

FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA

HILDA ZORAIDA BACA NEGLIA

UNIDAD DE POSGRADO

REPORTE DE CASO CLÍNICO
EMBARAZO CON RETRASO MENTAL MATERNO,
RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO Y
OLIGOHIDRAMNIOS

PRESENTADO POR
ANDREA VICTORIA ESCOBAR QUEZADA

ASESOR
JOSE LUIS DELGADO SANCHEZ

TRABAJO ACADÉMICO
PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTÉTRICO

LIMA – PERÚ

2024



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA

HILDA ZORAIDA BACA NEGLIA

UNIDAD DE POSGRADO

TRABAJO ACADÉMICO

REPORTE DE CASO CLÍNICO

**EMBARAZO CON RETRASO MENTAL MATERNO, RETARDO DE
CRECIMIENTO INTRAUTERINO Y OLIGOHIDRAMNIOS**

PARA OPTAR:

**EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN EMERGENCIAS Y ALTO
RIESGO OBSTÉTRICO**

PRESENTADO POR:

ANDREA VICTORIA ESCOBAR QUEZADA

ASESOR:

MG. JOSE LUIS DELGADO SANCHEZ

LIMA, PERÚ

2024

**EMBARAZO CON RETRASO MENTAL MATERNO, RETARDO DE
CRECIMIENTO INTRAUTERINO Y OLIGOHIDRAMNIOS**

ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO

Asesor:

Mg. Jose Luis Delgado Sanchez

Miembros del jurado:

Presidente: Dra. Obsta. Maricela Martina Paredes Talavera

Vocal: Mg. Obsta. Rossana Beraniza Ruiz Vasquez

Secretario: Mg. Obsta. Silvia Constanza Huamani Cueto

DEDICATORIA

A mis abuelitos, mi tía y Emilio, quienes fueron parte fundamental en todo el proceso y me ayudaron a levantarme cada día para cumplir mi meta.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por brindarme fortaleza a seguir, además de la prestigiosa institución universitaria USMP, al hospital Sergio E. Bernales donde realicé mis prácticas y así pude escoger mi caso clínico y, a mi tutor por ayudarme en todo este proceso hasta cumplir con la investigación.

NOMBRE DEL TRABAJO

Trabajo Académico

AUTOR

Andrea Victoria Escobar Quezada

RECuento DE PALABRAS

5599 Words

RECuento DE CARACTERES

33119 Characters

RECuento DE PÁGINAS

47 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

16.9MB

FECHA DE ENTREGA

Jul 22, 2024 9:14 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Jul 22, 2024 9:15 AM GMT-5

● **16% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 15% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 9% Base de datos de trabajos entregados
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Material bibliográfico
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)



Mg. Rosana Gomez Raymundo
Coordinación - Unidad de Posgrado

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Página
TÍTULO.....	ii
ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO	v
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	vi
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT.....	viii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO.....	3
III. SEGUIMIENTO Y RESULTADOS.....	12
IV. DISCUSIÓN.....	14
V. CONCLUSIONES.....	19
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	20
VI. ANEXOS.....	25

RESUMEN

El embarazo constituye una etapa importante, donde la gestante experimenta varias emociones y debe estar preparada con la finalidad de asegurar bienestar mental y físico. En este caso clínico reportamos a una paciente gestante de 24 años de 37 semanas que es derivada de consulta externa a emergencia por ecografía patológica con resultado de oligohidramnios, retardo del crecimiento intrauterino; en los registros de la historia clínica reporta retraso mental leve, con signos evidentes de trastorno de estrés postraumático motivo por el cual se realiza cesárea de emergencia recibiendo recién nacido masculino con bajo peso al nacer. En hospitalización paciente es derivada a psicología y servicio social donde corroboran que se trata de un embarazo por presunta violación sexual, además de retraso mental leve y trastorno de estrés post traumático. Conclusión: Dentro de este estudio podemos verificar la importancia de identificar precozmente a pacientes gestantes con alguna discapacidad mental materna lo que sin lugar a duda permitiría implementar oportunamente medidas preventivas de embarazo o ayuda exclusiva para lograr una gestación adecuada y un recién nacido sin complicaciones.

Palabras claves: Discapacidad Mental, Embarazo de alto riesgo, Retardo del Crecimiento Fetal.

ABSTRACT

Pregnancy is an important stage, where the pregnant woman experiences several emotions and must be prepared in order to ensure mental and physical well-being. In this clinical case, we reported a 24-year-old 37-week pregnant patient who was referred from an external consultation to emergency by pathological ultrasound resulting in oligohydramnios, intrauterine growth retardation, in the records of the clinical history reports mild mental retardation, with obvious signs of post-traumatic stress disorder reason for which emergency cesarean section was performed receiving a male newborn with low birth weight. During her hospitalization, she was referred to psychology and social services, where they confirmed that she was pregnant due to alleged sexual rape, as well as mild mental retardation and post-traumatic stress disorder. Conclusion: In this study, we can verify the importance of early identification of pregnant patients with some maternal mental disability, which would undoubtedly allow timely implementation of pregnancy prevention measures or exclusive help to achieve a proper pregnancy and a newborn without complications.

