



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA**

**DOCUMENTO PROBATORIO PARA LA CONTESTACIÓN DE LA PRUEBA
PRÁCTICA PRESENTADO COMO REQUISITO PARA OPTAR POR EL GRADO
DE OBSTETRIZ.**

**TEMA PROPUESTO DEL CASO CLÍNICO
RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO ASIMÉTRICO EN
PACIENTE EMBARAZADA DE 35 SEMANAS DE GESTACIÓN**

**AUTORA
GUARDERAS GARZÓN ERIKA STEFANIA**

**TUTORA
DR, CÉSAR BERMEO NICOLA**

BABAHOYO – LOS RÍOS- ECUADOR

2018

ÍNDICE

RESUMEN.....	I
INTRODUCCIÓN.....	.II
I. MARCO TEORICO.....	1
1.1 JUSTIFICACIÓN.....	10
1.2 OBJETIVOS.....	11
1.2.1 Objetivo general.	11
1.2.2 Objetivos específicos.....	11
1.3 DATOS GENERALES	12
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO	13
2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.	13
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).	13
2.3 Examen físico (exploración clínica)	14
2.4 Información de exámenes complementarios realizados	14
2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.	15
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.	16
2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.....	16
2.8 Seguimiento.....	17
2.9 Observación	18
CONCLUSIÓN.....	19
Bibliografía	
ANEXOS	

Resumen

Restricción de crecimiento intrauterino asimétrico

La restricción del crecimiento intrauterino es un factor muy significativo causante de morbilidad y mortalidad perinatal.

Restricción de crecimiento intrauterino, causal que afecta el crecimiento fetal es más tardío y el factor peso es el afectado eminentemente, ya que se hacen en mayor simetría que la medida; pues esta última tiene una velocidad de crecimiento más temprana; y el peso lo hace fundamentalmente hacia el término.

Reposo de preferencia en decúbito lateral izquierdo, administración de betamiméticos con el fin de conseguir el reposo de la musculatura uterina. Ambas medidas mejoran el aporte materno de nutrientes a la placenta.

Es fundamental en restricción del crecimiento intrauterino la valoración de la cantidad de la L.A. Su disminución nos habla de una disminución del flujo fetal por redistribución sanguínea fetal debido a la hipoxia.

El tratamiento para la restricción del crecimiento intrauterino sigue siendo inseguro.

Palabras Claves: restricción, circulación fetal, feto pequeño

Summary

Asymmetric intrauterine growth restriction

Intrauterine growth restriction is a very significant factor causing perinatal morbidity and mortality.

Restriction of intrauterine growth, causal that affects the fetal growth is later and the weight factor is affected eminently, since they are made in greater symmetry than the measure; because the latter has an earlier growth rate; and the weight does it fundamentally towards the term.

Rest preferably in left lateral decubitus, administration of betamimetics in order to achieve rest of the uterine musculature. Both measures improve the maternal supply of nutrients to the placenta.

The assessment of the amount of L.A. is critical in intrauterine growth restriction. Its diminution tells us of a decrease in fetal flow due to fetal blood redistribution due to hypoxia.

The treatment for intrauterine growth restriction remains insecure.

Key words: restriction, fetal circulation, small fetus

Introducción

El presente caso clínico está orientado a la investigación de la paciente. Primigesta juvenil, exactamente, de 15 años de edad, que acudió al control prenatal con una edad gestacional de 12 semanas por primera vez, la cual lleva un peso preconcepcional de 43,8 con talla de 1.55 y con índice de masa corporal de 17; posteriormente se transfiere al hospital de segundo nivel con el nutricionista, se le envía exámenes de laboratorio, ecografía ginecológica, serología virus de inmunodeficiencia humana, VDRL.

Después, al tercer control prenatal en el Subcentro, se evidencia que la joven tenía un peso mayor que el anterior, a excepción de la altura uterina que no coincide con la fecha de la última menstruación. Con reporte de ecografía que refiere útero aumentado de tamaño, grávido, bordes regulares producto único, vivo presentación longitudinal pelviana, dorso a la izquierda, frecuencia cardiaca fetal 164x. perímetro abdominal disminuida corresponde a 33 semanas. Longitud fémur 6.7 correspondiente a 34 semanas, peso fetal 1.700gr, en percentil – 10. ID: embarazo de \pm 33 semanas de gestación.

