

**Universidad Católica de Santa María**  
**Facultad de Obstetricia y Puericultura**  
**Segunda Especialidad en Alto Riesgo Obstétrico**



**Restricción de crecimiento intrauterino y anhidramnios en gestación de  
34 semanas**

Trabajo académico presentado por la licenciada:

**Sorribas Bolaños, Celia Nataly**

**ORCID: 0009-0007-4366-2935**

Para optar el Título de Segunda Especialidad en

**Alto Riesgo Obstétrico**

Asesora:

Mgter. Fernández Vásquez, Armida Angelita

**ORCID: 0003-4097-2712**

Arequipa - Perú

2025

UCSM-ERP

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA**  
**SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ALTO RIESGO OBSTETRICO**  
**SEGUNDA ESPECIALIDAD CON TRABAJO ACADÉMICO**  
**DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR**

Arequipa, 15 de Noviembre del 2024

**Dictamen: 013373-C-EPOYP-2024**

Visto el borrador del expediente 013373, presentado por:

**2019976002 - SORRIBAS BOLAÑOS CELIA NATALY**

Titulado:

**RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO Y ANHIDRAMNIOS EN GESTACIÓN DE 34 SEMANAS**

Nuestro dictamen es:

**APROBADO**

Título Profesional/Título de Segunda Especialidad/Grado Académico a optar:

**ALTO RIESGO OBSTÉTRICO**

**29528535 - ARENCIO HEREDIA MARCELINA LOURDES  
DICTAMINADOR**



**29380862 - SOTOMAYOR MARTINEZ VICTORIA AURORA  
DICTAMINADOR**



**29642489 - CARDENAS NUÑEZ YENHNY MARGARETH  
DICTAMINADOR**



# Restricción de crecimiento intrauterino y anhidramnios en gestación de 34 semanas

## INFORME DE ORIGINALIDAD

27%

INDICE DE SIMILITUD

28%

FUENTES DE INTERNET

4%

PUBLICACIONES

17%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

## FUENTES PRIMARIAS

1	<a href="http://pt.slideshare.net">pt.slideshare.net</a> Fuente de Internet	3%
2	<a href="http://tesis.ucsm.edu.pe">tesis.ucsm.edu.pe</a> Fuente de Internet	3%
3	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	3%
4	<a href="http://sedici.unlp.edu.ar">sedici.unlp.edu.ar</a> Fuente de Internet	3%
5	<a href="http://oldri.ues.edu.sv">oldri.ues.edu.sv</a> Fuente de Internet	2%
6	<a href="http://revistas.unica.edu.pe">revistas.unica.edu.pe</a> Fuente de Internet	2%
7	<a href="http://www.revista-portalesmedicos.com">www.revista-portalesmedicos.com</a> Fuente de Internet	2%
8	Submitted to Universidad Mariano Gálvez de Guatemala Trabajo del estudiante	2%

### *Dedicatoria*

*A Yolanda, Miguel, Celinda, Roxana, y Tomás, por ser parte fundamental en mi vida, quienes siempre me guían, respaldan y me dan fortaleza para seguir siempre adelante, los mismos que siempre me dieron el ejemplo de honradez, amor y solidaridad.*

*A mi asesora, Armida Fernández, que gracias a su experiencia y calidad profesional me ayudaron a lograr con este objetivo.*



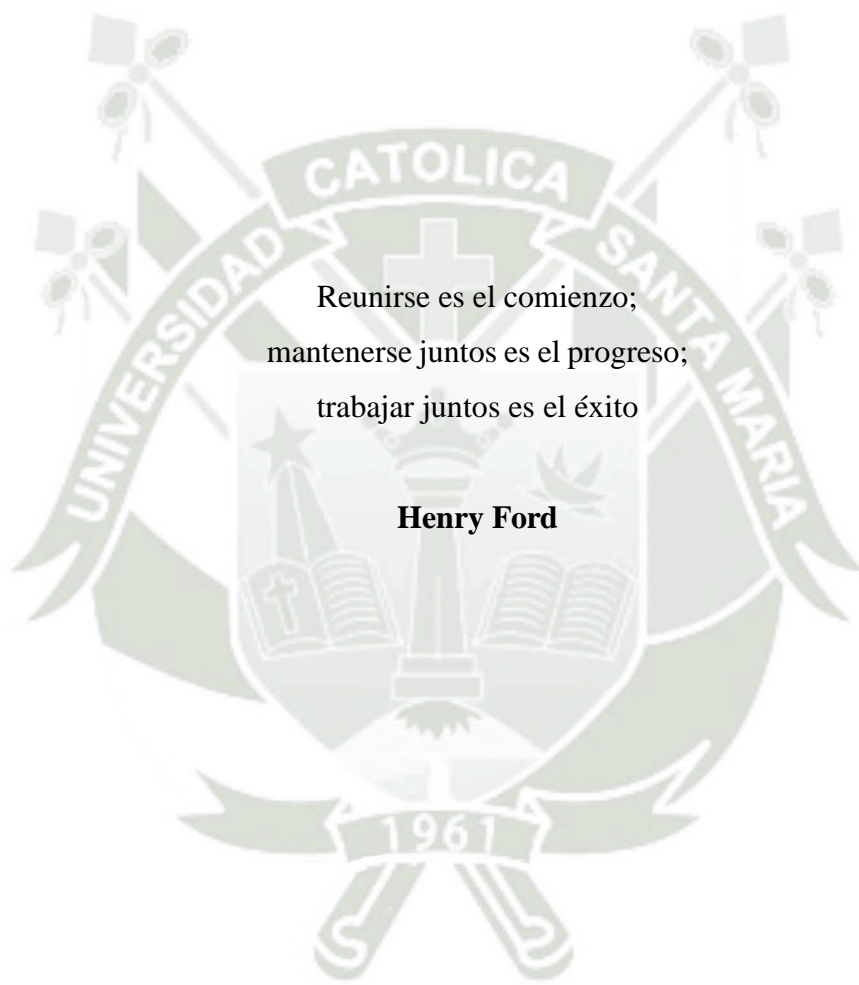
### **Agradecimiento**

*A Dios y la Virgen María, por darme la vida y por siempre acompañarme.*

*A mis amados padres, Celinda y Tomás, por permitirme que se cumplan todas mis metas, por su apoyo incondicional, sus sabios consejos y por alentarme siempre a seguir adelante y nunca rendirme.*

*A mí querida tía Roxana por su cariño, comprensión y apoyo incondicional, siempre confió en mí y me inculco que mi éxito sería el éxito de mi familia.*

*A Eleana, Yenhny y Daner, que siempre me apoyaron y estuvieron al pendiente de mí y mis logros.*



Reunirse es el comienzo;  
mantenerse juntos es el progreso;  
trabajar juntos es el éxito

**Henry Ford**

## RESUMEN

**OBJETIVO:** Revisar y analizar el caso clínico de una paciente con diagnóstico de Restricción de Crecimiento intrauterino y anhidramnios, valorar los procesos de atención en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo e identificar los factores de riesgo para disminuir los índices de morbilidad materna, según protocolos correspondientes de atención.

**CASO CLÍNICO:** Paciente de 36 años, segundigesta primípara, considerada alto riesgo obstétrico en su policlínico de origen, Juliaca, por antecedente de cesárea anterior por rotura prematura de membranas y Oligohidramnios hace 11 años.

Al momento de la elaboración del presente trabajo académico, cursa con una gestación única viva de 34 semanas y 3 días, con 7 controles prenatales en el Policlínico Juliaca EsSalud por personal de Obstetricia, cuenta con 3 controles ecográficos realizados en la institución y de manera particular. El 16 de marzo la paciente refiere disminución de movimientos fetales por lo que acude a un control particular donde le realizan una ecografía y le diagnostican Restricción de crecimiento intrauterino y anhidramnios, por lo cual, la paciente acude al Hospital III Juliaca, para su atención, donde le indican cesárea segmentaria, le inician maduración pulmonar según protocolo; por la edad gestacional, coordinan referencia al Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo, Arequipa, por ser hospital de mayor complejidad.

Al llegar Arequipa, paciente es evaluada en el servicio de Gineco obstetricia confirmando el diagnóstico: Restricción de crecimiento intrauterino y anhidramnios, se realiza manejo según protocolos, culminando su embarazo con cesárea segmentaria de urgencia el 17 de marzo.

**CONCLUSIONES:** El diagnóstico de la patología obstétrica se realizó mediante examen auxiliar, la paciente reconoció los signos de alarma y acudió para atención médica, el manejo de la patología obstétrica se hizo según protocolo y fue optimo y oportuno.

**Palabras Clave:** Restricción de crecimiento intrauterino, anhidramnios.

## ABSTRACT

**OBJECTIVE:** Review and analyze the clinical case of a patient with a diagnosis of Intrauterine Growth Restriction and anhydramnios, assess the care processes at the Carlos Alberto Seguin Escobedo National Hospital and identify the risk factors to reduce maternal morbidity rates, according to corresponding protocols. attention.

**CLINICAL CASE:** A 36-year-old patient, with a primiparous second digestive tract, considered high obstetric risk in her home polyclinic, Juliaca, due to a history of previous cesarean section due to premature rupture of membranes and Oligohydramnios 11 years ago.

At the time of writing this academic work, she has a live single gestation of 34 weeks and 3 days, with 7 prenatal check-ups at the Juliaca EsSalud Polyclinic by Obstetrics personnel, she has 3 ultrasound check-ups performed at the institution and particular. On March 16, the patient reported a decrease in fetal movements, so she went to a private check-up where an ultrasound was performed and she was diagnosed with intrauterine growth restriction and anhydramnios, for which the patient went to Hospital III Juliaca for care. where they indicated a segmental cesarean section, they began lung maturation according to protocol; Due to gestational age, they coordinate referral to the Carlos Alberto Seguin Escobedo National Hospital, Arequipa, as it is a more complex hospital.

Upon arrival in Arequipa, the patient is evaluated in the Gynecology and Obstetrics service, confirming the diagnosis: Intrauterine growth restriction and anhydramnios. Management is carried out according to protocols, culminating her pregnancy with an emergency segmental cesarean section on March 17.

**CONCLUSIONS:** The diagnosis of the obstetric pathology was made through an auxiliary examination, the patient recognized the alarm signs and went for medical attention, the management of the obstetric pathology was done according to protocol and was optimal and timely.

**Key Words:** Intrauterine growth restriction, anhydramnios.

## ÍNDICE

*Dedicatoria*

Agradecimiento

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN ..... 1

CAPÍTULO I. MARCO CONCEPTUAL ..... 3

1. *Líquido amniótico* ..... 4

1.1. Definición: ..... 4

1.2. Características: ..... 4

1.3. Fuentes de líquido amniótico ..... 4

1.4. Medición: ..... 5

2. *Polihidramnios*: ..... 5

2.1. Etiología: ..... 6

2.2. Aspectos epidemiológicos ..... 6

2.3. Clasificación ..... 6

2.4. Síntomas ..... 6

2.5. Manejo ..... 7

2.6. Complicaciones ..... 7

3. *Oligohidramnios*: ..... 9

3.1. Definición ..... 9

3.2. Etiología ..... 9

3.3. Factores de riesgo asociados ..... 9

3.4. Cuadro clínico ..... 9

3.5. Criterios Diagnósticos ..... 10

3.6. Exámenes auxiliares ..... 10

3.7. Manejo según nivel de complejidad y capacidad resolutive ..... 10

3.8. Complicaciones ..... 12

3.9. Criterios de referencia y contrareferencia ..... 12

4. *Anhidramnios*: ..... 14

5. *Restricción de crecimiento intrauterino* ..... 14

5.1. Relevancia perinatal.....	14
5.2. Causas: .....	15
5.3. Factores de Riesgo:.....	15
5.4. Clasificación .....	16
5.5. Diagnóstico .....	16
5.6. Seguimiento: .....	17
5.7. Conducta en fetos con RCIU precoz: .....	20
5.8. Conducta en RCIU tardía: .....	22
<b>CAPÍTULO II. MARCO METODOLÓGICO.....</b>	<b>23</b>
<i>1. Anamnesis .....</i>	<i>24</i>
1.1. Filiación.....	24
1.2. Antecedentes personales .....	24
1.3. Analisis de laboratorio .....	29
<i>2. Historia de la enfermedad:.....</i>	<i>31</i>
2.1. Enfermedad Actual .....	33
2.2. Funciones Biológicas: .....	33
2.3. Examen Físico.....	33
2.4. Exámenes Auxiliares -Laboratorio .....	35
<b>CAPÍTULO III. DISCUSIÓN .....</b>	<b>39</b>
<b>DISCUSIÓN .....</b>	<b>40</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>43</b>
<b>RECOMENDACIONES .....</b>	<b>44</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>45</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>48</b>
<i>ANEXO 1. CARNET PERINATAL.....</i>	<i>49</i>
<i>ANEXO 2. PLAN DE PARTO.....</i>	<i>51</i>
<i>ANEXO 3 .TNE.....</i>	<i>52</i>
<i>ANEXO 4. ECOGRAFIAS .....</i>	<i>53</i>

## INTRODUCCIÓN

Es importante el seguimiento de una gestante para disminuir la tasa de morbimortalidad materno fetal. Existen herramientas y estrategias que nos permiten identificar, manejar y prevenir factores de riesgo obstétricos, lo cual permite realizar un manejo oportuno (1).

Desde el primer control prenatal, la identificación de los factores de riesgo permite la calificación de Alto Riesgo Obstétrico (ARO) o Bajo Riesgo Obstétrico (BRO) (2). Esto determinará la conducta adecuada según la norma técnica y la Resolución Ministerial N.º 695-2006/MINSA-Guía Técnica: Guías de Práctica Clínica para la Atención de las Emergencias Obstétricas según el nivel de Capacidad resolutoria y sus 10 anexos presentes en el Instituto Materno Perinatal (3). Posterior a la clasificación, se realizará un control y seguimiento más estricto siendo ARO o al presentar algún factor de riesgo, para evitar complicaciones futuras (4), como su referencia oportuna a un centro de mayor complejidad, referente a la clasificación del embarazo (5).