Key words: Mental Disabilities, Pregnancy High-Risk, Fetal Growth Retardation

I. INTRODUCCIÓN

El retardo mental que coexiste con el embarazo en una etapa importante de la vida de una mujer desencadena una serie de experiencias pocas veces descritas. Alrededor de 1980, el embarazo 'normal' se asociaba especialmente con la salud emocional y la ausencia de enfermedad mental. La psiquiatra Gisela B. Oppenheim¹, citada por Jadresic E, fue la primera en cuestionar esta premisa y marcó el inicio de una serie de estudios al respecto; la enfermedad mental en mujeres embarazadas y su impacto en las madres y sus hijos¹. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) "Las personas que padecen trastornos mentales también requieren apoyo social, en particular para desarrollar y mantener relaciones personales, familiares y sociales" ². La autora Patricia Fernández, psicóloga clínica describió en su libro *Psicología del embarazo* que "El acompañamiento y la atención a embarazadas deben incluir el cuidado de su salud psíquica, un cuidado que favorezca una buena transición y un sentimiento de autoconfianza y de soporte que repercutirán en el vínculo madre-hijo, y, con ello, en el desarrollo de la criatura y de la propia mujer" ³, y así recalcamos la importancia de que gestantes que padezcan una enfermedad mental sean tratadas de una manera adecuada y ser derivada con especialistas en el área para así evitar futuras complicaciones materno-fetal, en este caso a presentar tenemos dos consecuencias que la gestante sufrió por no tener su correcto control prenatal, además, de analizar las posibles causas de su embarazo de alto riesgo sin control

adecuado. Anualmente cerca de 30 millones de niños experimentan durante su período prenatal algún tipo de restricción en el crecimiento. La mayor incidencia de estos fenómenos ocurre en los países en desarrollo, entre los que América Latina y el Caribe alcanzan una prevalencia del 10% ⁴. Según la FASGO-2017 la restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) es la insuficiente expresión del potencial genético de crecimiento fetal, teniendo una relevancia perinatal que la mortalidad fetal el 50% de las muertes fetales son pretérmino y el 20% a término, además que la salud fetal intraparto el 50% de fetos presenta alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal en registro cardiotocográfico asociadas a insuficiencia placentaria, oligohidramnios y/o compresión de cordón ⁵.

Existen pocas evidencias científicas que hayan estudiado incidencia de pacientes gestantes con retraso mental con consecuencias fetales, sin embargo, en Ecuador el 3% de las mujeres con discapacidad tuvieron su primer hijo entre los 10 y 14 años, lo que evidencia una relación directa con situaciones de violencia sexual mientras que el 43% tuvo su primer hijo entre los 15 y 19 años, según datos del Censo de Población y Vivienda ⁶.

El objetivo de este reporte de caso a presentar es que podamos reconocer que cada paciente gestante diagnosticada con una enfermedad mental debe ser manejada por un grupo de profesionales (obstetra, ginecólogo, psicología y trabajadora social) ya que estos casos en especial se deben analizar cuál fue el principal factor para que la paciente esté en periodo de gestación, aquí incluimos la posibilidad de un contexto de violencia sexual.

II. PRESENTACION DEL CASO

2.1. Historia clínica

Gestante de 24 años con diagnóstico previo de retardo mental leve, procedente de Comas-Perú, que ingresa al servicio de emergencia del Hospital Sergio Bernal, referida de consulta externa del mismo hospital por ecografía patológica, al ingreso no presenta contracciones uterinas ni pérdida de líquido amniótico, percibe movimientos fetales. Antecedentes gineco obstétricos: se trata de su primer embarazo, menarquía a los 14 años, edad gestacional al ingreso, por fecha de última menstruación 37.1 semanas coincidente por biometría fetal ecográfica de segundo trimestre.

Como antecedentes patológicos relevantes presenta diagnóstico de epilepsia de madre sin reporte del tiempo de hallazgo.

Presenta un control en Centro De Salud de primer nivel de 20.1 semanas (inicio tardío) y 6 controles realizados en el Hospital de tercer nivel. Luego de la evaluación en emergencia, es hospitalizada con los siguientes diagnósticos, considerada Alto Riesgo Obstétrico: Embarazo de 37 semanas, Retraso Mental leve por Historia Clínica, Oligohidramnios, Retraso del crecimiento intrauterino, Feto en podálico.

Al momento de hospitalización se canaliza venoclisis con Cloruro de sodio y se indica monitoreo clínico materno fetal, exámenes laboratoriales.

Se pudo evidenciar que dentro de los análisis realizados en sangre y orina están dentro de los parámetros normales.

A la paciente se le realiza 3 ecografías importantes:

En la primera ecografía se pudo evidenciar el crecimiento uterino en percentil 5.5, se pide una nueva ecografía para reevaluar retardo de crecimiento intrauterino o pequeño para edad gestacional, además presenta arterias uterinas patológicas teniendo así un riesgo de preeclampsia.

Realizada la segunda ecografía 17 días tiempo después de la primera se sigue evidenciado el percentil de crecimiento fetal menor al percentil 3, se reevalúa si tiene un retardo de crecimiento intrauterino o es pequeño a la edad gestacional.

Se realiza una ecografía en el servicio consulta externa para pasar al servicio de emergencia. Se confirma diagnóstico con la tercera ecografía 38 días tiempo después de la segunda que reporta, crecimiento fetal menor al percentil 3 (retardo de crecimiento intrauterino), además de oligohidramnios, y feto podálico por lo cual se indica cesárea programada.