Para llegar a un determinado cuadro clínico de la adolescente se reenvía ecografía y se revalora a dicha paciente. Se realiza procedimiento indicado para evitar factores riesgos mayores, se siguen las normas del ministerio de salud pública.

El Retardo del Crecimiento Intrauterino (RCIU) se define como crecimiento fetal menor al potencial debido a factores genéticos o ambientales¹. Dada la dificultad para la estimación del potencial genético de cada recién nacido, la definición de RCIU se basa en la disminución de la velocidad de incremento ponderal que se manifiesta en peso bajo el percentil 10 para la edad gestacional **(Terry A. Levine, 2015)**

I. MARCO TEORICO

Restricción de crecimiento intrauterino

Qué es la restricción de crecimiento intrauterino

La restricción del crecimiento intrauterino es un factor muy significativo causante de morbilidad y mortalidad perinatal, con resultados que pueden tener implicaciones hasta en el futuro del gestante. No existen actualmente medios terapéuticos, por lo que solamente se controla mediante su diagnóstico y seguimiento para precisar el final del embarazo, tomando en cuenta los riesgos prematuros con la morbimortalidad diagnosticada en el embarazo. **(Rybertt, 2016)**

Casos clínicos sobre la restricción del crecimiento intrauterino dan como respuesta una afección determinada por una restricción del potencial del crecimiento del feto de origen diverso y manifestaciones inconstantes. Y sus posibles problemas en el desarrollo. **(Sandi, 2014)**

Crecimiento intrauterino asimétrico

Restricción de crecimiento intrauterino, causal que afecta el crecimiento fetal es más tardío y el factor peso es el afectado eminentemente, ya que se hacen en mayor simetría que la medida; pues esta última tiene una velocidad de crecimiento más temprana; y el peso lo hace fundamentalmente hacia el término. En estos casos el tamaño es muy pequeño ante el número de células. Se puede acotar que el desarrollo del cerebro es normal, claro que en algunos casos son muy severos y la alteración fundamental del peso es debido al consumo del glucógeno de las reservas hepáticas **(Callen, 2013)**

Se lo vincula a todos los factores etiológicos que acarrearán insuficiencia del aporte placentario de sustratos: desnutrición materna, ingesta materna escasa, alteraciones

vasculares placentarias (sobre todo las vinculadas a hipertensión arterial), toxicomanías, tabaquismo, etc. **(Miguel, 2013)**.

(Tipo II de Winick, Achatamiento tardío de Campbell, Disarmónico). Se presenta con una frecuencia del 75%. El inicio de la restricción del crecimiento intrauterino en este tipo ocurre al final del segundo trimestre o a principios del tercero. En la especie humana, está relacionado principalmente a causas extrínsecas, y se ha producido experimentalmente en animales mediante la ligadura de las arterias uterinas en ratas y por embolización de la placenta en ovejas. El retardo tipo II se asocia con mayor frecuencia a trastornos médicos, y es característica la insuficiencia placentaria.

Este tipo de restricción del crecimiento intrauterino, presenta el fenómeno de protección cerebral, denominado brainsparing, en el mismo que se observa una ramificación selectiva de la circulación sanguínea hacia los tejidos más sensibles, como lo son, el cerebro, el corazón, y las suprarrenales), quitando la circulación asplácica. Esto se atribuye a la acción de la Arginina-vasopresina, y explica la significativa disminución en el contorno abdominal y conservación del contorno craneal normal en estos fetos **(Burgos J, 2013)**

Características de un crecimiento intrauterino asimétrico

Por lo general, en este tipo de historia clínica se observa aspecto distrófico, con características de un desarrollo disarmónico no proporcionado, con importante disminución asimétrica, estos casos suelen ocurrir usualmente en el segundo trimestre, con asimetrías de un número de células aparentemente normales con masa reducida e hipoxia fetal perinatal, junto a un cuadro clínico de insuficiencia metabólica constante, que de seguro será un pronóstico cerebral adecuado por el fenómeno de protección cerebral. **(Figueras, 2014)**

Sospecha:

En estos casos los antecedentes obstétricos, son evidentes, en gestantes mayores, son los antecedentes de otros hijos con retardo de crecimiento, en gestantes normales, subidas o bajadas de hipertensión arterial en embarazo, como también historiales de colestasis en embarazos anteriores, relaciones de malformaciones anteriores, y generalmente primigesta que usualmente se dan en Intervalos intergenésico menor de 12 meses.