La tendencia actual indica un aumento de la tasa de mortalidad materna, lo que pone de relieve la necesidad de examinar más a fondo los factores que contribuyen a este aumento. Es evidente que los casos de oligohidramnios presentan importantes discrepancias, que se ven afectadas por la etapa del embarazo y por los diversos factores de riesgo relacionados. Cabe destacar el hecho de que la tasa global de embarazos a término, que abarcan de 37 a 42 semanas, se sitúa en el 4,4%, lo que indica un aumento considerable del 11% en los embarazos de más de 40 semanas, mientras que hay una ligera disminución del 1% en los embarazos prematuros de menos de 37 semanas. La variabilidad observada en las tasas de oligohidramnios subraya la importancia fundamental de controlar la edad gestacional y los factores de riesgo asociados a la hora de evaluar y cuidar el bienestar materno durante todo el embarazo (6).

El anhidramnios es una afección de caso extremo en la que no hay líquido amniótico alrededor del feto, causando varios problemas para el bebé, incluso llegar a la insuficiencia respiratoria, ya que los pulmones del bebé no se desarrollan como debe ser y a la vez esto provoca dificultad respiratoria al nacer. Puede haber diversas causas como presentar algún desgarro en el revestimiento de la placenta, problemas con los riñones o el tracto urinario del bebé en desarrollo, lo que podría conllevar a provocar malformaciones fetales en los pies y cabeza o presentarse el síndrome de Potter (8).

La restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) es la insuficiente expresión del potencial genético de crecimiento fetal, menor a lo esperado y determinado por un peso fetal estimado por debajo del percentil 10 para su edad gestacional. Según el artículo de la Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal, la prevalencia global de RCIU según distintos autores varía entre 3,7% a 22,4%. En el Perú, se reportan del 4,8% al 10,1%. Los factores obstétricos asociados a RCIU destacan: preeclampsia con  $OR=1,69$  a  $OR=66,4$ ; anemia durante la gestación  $OR=2,18$  a  $OR=9,70$ ; RCIU previa con  $OR=3,26$  a  $OR=14,49$  y parto pretérmino con  $OR=3,58$  a  $OR=14,60$  (9).

Los estudios han demostrado que los abortos espontáneos recurrentes y los antecedentes de prematuridad causados únicamente por malformaciones son las dos indicaciones principales que han llegado a un consenso en la comunidad médica. Estos hallazgos subrayan la importancia de seguir investigando y prestando atención clínica a estas áreas específicas de la salud reproductiva (10).

El presente trabajo académico tiene como objetivo revisar y analizar el caso clínico de una paciente con diagnóstico de Restricción de Crecimiento intrauterino y anhidramnios, valorar los procesos de atención en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo e identificar los factores de riesgo para disminuir los índices de morbilidad materna, según protocolos correspondientes de atención. Consta de 3 capítulos; Marco teórico, con sus respectivas definiciones, marco metodológico, con la presentación del caso clínico y por último la discusión.



**CAPÍTULO I. MARCO CONCEPTUAL**

## 1. Líquido amniótico

### 1.1. Definición:

El líquido amniótico es el fluido alrededor del feto durante la gestación, está compuesto por agua y componentes orgánicos. Sus funciones son: protección al feto de traumatismos abdominales, amortiguar el cordón umbilical para evitar compresiones, brindando condiciones óptimas para el desarrollo y nutrición fetal, cuenta con propiedades antibacterianas que protegen contra infecciones, facilita el desarrollo de los pulmones, sistema musculoesquelético y gastrointestinal del feto. Su volumen es un indicador crucial del bienestar fetal, variando a lo largo de la gestación con un aumento que va gradual hasta las 20 semanas de gestación (5.11).

### 1.2. Características:

El líquido amniótico normal es claro y transparente o blanco lechoso, siendo así por las partículas de vérnix. La visualización es por medio de la amniocentesis/ amnioscopia. Si las membranas están íntegras, se observará una capa nacarada, corion. Es compuesto por un 99% de agua más componentes orgánicos (proteínas, aminoácidos, componentes nitrogenados no proteicos, lípidos, carbohidratos, vitaminas, enzimas y hormonas), inorgánicos (Zn, Cu, Mn, Fe y gases como  $pO_2 = 4$  a 43 mmHg y  $pCO_2 = 38$  a 50 mmHg, los solutos comprenden entre el 1% y 2%) y celulares, con un pH neutro de 7.3 y una densidad de 1007, siendo ligeramente alcalino (pH 7.4). Su olor es similar al del hipoclorito de sodio. (11).

### 1.3. Fuentes de líquido amniótico

La circulación amniótica mantiene un equilibrio entre la producción y eliminación y varía según la edad gestacional. Las principales fuentes de producción incluyen (12):

**Líquido celómico:** Ubicado entre las membranas corion y amnios en desarrollo alrededor de la 7ma semana de gestación, alcanzando un volumen máximo hacia la 10ma semana, que va disminuyendo hasta desaparecer completamente entre las semanas 12 a 14 debido por la fusión de las membranas (13).

El volumen normal de líquido amniótico varía durante el embarazo: 50 ml a las 12 semanas, 400 ml a las 20 semanas, 1000 ml (volumen máximo) a las 32-34 semanas, 800 ml a las 40 semanas y 400 ml a las 42 semanas. El volumen aumenta antes de la transición de embrión a feto (10 sem. de gestación). En el embarazo, el líquido amniótico puede proceder de tres fuentes principales (12):

- La superficie fetal de la placenta.
- El transporte a través del amnios desde el lado materno.
- Secreciones de la superficie corporal del embrión.

En conclusión, la fuente de producción final es la orina fetal y líquido pulmonar, lo cual no se contribuyen en las etapas iniciales. El líquido celómico y amniótico, están presentes en embarazos anembrionados y eso indica que el feto no es la fuente principal de líquido en las primeras etapas del embarazo (12).

#### **1.4. Medición:**

Se realiza por ecografía transabdominal y los métodos semicuantitativos más utilizados son el método de Phelan (suma de la columna máx. en cuatro cuadrantes sin obstrucciones, obteniendo el Índice de Líquido Amniótico o ILA), y el método de Manning aunque infravalora y sobreestima casos de oligohidramnios y polihidramnios) es por ello, que el método de Phelan parece ser más eficaz antes de la semana 41. Hay varios estudios que señalan que ambos métodos dependen del observador para determinar el diagnóstico (13).

## **2. Polihidramnios:**

El polihidramnios presenta un exceso de líquido amniótico. Los pulmones y riñones del bebe producen este líquido, que luego traga y se va eliminando a través de la orina, también los desechos se eliminan a través de la placenta. Normalmente, las gestantes tienen entre  $\frac{1}{2}$  y  $\frac{1}{4}$  de galón, es decir, 500 a 1,000 ml de líquido amniótico. Tanto el exceso como la escasez de líquido amniótico pueden causar problemas y afectar el desarrollo del bebé, siendo una complicación durante el embarazo (14).

## 2.1. Etiología:

- Idiopática (de causa desconocida): 50-65%
- Trastornos fetales: 13%
- Malformaciones estructurales: se incluyen defectos del SNC (espinia bífida, meningocele, anencefalia, teratoma, sacro coccígeo), obstrucción o atresia de porciones del tracto gastrointestinal (atresia esofágica, atresia/estenosis duodenal, etc.), defectos de la pared abdominal (gastrosquisis, hernia diafragmática), aneuploidías (síndrome de Down – trisomía 21), trastornos neuromusculares (distrofia muscular o miotónica), displasias esqueléticas (incluyendo acondroplasia), trastornos maternos (Diabetes Mellitus), trastornos placentarios (corioangioma placentario, fístula arteriovenosa), y trastornos combinados (isoimmunización, afecciones congénitas, anemias congénitas). (15).

## 2.2. Aspectos epidemiológicos

La incidencia exacta del polihidramnios es desconocida por los casos asintomáticos leves que se detectan solo en el momento del parto. Según el criterio diagnóstico ecográfico del pozo vertical máximo de 8 cm, la incidencia se estima entre el 1% y el 3% de todos los embarazos (15).

## 2.3. Clasificación

Se clasifica en:

- Agudo (2%): Inicio súbito en el 2do trimestre, asociado con malformaciones congénitas incompatibles con la vida y puede que evolucione rápidamente hacia un parto pretérmino.
- Crónico (98%): aparece en el 3er trimestre, asociado con factores maternos y predominantemente idiopático. Se clasifica según la severidad de acuerdo con el índice de líquido amniótico (15).

## 2.4. Síntomas

Los síntomas pueden variar ligeramente en cada embarazo e incluir:

- Crecimiento rápido del útero

- Malestar estomacal
- Útero más grande de lo normal para la edad gestacional
- Contracciones dolorosas

## 2.5. Manejo

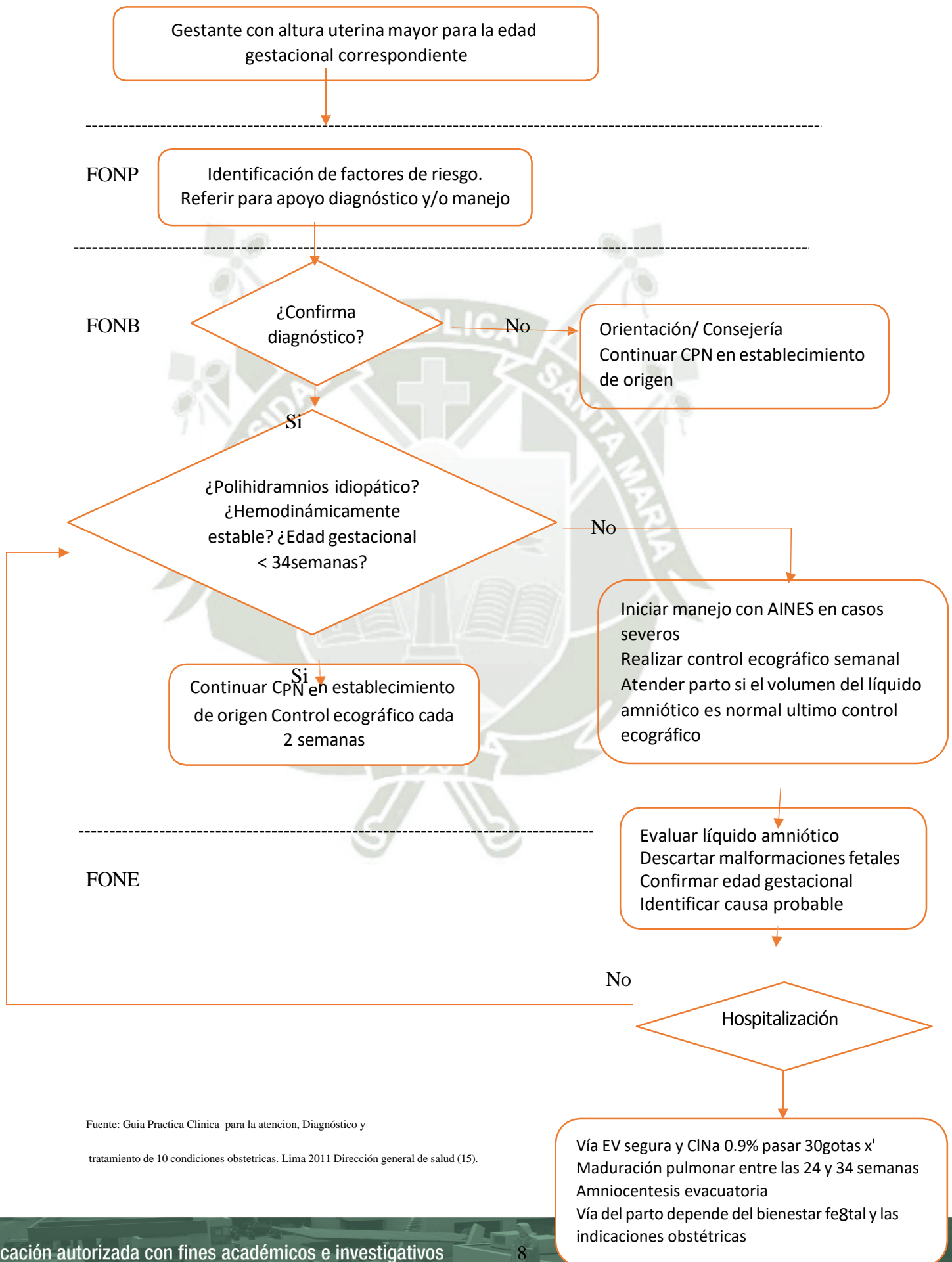
El manejo se realiza de acuerdo con la norma técnica y guía para la atención, diagnóstico y tratamiento de condiciones obstétricas del año 2011 (15). Varía según la gravedad e incluye:

- Monitoreo del líquido amniótico.
- Medicamentos para reducir la producción de orina fetal.
- Amnioreducción mediante amniocentesis.
- Consideración de parto prematuro de acuerdo a los riesgos tanto de la madre o el bebé.

## 2.6. Complicaciones

El exceso de líquido amniótico puede provocar agrandamiento excesivo del útero, lo que puede conducir a trabajo de parto prematuro, también aumenta el riesgo de desprendimiento prematuro de la placenta y/o prolapso del cordón umbilical si la bolsa amniótica se rompe demasiado pronto (15).

FLUXOGRAMA N°1 PARA LA ATENCION DE LA GESTANTE POLIHIDRAMNIO



Fuente: Guía Práctica Clínica para la atención, Diagnóstico y tratamiento de 10 condiciones obstétricas. Lima 2011 Dirección general de salud (15).

### 3. Oligohidramnios:

#### 3.1. Definición

El oligohidramnios es el volumen bajo de líquido amniótico, índice de líquido amniótico (ILA)  $\geq 5$  cm (16). Se puede presentar afecciones y llevar a deformaciones fetales, como: compresión del cordón umbilical o en casos severos, muerte fetal. Es por ello, que está asociado con el aumento en las tasas de cesáreas y de inducción del trabajo de parto, especialmente si se presenta con otras enfermedades: como hipertensión, restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) y embarazos prolongados (16).

#### 3.2. Etiología

- Malformaciones congénitas.
- Ruptura prematura de membranas ovulares.
- Insuficiencia útero-placentaria (preeclampsia, hipertensión arterial, vasculopatía diabética, embarazo prolongado).
- Administración de ciertos medicamentos (AINES e inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina).
- Muerte fetal intrauterina.
- Idiopático.

#### 3.3. Factores de riesgo asociados

- Enfermedades del colágeno.
- Hipovolemia.
- Malformaciones cromosómicas.
- RCIU.
- Embarazo gemelar.