Se realiza monitoreo fetal electrónico, se valora monitoreo dentro de parámetros normales, cardíaca fetal normal. Se complementa las siguientes indicaciones: Nada por vía oral, aplicación de venoclisis con cloruro de sodio al 0,9% 1000 cc., aplicación de sonda vesical Foley, monitoreo clínico y cefazolina 2 gramos inyección en 30 minutos previa operación.

Se realiza la cesárea programada sin complicaciones con diagnóstico de recién nacido con bajo peso al nacer.

En su hospitalización Servicio Social la entrevista la cual reporta, con los siguientes diagnósticos:

1. Pobreza extrema
2. Paciente rechaza el soporte familiar
3. Embarazo por presunta violencia sexual.

Embarazo por presunta violación de alcoholico ya fallecido con intervención de PNP, durante los controles prenatales paciente manifiesta su deseo de dar a recién nacido en adopción.

Además, recibió Interconsulta con Psicología.

En la interconsulta la paciente refiere que fue abusada sexualmente por familiar cercano, no tiene deseo de ver al recién nacido expresión facial de molestia y temor, niega tener contacto físico con recién nacido 'no quise darle pecho', refiere tener pesadillas constantes, refiere temblor del cuerpo y angustia.

Diagnóstico reportado por Psicología

1. Retraso mental leve
2. Trastorno de estrés post traumático.

Recomendaciones

Interconsulta con Psiquiatría en consulta externa para controles.

2.2. Hallazgos clínicos

En sus antecedentes presenta controles de inicio tardío con interconsulta a psicología quien a su revisión presenta diagnóstico de: 1. Trastorno de ansiedad, 2. Retraso Mental Leve, además de Psiquiatría que reporta: 1. Gestación presuntiva por abuso sexual 2. Familia conflictiva 3. Psicoterapia de apoyo.

Paciente ingresa a emergencia con los siguientes signos vitales PA:130/90 milímetros de mercurio, frecuencia cardiaca 85 por minuto, frecuencia respiratoria: 19 por minuto, temperatura corporal 37 grados centígrados, no se observan alteraciones cardiacas ni pulmonares.

Al examen físico: piel no presencia de palidez, abdomen mide altura uterina 26 centímetros, dinámica uterina negativa, latidos cardiacos fetales 137 latidos por minuto, además, percibe movimientos fetales. Tacto Vaginal: diferido, miembros inferiores no presencia de edema, reflejo osteotendinoso normal.

En su hospitalización en el servicio de emergencia la actividad uterina aumenta a 2 contracciones en 10 minutos con una duración de 15 segundos, se comunica que se realizará tacto vaginal, paciente y madre no desean que se realice el procedimiento, sin embargo, se realiza monitoreo fetal electrónico dentro de parámetros normales, ya cumpliendo con el monitoreo pasa al servicio de hospitalización de alto riesgo obstétrico y su evolución se mantiene dentro de parámetros normales hasta el día siguiente que ingresa a cesárea programada.

Al momento de la cesárea se recibe recién nacido masculino Peso: 1560 gramos, Talla: 41 centímetros, Perímetro Cefálico: 29 centímetros, Perímetro Torácico: 26 centímetros. APGAR: 8 al minuto y 9 a los 5 minutos.

2.3 Calendario (cronología del caso)

06/10/2022	Primer control en centro de salud y es referida al Hospital de tercer nivel de atención
06/10/2022	Primer control en Hospital de tercer nivel de atención se refiere al servicio de psicología, psiquiatría y al servicio de ecografía. Se realiza una ecografía pélvica con diagnóstico de embarazo de 20 semanas.
8/11/2022	Se presenta a consulta con psicología que reporta diagnóstico de trastorno de ansiedad y retraso mental leve.
22/12/2022	Se presenta a consulta con psiquiatría que reporta gestación presuntiva de abuso sexual, familia conflictiva, psicoterapia de poyo.
02/02/2023	Ingresa al servicio de emergencia al hospital de tercer nivel de atención referida de consulta externa, por ecografía que reporta patología: oligohidramnios, retraso del crecimiento intrauterino, feto en podálico. Se realiza exámenes, ecografía para confirmación de su diagnóstico y es ingresada al servicio de hospitalización de Emergencia y Alto Riesgo Obstétrico.

03/02/2023	Se realiza cesárea programada por emergencia obstétrica y se recibe recién nacido vivo con bajo peso al nacer.
04/02/2023	Se brinda la interconsulta a servicio social y psicología, la cual servicio social reporta embarazo por presunta violación de alcoholico ya fallecido, durante los controles prenatales paciente manifiesta su deseo de dar a recién nacido en adopción. Diagnóstico reportado por Psicología: Retraso mental leve y Trastorno de estrés post traumático.
05/02/2023	Es hospitalizada sin complicaciones.