Antecedentes clínicos:

Comúnmente estos casos, es muy importante destacar, que dicha restricción de crecimiento intrauterino, ocurre en gestantes con antecedentes de tabaquismo, alcoholismo, drogadicción, dieta materna incompleta e insuficiente, anemias, etc., los que han sido causantes directos de dicho mal congénito de formación en el bebé.

Además de las referencias sobre trastornos endocrinológicos severos, como la diabetes tipo D, nefropatías, infección urinaria, patología hipertensiva fuera del embarazo, infecciones virales en general y particularmente aquellas que hayan aparecido en los primeros meses del desarrollo fetal, tales como rubeola, varicela, toxoplasmosis, citomegalovirus, herpes, etc.

Otras posibles causas, podrían ser de origen a exposición a radiaciones y tóxicos en general; sobre todo si actuaron en los primeros meses de gestación. Como también exceso de actividad física, stress psíquico continuo, etc.

También se argumenta el embarazo múltiple con insuficiente ganancia de peso materno, lo que vendría a ser menos de 8 kg. Al término del mismo, con complicaciones que dan malformaciones congénitas (**Liu, 2014**)

Diagnóstico

El diagnóstico en estos casos es muy importante mantenerse informado sobre los resultados posteriores a un posible reconocimiento de una posible evaluación exacta del peso del feto, además del conocimiento de edad gestacional, ya que solo así se tendrá la seguridad diagnóstica al efectuar el examen en el crecimiento intrauterino, es importante también durante el embarazo reconocer estos diagnósticos tempranos que serán de sospecha ya que todas las futuras técnicas usadas pueden presentar factores de error.

Acciones diagnósticas

Se pueden tomar acciones en el control prenatal, al principio como un Interrogatorio, el mismo que servirá para investigar factor de riesgo, seguidamente, la estimación de amenorrea correcta; intentando de esta manera determinar fecha de Ultima Menstruación de la gestante para tener pautas de un diagnostico preventivo, para evitar a futuro, que la convierten en incierta como oligomenorreas, puerperio, lactancia, medicación previa o actual con anticonceptivos orales; efectuando la debida ecografía lo más precozmente posible, por su alto valor de confiabilidad; tomando en cuenta las fechas de reacciones de laboratorio que confirmaron el estado de gravidez; la aparición de movimientos fetales, etc.

La determinación de la altura uterina y su correlación con la amenorrea para ubicar su correspondiente percentilo: se sospechará una restricción del crecimiento intrauterino cuando haya una discordancia de los valores Percentilo menor de 10) o si la curva de crecimiento no es la esperada.

Para la determinación ecográfica completa: se debe hacer notar que cuanto más precoz se realiza, mayor es la confiabilidad del método (a mayor edad gestacional, mayor es la dispersión de los valores biométricos para cada feto: así de un error de días en las semanas anteriores a la semana 20 de gestación, se pasa luego de las 30 semanas de gestación a un error posible de 2 a 3 semanas. **(Callen, 2013)**

Los parámetros útiles para la detección de la restricción de crecimiento intrauterino; incluyen el diámetro biparietal fetal, el diámetro occipitofrontal fetal, perímetro cefálico fetal, diámetro abdominal fetal anteroposterior, diámetro abdominal fetal transverso, longitud femoral fetal, velocidad del crecimiento, estimación del peso fetal utilizando testeos especiales, características del líquido amniótico características placentarias (en especial las referidas al grado de maduración –el grado III antes del término es significativo,

Control fetal del crecimiento ecográfico teniendo en cuenta que el menor intervalo del tiempo entre dos determinaciones para valorar crecimiento es de 15 días. La ecografía tendrá especial valor en la detección de las malformaciones fetales y su pronóstico de compatibilidad o no con la vida post natal.