#### 3.4. Cuadro clínico

Los síntomas incluyen algunas molestias en relación a los movimientos fetales,

sensibilidad uterina y facilidad para identificar partes fetales. No siempre se presenta pérdida de líquido amniótico por vía vaginal o la altura uterina puede ser debajo de lo esperado según las semanas de gestación

### **3.5. Criterios Diagnósticos**

El ultrasonido confirma la disminución del volumen de líquido amniótico mediante el pozo vertical mayor, índice de líquido amniótico (Phelan).

Dentro de las variables a estudiar con la observación ultrasonográfica, Manning, referido por Nabhan Ashraf, comenzó con 5 variables biofísicas: los movimientos de los músculos respiratorios del feto, diafragma y músculos intercostales, la reactividad cardíaca fetal, los movimientos corporales fetales, movimiento de las extremidades o de extensión o flexión de la columna vertebral y el tono muscular fetal; todas estas las clasificó como variables agudas que responden al grado de desarrollo y madurez del cerebro fetal, así descartando la existencia de una hipoxia cerebral intrauterina (7).

Como variable crónica consideró el volumen del líquido amniótico, medidas de los bolsones de líquido. Otros investigadores plantearon otras variables como el grado de madurez placentaria, todos los medios diagnósticos cuentan con medidas estadísticas, motivo por el cual se evidenció un incremento del indicador de las cesáreas. Se convierte en un margen más seguro de reconocer el estado de salud del feto y su crecimiento, teniendo más seguridad en el diagnóstico, siendo no absoluto pero más confiable y menos invasivo para el feto y la madre (17).

### **3.6. Exámenes auxiliares**

- Patología clínica: exámenes rutinarios de atención prenatal como hemograma completo, grupo sanguíneo y glucosa, además del test de FERN (prueba de hehecho).
- Imagenología y otros: ecografía obstétrica para descartar malformaciones congénitas, evaluar la presentación, estudio de Doppler fetal y el monitoreo electrónico fetal.

### **3.7. Manejo según nivel de complejidad y capacidad resolutive**

Según la guía práctica clínica para la atención, diagnóstico y tratamiento del oligohidramnios:

Tabla 1: Manejo de Oligohidramnios según Funciones Neonatales y Obstétricas

**Medidas generales y terapéuticas**

- Las recomendaciones se refieren a la presencia aislada de oligohidramnios. Cuando existe patología conocida previamente o diagnosticadas después, el manejo e interpretación se realizan de manera conjunta dentro del contexto de la patología.

**Establecimiento con funciones obstétricas y neonatales primarias FONP**

- Identificación de factores de riesgos asociados
- Referir a FONB o FONE para apoyo diagnóstico.

**Establecimiento con funciones obstétricas y neonatales básicas FONB**

- Identificación de factores de riesgo asociados.
- La de confirmarse el diagnóstico referir a FONE para apoyar diagnóstico y manejo especializado

**Establecimiento con funciones obstétricas y neonatales esenciales FONE**

- Hospitalización
- Reposo relativo de preferencia con decúbito lateral izquierdo
- Descartar rotura prematura de membranas
- Administrar más de 2000 ml de agua vía oral o CINA 0.9% endovenoso en 24 horas
- Valorar la probabilidad de maduración pulmonar antes de las 34 semanas
- Si se trata de un oligohidramnios de corta duración, acompañado aparentemente de restricción del crecimiento intrauterino y/o patología materna asociada Insuficiencia placentaria valorar minuciosamente el bienestar fetal
- Monitoreo del bienestar fetal (NST, CST), tanto prenatal como intraparto
- Estudio Doppler fetal

Fuente: Guía práctica clínica para la atención, diagnóstico y tratamiento del oligohidramnios (15).

### 3.8. Complicaciones

Las complicaciones del oligohidramnios pueden incluir:

- Compresión del cordón umbilical y muerte fetal.
- Hipoplasia pulmonar (menos de 22 semanas).
- Malformaciones esqueléticas y craneofaciales por la prolongada exposición al oligohidramnios, ya sea por compresión o por la formación de bridas amnióticas.
- Alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal debido a la compresión de la cabeza fetal (DIPS 1) y el cordón umbilical (DIPS variables).
- Pérdida de variabilidad en la frecuencia cardíaca fetal.
- Eyección de meconio y broncoaspiración.
- Infección corioamniótica.

### 3.9. Criterios de referencia y contrareferencia

La referencia se decide de acuerdo a los criterios establecidos que podrá determinar el nivel de atención según la guía técnica del Ministerio de Salud para la atención, diagnóstico y tratamiento de 10 condiciones obstétricas en el marco del plan esencial de aseguramiento universal de salud.

- Establecimientos con funciones obstétricas y neonatales primarias (FONP) y funciones obstétricas y neonatales básicas (FONB): Referir a establecimientos con FONE.
- Establecimientos con funciones obstétricas y neonatales esenciales (FONE): Contrarreferir a establecimientos con FONP y FONB.

## FLUXOGRAMA N.º 2 PARA LA ATENCION, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL OLIGOHIDRAMNIOS

Comunidad

Gestante con altura uterina por debajo de lo esperado para la edad gestacional perdida o no de líquido vía vaginal

FONP y FONB

Identificación de factores de riesgo.  
Referir para apoyo diagnóstico y/o manejo especializado

FONE

¿Confirma  
diagnóstico?

Orientación/ Consejería  
Continuar CPN en establecimiento  
de origen

Hospitalización  
Administrar más de 2000ml de agua VO.  
CINa 0.9% EV en 24hrs  
Monitoreo del bienestar fetal  
Considerar amnioinfusión  
Manejar según edad gestacional

Gestación < 26 semanas

Entre 27 – 36 semanas

Entre 37 – 42 semanas

Manejo conservado por debajo de las 24 semanas  
Control ecográficos 2 veces por semana  
Terminar gestación entre 24 – 26 semanas si existe oligohidramnios severo, anhidramnios o bienestar fetal alterado

Control ecográfico y con NST 2 veces por semana  
Terminar gestación en presencia de oligohidramnios severo o anhidramnios

Introducción del trabajo de parto si el bienestar fetal es adecuado y en ausencia de contraindicación para parto vaginal

Fuente: Guía Práctica Clínica para la atención, Diagnóstico y tratamiento de 10 condiciones obstétricas. Lima 2011 Dirección general de salud (15).

#### 4. Anhidramnios:

Se define como ausencia cualitativa de líquido amniótico o de columnas superiores a 1 cm. asociado a 40 veces el riesgo de complicaciones y mortalidad perinatal. La realización de pruebas de bienestar fetal ven la repercusión que ha determinado la carencia de líquido amniótico en estas gestantes (18).

Sin líquido el feto se encuentra expuesto a golpes y/o presión contra las paredes del útero, ocasionando consecuencias al momento de nacer, además, observándose el retraso en el desarrollo pulmonar del bebe. El síndrome de Potter, está asociada a la falta de líquido amniótico caracterizado por insuficiencia renal, provocando defectos en el feto al nacer, como, dificultad para respirar, diuresis, ojos con epicanto y muy separados, nariz ancha, orejas más bajas de lo normal y mentón diminuto (8).

#### 5. Restricción de crecimiento intrauterino

La expresión de restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) o crecimiento intrauterino restringido (CIR) es la insuficiente expresión del potencial genético de crecimiento en el feto. Po lo tanto, Pequeño para la Edad Gestacional (PEG) es cuando el feto con crecimiento fetal menor al esperado, está por debajo del percentil 10 de acuerdo a su edad gestacional. Tienen 3 tipos de patrones respondiendo a diferentes etiologías (19):

- a. Fetos constitucionalmente pequeños: 60% de los PEG. No tienen ninguna patología.
- b. Fetos pequeños por una insuficiencia placentaria: 25% de los PEG. Son los fetos con un crecimiento intrauterino restringido, 50% asociados con preeclampsia por su fisiopatología placentaria.
- c. Fetos pequeños por una condición extrínseca a la placenta: 15% de los PEG. Infecciones fetales, síndromes genéticos, cromosopatías, malformaciones congénitas y secuelas de exposiciones tóxicas.

##### 5.1. Relevancia perinatal

- a. Mortalidad fetal: el 50% de las muertes fetales pretérmino y el 20% a término.

- b. Mortalidad perinatal: de acuerdo al peso fetal y la edad gestacional, si el percentil es  $< 10$ , la tasa de mortalidad fetal aumenta 8 veces y cuando es  $< 3$ , aumenta 20 veces.
- c. Salud fetal intraparto: el 50% de fetos con RCIU tienen alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal en registro cardiotocográfico, por causas como insuficiencia placentaria, oligohidramnios y/o compresión de cordón).
- d. Morbilidad neonatal: asfixia, depresión, acidosis, convulsiones, apneas, hipotermia, policitemia, mayor ingreso a UTIN, mayor requerimiento de ARM, enterocolitis necrotizante.
- e. Desarrollo a largo plazo: crecimiento físico alterado, coeficiente intelectual  $<$  a la media para la edad, síndrome metabólico del adulto, enfermedad cardiovascular.
- f. Consecuencias en el adulto: en la vida adulta presenta un mayor riesgo de dislipidemias, síndrome metabólico, diabetes, hipertensión arterial y enfermedad cardiovascular (19).

### 5.2. Causas:

- a. Fetales: cromosomopatías, genopatías, malformaciones congénitas, embarazos múltiples, infecciones, anemia, etc.
- b. Placentarias: anomalías uterinas, miomas, tumores placentarios, trombo hematomas placentarios, mosaicismos confinados a la placenta, inserción ve lamentosa, arteria umbilical única
- c. Maternas: trombofilias, nefropatías, vasculopatías, hipóxicas, cardiopatías, malnutrición, tóxicos, infecciones, farmacológicas (19).

### 5.3. Factores de Riesgo:

- a. Historia previa de alteraciones del crecimiento fetal.
- b. Antecedente de muerte perinatal.
- c. Factores ambientales: tóxicos, alcohol, tabaco, drogas, radiación ionizante.
- d. Infecciones.
- e. Enfermedades maternas: trombofilias, enfermedades renales y vasculares, obesidad, diabetes, hipertensión arterial.

La detección de pacientes por factores de riesgo es baja, ya que, sólo el 30% de

las pacientes tienen factores de riesgo, es por ello, que las herramientas de predicción al momento, es la medición de peso y altura materna, presión arterial, IP de las arterias uterinas y dosaje de PAPP-A y Free B-HCG en semana 11-14 (19).

#### 5.4. Clasificación

Se clasifica según la proporcionalidad de la biometría fetal en RCIU simétricos y asimétricos. Y según los últimos estudios no han demostrado diferencias en las etiologías, estado hemodinámico según estudio Doppler, estado ácido-base por cordocentesis, antropometría neonatal o algún otro indicador de resultado perinatal. El grado de desviación por debajo del percentil 10 es más importante que la simetría, entre las mediciones cefálicas y abdominales, para así lograr desarrollar la secuencia de diagnóstico, seguimiento y manejo. Al momento la clasificación actual es la RCIU en precoz y tardía usando como límite las 34 semanas que permitirá un adecuado seguimiento y tomar decisiones en su manejo (20).

#### 5.5. Diagnóstico

Debemos conocer dos variables: peso estimado y edad gestacional.

- **Cálculo del peso estimado fetal:** la fórmula de Hadlock utiliza la medición del perímetro cefálico, la circunferencia abdominal y la longitud del fémur. Tasa de error estimado de +/- 15% del peso real.
- **Cálculo del percentil de crecimiento:** luego del peso fetal y edad gestacional se calcula el percentil de crecimiento. Se compara mediante ultrasonido con las curvas de Hadlock, asignando los percentiles correspondientes. La datación del embarazo se debe realizar comparando la edad gestacional por FUM y una ecografía del 1º trimestre.

Si no se cuenta con la ecografía del 1º trimestre, se debe hacer curva de crecimiento con nueva valoración de peso fetal ecográfico como mínimo de 2 semanas. Si se presenta una curva de crecimiento patológica, se identifica un grupo de mayor riesgo de morbimortalidad perinatal y mayor admisión neonatal

en UCI. Los que tienen un peso inferior del percentil 3, presentan un riesgo aumentado, por lo que pertenece al grupo de fetos con crecimiento restringido, aumentando 20 veces la mortalidad perinatal. Los que tienen un peso entre el percentil 3 y percentil 10 deberían ser estudiados con la velocimetría por Doppler obstétrico, para mejores diagnósticos y un manejo adecuado (20).

## 5.6. Seguimiento:

### 5.6.1 Ecografía Doppler:

En la insuficiencia placentaria se evalúa el cambio hemodinámico de diferentes vasos, la arteria uterina (AUt) y la Arteria Umbilical (AU), mientras que la arteria cerebral media (ACM), la aorta abdominal, la arteria renal y el ductus venoso (DV) indicarán el estado fetal (21).

#### - **Arteria umbilical:**

Las alteraciones son secundarias a la vasoconstricción crónica de las vellosidades terciarias. Se puede observar que en las etapas avanzadas, el aumento de la resistencia lleva una onda diastólica ausente o disminuida y el flujo reverso precede aproximadamente 1,5 semanas a la alteración de las pruebas agudas, el 80% de los bebés hipóxicos y el 40% de los bebés con acidosis presentan flujo reverso. Por el contrario, el 12% de los bebés con flujo diastólico muestran hipoxia y es poco probable encontrar acidosis. La ausencia de flujo de diástole identifica a fetos con acidosis con una sensibilidad del 90%, especificidad del 92%, valor predictivo positivo del 53% y valor predictivo negativo del 100%. Es decir, cuando un feto presenta un IP alterado de la arteria umbilical (mayor al percentil 95) indica un riesgo relativo de muerte perinatal de 6.49 y asociado con alguna mortalidad perinatal del 34%. La ausencia de flujo diastólico se asocia con una tasa de mortalidad perinatal del 45% y el 98% de los fetos con flujo diastólico ausente requieren internación en UTIN. Cada resultado lleva a la recomendación de evitar la aparición de flujo diastólico ausente, siendo la finalización del embarazo antes de que esto suceda o se detecte (19).