2.4 Informes de exámenes auxiliares

06/10/2022.	Se realiza su primera ecografía Pélvica. La cual reporta un embarazo de 20 semanas de gestación, con el resultado la paciente accede a su primer control prenatal. (Figura 1)
14/10/2022	Se realiza su primera atención en Centro de salud, dentro de su primer control prenatal se evidencia que no existe un correcto llenado de su historia clínica ya que en sus antecedentes personales no reportan retraso mental materno. (Figura 2)
8/11/2022	Resultado de la primera interconsulta a psicología es trastorno de ansiedad y retraso mental leve. (Figura 3)
08/11/2022	Se realiza ecografía morfológica que reporta gestación única activa de 24 semanas con 1 día, por Biometría Fetal 25 semanas con 5 días, feto podálico, crecimiento fetal en percentil 5.5%, a descartar retardo de crecimiento uterino o pequeño para edad gestacional, arterias uterinas patológico para riesgo de preeclampsia pretérmino, bajo riesgo de parto pretérmino por cervicometria. (Figura 4)
08/12/2022	La paciente se presenta a su primer control de ginecología en Hospital de tercer nivel, se evidencia que no se realiza un correcto llenado de su carnet de control prenatal al no tener fechas de sus controles posteriores. (Figura 5)

22/12/2022	Se realiza interconsulta al servicio de Psiquiatría quién reporta: Gestante 31 semanas por fecha de última menstruación, familia conflictiva, gestación producto de abuso sexual, adopción al culminar gestación, además de sugerencia que amerita Psicoterapia de apoyo por psicología. (Figura 6)
22/12/2022	Se realiza interconsulta con cardiología, pero no se evidencia una respuesta clara, se realiza el procedimiento de un electrocardiograma dentro de los parámetros normales. (Figura 7)
26/12/2022	Se realiza ecografía Obstétrica que reporta Gestación única de 31 semanas con 4 días, percentil de crecimiento menor al 3 %, a descartar retardo de crecimiento intrauterino o pequeño para edad gestacional. (Figura 8)
31/01/2023	Exámenes de Sangre y orina, servicio de consulta externa. Resultados aparentemente normales. (Tabla 1)
02/02/2023	Se realiza ecografía obstétrica que reporta gestación única activa de 37 semanas, retardo de crecimiento intrauterino, oligohidramnios y feto podálico. (Figura 9)
03/02/2023	Exámenes de sangre y orina en el servicio de emergencia. (Tabla 2)
04/02/2023	Interconsulta por el servicio de psicología. (Figura 10)
04/02/2024	Interconsulta por servicio social. (Figura 11)

2.5 Intervenciones o procedimientos

La paciente al ingresar a un establecimiento de salud para su primer control prenatal, es durante la anamnesis que se verifican antecedentes de alto riesgo como madre con antecedente de epilepsia, paciente con retraso mental, lo que motivó que el profesional de salud refiera a un hospital de tercer nivel; en el nivel de mayor complejidad es atendida por especialista donde realizan ecografía pélvica para verificar la edad gestacional además de interconsulta a psicología y psiquiatría, continuando con sus controles, se le realiza ecografías seriadas y en la última presentó diagnósticos patológicos, con este resultado es derivada a emergencia del hospital de tercer nivel y es ingresada y hospitalizada en el servicio de alto riesgo obstétrico y en su primer día de hospitalización se realizó ecografías, monitoreo fetal electrónico y exámenes de laboratorio, al segundo día de hospitalización se le realiza la cesárea programada sin complicaciones maternas, respecto al recién nacido con bajo peso al nacer se reporta la intervención de servicio social para inicio de proceso de adopción, paciente post parto es referida por psicología y servicio social para llevar su caso de manera ambulatoria adecuada con sugerencias de control por psiquiatría por consulta externa.

III. SEGUIMIENTO Y RESULTADOS

Paciente gestante que ingresa a hospitalización por presentar retraso mental leve por historia clínica, también con peso de 39kg , talla de 1.44 centímetros obtenido un índice de masa corporal de 18.8 considerado como bajo peso, en su primer control prenatal gestante presentaba un peso de 43 kg relacionando así que en el transcurso de su gestación presentó pérdida de peso , además de ecografías en controles prenatales la primera confirmando la edad gestacional de 20 semanas , su segunda ecografía presentó un crecimiento fetal en el percentil 5.5% y a la flujometría Doppler al calcular el índice de pulsatilidad de la arteria uterina derecha: 1.19 , arteria uterina izquierda: 1.7 , con un promedio de 1.44 percentil: 97 con riesgo patológico de preeclampsia y bajo riesgo para parto pretérmino, en su segunda ecografía de control ya se evidencia un percentil de crecimiento fetal menor a 3% y a descartar retardo de crecimiento intrauterino o pequeño para edad gestacional, la última ecografía de control en consulta externa se brinda un reporte de gestación de 37 semanas por ecografía de segundo trimestre , crecimiento fetal menor al 3% , retraso de crecimiento intrauterino y oligohidramnios, se realizan exámenes de sangre y orina de rutina con resultado normal además realizan un monitoreo fetal que se encontraba dentro de los parámetros normales, profesional de salud programa cesárea de emergencia obteniendo a recién nacido con peso: 1560 gramos, talla: 41 centímetros, perímetro cefálico: 29 centímetros, perímetro

torácico: 26 centímetros. APGAR: 8-9, diagnóstico con bajo peso al nacer, además puérpera fue derivada a psicología quien la diagnostica con estrés post traumático debido a su embarazo que fue presuntivo por abuso sexual, dando así resultado de un embarazo no deseado por paciente con discapacidad mental, además que no tuvo los cuidados necesarios ya que su tutora es su madre quien se encuentra en pobreza extrema, motivo por el cual, la paciente gestante no fue llevada a su controles de manera adecuada ni los cuidados especiales que la paciente necesitaba.