Internación

Ante la sospecha firme de restricción de crecimiento intrauterino asimétrico, se procederá a la internación de la paciente con los siguientes objetivos:

Reposo de preferencia en decúbito lateral izquierdo, administración de betamiméticos con el fin de conseguir el reposo de la musculatura uterina. Ambas medidas mejoran el aporte materno de nutrientes a la placenta. Administración de ácido acetilsalicílico en dosis no mayores de 100 mg/día, que al igual que las anteriores conductas mejoran el flujo útero placentario a la vez que disminuye el efecto agregante plaquetario.

Mejorar el aporte materno de nutrientes con una dieta no menor de 2.500 calorías/día con un contenido proteico no menor de 1 gr/kg peso corporal por día. Control de vitalidad fetal: se efectuará monitoreo cada 72 hs (o diario si el caso lo requiere) a partir de la semana 32; si el trazado es no reactivo en 2 oportunidades consecutivas, debe procederse a la valoración biofísica mediante prueba de tolerancia a las contracciones o perfil biofísico ecográfico de valor discutido).

Es fundamental en restricción del crecimiento intrauterino la valoración de la cantidad de la L.A. Su disminución nos habla de una disminución del flujo fetal por redistribución sanguínea fetal debido a la hipoxia. Movilograma: conteo de los movimientos fetales diarios. Se sugiere utilizar un conteo de menos de 5 movimientos durante las 12 horas diurnas (8 a 20 hs) como señal de alarma.

Evaluación de la maduración fetal mediante el análisis del I.a. obtenido por punción transparieto abdominal. En los retardos de crecimiento tipo I, simétricos y precoces, se podrá analizar la posibilidad de un factor genético como causa del problema; durante la internación se solicitan todos los estudios de laboratorio correspondientes para investigar la causa del retardo. Se suprimirán los hábitos y adicciones maternos nocivos.

Conductas

En el caso clínico que amerita una restricción de crecimiento intrauterino tipo II Asimétrico: estimar etiología de tal forma de valorar la presencia o ausencia de la noxa. Por lo general la noxa es temprana y el criterio será evaluar el impacto de la misma sobre el feto, en especial su estado de salud actual y crecimiento. Con salud fetal conservada: prolongar el embarazo hasta el Término (con lo que evitamos agregar a la patología preexistente un nacimiento prematuro); Con salud fetal alterada y/o crecimiento alterado: se evalúa la finalización del embarazo por vía vaginal u operación cesárea.

R.C.I.U. tipo II o Asimétrico:

Es importante establecer etiología por su vigencia actual y la posibilidad de indicar un tratamiento materno que mejoraría las condiciones fetales. El criterio en este caso será más activo por la menor adaptación fetal a la hipoxia.

La Salud fetal conservada y crecimiento retardado, incluye tratar patología materna, implementar, si es necesario medidas de inducción de maduración pulmonar fetal, además de evaluar terminación del embarazo.

En el caso en que la detención del crecimiento se instale se impondrá la extracción fetal. En caso de inmadurez fetal se podrá posponer la finalización del embarazo por 48 o 72 hs. con la finalidad de inducir maduración pulmonar fetal (con estricta vigilancia de salud fetal): Ante el agravamiento de los indicadores se procederá de inmediato a la interrupción electiva por cesárea **(Diaz, 2013)**

Tratamiento

El tratamiento para la restricción del crecimiento intrauterino sigue siendo inseguro. Lo más posible es que el tipo de tratamiento repercutirá de qué tan evolucionado está el embarazo.

Si la edad del feto es un promedio de 34 o más semanas o más, el especialista tratante puede recomendar ser inducida para un parto prematuro. Si la edad del feto oscila en menos de 34 semanas, los médicos continuarán a monitoreando hasta las 34 semanas o más. Ya que lo que se busca el bienestar del feto y la madre además es importante tener en cuenta la cantidad de líquido amniótico será monitoreado durante este tiempo.