#### - **Arteria cerebral media:**

Marcador crónico que se ve afectado de manera progresiva y la única información

que nos da, es que el mecanismo de respuesta cerebral fetal desencadena a la hipoxia, lo cual, genera vasodilatación, aumentando la velocidad en diástole y disminuyendo el IP. Esta alteración puede preceder en 2 a 3 semanas el deterioro severo y sin utilidad para el seguimiento. Se considera que un feto tiene vasodilatación cerebral cuando el IP de la arteria cerebral media es  $<$  percentil 5 de manera persistente (2 determinaciones separadas por más de 12 horas) (19).

Se realizó estudios de seguimiento en niños con vasodilatación de la arteria cerebral media en la vida intrauterina y encontraron un rendimiento subóptimo en el coeficiente intelectual, cuando el IP de la ACM era  $<$  percentil 5.

Los fetos PEG con Doppler de la arteria umbilical normal, que cambian su clasificación debido a una alteración de la arteria cerebral media (IP p95) por vasodilatación, tienen un mayor riesgo mortalidad perinatal (19).

#### - **Índice cerebro-placentario:**

El índice cerebro placentario es el parámetro más sensible para detectar RCIU, ya que, combina las alteraciones de la arteria umbilical y la ACM, detectando cambios, aunque permanezcan en los límites de normalidad. Su alteración precede a la caída del IP de ACM  $<$  percentil5, se presenta el seguimiento de fetos PEG con Doppler normal después de las 34 semanas, con una sensibilidad del 60%. Detecta fetos con vasodilatación cerebral temprana, que aún no han llevado al IP de la arteria cerebral media por debajo del percentil 5. Cuando un PEG muestre un ICP p95 demostró caída de la velocidad de crecimiento a la mitad (8,3g/día) si se compara con AU IP  $>$  p95 con ICP normal (18,6g/día). Por otro lado, el ICP mejora la especificidad de la arteria umbilical y la tasa de detección de fetos en situación de riesgo, ya que el OR para morbilidad perinatal de AU IP  $>$  p95 es 3,4 y, si se suma ICP alterado, el OR pasa a ser de 7,6; equivalente a encontrar flujo ausente o reverso en AU que tiene un OR de 7,9 (19).

#### - **Arterias uterinas:**

Es de suma importancia para la valoración del riesgo en RCIU tardía. Se utiliza el promedio del IP de ambas arterias uterinas, independientemente de si presentan notch. Se presenta de una arteria uterina con un IP  $>$ p95 a un grupo de fetos con aproximadamente el 40% de posibilidades de presentar una ACM  $<$ p5 y el 60% de una relación cerebro placentaria (RCO)  $<$  p5, mientras que en los fetos con IP

de uterinas < p95 evolucionan en el 15% y el 28% a vasodilatación de la ACM e inversión del RCP respectivamente (19).

- **Ductus venoso:**

Es el parámetro que ha mostrado una mayor asociación con la mortalidad perinatal, con un RR de 5 y una probabilidad de muerte perinatal entre el 60% y el 95%. La ausencia o reversión de la onda A es uno de los principales determinantes en RCIU precoz. Para considerar una onda A alterada, debe estar en >50% de los ciclos y se debe comprobar entre 3 y 12 horas antes de decisión clínica basada en el Doppler. La ausencia o reversión de la onda A, indica acidosis fetal, terminando en muerte fetal a corto plazo, asociada al 60- 95% de mortalidad perinatal, su alteración precede 3-4 días promedio al patrón desacelerativo (19).

**5.6.2. Registro cardiotocográfico (RCTG):**

Es un instrumento útil que ayuda a detectar la descompensación aguda del bienestar fetal, comparada con la valoración visual. El RCTG computarizado tiene una sensibilidad del 90% con una especificidad del 40%. La pérdida de la variabilidad a corto plazo se detecta unos días antes de la descompensación fetal, presentándose casi con la modificación de los flujos venosos. El Estudio Truffle ha demostrado en su análisis que asociar el RCTG con el DV mejora los resultados en RCIU precoz (19).

**5.6.3. Perfil biofísico:**

La correlación con la hipoxia es baja, mientras que es un aceptable indicador de acidosis, por lo que genera cambios en el tono y movimientos del bebe. El volumen de líquido amniótico es un indicador de compromiso crónico que disminuye paulatinamente. En el 90% de los casos la alteración de los flujos venosos se produce unas 48-72 horas antes de que ocurran cambios en el perfil biofísico (19).

Imagen 1. Percentiles útiles en Doppler Obstétrico

Edad Gestacional	Peso Fetal			Arteria Umbilical	Arteria Cerebral Media	Índice Ceb / Plac	Istmo Aórtico	Velocidad Pico Sistólico	Ductus Venoso	Vena Cava Inferior	Arteria Uterina (*)	Función Cardíaca
	EG (Sem)	PERCENTILES (g)			IPAU (p95) <sup>2</sup>	IPACM (p5) <sup>2</sup>	ICP (p5) <sup>3</sup>	IAo (p5) <sup>4</sup>	VPS (cm/seg) (1.5MoM) <sup>5</sup>	IPDV (p95) <sup>6</sup>	IPCVCi (p95) <sup>7</sup>	IPUt (p95) <sup>8</sup>
20	247	275	387	2.01	1.37	0.65	1.244	38	0.89	0.81	1.61	0.43
21	298	331	467	1.96	1.4	0.75	1.239	40	0.88	0.78	1.54	0.43
22	357	397	559	1.9	1.45	0.85	1.216	42	0.87	0.75	1.47	0.43
23	424	472	664	1.85	1.47	0.92	1.201	44	0.86	0.72	1.41	0.43
24	500	556	784	1.79	1.5	1	1.186	46	0.85	0.68	1.35	0.43
25	586	652	918	1.73	1.51	1.05	1.172	48	0.83	0.66	1.30	0.43
26	681	758	1.068	1.69	1.52	1.1	1.157	50	0.82	0.64	1.25	0.44
27	787	876	1.234	1.64	1.53	1.15	1.142	52	0.81	0.62	1.21	0.44
28	903	1.005	1.415	1.6	1.53	1.2	1.126	55	0.80	0.60	1.17	0.44
29	1.029	1.145	1.613	1.58	1.53	1.23	1.112	58	0.79	0.57	1.13	0.44
30	1.163	1.294	1.824	1.54	1.52	1.25	1.097	61	0.78	0.55	1.10	0.44
31	1.306	1.454	2.048	1.5	1.51	1.27	1.082	64	0.76	0.53	1.06	0.44
32	1.457	1.621	2.285	1.48	1.5	1.28	1.068	67	0.75	0.52	1.04	0.44
33	1.613	1.795	2.529	1.46	1.47	1.27	1.054	70	0.74	0.50	1.01	0.44
34	1.773	1.973	2.781	1.43	1.43	1.27	1.039	73	0.73	0.48	0.99	0.44
35	1.936	2.154	3.036	1.42	1.4	1.25	1.024	76	0.72	0.47	0.97	0.45
36	2.098	2.335	3.291	1.41	1.37	1.22	1.01	80	0.71	0.45	0.95	0.45
37	2.259	2.514	3.542	1.4	1.32	1.17	0.995	84	0.70	0.43	0.94	0.45
38	2.414	2.687	3.785	1.4	1.28	1.13	0.98	88	0.68	0.41	0.92	0.45
39	2.563	2.852	4.018	1.4	1.21	1.08	0.966	92	0.89	0.40	0.91	0.45
40	2.700	3.004	4.234	1.4	1.18	1	0.951	97	0.88	0.39	0.90	0.45

(\*) Arteria Uterina:  
11 Sem: 2.70 / 12 Sem: 2.53 / 13 Sem: 2.38 / 14 Sem: 2.24 / 15 Sem: 2.11 / 16 Sem: 1.99 / 17 Sem: 1.88 / 18 Sem: 1.79 / 19 Sem: 1.70

1. Hadlock FP, Radiology 1991; 181: 129  
2. Arduini DJ, Perinat Med 1990; 18: 165  
3. Baschat AA UOG 2003; 21: 124  
4. Ruskamp UOG 2003; 21: 441- 444  
5. Mari G. Engl. J Med 2000; 342: 9  
6. Hecher K UOG 1994; 4:381  
7. Rizzo G UOG 1996; 7: 401  
8. Gómez O UOG 2008; 32: 128  
9. Hernández E. UOG 2007; 29: 321

Fuente: Guía técnica de ecografía básica obstétrica y ginecología (22).

### 5.7. Conducta en fetos con RCIU precoz:

Una nueva clasificación que permite estandarizar el seguimiento y la conducta en fetos con RCIU es la basada en los cambios a nivel del Doppler (19).

Tabla 2: Clasificación de estandarización y conductas en fetos con RCIU

Estadio	Correlación Fisiológica	Criterios (uno solo es suficiente)	Seguimiento	Finalización
I	Leve o moderada insuficiencia placentaria	IP AU > p95 PFE < p3 RCP < p5 ACM < p5 IP AUt > p95	semanal	37 semanas inducción del TP
II	Severa insuficiencia placentaria	AU fin diástole ausente IAo reverso	2 veces /semana 2- 3 días	34 semanas cesárea
III	Baja sospecha de acidosis fetal	AU fin diástole reversa IP DV > p 95	Cada 1 – 2 días	30 semanas cesárea
IV	Alta sospecha de acidosis fetal	DVa ausente o reversa CTG c < 3ms Desaceleración FCF	12hrs	26 semanas cesárea

Fuente: Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (19).

- **RCIU precoz y neuro profilaxis con SO4Mg:** Hay evidencia que recomienda la administración entre semana 24 y 34 semanas en fetos, con riesgo inminente de parto, viendo una disminución de la incidencia de parálisis cerebral en el grupo de fetos tratados, con un mínimo de impregnación de 4 horas antes del parto mejora los resultados (19).
- **Recomendación sobre el uso de corticoides para maduración pulmonar:** Se aconseja utilizar en CIR 3 entre 24 y 34 semanas con riesgo elevado de parto en las próximas 48 hs. y en todos los CIR 4 al momento de su diagnóstico. La administración de corticoides en la mayoría de los fetos con un flujo de fin de diástole ausente en la arteria umbilical presenta una recuperación transitoria de

unos 3 - 5 días del flujo diastólico, que es un efecto transitorio y no debe hacer cambiar la conducta (19).

### 5.8. Conducta en RCIU tardía:

Según la federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia, se divide a los fetos con un peso por debajo del percentil 10 después de las 34 semanas en dos grupos:

Tabla 3: Peso fetal estimado según su percentil

	<b>ARTERIA UTERINA</b>	<b>INDICE CEREBRO PLACENTARIO</b>	<b>PESO FETAL ESTIMADO</b>
<b>PEG</b>	Normal	Normal	Menor al p10 y mayor al p3
<b>RCIU</b>	Mayor al p95	Menor al p95	Menor al p3

Fuente: Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (19).

Para incluir en el grupo de RCIU se debe dar al menos una de las 3 condiciones. En los casos en los que no existan signos de insuficiencia placentaria con ICP y arterias uterinas normales en el control del 1er trimestre, los controles se realizarán cada 2 semanas usando el ICP como herramienta de control. Si se tiene IP anormal de arterias uterinas en el 1er trimestre o ICP alterado, el control se realizará semanal (19).

Si se presenta un IP de la arteria cerebral media < percentil 5, signo de vasodilatación cerebral, entonces, el control se realizaría cada 3 o 4 días y se debe añadir al control en estos casos el ductus venoso, que permitirá predecir la aparición de acidosis. La finalización del embarazo en los fetos PEG se debe realizar de acuerdo a su evolución hasta las 40-41 semanas (19).

En los fetos con RCIU la conducta dependerá del parámetro que los incluyó en este grupo:

- ICP alterado o arterias uterinas alteradas: inducción con monitoreo a las 37-38 semanas.
- ACM con signos de vasodilatación: el embarazo culminará entre las 34-37 semanas mediante inducción con monitoreo, aunque en la mayoría de estos casos hasta en el 60% termina en cesárea de urgencia por alteración del bienestar fetal.



**CAPÍTULO II. MARCO METODOLÓGICO**

## Presentación de caso clínico

### 1. Anamnesis

#### 1.1. Filiación

<b>Nombres y Apellidos</b>	V.L.M
<b>Edad</b>	36 años
Cama	411-A
Historia Clínica	680672
DNI	448#####
<b>Sexo</b>	Femenino
<b>Raza</b>	Mestiza
<b>Estado civil</b>	Conviviente
<b>Lugar de nacimiento</b>	Rospata – Huancané
Fecha de Nacimiento	12/06/1987
<b>Ocupación actual</b>	Ama de casa y Comerciante
<b>Grado de instrucción</b>	Secundaria Completa
<b>Lugar de Procedencia</b>	Rospata
Domicilio actual	Jirón Azángaro # Juliaca
<b>Religión</b>	Católica
<b>Idioma</b>	Castellano y Aimara
Pareja	J.F.C.C
Ocupación de pareja	Electricista
<b>Fecha de ingreso</b>	16 de marzo del 2024
Forma de Ingreso	Referencia de Juliaca
<b>Fecha de elaboración de Historia Clínica</b>	17 de marzo del 2024
<b>Informante</b>	La paciente

#### 1.2. Antecedentes personales

##### 1.1.1 Antecedentes fisiológicos

<b>Nacida de parto</b>	<b>Eutócico en domicilio</b>
<b>Crec. y desarrollo psicomotor</b>	<b>Normal</b>
<b>Lactancia materna</b>	Hasta los 4 años

<b>Vacunación</b>	Completa
-------------------	----------

### 1.1.2 Antecedentes patológicos

Enfermedades Infancia	No refiere
Enfermedades Adolescencia	No refiere
Enfermedades de la Adultez	Litiasis Vesicular
Intervenciones Quirúrgicas	Colecistectomía Laparoscópica en Juliaca y Cesárea segmentaria
Accidentes o Traumatismos	No refiere
Hospitalizaciones	2 oportunidades post operatorias
Transfusiones Sanguíneas	No refiere
Alergia a Medicamentos	No refiere
Alergia a Alimentos	No refiere

### 1.1.3 Antecedentes Ginecológicos y obstétricos

<b>Menarquía</b>	<b>16 años</b>
<b>Régimen catamenial</b>	30/3
<b>Dismenorrea</b>	No refiere
<b>IRS</b>	22 o 23 años
<b>N° de parejas sexuales</b>	2
<b>Flujo vaginal</b>	No refiere anteriormente, pero si presento en este embarazo y recibió tratamiento de óvulos
<b>ITS</b>	No refiere
<b>Método anticonceptivo</b>	Solo utilizo 2 veces inyectable mensual y hace 8 años 1 inyectable trimestral
<b>Papanicolau</b>	Enero 2024 por 1ra vez
<b>Resultado PAP</b>	Negativo
<b>Examen de mamas</b>	Normal
<b>Gestaciones</b>	<b>02</b>
<b>Parto a término</b>	0

<b>Parto pretérmino</b>	1
<b>Aborto</b>	0
<b>Hijos vivos</b>	1
<b>Partos vaginales</b>	0
<b>Cesáreas</b>	1
Primera gestación:	
<b>Fecha de término</b>	23/12/2013
<b>Tipo</b>	Parto Distócico: Cesárea Segmentaria
<b>Lugar</b>	Clínica Particular
<b>Motivo</b>	Pérdida de líquido a las 36sem “Oligohidramnios por RPM” RN vivo Sexo Femenino Peso 2500grs

#### 1.1.4 Antecedentes familiares

El conyugue de la paciente presenta obesidad grado II, la hija aparentemente sana, no cuenta con vacunas completas, padre, madre y hermanos no presentan enfermedades graves.