IV. DISCUSIÓN

El presente caso clínico se trata de una gestante con discapacidad mental por historia clínica con aparente abuso sexual previo a la gestación, es importante tomar en cuenta, que cuando se hace referencia a abuso sexual son aquellas situaciones en las que una persona se involucra en actividades o relaciones sexuales que no desea, no ha consentido o no comprende. Estas relaciones se basan en la gratificación de quien sea el abusador, a quien se suele colocar en una posición de poder, ya sea por edad, tamaño, posición o rol social ⁷, en nuestro caso clínico al ser la paciente abusada sexualmente y ser indefensa al presentar esta discapacidad, además de que su posición social era baja por estar en pobreza extrema, dentro de las complicaciones que encontramos fue retardo de crecimiento intrauterino del feto en gestación que al inicio de sus ecografías se marcaba un diagnóstico diferencial a pequeño para edad gestacional, estas dificultades se debe a que el retardo de crecimiento uterino son todos aquellos fetos cuyo percentil de crecimiento sea inferior a 10 ⁸, subclasificándolos en diferentes categorías según su fisiopatología y gravedad ⁸. Dentro de nuestro estudio se pudo comprobar el RCIU en su tercera ecografía realizada ya que al subclasificar encontramos: “Pequeño para la edad gestacional normal es creciendo entre percentiles mayor a 3 y menor a 10 con estudio Doppler normal. Pequeño para edad gestacional anormal es cuando existe una anomalía intrínseca fetal como causa genética o infecciosa y retardo de crecimiento intrauterino cuando existe Doppler alterado o

curva de crecimiento por abajo del percentil 3⁸. Con el análisis podemos constatar que se diagnostica retardo de crecimiento intrauterino por la tercera ecografía realizada y todas presentaban una deficiencia en el percentil 3, en estudios realizados uno de los factores que impactan en la determinación del peso al nacer es: estado nutricional de la madre antes del embarazo, aumento de peso durante el embarazo teniendo en cuenta un embarazo a término, para satisfacer la demanda fetal puede provocar desnutrición fetal, además existe una fuerte relación entre el estado nutricional del embarazada y la predisposición a complicaciones como parto prematuro, restricción de crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer menor 2500 gramos y macrosomía mayor 4000 gramos⁹. En Paraguay en 2021 se realizó un estudio que incluyó a 14.694 gestantes que asistieron a controles prenatales en servicios de salud públicos. Al diferenciar por áreas geográficas, destaca el bajo peso en el área rural (urbana: 23,2%, rural: 24,3%)¹⁰. UNICEF responde a una crisis mundial ya que “solo dos de cada cinco mujeres embarazadas (el 43%) reciben suplementos de hierro y ácido fólico para prevenir la anemia materna, y solo en 29 países de ingresos medianos y bajos las madres reciben suplementos de micronutrientes múltiples durante el embarazo, un tratamiento que en los países de ingresos altos constituye la norma, además, la cifra de mujeres embarazadas y lactantes gravemente malnutridas aumentó en un 25% entre 2020 y 2022 en 12 de los países más afectados por la actual crisis alimentaria y nutricional, desde un total de 5,5 millones a 6,9 millones de mujeres afectadas”¹¹. En nuestro caso clínico la paciente gestante al vivir el pobreza extrema no recibía una correcta alimentación, pero evidenciando sus resultados al final de la gestación la paciente no tuvo anemia diagnosticada ya que en el centro de atención tanto de primer como tercer nivel les brindaban de manera gratuita los

suplementos de hierro y ácido fólico, una de las grandes recomendaciones que se debe plantear como lo citó la UNICEF es que se le brinde a toda mujer embarazada suplementos alimenticios en toda su etapa de gestación y así lo cumplió el equipo de salud.

Una complicación acompañante que encontramos en nuestro estudio es que la paciente presentó oligohidramnios que es la disminución del índice del líquido amniótico menor a 5cm, en varios estudios se ha encontrado que es una causa del retardo de crecimiento intrauterino ¹².

Hay pocos estudios donde se evidencia discapacidad mental y embarazo, según en un artículo publicado en EEUU “Las personas con discapacidad intelectual a menudo tienen dificultades para comprender y comunicarse con los demás. Los resultados ajustados según la edad materna y la edad paterna sugieren que los embarazos de mujeres con discapacidad intelectual se obtuvieron con mayor frecuencia con parejas de mayor edad, alrededor de los 40 años, o incluso mayores” ¹³, por tal motivo una razón de nuestro caso clínico la paciente al ser abusada sexualmente y al estar gestando, presentaba dificultad para entender la situación razón por el cual deseaban dar en adopción al recién nacido. En un estudio recalcaron que “las mujeres con discapacidad intelectual pueden ser más vulnerables en el momento del parto debido a la falta de información sobre anticonceptivos o de acceso a atención médica de rutina o a su incapacidad para comprender las recomendaciones de salud generalmente proporcionadas ¹⁴.

Este estudio es muy importante ya que al presentar un caso de una paciente vulnerable con una discapacidad mental que conlleva a una gestación no deseada ni consciente obteniendo así complicaciones a futuro que aumenta la morbi-

mortalidad materna y fetal, además presentó retardo de crecimiento uterino y oligohidramnios causa para realizar una cesárea de emergencia obteniendo a un recién nacido con bajo peso al nacer.