Es significativo que el médico tratante tenga en cuenta ciertas características

- Embarazo, estado de salud general e historia clínica
- Dificultad de la enfermedad
- Pasividad a determinados medicamentos, procedimientos o terapias
- Perspectivas para la evolución de la afección

- Informe o preferencia del paciente

Es importante acompañar los siguientes aspectos que ayudaran a la gestante al progreso del embarazo, para eso se debe tener en cuenta una buena nutrición, ya que la misma puede aumentar el peso gestacional del bebé, guardar el debido reposo, para mejorar la circulación y maduración fetal.

Si cualquiera de estos aspectos no diera el suficiente resultado, se convierte en una preocupación, por lo cual se recomienda inducir al parto de manera inmediata, realizando una amniocentesis para ayudar a evaluar la madurez pulmonar del feto y así el mismo llegue a feliz término.

Pronóstico

Lastimosamente, los bebés con una restricción del crecimiento intrauterino son más propensos a sufrir complicaciones de salud tanto antes como después de su nacimiento. Ya que los que nacen prematuramente o con un tamaño muy reducido tienen más probabilidades de hospitalizaciones muy largas. Como también es recomendable que necesiten recibir cuidados especiales después del parto, como terapia respiratoria o medicación para prevenir posibles infecciones respiratorias. **(Larissa Hirsch, 2014)**

Otros problemas que se pueden asociar a la restricción del crecimiento intrauterino son los siguientes:

- Posible acrecentamiento de las probabilidades de parto por cesárea
- Dificultades para respirar y para alimentarse
- Complicaciones para mantener la temperatura corporal
- Hemograma sobresaltado
- Hipoglucemia

- Pocas probabilidades en combatir infecciones
- Dificultades neurológicas
- Peligro de parto de feto muerto en el vientre materno.

1.1 JUSTIFICACIÓN

El presente caso clínico tiene como objetivo vital; dar a conocer esta patología que está abordando con un nivel alto a la sociedad, principalmente en las féminas adolescentes; así como se redacta en el desarrollo de este trabajo investigativo.

Posteriormente, en la siguiente investigación se presentará un análisis de todos los datos obtenidos correspondientes al caso de la joven de 15 años con la restricción de crecimiento intrauterino asimétrico; con ayuda de información del internet, libros, y revistas médicas.

Además, se mostrará el respectivo tratamiento, recomendaciones y la implementación de técnicas que ayudarán de gran magnitud a la mejor condición de vida de esta joven madre adolescente.

En conclusión, este estudio de caso clínico, podría fomentar positivamente a las demás personas, contribuyendo a la prevención de esta patología, a través de charlas correspondiente a la restricción de crecimiento intrauterino asimétrico, con el fin de disminuir el nivel de incidencia de contraer ésta enfermedad

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo general.

- ✚ Demostrar la Incidencia presentada el retardo de crecimiento intrauterino asimétrico conociendo los diferentes factores en la paciente primigesta juvenil para evitar un parto prematuro, óbito fetal.

1.2.2 Objetivos específicos

- ✚ Analizar los factores de riesgo asociados a esta patología, como así también, su impacto en relación a la preponderancia de los mismos.
- ✚ Reconocer la etología y el diagnóstico del crecimiento intrauterino.
- ✚ Valorar la importancia de poder diagnosticar a tiempo que tipo de patología presenta la gestante

1.3 DATOS GENERALES

Identificación del paciente.

Sexo: femenina.

Edad: 15.

Estado civil: unión de hechos.

Números de hijos: ninguno.

Nivel de estudio: bachillerato.

Profesión: ninguna.

Nivel sociocultural: montubia.

Nivel socioeconómico: bajo.

Hábitos: no refiere.

Procedencia geográfica: Ecuador - Los Ríos – Babahoyo – Pimocha.

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.

Control prenatal.

Gestante de 15 años acude por control prenatal, enfermedad actual o problema asintomático.

Antecedentes

Patológicos: no refiere

Obstétricos: no refiere

Ginecológicos: menarquia: 10 años

Fecha de ultima menstruación: 02/ 11/2017,

Ciclos menstruales: 28/ 3

Parejas sexuales: 1

Familiares: no refiere.

2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).

Paciente primigesta juvenil de 15 años con antecedentes de salud aparentes con fecha de ultima menstruación: 24/ 02/2017 con una edad gestacional de 35 semanas. Acude a consulta por control prenatal.