#### 1.1.5 Antecedentes ambientales y socio – económicos

<b>Vivienda</b>	<b>Propia de 2 pisos terreno 8 x 11</b>
<b>Material</b>	Noble
<b>Habitaciones</b>	3
<b>N° de personas que la habitan</b>	3
<b>Recojo de basura</b>	Si
<b>Luz</b>	Si
<b>Agua</b>	Si
<b>Desagüe</b>	Si
<b>Crianza de Animales</b>	Gato
<b>Ingreso Familiar Mensual</b>	6000 soles aproximadamente
<b>Persona Responsable del Sustento Familiar</b>	Ambos Padre Electricista – Madre Comerciante de comida fresca en mercado
<b>Seguro de Salud</b>	Essalud
<b>Alimentación</b>	<b>Buena</b>
<b>N° de veces al día</b>	3

<b>Bebe gaseosas</b>	Esporádico
<b>Bebe té/ café</b>	Esporádico
<b>Mates</b>	Hierba Luisa, Manzanilla, Muña y Eucalipto
<b>Fuma</b>	No
<b>Ingiere bebidas alcohólicas</b>	Esporádico, solo en eventos
<b>Consume drogas</b>	No
<b>Armonía Familiar</b>	<b>Buena</b>
<b>Deporte</b>	No

### 1.1.6 Gestación Actual

<b>FUM</b>	18/7/2023
<b>FPP</b>	25/4/2024
<b>Inicio de CPN</b>	I trimestre 13sem – 18/10/2023
<b>Número de CPN</b>	7
<b>Embarazo planificado</b>	No
<b>Lugar de CPN</b>	Policlínico Essalud de Juliaca
<b>Peso pregestacional</b>	63kg
<b>Último Peso</b>	70.650kg
<b>Ganancia de Peso Gestacional</b>	7,650kg
<b>Talla</b>	1,52
<b>IMC</b>	Inicio: 27,3 Ult. control: 30,3
<b>Vacuna Antitetánica</b>	1
<b>Cultivo secreción Vaginal</b>	Células regular cantidad Leucocitos 10 a 15 x campo gérmenes 3+ Gram: Bacilos gran positivos 2+, bacilos gran negativos 1+ KOH: Negativo

<b>Ecografía 20/10/23</b>	<p>Primer trimestre: si actividad cardiaca 156lpm LCC: 65.3mm, Placenta: inserción fúndica corp. Ant. Grado de maduración: 0, Líquido amniótico adecuado</p> <p>Conclusión</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestación de 12sem. 06 días</li> <li>- Feto único vivo</li> </ul>
<b>PAP 14/11/2023</b>	Muestra satisfactoria negativo a lesión epitelial y malignidad
	<p>Inflamación leve</p> <p>Muestra adecuada sin células endocervicales</p>
<b>Plan de parto</b>	I (18.10.2023)
<b>Tamizaje de violencia/ género</b>	Sí
<b>Suplementación de Ácido Fólico + Hierro y Calcio</b>	Inter diario, no siempre
<b>Visita domiciliaria</b>	Si, solo una vez
<b>Estimulación prenatal</b>	No
<b>Psicoprofilaxis obstétrica</b>	No
<b>Actividad sexual</b>	No
<b>Molestias durante el embarazo</b>	
<b>I Trimestre</b>	No refirió nauseas ni vómitos, no sabía que estaba embarazada porque no presentaba ninguna molestia
<b>II Trimestre</b>	Flujo vaginal blanquecino con tratamiento de óvulos, náuseas y vómitos por suplementación de Hierro y Calcio
<b>III Trimestre</b>	Vientre duro y disminución de movimientos del bebe

### 1.3. Analisis de laboratorio

Laboratorio 1er CPN 19/10/2023		Laboratorio 6/03/24	
<b>Hematológico</b>		<b>Hematológico</b>	
<b>Hemoglobina</b>	13 (19.10.2023)	<b>Hemoglobina</b>	13.1
<b>Leucocitos</b>	9.10	<b>Leucocitos</b>	7.24
<b>Grupo Sanguíneo y RH</b>	O Rh +	<b>Plaquetas</b>	266
<b>Laboratorio Bioquímico:</b>		<b>Laboratorio Bioquímico:</b>	
<b>Glucosa Basal</b>	85.1	<b>Glucosa Basal</b>	93.1
<b>Inmunológico</b>		<b>Creatinina</b>	0.66
<b>VIH</b>	No reactivo (19.10.2023)	<b>Urea</b>	34.3
<b>SIFILIS</b>	No reactivo (19.10.2023)	<b>TP</b>	10.6
<b>HEPATITIS B</b>	No reactivo (19.10.2023)	<b>INR</b>	0,81
<b>Orina</b>		<b>Orina</b>	
<b>Examen completo de orina</b>	Células epiteliales regular cantidad (19.10.2023), Leucocitos 2-4 x campo, Bacterias 1+, Oxalatos de calcio (++)	<b>Examen completo de orina</b>	Células epiteliales (18 - 20x), Leucocitos 4 - 6 x campo, Bacterias (++)

### Línea de tiempo controles prenatales

1er CPN Obstetra	2do CPN Medicina	3er CPN Obstetra	4to CPN	5to CPN Ginecología	7mo CPN
18/10/2023	23/10/2023	22/11/2023	9/01/2024	27/2/2024	13/3/2024
Gest 13sem PA: 114/71mm Hg FC: 88x T: 35.8 °C Peso 63,350kg AU 13cm SPP Ind LCF 154x	Gest 14sem	Gest 18sem PA: 113/67mmHg FC: 90x T: 36.2 °C Peso 64,8kg AU 17cm SPP Ind LCF 150x	Gest 25sem PA: 113/72mmHg FC: 90x T: 36.2 °C Peso 65,55kg AU 24cm SPP Ind LCF 147x	Gest 32 semanas LCF 139	Gest 34sem PA: 118/74mm Hg FC: 82x T: 36.2 °C Peso 70,650kg AU 27cm SPP LCF 140x MF ++
Pol. Juliaca	Pol. Juliaca	Pol. Juliaca	Pol. Juliaca	HIII Juliaca	Pol. Juliaca

### Exámenes auxiliares de imagenología

1er CPN	4to CPN	7mo CPN
20/10/23	10/1/2024	13/3/2024
<b>Ecografía</b> LCC 65.3mm Placenta: inserción fúndica corporal anterior grado de maduración: 0 ILA normal Gestación 12sem 6	<b>Ecografía</b> Antropometría fetal BPD: 57.5mm = 23sem 4 días FL: 41.6 mm =23sem 4 días PF EFW: 613grs +/- 89 grs LCF: 144x MF presentes, placenta: localización corporal anterior 0/III	<b>Ecografía</b> LCI Antropometría fetal BPD: 78mm CC:273mm AC: 266mm FL: 58mm PF: 1600grs LCF: 144x

días	Líquido Amniótico: Adecuado Conclusiones Gestación única activa de 23 semanas y 3 días +/- 2 semanas por BF	MF presentes, placenta fúndica anterior grado II grosor 25mm Líquido Amniótico: Adecuado ILA: 5cm Conclusiones Gestación única activa de 30 2/7 semanas por BF Oligohidramnios
------	---	--

## 2. Historia de la enfermedad:

Paciente que inicio su 1er control prenatal a las 13 semanas, catalogada como alto riesgo obstétrico por Cesareada anterior, gestante tardía y PIG largo.

El 16 de marzo la paciente refiere presentar sensación de “dureza en vientre” y disminución de movimientos fetales, por la mañana, aproximadamente 10:30h, por lo cual decide ir a consulta particular con médico ginecólogo, donde le realizan una ecografía y le indican a paciente “que no presenta líquido amniótico y que es muy pequeño para la edad gestacional y que deben hacerle cesárea segmentaria de urgencia”, paciente acude a su casa a sacar sus cosas y decide esperar a su esposo el cual llegar a las 15h aproximadamente, a esa hora se aproximan a emergencia del hospital III de Juliaca – EsSalud donde es evaluada en el servicio de gineco obstetricia, al examen físico encuentran: Feto en longitudinal cefálica izquierda (LCI), AU: 27cm, LCF 144x, el examen ecográfico encuentra: RCIU I, oligohidramnios (ILA 2.2cm), placenta grado II/III, PF: 1558grs. – menor al P3 para la edad gestacional de 34.2 sem. por fecha de ultima menstruación, le indican Cesárea de emergencia, se le coloca 1 dosis de Dexametasona.

Paciente refiere que le indican que por la edad gestacional no contaban con incubadora en el Hospital, por lo cual se decide la referencia a Hospital de mayor complejidad “Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo - Arequipa”, previa coordinación, sale de Juliaca a las 22h aproximadamente, llegando a Arequipa a las 3h del día 17 de marzo, a su ingreso le realizan examen físico con una AU:29cm, feto en LCI LCF 145x, no se evidenciaba perdida de líquido, se realiza ecografía: feto en LCI, LCF:148x Biometría: DBP 74mm para 29sem 5 días, CC 282mm para 31sem, CA de 251mm para 29sem 2 días, LF de 58mm para

29sem 4 días, ILA: ausente, placenta fúndica anterior grado placentario II/III, cervicometría: 33mm, Doppler IPAU:1.52 >P95 IP ACM: 1.37 < p5, ICP 0.90 < p5 IP DV: 0,34 < p95 IMP Dx: RCIU tipo I (*Anhidramnios Doppler Fetal Alterado*) y un TNE: categoría II, DU 2/10, poca variabilidad a pesar de estimulación vibro acústica (EVA), no movimientos fetales; cuenta con proteinuria cualitativa ++, es por ello que se considera d/c Hipertensión gestacional.

Queda en sala de Hospitalización Obstetricia a la espera de indicaciones, a las 5h aproximadamente pasa a Sala de operaciones (SOP), con el siguiente Diagnóstico:

- Anhidramnios
- RCIU

En SOP se realiza cesárea segmentaria con incisión Pfannestiel, con Diagnóstico: post operatorio:

- Anhidramnios
- Desprendimiento prematuro de placenta (DPP) 10%
- RCIU
- Tabique uterino cara posterior a 2cm del OCI
- Recién nacido vivo masculino en cefálica, Apgar 8/9, peso 1480grs. Talla 40cm, líquido amniótico en muy escasa cantidad.
- 

Paciente pasa a recuperación en buenas condiciones, luego a hospitalización estable, responde al interrogatorio y sin referir molestias.

## 2.1. Enfermedad Actual

<b>Tiempo de la enfermedad</b>	2 días
<b>Inicio</b>	Súbito
<b>Síntoma principal</b>	Sensación de dureza en vientre y disminución de movimientos fetales

## 2.2. Funciones Biológicas:

Apetito	NPO desde el 16/03/24
Sed	NPO
Deposición	Conservado
Micción	Conservado
Sueño	Conservado

## 2.3. Examen Físico

### 2.3.1. General (en hospitalización PO)

Se encuentra en posición decúbito supina, activa, regular estado general, buen estado de nutrición, regular estado de hidratación, lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona, participa activamente en el examen e interrogatorio.

<b>FUNCIONES VITALES</b>	<b>EVALUACIÓN NUTRICIONAL</b>
Presión Arterial; 110/60 mmHg	Peso: 70 kg
Frecuencia cardiaca: 73 latidos x min	Talla: 1.52cm
Temperatura: 36.6 °C	IMC: 30,3
Frecuencia Respiratoria: 18 x min	
Saturación de Oxígeno: 94%	

### 2.3.2. Regional

- PIEL Y FANERAS

Tez morena, Uñas poco rosadas, llene capilar < 2 segundos.

- CABEZA:

Normocéfala, Cabello negro, en regular estado de higiene.

- OJOS:

Párpados móviles Conjuntivas ligeramente pálidas. Pupilas isocóricas, normo reactivas.  
Escleróticas con presencia de pterigión.

- OIDOS:

Pabellones auriculares en buenas condiciones Conducto auditivo externo permeable buen estado de audición

- NARIZ:

Fosas nasales permeables, no dolorosos. Buen estado de olfato.

- BOCA:

Labios simétricos. Mucosa oral un poco seca. Dientes en regular estado de higiene en tratamiento con 2 piezas dentales postizas.

- CUELLO

Móvil, no doloroso. No adenopatías. No se palpa tiroides.

- TORAX:

Tórax móvil, no doloroso a la palpación. No se auscultan ruidos sobre agregados.

- MAMA:

Mamas blandas, no dolorosas a la palpación. Pezones formados con presencia de secreción calostrál en escasa cantidad.

- APARATO CARDIOVASCULAR:

Ruidos cardiacos rítmicos, No se auscultan soplos. FC: 69 x min.

- ABDOMEN

Blando, depresible, indoloro, presencia de panículo adiposo, No se visualiza visceromegalias. Ruidos hidroaéreos presentes.

- GINECO OBSTÉTRICO

Útero contraído, involución uterina 18cm. Poco doloroso a la palpación, Apósitos secos de herida operatoria

GÉNITO-URINARIO

Genitales externos y periné en buenas condiciones con presencia de loquios hemáticos en

escasa cantidad, se realiza Puño percusión renal con respuesta negativa.

- COLUMNA VERTEBRAL Y EXTREMIDADES

Columna vertebral conservada, miembros inferiores con presencia de edema + en tobillos.