Existe poca evidencia científica sobre discapacidad intelectual y gestación, sin embargo existe un estudio donde se incluyó 23 estudios, que representan a 8.514.356 mujeres en 19 cohortes, llegando a una conclusión que “la evidencia de que la discapacidad materna se asocia con un mayor riesgo de complicaciones perinatales demuestra que se necesita más investigación de alta calidad para examinar las razones de este riesgo y determinar qué intervenciones podrían implementarse para apoyar a las mujeres con discapacidad durante el período perinatal”¹⁵, las tasas de embarazo entre personas con discapacidad están aumentando, ya que el 13% de los embarazos son de personas con discapacidad física, sensorial o intelectual o del desarrollo¹⁶, además pocos estudios han revelado las consecuencias postnatales en gestantes con alguna discapacidad presente, según Brown en un estudio que realizó reveló que “se deberían tener en cuenta varias limitaciones, ya que las determinaciones de discapacidad se basan únicamente en registros médicos, lo que significa que no se tienen en cuenta las discapacidades no diagnosticadas¹⁷, motivo por el cual, es difícil encontrar estudios relacionados con el tema investigado, una revisión realizada en Suecia demostró que “Se analizó los resultados del embarazo y de los bebés en mujeres con discapacidad intelectual y encontró que estas mujeres eran más jóvenes, solteras, con sobrepeso y más propensas a fumar durante el embarazo que la población general. Sus bebés tienen más probabilidades de nacer por cesárea, tienden a ser pequeños para la edad gestacional, nacen prematuros, tienen puntuaciones de Apgar más bajas y tienen mayor riesgo de muerte fetal o muerte perinatal¹⁸, es de

tener consideración que las barreras a una atención prenatal inadecuada son multifactoriales y justifican una mayor investigación, dado que el bienestar durante y después del embarazo incluye sistemas de apoyo social, familiar y clínico que satisfacen las necesidades de cada mujer, independientemente de su condición física o mental ¹⁹.

Según Höglund, Lindgren y Larsson “También se sabe que los hijos de madres con discapacidad intelectual tienen un mayor riesgo de muerte perinatal. Poco se sabe acerca de si los hijos de madres con discapacidad intelectual también tienen un mayor riesgo de mortalidad en el futuro. Sin embargo, se ha demostrado que el bajo nivel socioeconómico tiene un impacto en la mortalidad infantil” ²⁰. Actualmente no hay una guía importante del manejo entre pacientes con discapacidad mental y su atención, base a este estudio lo que se quiere lograr es incentivar a la creación de una guía especial a la atención sobre sexualidad y atención prenatal en pacientes que presenten discapacidad ya sea física o mental.

V. CONCLUSIONES

- El caso clínico de esta gestante con retraso mental leve, complicado por retardo de crecimiento intrauterino y oligohidramnios, destaca la necesidad crítica de una evaluación temprana y completa antes y durante el embarazo.
- Es esencial reconocer la importancia de la intervención multidisciplinaria, involucrando a especialistas en psiquiatría y psicología, para garantizar un manejo integral, brindar apoyo a la madre y a familiares que son de apoyo para la paciente con discapacidad.
- La atención oportuna no solo aborda las necesidades médicas, sino también las dimensiones psicológicas, reduciendo así el riesgo de morbi-mortalidad materna y fetal asociada con embarazos en mujeres con discapacidades mentales.
- Es importante resaltar que para el abordaje para estas pacientes con discapacidad mental con múltiples diagnósticos se requiere de la creación de guías médicas para presentar estrategias multidisciplinarias preventivas y la atención especializada para mejorar los resultados maternos y perinatales en poblaciones vulnerables.
- El nivel de conciencia y capacidad de cada mujer con discapacidad mental y la presencia de otras posibles comorbilidades, su entorno familiar/social de apoyo son fundamentales para su salud y la del recién nacido.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pérez-Solís D, Rodríguez-Vargas M, Rodríguez-Ricardo A. Prevalencia de trastorno mental en embarazadas. Arch méd Camaguey [Internet]. 2020 [citado el 12 de enero de 2024];24(4):503–511. Disponible de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medicocamaguey/amc-2020/amc204d.pdf>
2. OMS. Organización Mundial De La Salud. Trastornos mentales [Internet]. Datos y cifras 2022 [citado el 10 de enero de 2024]. Disponible de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
3. Ibone P. Psicología del embarazo [Internet]. Madrid: SISTESIS; 2020 [citado el 10 de enero de 2024]. 147-148p. Disponible de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8047281.pdf>
4. Vázquez Rivero D, Sarasa Muñoz NL, Álvarez Guerra González E, Vila Bormey MA, Borrego Gutiérrez D, Silverio Ruiz L. La salud gestacional y su relación con la restricción del crecimiento intrauterino. Medicentro Electrónica [Internet]. 2022 [citado el 12 de enero de 2024];26(2):258–272. Disponible de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432022000200258
5. Valenti EA, Avila N, Amenabar S, Zanuttini E, Crespo H. RCIU (Restricción del Crecimiento intrauterino) [Internet]. Actualización de consenso de obstetricia FASGO; 2017 [citado el 12 de enero de 2024]. Disponible de:

http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Actualizacion_consenso_RCIU_FASGO_2017.pdf