Paciente tuvo su primera consulta el 18/04/2017. En ese entonces cursaba con un embarazo 12 semanas de gestación con un peso preconcepciones 43.8 kg talla 155 cm con índice de masa corporal 17 cuyo riesgo es embarazo juvenil con 6 controles prenatales poca ganancia de peso .altura uterina no acorde a la edad gestacional. Al tercer control prenatal se evidencia ganancia de peso en la paciente pero no a hay crecimiento de la altura uterina acorde al fecha de la última menstruación.

Referida a hospital de segundo nivel por presentar presunto diagnóstico de restricción de crecimiento intrauterino asimétrico.

2.3 Examen físico (exploración clínica)

Cabeza: normocéfalo

Cuello: no adenopatías

Tórax simétrico: ruido cardiaco rítmico, no soplo, ruidos respiratorios audible, no estertores, ni sibilante

Extremidades: superiores e inferiores simétricas, no patológicas

ABDOMEN: ALTURA UTERINA: DE 12 cm en el primer control prenatal
PRODUCTO único vivo, presentación longitudinal, pelviano dorso izquierdo
frecuencia cardiaca de (164X´).

Genitales: externos normales, al tacto vaginal cérvix cerrado

SCORE MAMA.

Temperatura: 36.2

Frecuencia cardiaca: 92X´,

Frecuencia respiratoria: 20X´

Presión arterial: 120/80

Saturación: 99%

2.4 Información de exámenes complementarios realizados

Examen de HCG: positivo.

Examen de Hematozoario.

Serología VIH: negativo

VDRL: negativo

HEMOGRAMA	RESULTADO	UNIT	REFERENCIA
HEMOGLOBINA	11.4	g/dL	11.0~16.0
HEMATOCRITOS	35.1↓	%	37.0~54.0
PLAQUETAS	356	10 ⁹ /L	150~450
OTROS TODOS DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES			

QUÍMICA	RESULTADO	UNT.	REFERENCIA
GLUCOSA	87	Mg/dL	70.00 110.00

Ecografía pélvica obstétrica

Útero aumentado de tamaño, grávido, bordes regulares producto único, vivo presentación longitudinal pelviana, dorso a la izquierda. Frecuencia cardiaca fetal 164x. perímetro abdominal disminuido corresponde a 33 semanas. Longitud fémur 67.7 correspondiente a 34 semanas, peso fetal 1.700gr, en percentil – 10.ID: Embarazo de ± 33 semanas de gestación.

2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.

Diagnostico presuntivo: Embarazo más o menos 35 semanas de gestación por fecha de la última menstruación, más bajo peso.

Diagnóstico diferencial: Embarazo más o menos de 35 semanas por fecha de La última menstruación y no coincide con la altura uterina, más bajo peso.

Diagnóstico definitivo: Embarazo de 35 semanas de gestación más restricción de crecimiento intrauterino asimétrico.

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

Una vez diagnosticada la paciente con restricción de crecimiento de crecimiento intrauterino asimétrico se debe seguir el protocolo del ministerio de salud pública como es referir a la paciente a un hospital de mayor complejidad, para realizar un control y manejo predisponentes, ajustes nutricional, madre con bajo peso o incremento insuficiente, reposó para mejorar el flujo placentario, evaluación feto-placentaria.

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

Las actuaciones en el caso clínico fueron basadas en estudios científicos las acciones procedentes a protocoló del ministerio de salud pública y decisiones en el diagnóstico del retardo de crecimiento intrauterino asimétrico y el tratamiento del mismo.

Para su diagnóstico se realiza exámenes complementarios que ayuda a confirmar dicha patología.

2.8 Seguimiento.

La fémina adolescente, mantuvo su control de embarazo en el respectivo sub-centro, pero, se detectó un bajo peso de 43.8 kg y una talla de 1.55. Posteriormente, en el tercer control de embarazo; se evidenció una ganancia de peso, mas no un crecimiento intrauterino, aquella organización no constaba los especialistas; nutricionista, ginecólogo y tampoco un área de hospitalización para el adecuado seguimiento de la paciente, sin embargo, fue trasladada al hospital de un segundo nivel, estuvo en observación con el nutricionista y el ginecólogo; lo cual, diagnosticaron que no había signos y síntomas para la patología de la restricción del crecimiento intrauterino, a causa de esto fue de retorno al sub-centro continuando en el control prenatal. En el sexto control y con 35 semanas de gestación, se evidenció mediante Ecografía un crecimiento de la cabeza y cerebro normal el abdomen fetal Disminuido y fue referida por segunda vez al hospital de Segundo nivel.