- NEUROLÓGICO:

Paciente despierta, con respuesta motora conservada. Al momento activa, presencia de reflejos conservados.

## 2.4. Exámenes Auxiliares -Laboratorio

### 2.4.1. PREOPERATORIO

#### 2.4.1.1.Hematológico

<b>Fecha</b>	<b>: 16.03.2024</b>
<b>Hemograma automatizado</b>	
Leucocitos	: 7.24 x10/E9L
Hematíes	: 4.45 x10/E9L
Hemoglobina	: 13.1 g/dl
Hematocrito	: 37.50 %
Volumen corpuscular medio	: 84.3 fL
HCM	: 29.4 pg
CHCM	: 34.9 %
Plaquetas	: 266 x10/E9L
VPM	: 10 fL
RDW-CV	: 46.3 %
Linfocitos %	: 34.3 %
Monocitos %	: 6.9 %
Segmentados%	: 56.6 %
Eosinófilos	: 0.7 x10/E9L
Basófilos	: 0.3 x10/E9L
Blastos	: 1.02 x10/E9L

#### 2.4.1.2. Impresión Diagnóstica de Ingreso

- Segundigesta primípara
- Gestación de 34.4 semanas por FUM
- Anhidramnios

- Restricción de crecimiento intrauterino tipo I
- Cesareada anterior x 1
- D/C HTA gestacional
- Sobrepeso materno para la edad gestacional

#### **Plan de Trabajo**

- Control obstétrico estricto

#### **Indicaciones**

- Cesárea segmentaria
- A la espera de resultados de clave azul
- Cl Na 0.9 % 1000cc XXX gotas por min.
- Dexametasona 6mg c/12hrs IM x 3 dosis

#### **Tratamiento**

- CL NA 0.9 % 1000CC XXX gts x minuto
- Dexametasona 6mg c/12hrs IM (x 3 dosis)

#### **Indicaciones Finales**

- Término de la Gestación
- Cesárea segmentaria

#### **Indicaciones 18/3/2024**

- Control de Fs. Vs, PA c/24hrs en hoja especial
- Control de involución uterina
- Control de signos de alarma, loquios, diuresis horaria,
- Higiene vulvo perineal
- HB de control 6hrs post cirugía
- Extracción de leche c/3hrs
- Clave azul negativa

#### **2.4.2. POS PARTO**

- Dieta líquida amplia y luego blanda variada, con alimentos ricos en hierro de origen animal
- Deambulación asistida

- Control de signos de alarma del puerperio
- Lactancia materna exclusiva
- Plan de alta médica con indicaciones

#### TRATAMIENTO

- Dextrosa 5% + ClNa 20% 1 amp. + Oxitocina 20UI Frasco I y II (30gts. EV)
- Metamizol 2grs c/8hrs EV
- Tramadol 100mg SC Dolor intenso
- Cefazolina 1gr. c/8hrs x EV
- Nifedipino 10mg condicional PA > 160/100mmHg

#### Resultados de laboratorio control

<b>Fecha</b>	<b>: 18/3/24</b>
<b>Hemograma automatizado</b>	
Leucocitos	: 12.12 x10/E9L
Hematíes	: 3.63 x10/E9L
Hemoglobina	: 10.8 g/dl
Hematocrito	: 31.6 %
Volumen corpuscular medio	: 91 fL
HCM	: 29.8 pg
CHCM	: 34.2 %
Plaquetas	: 210 Fl
VPM	: 9.1 Fl
RDW-CV	: 46.3 %
Linfocitos %	: 23.7 %
Monocitos %	: 2.6 %
Segmentados%	: 65 %
Eosinófilos	: 0.0 x10/E9L
Basófilos	: 0.0 x10/E9L
Linfocitos	: 3.7 x10/E9L
Monocitos	: 0.4 x10/E9L
INR	: 0.971 seg

## Bioquímico

<b>Fecha</b>	<b>: 18.03.2024</b>
Glucosa basal	52 mg/dl
Creatinina	0.77 mg/dl
Bilirrubina Total	0,36 mg/dl
Directa	0,15 mg/dl
Indirecta	0,21 mg/dl
Lactato Deshidrogenasa (LD) (LDH)	339 mg/dl
TGO	24 U/L
Transferasa: amino laminasa (ALT) (SGPE)	14 U/L
TGP	
Urea	40 mg/dl
Ácido Úrico	3.7 mg/dl

### 2.4.3. ALTA

#### DIAGNÓSTICO DE EGRESO

- Puerpera mediata Po 2 día de Cesárea segmentaria por RCIU TIPO 1 + Anhidramnios + DPP 10% + Tabique uterino en una gestación de 34.4sem.

#### INDICACIONES

- Dieta blanda variada y con alimentos ricos en hierro de origen animal
- Control de signos de alarma del puerperio
- Lactancia materna exclusiva por 6 meses
- Plan de alta médica con indicaciones
- No relaciones sexuales en 45 días
- Baño diario
- Control por consulta externa de obstetricia

#### TRATAMIENTO

- Paracetamol 2tb VO c/8hrs x 3 días luego condicional al dolor
- Nifedipino 10mg 1 tb VO c/8hrs x 7 días
- Hierro bebible 1.5 ml c/12 VO
- Sal ferrosa 1tb VO c/12hrs x 30días



**CAPÍTULO III. DISCUSIÓN**

## DISCUSIÓN

Según el análisis realizado, la investigación reveló lo siguiente: durante el seguimiento y el estudio de caso clínico en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo, el paciente fue sometido a una entrevista, a una revisión de la tarjeta perinatal y a una ecografía basada en la información de la tarjeta perinatal. La paciente reveló un diagnóstico previo de oligohidramnios por RPM a las 36 semanas de su embarazo anterior, con un peso fetal de alrededor de 2500 gramos, que culminó con una cesárea segmentaria en una clínica privada. La paciente se sometió a 7 controles prenatales de acuerdo con las directrices de atención materna, aunque se observaron discrepancias al completar la tarjeta perinatal, como que no se marcaba la casilla de edad en el caso de las personas mayores de 35 años, la omisión del término «embarazo tardío» en el diagnóstico inicial y fechas contradictorias con respecto al último período menstrual.

Los registros desactualizados de las pruebas de laboratorio de octubre, la irregularidad en las ecografías por trimestre y la ausencia de ecografías genéticas y morfológicas para evaluar el riesgo de RCIU y la prematuridad debido al historial de cesárea segmentaria de la paciente, la clasifican como una paciente de alto riesgo obstétrico según la Directiva núm. 2 y la NTS núm. 105-MINSA/DGSP-V.01. La consulta inicial con un médico, según lo estipulado en el reglamento, no se cumplió adecuadamente.

Sobre el caso clínico presentado, se evidencian múltiples aspectos que afectaron la calidad de atención y el desenlace obstétrico de la paciente. Aunque se siguieron algunas pautas de atención prenatal, como entrevistas, revisiones de tarjeta perinatal y ecografías, existieron deficiencias significativas en la gestión del embarazo de alto riesgo.

Inicialmente, la paciente mostró antecedentes de complicaciones obstétricas en embarazos previos, incluyendo oligohidramnios severo que culminó en una cesárea segmentaria. Sin embargo, durante el presente embarazo, se observaron discrepancias en el manejo clínico, como la falta de actualización de registros, irregularidades en las ecografías y omisiones en la documentación médica. Estas deficiencias contribuyeron a una subestimación del riesgo obstétrico, a pesar de las directrices que la clasificaban como paciente de alto riesgo.

El diagnóstico tardío de restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) y anhidramnios, a las 34 semanas de gestación, subraya una falla en la vigilancia fetal adecuada durante los controles prenatales. La urgencia de la cesárea debido a estas complicaciones fue mitigada

por la falta de recursos apropiados en el hospital de referencia inicial, lo cual contraviene protocolos establecidos para la atención de emergencias obstétricas.

El traslado posterior al Hospital IV Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo reveló una situación crítica con múltiples complicaciones obstétricas confirmadas, incluyendo desprendimiento prematuro de placenta y la presencia no diagnosticada previamente de un tabique uterino. Este último hallazgo sugiere deficiencias en la evaluación ecográfica anterior, ya que no se detectó durante los controles regulares, lo cual es crucial dada la historia de cesárea anterior de la paciente.

La negativa inicial de la unidad de neonatología a recibir al recién nacido (RN) refleja una violación adicional de protocolos de salud que comprometen la atención integral de la paciente y su hijo. Aunque la cesárea segmentaria finalmente tuvo resultados favorables para el RN, la falta de coordinación y la insuficiencia en la gestión de recursos esenciales durante el parto y el postparto resaltan la necesidad urgente de mejoras en la infraestructura y capacitación del personal médico.

Finalmente, el manejo postoperatorio mostró una recuperación satisfactoria de la paciente, aunque con evidencias de complicaciones potenciales que deberán ser monitoreadas en el seguimiento clínico a largo plazo.

## CONCLUSIONES

**PRIMERA:** Segundigesta primípara de Alto Riesgo Obstétrico controlada 7 veces en Policlínico Juliaca, sin identificación de algunos factores de riesgo obstétricos y consecuentemente ausencia del manejo correspondiente en los diagnósticos de “Restricción de crecimiento intrauterino y anhidramnios”

**SEGUNDA:** La calidad de atención que se le brindó a la paciente en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo de Arequipa fue adecuada, ya que, se cumplió el manejo oportuno de la paciente con los protocolos establecidos según normativa de atención de emergencias obstétricas.

**TERCERA:** Los factores de riesgo obstétricos que se presentaron en el caso clínico, son cesareada anterior por RPM hace 11 años con un periodo intergenésico largo, antecedente de prematuridad en su gestación anterior; no se consideró el llenado de plan de parto ni visitas domiciliarias para su adecuado seguimiento, gestante tardía de 36 años, gráfica de peso en relación a la edad gestacional bajo el P25, deficiencias en atención primaria, ser portadora de un tabique uterino sin diagnóstico en sus controles prenatales ni antecedente y ecografías que no ayudaron en el diagnóstico, presentando desde las 25 semanas un peso fetal < P10.

## RECOMENDACIONES

1. El control prenatal de una paciente de alto riesgo obstétrico debe ser llevado desarrollado por un profesional altamente calificado en la atención y manejo de factores de riesgo, según el nivel de acreditación de atención y capacidad resolutive.
2. La captación de pacientes debe ser temprano antes de las 14 semanas de gestación como se indica en las guías prácticas de atención integral, para así, identificar oportunamente a la embarazada de alto riesgo obstétrico, para tomar las acciones pertinentes en cada caso.
3. La referencia de la gestante de alto riesgo obstétrico debe ser oportuna, según la capacidad resolutive de cada establecimiento cumpliendo las normas de referencia y contra referencia.
4. Todo establecimiento de salud, de los distintos niveles de atención, deben contar con el equipamiento e infraestructura, según su capacidad resolutive que permita la adecuada atención de las gestantes.
5. El equipo de salud de obstetras y ginecólogos, deben estar constantemente capacitados para la identificación de factores de riesgo y consecuentemente el manejo de emergencias obstétricas, de tal manera, lograr así una atención oportuna, eficiente y eficaz, con la finalidad de reducir el indicador de morbilidad materna perinatal.

## REFERENCIAS

1. Atencio G. et al. Directiva sanitaria para el monitoreo y seguimiento de la morbilidad materna extrema en los establecimientos de salud. MINSA. [Internet]. 2020 [Citado el 5 de May 2024]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1865043/5193.pdf?v=1620153676>
2. Díaz y Quiñero. Obstetricia y ginecología. 1era Edición. Barcelona: Elsevier; 2022.
3. Mascaro et al. Guías de practica clínica y de procedimientos en la obstetricia y perinatología. MINSA. [Internet]. 2010 [Citado el 5 de May 2024]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3318.pdf>
4. Molinelli et al. Directiva. Atención integral de la salud materna en las etapas preconcepcional, embarazo, parto y puerperio. EsSalud. [Internet]. 2018 [Citado el 5 de May 2024]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12959/758>
5. Molinelli F. et al. Compendio normativo. EsSalud. [Internet] 2018 [Citado el 5 de May 2024]. Disponible en: <https://vsip.info/compendioessaludpresentacionpdf-pdf-free.html>
6. Beloosesky R. Olygohydramnios: Etiology, diagnosis, and management in singleton gestations. FACOG. [Internet] 2022 [Citado el 5 de May 2024]. Disponible en: <https://medilib.ir/uptodate/show/6777>
7. Varona et al. Oligohidramnios: medidor de salud fetal. Rev Arch Med Camagiüey. 2013, 17(6).
8. Gonzales J. ¿Qué es anhidramnios?. Grupopedia. [Internet] 2023 [Citado el 5 de May 2024]. Disponible en: <http://www.grupopedia.com/ciencia/medicina/que-es-anhidramnios/>
9. Ayala F. Prevalencia y factores obstétricos asociados a restricción del crecimiento fetal intrauterino. Rev. Peru. Investig. Matern. Perinat. 2021; 10(4).
10. Bandifallah S. Tratamiento de los tabiques uterinos mediante histeroscopia quirúrgica. EMC – Ginecol. Obste. 2012; 48(1).
11. Aragón M. Fisiología del líquido amniótico. Rev. Electr. Portales Med. [Internet] 2018 [Citado el 5 de May 2024]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/fisiologia-del-líquido-amniótico/>
12. Morgan F. Anatomía y fisiología de la palcenta y el líquido amniótico. Rev. Med. UAS. [Internet] 2015; 5(4)

