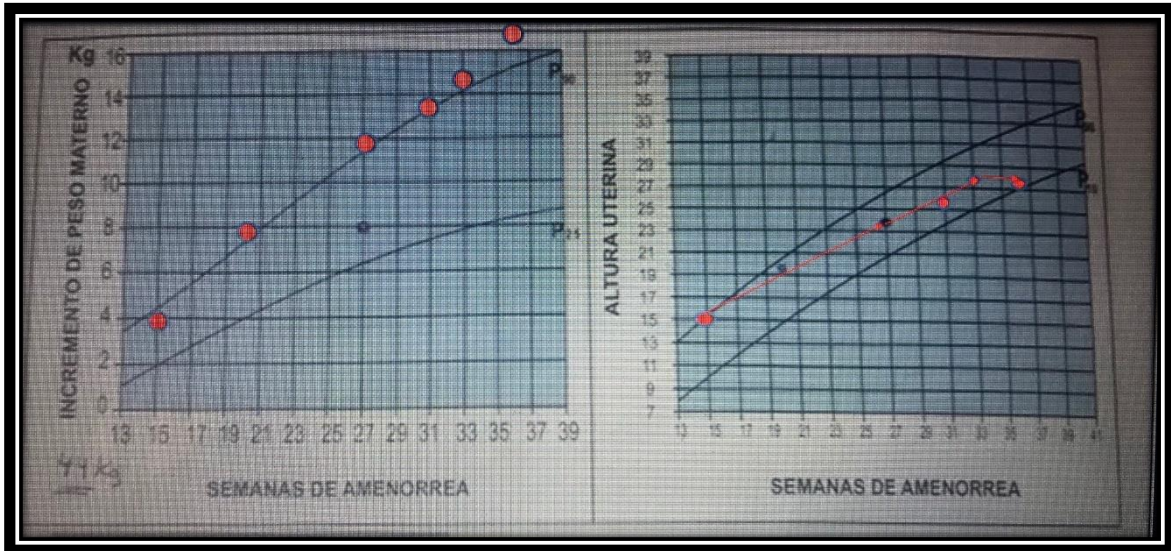
FECHA DE INGRESO: 26/06/17 HORA DE INGRESO 10:15 TIEMPO DE MEMBRANAS ROTAS 10:55 HORAS

DIAGNÓSTICO: G1 de 37ss 2d /RCIU OBSTETRIZ RESPONSABLE: O. Albornoz

ANEXOS N° 5 CONTROLES PRENATALES


ATENCIÓNES PRENATALES	ATENCIÓN 1	ATENCIÓN 2	ATENCIÓN 3	ATENCIÓN 4	ATENCIÓN 5	ATENCIÓN 6	ATENCIÓN 7	ATENCIÓN 8
Fecha y Hora atención (año/mes/día)	7/2/17	7/3/17	21/7/17	15/8/17	23/8/17			
Edad Gest. (semanas)	15.5w	16.0w	27.5w	31.5w	33			
Peso madre (kg)	44	48	52kg	53kg	55			
Temperatura (° C)	36.2	36.2	36.2	36.2	37			
Presión Arter. (mm.Hg)	102/60	102/60	98/60	100/50	100/50			
Pulso Materno (por min)	80v	80v	76v	78v	70-8			
Altura Uterina (cm)	15	20	24	26	28			
Situación (L/TNA)	IND	IND	LPD	LCB	CE			
Presentación (C/P/NA)	IND	IND	P	C	C			
Posición (D/I/NA)	IND	IND	D	D	I			
F.C.F. (por mín./NA)	140	140	153	150	158			
Mov. Fetal (+/+/-/+/-/NSH/NA)	NA	NA	+	+	+			
Proteína Cuantitativa (+/+/-/+/-/NSH)	-	-	-	-	-			
Edema (+/+/-/+/-/SE)	-	-	S/E	SE	S/E			
Reflejo Ostotendinoaco (+/+/-/+/-/NSH)	-	-	-	-	-			
Examen de Pesón (P/Parcial/No firm/Sin Exami)	-	-	-	-	-			
Indic. Hierro /Ac Fólico (mayor o igual a 10 Seem)	SI	SI	SI	SI	SI			
Indic. Calcio	-	-	-	-	-			
Indic. Ac.Fólico	-	-	-	-	-			
Orient. Consej. (P/ETS/NU/Involunt/CI/NC/SE/HZO/NA)	-	-	-	-	-			
EG de Eco. Control (1 Semla de Puz. NA)	-	-	-	-	-			
Perfil Biofisico (4,6,8,10 de 10 NSH/NA)	-	-	-	-	-			
Cita (a/m/d)			20/10/17	27/5/17	10/6/17			
Visita domicil (SI/No/NA)	-	-	-	-	-			
Plan Parto (comprovisatio se hizo NA)	-	-	-	-	-			
Estab. de la atención	SI	SI	M.C.M.S.	C.S.-S.C	C.V.C.			
Responsable atención			L.A.	M.L.	V.C.M.T			
N° Formato SIS			-	515				