6. UNFPA. Embarazo en mujeres adolescentes con discapacidad, su vinculación con la violencia basada en género y los desafíos en el cuidado humano [Internet]. 2017 [citado el 30 de diciembre de 2023]. Disponible de: <https://www.igualdadgenero.gob.ec/wp-content/uploads/2018/03/EMBARAZO-DE-MUJERES-ADOLESCENTES-CON-DISCAPACIDAD.pdf>
7. Losada, A. V., Muñiz, A. M. Sexualidad en sujetos con discapacidad intelectual. Mitos y prejuicios como factores de riesgo y vulnerabilidad al abuso sexual. Revista Digital Prospectivas en Psicología [Internet]. 2019 [citado el 31 de diciembre de 2023]; 382):4-15. Disponible de: <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/12792>
8. Eduardo Sepúlveda S, Fátima Crispi B, Andrés Pons G, Eduard Gratacos S. Restricción de crecimiento intrauterino. Rev. Med. Clin. Condes [Internet]. 2014 [citado el 31 de diciembre de 2023];25(6):958–963. Disponible de: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-restriccion-crecimiento-intrauterino-S0716864014706443>
9. Berrini G, Betbeder A, Castelli M, Guerisoli L. Malnutrición en el embarazo y complicaciones gestacionales y del recién nacido: Estudio descriptivo de los nacimientos 2010 en el Hospital Pereira Rosell [Internet]. [citado el 31 de diciembre de 2023]. Disponible de: https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/18852/1/MCII_2015_G21.pdf.pdf

10. INAN: Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición. Resultados situación nutricional población de mujeres embarazadas que asistieron a servicios de salud públicos en el año 2021 [Internet]. [citado el 30 diciembre de 2023] Disponible de: <https://www.inan.gov.py/site/?p=6659>
11. UNICEF: Fondo de las naciones unidas para la infancia. Desnutridas y olvidadas. Resumen ejecutivo. Una crisis mundial de la nutrición de las adolescentes y las mujeres [Internet]. Marzo; 2023 [citado el 14 de enero de 2024] Disponible de: [https://www.unicef.org/mena/media/20966/file/Executive%20summary%20\(Spanish\).pdf](https://www.unicef.org/mena/media/20966/file/Executive%20summary%20(Spanish).pdf)
12. Amador-de-Varona CI, Cabrera-Figueroa I, Rodríguez-Fernández JM, Valdés-Dacal S, Niño-Victoria Y, Nieves-Martínez J. Hidroterapia materna endovenosa en el oligohidramnios. Rev. Arch Med Camagüey [Internet]. 2019 [citado el 14 de enero de 2024];23(1):85–94. Disponible de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medicocamaguey/amc-2019/amc191j.pdf>
13. D'Angelo A, Ceccanti M, Fiore M, Petrella C, Greco A, Porrari R, et al. Pregnancy in women with physical and intellectual disability: psychiatric implications. Riv Psichiatr [Internet]. 2020 [citado el 14 de enero de 2024];55(6):331-336. Disponible de: <https://www.rivistadipsichiatria.it/archivio/3503/articoli/34890/>
14. Mueller BA, Crane D, Doody DR, Stuart SN, Schiff MA. Pregnancy course, infant outcomes, rehospitalization, and mortality among women with intellectual disability. Disabil Health J [Internet]. 2019 [citado el 19 de abril de 2024];12(3):452–459. Disponible de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.dhjo.2019.01.004>

15. Tarasoff LA, Ravindran S, Malik H, Salaeva D, Brown HK. Maternal disability and risk for pregnancy, delivery, and postpartum complications: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2020 [citado el 19 de abril de 2024];222(1):27.e1-27.e32. Disponible de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31306650/>
16. Brown HK, Chen S, Guttmann A, Havercam S, Parish S, Ray J, et al. Tasas de embarazo reconocido en mujeres con discapacidad en Ontario, Canadá. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2020 [citado el 19 de abril de 2024]; 222: 189–192. Disponible de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7261363/>
17. Brown HK, Carty A, Havercamp S, Parish S, Lunsky Y. Algoritmos para identificar mujeres en edad reproductiva con discapacidades físicas y sensoriales en datos administrativos de salud: una revisión sistemática. *Disabil Health* [Internet]. 2020 [citado el 19 de abril de 2024]; 13(3):100909. Disponible de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7387197/>
18. Fairthorne J, Bourke J, O'Donnell M, Wong K, de Klerk N, Llewellyn G, et al. Pregnancy and birth outcomes of mothers with intellectual disability and their infants: Advocacy needed to improve well-being. *Disabil Health J* [Internet]. 2020 [citado el 19 de abril de 2024];13(2):1-9. Disponible de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.dhjo.2019.100871>
19. Mueller BA, Crane D, Doody DR, Stuart SN, Schiff MA. Pregnancy course, infant outcomes, rehospitalization, and mortality among women with intellectual disability. *Disabil Health J* [Internet]. 2019 [citado el 19 de abril de 2024];13(2):452–459. Disponible de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.dhjo.2019.01.004>

20. Wickström M, Höglund B, Larsson M, Lundgren M. Increased risk for mental illness, injuries, and violence in children born to mothers with intellectual disability: A register study in Sweden during 1999–2012. *Child Abuse Negl* [Internet]. 2017 [citado el 19 de abril de 2024]; 65:124–131. Disponible de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.01.003>