13. Catán M. y Torbajas H. Obstetricia para matronas: Guia practica [Internet] 2013 [Citado el 5 de May 2024]. Disponible en: <https://login.bibliotecavirtual.uis.edu.co/login?qurl=https://www.medicapanamericana.com%2fes%2flibro%2fobstetricia-para-matronas-incluye-version-digital>.
14. Foundation Standford. ¿Que es el hydramnios? Standford Medicine Children's Health. [Internet] 2024 [Citado el 5 de May 2024]. Disponible en: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=hydramnios-90-P05539>
15. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Salud del Perú. [Internet] 2011 [Citado el 5 de May 2024]. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1889.pdf>
16. Sante - Farfan E. Oligohidramnios en el Hospital Regional Hipólito Unanue, Tacna. Acta Med Peru. 2013 – 2015; 33(2)
17. Rosalie M. Regimens of fetal surveillance for impaired fetal growth. National Library of Medicine NIH. 2009; 21(1).
18. Romero C. et al. Oligoamnios: epidemiologia de un grave problema de la obstetricia moderna. Rev. Cienc. Med. [Internet] 2009; 13(2). [Citado el 5 de May 2024]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942009000200029&lng=es6](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942009000200029&lng=es6).
19. Eduardo A. et al. Actualización de Consenso de Obstetricia FASGO 2017: “RCIU (Restricción del Crecimiento intrauterino)” . FASGO [Internet]. 2017 ). [Citado el 5 de May 2024]. Disponible en: [https://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Actualizacion\\_consenso\\_RCIU\\_FASGO\\_2017.pdf](https://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Actualizacion_consenso_RCIU_FASGO_2017.pdf)
20. Gratacos F. Update on the diagnosis and classification of fetal growth restriction and proposal of a stage-based management protocol. Fetal Diagn Ther. 2014; 36(86 – 98)
21. Sandoval R. Utilidad de la ecografía Doppler en el diagnóstico, el pronóstico y el manejo de la restricción del crecimiento fetal: situación en Chile. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2022 87(3).
22. Ingar H. et al. Guía técnica de ecografía básica en obstetricia y ginecología. MINSA. [Internet] 2009 ). [Citado el 5 de May 2024]. Disponible en: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/389519/Gu%C3%ADa\\_t%C3%A9cnica\\_de\\_ecograf%C3%ADa\\_b%C3%A1sica\\_obst%C3%A9trica\\_y\\_ginecol%C3%B3gica20191015-26158-zi182f.pdf?v=1608056887](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/389519/Gu%C3%ADa_t%C3%A9cnica_de_ecograf%C3%ADa_b%C3%A1sica_obst%C3%A9trica_y_ginecol%C3%B3gica20191015-26158-zi182f.pdf?v=1608056887)

23. Podestas L. et al. Norma técnica del sistema de referencia y contrarreferencia de los establecimientos del ministerio de salud. MINSA. [Internet]. 2005 [Citado el 5 de May 2024]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/417278/-317076566557805742420191106-32001-ccqwcq.pdf?v=1573077096>



**ANEXOS**



ANEXO 1. CARNET PERINATAL

**EsSalud**  
RED ASISTENCIAL JULIACA

N° HC. 8 0 8 6 8

Establecimiento: Policlínico Juliaca

Autogenerado: 870611-002

Apellidos y Nombres: [Redacted]

Establ. Origen: [Redacted] No Aplica

DNI (L.E.) N°: [Redacted]

Ocupación: Comerciante Edad: 36  <15  >35

Localidad: Terraten

Estudios:  Analfabeta  Primaria  Secundaria  Superior  No Inicial  Años Aprobados: 5

Departamento: Puno Provincia: San Román

Civil:  Casada  Conviviente  Soltera  Otro

Distrito: Juliaca Tel: [Redacted]

---

**FILIACIÓN Y ANTECEDENTES**

**Antecedentes Obstétrico:**

Gestas: 01 Abortos: 00 Vaginales: 00 Partos: 01 Cesareas: 00 Nacidos vivos: 01 Nacidos muertos: 00 Viven: 01 Muerto -1ra. Semana: 00 Después -1ra. Semana: 00

Fin Gestación Anterior: 95158 0288

Terminación: Fecha: 23/12/2019

Parto  Aborto  Ectópico  Molar  Otro  No Aplica

Si fue aborto: Tipo de Aborto:  Incompleto  Completo  Frustro  Séptico  Otro  No Aplica

RN de mayor peso: [Redacted] g

---

**Antecedentes Obstétrico:**

Ninguno  Hiper tensión Arterial   
 Alergias  Neoplasia   
 Anomalías Congenit.  TBC Pulmonar   
 Epilepsia  Otros   
 Diabetes   
 Enferm. Congénitas   
 Generales

**Antecedentes Personales**

Ninguno  Diabetes  Otras Drogas   
 Aborto Habitual  Enferm. Congénitas  Parto Prolong.   
 Aborto Recurrente  Enferm. Infecciosas  Pre/Eclampsia   
 Alcoholismo  Epilepsia  Prematuridad   
 Alergia a Medicamentos  Hemorra. Postparto  Reten. Placenta   
 Asma Bronquial  Hipertensión Arterial  Tabaco   
 Bajo Peso al Nacer  Hoja de Coca  TBC Pulmonar   
 Cardiopatía  Infertilidad  VIH/SIDA   
 Cirugía Pélv.-uterina  Neoplasias  Otros

---

**DATOS BÁSICOS DEL EMBARAZO ACTUAL**

**Peso y Talla**

Peso Habitual: 63 Kg. Talla: 152 cm.

**Antitetánica**

N° Dosis Previa: 1 1ra. Dosis: [Redacted] Sin dosis  No Aplica   
 2da. Dosis: [Redacted] Sin dosis  No Aplica   
 mes de gestación: [Redacted]

**Tipo de Sangre**

Grupo: A  B  AB  O   
 Rh: Rh(+)  Rh(-) Sem Desc  Rh(-) No Sen.  Rh(-) Sem

**Psicoprofilaxis**

N° de Sesiones: [Redacted]

---

**P.U.M**

Fecha última Menstruación: 10/07/2023  
 Fecha Probable de Parto: 17/04/2024  
XECO 25/04/2024

**Serología Luética**

VDRL/RPR: 1  Negativo  Positivo  No se Hizo  Fecha: 19/10/23  
 2  Negativo  Positivo  No se Hizo  Fecha: [Redacted]

**Hemoglobina**

Hb (g %): 1 13.0  No se Hizo  Fecha: 19/10/23  
 2 [Redacted]  No se Hizo  Fecha: [Redacted]

---

**EXÁMENES**

Clinico:  Sin Examen  Normal  Patológico  HIV:  Sin Examen  Negativo  Positivo  BK en:  Sin Examen  Negativo  Positivo  No aplica   
 Glucosa:  Sin Examen  Normal  Patológico  PAP:  Sin Examen  Normal  Anormal  Colposc.:  Sin Examen  Normal  Anormal  No aplica   
 Mamas:  Sin Examen  Normal  Patológico  Orina:  Sin Examen  Normal  Anormal  TORCH:  Sin Examen  Normal  Anormal  No aplica

---

**PAT. MAT**

Patologías Maternas (CIE-10) Sin patologías  Fecha: [Redacted] Otros (CIE 10): 1. [Redacted] 2. [Redacted]

---

**PARTO**

**Terminación**

Fecha: [Redacted] Espontánea  Cesarea  Forceps  Vacumm

**Atención**

NIVEL: Primario  Domiciliario  Secundario  Otro  Terciario   
 Médico  Obstetriz  Interno  NEONATO: Parto a Legrado  Neonato  Parto a Legrado  Neonato  Parto a Legrado  Neonato   
 Estudiante  Empírica o partera  Aux. de Enfermería  Enfermera  Familiar  Otro

---

**RECÉN NACIDO**

Sexo: Fem.  Mas.  Peso: [Redacted] g  <2500 g  <1500 g   
 Talla: [Redacted] mm P. Cef.: [Redacted] mm Temp: [Redacted] C

N° HC RN: [Redacted] NOMBRE RN: [Redacted]

APGAR: 1' [Redacted] 5' [Redacted]  Sem.  <37  4-6  0-3

Patologías Recién Nacido: Sin patologías  Fecha: [Redacted] Otras (CIE 10): 1. [Redacted] 2. [Redacted] 3. [Redacted]

**EsSalud**  
RED ASISTENCIAL JULIACA  
**CARNE DE CONTROL MATERNO PERINATAL**

CAS Policlínico Juliaca

APellidos y Nombres: [Redacted]  
N° HC. [Redacted]

**CITA DE CONTROL**

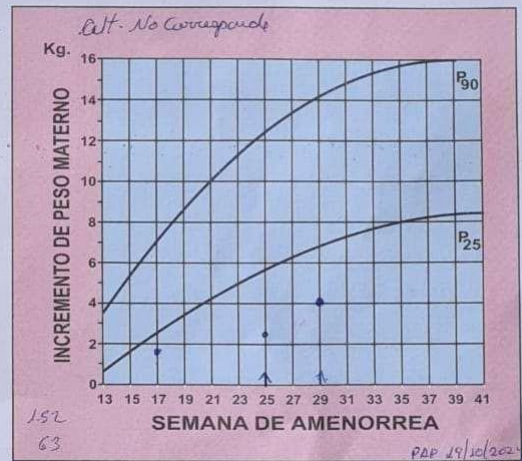
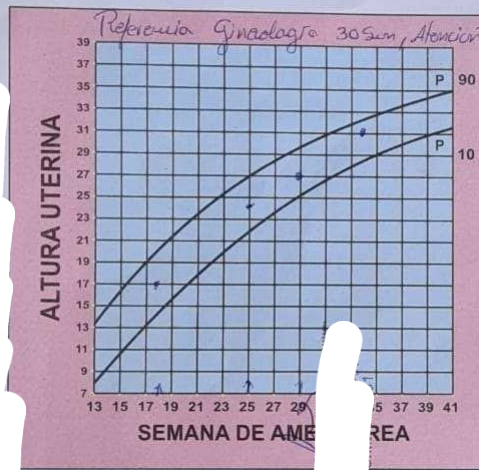
DIA	MES	AÑO
20	11	2022
22	12	2022
09	02	2024
24	02	2024
04	03	2024
26	03	2024

Ref. Ginecología

**CUMPLA CON LAS CITAS**

- Señales de Peligro:
- Vomito exagerado.
  - Salida de sangre o líquido por su vagina.
  - Fiebre o escalofríos.
  - Hinchazón de cara, manos, pie, dolor de cabeza, dolor abdominal.

I 11-14 Sem 12 Sem 20/10/23  
II 22-26 Sem 23 Sem 10/1/24  
III 34-36 Sem



CONTROLES PRENATALES	CONTROL 1	CONTROL 2	CONTROL 3	CONTROL 4	CONTROL 5	CONTROL 6	CONTROL 7	CONTROL 8	CONTROL 9
Fecha de Control	18/10/23	23/10/23	22-11-23	9-1-24	7-2-24	24-2-24	13-3-24		
Edad Gest. (Semana)	13 Sem	14	18 Sem	25 Sem	29 Sem	32 Sem	34 Sem		
Peso Madre (Kg)	63.350	63.350	64.800	65.550	67.100		70.650		
Temperatura (°C)	35.80	36	36.20	36.20	35.00		36.20		
Tensión Arter. (mm Hg) Sistólica / Diastólica	114/71	110/70	113/67	113/72	111/68	1	118/74	1	1
Altura Uterina (cm.)	13cm	13cm	17cm	24cm	27cm		31cm		
Presentación (C/P/T/NA)	IND		IND	IND	Oblicua		LPI		
F.C.F. (Por min./NA)	154/	150x	150/	147/	147/	139/	141		
Mov. Fetal(++++/SM/NA)	5/11	+	+	+	+++		+++		
Edema (++++/SE)	5/E	5/E	5/E	5/E	5/E	5/E	5/E		
Pulso materno (por min)	88/		90x/	90/	78x/		82/		
Consejería PI (Si/No/Na)	Si		Si	Si	Si		Si		
Perfil Biofísico (4,6,8,10 de IQM/SHINA)	NA		NSH	NSH	NSH		NSH		
Visita domicilio (Si/No/Na)	NO	NO	NO	NO	NO		NO		
Establec. de la atención	Pol. Juliaca	Pol. Juliaca	Pol. Juliaca	Pol. Juliaca	Pol. Juliaca	Hosp III Juliaca	Pol. Juliaca		
Responsable del Control	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]		

**ANEXO 2. PLAN DE PARTO**

**EsSalud**  
RED ASISTENCIAL JULIACA

ANEXO N° 21: FORMATO DEL PLAN DE PARTO

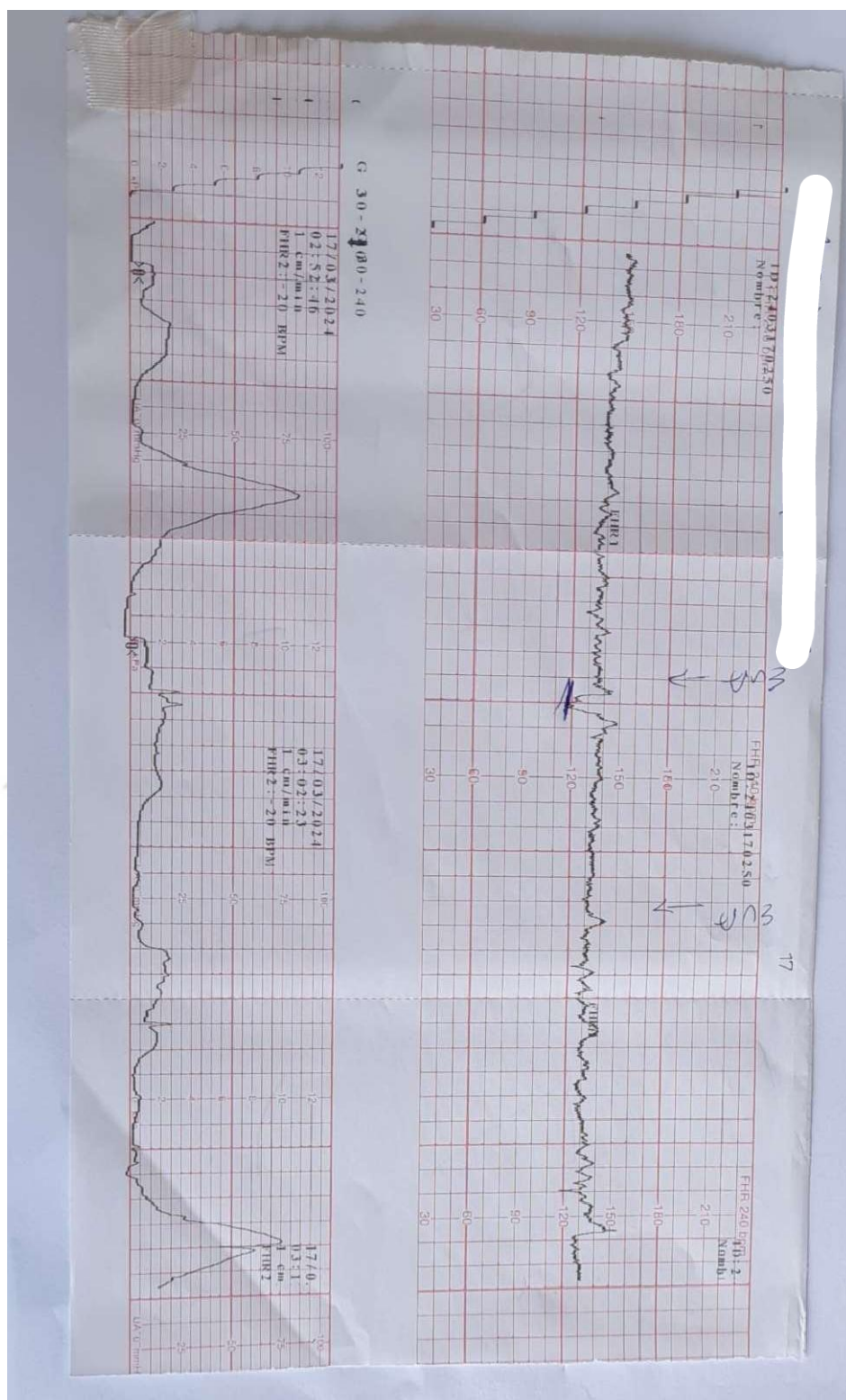
## Esperando mi Parto

Nombre de la gestante: [REDACTED]  
 Dirección de la Referencia: [REDACTED] Red ASISTENCIAL JULIACA  
 IPRESS: [REDACTED]  
 HB: [REDACTED] Grupo sanguíneo: O+ G. P.: [REDACTED] Fecha Última Regla: 15 de Julio  
 Fecha probable del parto. Día [REDACTED] Mes [REDACTED] Año [REDACTED] Teléfono IPRESS [REDACTED]  
 Teléfono de la gestante: 945 112071 Teléfono alternativo [REDACTED]