Donde fue hospitalizada, e induciendo a la maduración pulmonar y realizaron Ecografía que mostro un diámetro biparental 82.4mm correspondiente a 33 Semanas circunferencia abdominal de 288.5 mm corresponde a 32 semanas, Longitud de fémur de 63.7mm, pesó fetal de 1900 gr, líquido amniótico Disminuido, frecuencia cardiaca de 130x. Producto único vivo, longitudinal Pelviano, dorso a la izquierda. Se realizó monitoreo fetal cada 12 horas tés No reactivo En 48 hora se realizar una cesaría. Obteniendo un producto prematuro; con bajo peso; y confirmando el retardo de Crecimiento intrauterino asimétrico.

2.9 Observación

Como se había manifestado anteriormente, la restricción de crecimiento intrauterino es el elemento causante de mortalidad perinatal, esto se enlaza a dificultades en el desarrollo y crecimiento del bebé, así como se presentó en la joven madre, correspondiente a éste caso clínico. Desde mi perspectiva, no se puede mencionar que hubo una mala intervención por parte del hospital de segundo nivel, ya que la paciente es de bajos recursos económicos por lo que no se pueden realizar estudios médicos más avanzados, y por eso los especialistas no identificaron a tiempo esta patología, lo que probablemente causó problemas psicológicos en la adolescente, y efectivamente tuvieron que realizar una cesarí; ocasionando un bebé prematuro.

CONCLUSIÓN

- ✚ El retardo de crecimiento intrauterino es un tema de salud pública, dado que lo que ocurre en la vida intrauterina va a tener consecuencias en la salud individual y poblacional. Es por este motivo que es fundamental un adecuado control obstétrico para su prevención, detección y manejo precoz.
- ✚ La reprogramación fetal que ocurre en fetos sometidos restricción del crecimiento, determina consecuencias que se expresan de forma perinatal, mediano y largo plazo. En el neurodesarrollo infantil se ha evidenciado diferencias significativas en el DSM, resultados de pruebas cognitivas y comportamiento.

Bibliografía

- Burgos J, M. J. (2013). *El retraso de crecimiento intrauterino*. Madrid: Grupo ENE Publicidad.
- Callen. (2013). *Ecografía en Obstetricia y Ginecología 2°*. Buenos Aires.
- Diaz, F. R. (2013). *Vigilancia del crecimiento fetal*. Montevideo: Científica CLAP N° 1261.
- Figueras, E. G. (2014). *Actualización sobre el diagnóstico y la clasificación de la restricción del crecimiento fetal y la propuesta de un protocolo de gestión por etapas*.
- <http://americanpregnancy.org/es/pregnancy-complications/intrauterine-growth-restriction/>. (2018). *2018 Asociación Americana del Embarazo*. .
- Larissa Hirsch, M. (Julio de 2014). <https://kidshealth.org/es/parents/iugr-esp.html>.
Obtenido de <https://kidshealth.org/es/parents/iugr-esp.html>
- Liu, X. W. (2014). *La tasa de incidencia, los factores de alto riesgo y los resultados adversos a corto y largo plazo de la restricción del crecimiento fetal: un informe de China continental*. Baltimore.
- Miguel, D. P. (2013). Crecimiento, sobrecrecimiento, crecimiento asimétrico y síndromes vinculados con anomalías vasculares. En D. P. Miguel. Buenos Aires.
- Rybertt, I. M. (2016). *RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO: CONSECUENCIAS A LARGO PLAZO*. Chile.
- Sandi, D. J. (2014). *Restricción del Crecimiento*. Perinatología - H.S.J.D.
- Terry A. Levine, R. E. (2015). *Neurodesarrollo de la primera infancia después de la restricción del crecimiento intrauterino: una revisión sistemática*.

ANEXOS



Inducción de maduración
fetal



Ecografía



Recién nacido prematuro