L= Longitudinal T= Transversa C= Cefálica P=Pélvica D=Derecha I=Izquierda SM=Sin Movimiento SE= Sin Edema NA= No Aplica NSH= No Se Hizo



**ANEXOS N° 6 FETAL BIOMETRY
CALCULATOR II**

perinatology.com/calculators/exbiometry.htm



perinatology.com Fetal Biometry Calculator II

Home > Calculators > Fetal Biometry II

Enter stated gestational age weeks days


Enter your measured value (mm, grams, or ratio)

The predicted mean weight is 2661 grams for the stated gestational age
Your measured value is 8 percentile.

Reference:
In weight (g)=0.578 + 0.332*MA - 0.0354*MA^2
Hadlock FP, et al., In utero analysis of fetal growth: a sonographic weight standard. Radiology. 1991 Oct;181(1):129-33. PMID: 1887021

Head	Abdomen
<input type="button" value="BPD (Hadlock) Measurement"/>	<input type="button" value="AC (Hadlock) Measurement"/>
<input type="button" value="HC (Hadlock) Measurement"/>	<input type="button" value="Internal Colon Diameter (Harris) Measurement"/>
<input type="button" value="Binocular distance (Jeanty) Measurement"/>	<input type="button" value="Kidney Length (Chitty) Kidney AP diameter (Chitty)"/>
<input type="button" value="Transverse Cerebellar Diameter (Chang) Measurement"/>	<input type="button" value="Renal Pelvis AP diameter (Chitty)"/>
<input type="button" value="Mandible Length (Otto) Measurement"/>	Other

perinatology.com/calculators/exbiometry.htm



perinatology.com Fetal Biometry Calculator II

Home > Calculators > Fetal Biometry II

Enter stated gestational age weeks days

Enter your measured value (mm, grams, or ratio)

The predicted mean weight is 3007 grams for the stated gestational age
Your measured value is 3 percentile.

Reference:
In weight (g)=0.578 + 0.332*MA - 0.0354*MA^2
Hadlock FP, et al., In utero analysis of fetal growth: a sonographic weight standard. Radiology. 1991 Oct;181(1):129-33. PMID: 1887021

Head	Abdomen
<input type="button" value="BPD (Hadlock) Measurement"/>	<input type="button" value="AC (Hadlock) Measurement"/>
<input type="button" value="HC (Hadlock) Measurement"/>	<input type="button" value="Internal Colon Diameter (Harris) Measurement"/>
<input type="button" value="Binocular distance (Jeanty) Measurement"/>	<input type="button" value="Kidney Length (Chitty) Kidney AP diameter (Chitty)"/>
<input type="button" value="Transverse Cerebellar Diameter (Chang) Measurement"/>	<input type="button" value="Renal Pelvis AP diameter (Chitty)"/>
<input type="button" value="Mandible Length (Otto) Measurement"/>	Other
	<input type="button" value="FRV (Hadlock, 1991)"/>