		1º Entrevista I Trimestre En la consulta de captación	1º Entrevista II Trimestre En visita al hogar/consulta	1º Entrevista III Trimestre En visita al hogar/consulta
COPIA DEL DNI SUYO Y DE SU PAREJA ✓ COPIA DE PLAN DE PARTO CON 4 SELLOS ✓ COPIA DE LAS ECOGRAFIAS (2 JUEGOS) ✓ CROQUIS DE SU CASA ✓		18-10-23		
PSICOLOGÍA [REDACTED] ODONTOLOGÍA [REDACTED] NUTRICIÓN [REDACTED] SERVICIO SOCIAL [REDACTED] VACUNAS [REDACTED]		EsSalud		
¿Compañada su parto? Sí [REDACTED] No [REDACTED]		Sí		
¿Quién le acompañe? [REDACTED]		mi pareja		
¿Cómo prefiere dar a luz? Echada [REDACTED] Sentada [REDACTED] Otra [REDACTED]		Echada		
6. Como se va a transportar en el momento del parto o en caso de emergencia? Transporte propio [REDACTED] Taxi [REDACTED] Otro [REDACTED]		Taxi		
7. Qué tiempo tarda en llegar a la IPRESS.		20 minutos		
8. Quién acudirá a sus hijos en su casa, en su ausencia?		mi hermana		
9. Firma de la gestante.		[Firma]		
10. Firma de la pareja / acompañante.		[Firma]		
11. Firma del profesional que realiza la atención.		[Firma]		
Personas que la acompañaran o ayudarían en su traslado a IPRESS en caso de parto o emergencia		Nombre y Apellidos: [REDACTED]		Parentesco: [REDACTED]

EsSalud

ANEXO 3 .TNE



## ANEXO 4. ECOGRAFIAS

CENTRO GINECOLÓGICO ESPECIALIZADO INTERNACIONAL  
GINECÓLOGO OBSTETRA R.N.E. 35227

**SONOGRAMA GINECOLÓGICO PÉLVICA**

NOMBRE: V [REDACTED]  
FECHA: 11/09/2023  
EDAD: 36 años

**EL ESTUDIO ULTRASONOGRAFICO MUESTRA:**

**ÚTERO**

Posición anteversoфлекso con diámetros de 49 mm x 38 mm x 48 mm en longitudinal, anteroposterior y transversal. Miometrio con ecoestructura homogénea, no se evidencia tumoraciones ni calcificaciones. Línea endometrial CON PRESENCIA DE SACO GESTACIONAL DE 48 mm CON BORDES REGULARES Y EN SU INTERIOR SE EVIDENCIA EMBRIÓN DE 12.7 mm Y LATIDOS CARDIOFETALES DE 157 POR MIN. CON REACCIÓN CORIAL ADECUADA.

**ANEXO DERECHO:**

El ovario derecho de forma elipsoidal con diámetro longitudinal y transversal en 29 X 20 mm respectivamente. No se aprecia imagen heterogénea.

**ANEXO IZQUIERDO:**

El ovario izquierdo de forma elipsoidal con diámetro longitudinal y transversal en 24 X 18 mm respectivamente. No se aprecia imagen heterogénea.

**DOUGLAS:** No Presencia de líquido libre en cavidad.

**CONCLUSIONES.-**

1. GESTACIÓN ÚNICA ACTIVA DE 7 SEMANAS CON 5 DÍAS POR LCN
2. FPP: 25 DE ABRIL 2024

[REDACTED SIGNATURE]

Jr. Raúl Porras N° 1486  
JULIACA - PERÚ  
EN UNA CUADRA DE PLAZA SAN JOSÉ

957089145  
934981718

10/23, 15:29

Muestra en ventana emergente los exámenes y sus respectivos resultados de un Acto Médico

**Exámenes Auxiliares Solicitados**

Solicitud Nro 14697 Fecha de la Solicitud: 18/10/2023 [Redacted] 23/10/2023 15:28-10.56.1.189)

Código 76801 ECOGRAFIA, UTERO GRAVIDO, TIEMPO REAL CON DOCUMENTACION DE IMAGEN, EVALUACION FETAL Y MATERNA, PRIMER TRIMESTRE (<14 SEMANAS), TRANS ABDOMINAL, UNICA O PRIMERA GESTACION.

Indicaciones ECOGRAFIA I TRIMESTRE

INF: **PRIMER TRIMESTRE: SI. ACTIVIDAD CARDÍACA: 156 LPM** FECHA RESULTADO: 20/10/2023  
**-LONGITUD CRÁNEO-CAUDAL: 65.3 MM**

**PLACENTA:**  
**INSERCIÓN: FUNDICA CORP. ANT. GRADO DE MADURACIÓN: 0**

Resultados **LÍQUIDO AMNIÓTICO: ADECUADO.**

**CONCLUSIÓN:**  
**- GESTACIÓN DE 12 SEM 06 DÍAS.**  
**- FETO ÚNICO VIVO.**



Vista de Datos del Paciente en la Atención Médica

Fecha de Emisión	10/01/2024 07:54-10.56.1.189	Fecha de Vigencia	31/01/2024
Nombre y Nombres de Identidad	[Redacted]	Sexo	FEMENINO
D.N.I.	[Redacted]	Actual	36A 7M 1D
Medico	580143		
Atención Hospitalaria	POL, JULIACA	Nro Historia Clínica	80868
Servicio Hosp.	CONSULTA EXTERNA	Fecha de Atención	10/01/2024
Especialidad Específica	GINECOLOGIA	Tipo de Seguro	
Profesional Asistencia	ECOGRAFIA GINECOLOGICA	Actividad Hosp.	ATENC.PROCEDIM.

**Solicitudes de Citas** (2) [Redacted] 12/01/2024 07:54-10.56.1.189

**Exámenes Auxiliares Solicitados** (2) [Redacted] 12/01/2024 07:54-10.56.1.189

**Medicamentos Recetados** (2) [Redacted] 12/01/2024 07:54-10.56.1.189

**Procedimientos del Acto Médico** (2) [Redacted] 12/01/2024 07:54-10.56.1.189

Fecha del Procedimiento: 10/01/2024

Fecha y Hora del registro: 10/01/24 15:30

Código: 76811. ECOGRAFIA DE UTERO GRAVIDO, A TIEMPO REAL, CON DOCUMENTACION DE IMAGEN, EVALUACION FETAL Y MATERNA, ABORDAJE TRANSABDOMINAL, UNICA O PRIMERA GESTACION.

Resultado:  
 INFORME ECOGRÁFICO  
 ESTÁTICA FETAL  
 TIPO DE GESTACIÓN: ÚNICA  
 SPP: INDIFFERENTE  
 ANTROPOMETRIA FETAL  
 BPD: 57,5 MM = 23 SEMANAS 4 DÍAS  
 FL: 41,6 MM = 23 SEMANAS 4 DÍAS  
 PONDERADO FETAL EFW: 613 GRS. +/- 89 GRS.  
 VITALIDAD FETAL  
 FRECUENCIA CARDIACA FETAL: 144 X'  
 MOVIMIENTOS FETALES: PRESENTES  
 PLACENTA  
 LOCALIZACIÓN: CORPORAL ANTERIOR 0/III  
 LIQUIDO AMNIOTICO: ADECUADO

CONCLUSIONES  
 1.-GESTACION UNICA ACTIVA DE 23 SEMANAS Y 3 DIAS  
 +/-2 SEMANAS POR BIOMETRIA FETAL.

mindray 10/01/2024 03:43:18 PM

DCAD3 ABD adulto

1 BPD 57.5 mm EG 23w4d  
 2 HC 215.3 mm EG 23w4d  
 3 AC 189.6 mm EG 23w5d  
 4 FL 41.6 mm EG 23w4d  
 EFW 613g  
 Alcance 23w3d

1 2 ENE. 2024

*Ecografía II Trimestre*

sgss.essatud/sgss/servlet/hv/datpacatemed?zNuiKLI2ImS/xnh6vUv92cgwJ5L+odx3VUB/d28AhQo=

Vista de Datos del Paciente en la Atención Médica

13/03/2024 17:38-10.56.1.187)

**Identificación del Paciente**  
 Nombres y Nombres: [Redacted]  
 D.N.I.: 44820289 Edad Actual 36A 9M 2D  
 Sexo: FEMENINO  
 Fecha de Vigencia: 31/03/2024

**Atención Médica**  
 POL. JULIACA  
 CONSULTA EXTERNA  
 GINECOLOGIA  
 CONSULTA MEDICA / APOYO DESCENTRALIZADO  
 Nro Historia Clínica: 80868  
 Fecha de Atención: 13/03/2024  
 Tipo de Seguro: [Redacted]  
 Actividad Hosp.: ATEN.AMB.DESC.

**Anamnesis**  
 Anamnesis: [Redacted] (2024 17:38-10.56.1.187)  
 Examen Clínico: [Redacted] (2024 17:38-10.56.1.187)

**Signos Vitales**  
 Presión Arterial (mm Hg) 121 / 76 Frecuencia Cardíaca (Latidos x Min) 81  
 Presión Venosa Central (cm H2O) 0 Frecuencia Respiratoria x Min 0  
 Temperatura Corporal (°C) 0,0  
**Antropometría:**  
 Peso (Kg) 72,000 Talla (M) 0,00 IMC 0  
 Perímetro Abdominal 0,0

**ESCALA GLASGOW**  
 AO \_\_\_\_\_  
 RV \_\_\_\_\_  
 RM \_\_\_\_\_  
 TOTAL 0

**Plan de Trabajo/Comentarios y/o Observaciones**  
 [Redacted] (2024 17:38-10.56.1.187)

**Diagnostico**  
 Código Descripción Tipo Caso Alta?  
 735.8 SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO PRESUNTIVO NUEVO NO

**Solicitudes de Citas**  
 Nro de Solicitud Fecha de Emisión Especialidad Solicitada Actividad Solicitada [Redacted] Solicitada Tipo Cita Cita para el Estado

**Exámenes Auxiliares Solicitados**  
 [Redacted] (2024 17:38-10.56.1.187)

**Medicamentos Recetados**  
 [Redacted] (2024 17:38-10.56.1.187)

**Procedimientos del Acto Médico**  
 Fecha del Procedimiento: 13/03/2024  
 Fecha y Hora del registro: 13/03/24 17:17

**Código:**  
 76805 ECOGRAFIA UTERO GRAVIDO, TIEMPO REAL CON DOCUMENTACION DE IMAGEN, EVALUACION FETAL Y MATERNA, DESPUES DE PRIMER TRIMESTRE (> 0 = 14 SEMANAS), TRANS ABDOMINAL, UNICA O PRIMERA GESTACION.

**Resultado :**  
 embarazo FETO UNICO ACTIVO LONGITUDINAL CEFALICO IZQUIERDO

FCF 140 latidos por minuto Distocia de cordon : NO SE EVIDENCIA

Vasos umbilicales 2 ART 1VENA

Líquido amniótico ADECUADO ILA 5 cm  
 Máximo Pazo :  
 DBP: 78 mm CC: 273mm AC: 286mm LF 56mm  
 PONDERADO FETAL: 1500gr  
 PLACENTA:  
 FUNDICA ANTERIOR GROSOR : 25 mm  
 GRADO II  
 Pelvis Renal: CONSERVADO  
 Vejiga ADECUADO  
 GESTACION UNICA ACTIVA DE 30 2/7 POR BF  
 OLGORHIKAMNIOS

**Las mediciones 2D**

Nombre: [Redacted] PDI: [Redacted] Operador: [Redacted]  
 ID: 30240313-161815-7AB3 Edad: [Redacted] Médico ref: [Redacted]  
 EQ: PFP/PUR: [Redacted] EQ: 30w4d PFP(EQ): 1809/2024

Medida	Valor	1	2	3	Método	EQ	Alcance
PFE	Hadlock(AC,FL,HC,BPD) 1613g	5235g					
PFE1-EQ	Hadlock 30w2d						
BPD	Hadlock 7.83cm	7.83			Promed	31w3d	
HC	Hadlock 27.31cm	27.31			Promed	30w6d	
AC	Hadlock 28.87cm	28.87			Promed	30w6d	
FL	Hadlock 5.84cm	5.86	5.98		Promed	30w3d	
DGP(CC)	9.41cm	9.41			Promed		
DI(HC)	83.23 (76.00-88.00)	HC(AC)(Campbell)	1.02 (GA None)	FL/BPD	74.55 (GA None)		
FLHC(Hadlock)	21.38 (GA None)	FLIAC	21.89 (20.00-24.00)				
Mediciones Doppler							
HR	188bpm	2	148			Promed	

hdgc3HBIAD+U5vQ=