VI. ANEXOS

ÍNDICE DE TABLAS O FIGURAS

		Página
Figura 1.	Ecografía pélvica	26
Figura 2.	Carnet Prenatal Hoja 1	27
Figura 3	Interconsulta Psicología	28
Figura 4	Ecografía Obstétrica	29
Figura 5	Carnet Prenatal Hoja 2	30
Figura 6	Interconsulta Psiquiatría	31
Figura 7	Interconsulta a Cardiología	32
Figura 8	Ecografía Obstétrica	33
Figura 9	Ecografía Obstétrica	34
Figura 10	Interconsulta Psicología	35
Figura 11	Interconsulta Servicio Social	36
Tabla 1	Exámenes de Sangre y orina. Servicio consulta externa	37
Tabla 2	Exámenes sangre y orina servicio de emergencia	38

ANEXO 1. FIGURAS

Figura 1. Ecografía Pélvica

ESPECIALIDAD: ECOGRAFIA

SERVICIO: • ECOGRAFIA ABDOMEN INFERIOR
(PELVICA)

FECHA: 06/10/2022

TICKET: B397-58693

ECOGRAFIA ABDOMEN INFERIOR

UTERO OCUPADO POR UNICO FETO CON MOVIMIENTOS ESPONTANEOS Y LATIDOS CARDIACOS PRESENTES.

FC: 152 LATIDOS x MINUTO.

FETO EN SITUACION: INDIFERENTE

DBP: 68 mm **CC:** 1.15 mm **LF:** 18 mm **CA:** 20 mm **PF:** 351 gr (APROX)

ANATOMIA FETAL: DE MORFOLOGIA FETAL CONSERVADA DE ACUERDO A SU EDAD GESTACIONAL.

PLACENTA: CORPORAL POSTERIOR, GRADO: I/III. ESPESOR: 17 mm

LIQUIDO AMNIOTICO DE ADECUADO VOLUMEN PARA LA EDAD GESTACIONAL. POZO MAYOR: 63 mm.

NO SE APRECIA CIRCULAR EN CUELLO FETAL

SEXO: MASCULINO

CONCLUSION:

- GESTACION UTERINA DE 20 SEMANAS +/- 13 DIAS.

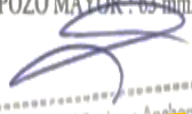
Dr. 
Médico Cirujano
CMP 31839
ECOGRAFISTA

Figura 2. Carnet Prenatal Hoja 1

Localidad _____ Cod. _____
 Departamento Lima Provincia Lima
 Distrito: Comas Estado _____ Padre
 Teléfono: 953177657. Correo electrónico: _____

Ocupación: Anal/fat Primaria Secundari Superior Superior No
 Estudios: Ana/fat Primari Secundi Superio Superio No
 Estado: Casada Convienti Soltera Otro Padre

Antecedentes Obstétricos
 Gestas: 0, Abortos: 0, Partos: 0, RN mayor: 0 g
 Partos: 0 < 3, 0 < 2500g, 0 Múltiple, 0 < 37 sem
 Vaginales: 0, Cesareas: 0, Nacidos vivos: 0, Nacidos muertos: 0
 Viven: 0, Muerto 1ra Semana: 0, Después 1ra semana: 0

Gestación anterior
 Fecha: _____
 Terminación: Parto , Cesarea , Aborto , Ectópico , Aborto Molar , No Aplica
 Si fue aborto: Tipo de: Incompleto , Completo , Frusto/Retenido , Séptico , No Aplica
 Lactancia Materna: No hubo , < 6 meses , 6 meses o mas , No Aplica
 Lugar del parto: EESS , Domicilio
 Captada: SI No Referida x ag Comunal: SI No

Antecedentes Familiares
 Ninguno , Alergias , Enf. Hipertens. , Epilepsia , Diabetes , Enferm. , Emb. Múltiple
 Malaria , Hipertensión Arterial , Hipotiroidismo , Neoplásia , TBC Pulmonar , Otros

Antecedentes Personales
 Ninguno , Aborto habitual/recurrente , Alcoholismo , Alergia a medicamentos , Violencia , Asma Bronquial , Cardiopatía , Cirugía Pelv-uterina , Diabetes
 Eclampsia , Enferm Congénitas , Enferm , Epilepsia , Hemorragia postparto , Hipertensión arterial , Cocaína , Infertilidad , Neoplasias
 Otras Drogas , Parto Prolongado , Preeclampsia , Prematuridad , Reten placenta , Tabaco , TBC Pulmonar , Transtornos Mentales , VIH/SIDA , Otros

Vac Previas
 Rubéola: SI No
 Hepatitis B: SI No
 Papiloma Virus: SI No
 Fiebre Amarilla: SI No

Peso y talla: Peso habitual: 43.0, Talla: 144.0, IMC: 20.74
 Antitetánica: N Dosis Previa: 0, Dosis 1ra: , 2da: , Sin dosis: , NA:
 Tipo de Sangre: Grupo: A , B , AB , O
 Rh: Rh(+): , Rh(-) s/s: , Rh(-) no: , Rh(-) sen:

Fuma: N Cigarrillos / día: 0
 Drogas: SI No

Fecha Última Menstruación: FUM: 17/05/2022, Duda: SI No
 EG (Ecografía): 20/07, Fecha: 06/10/2022
 Fecha probable de parto: 21/02/2023

Hospitalización: Hospitalización: SI No
 Fecha: _____
 Diagnósticos: _____
 CIE 10: _____

Emergencia: Emergencia: SI No
 Fecha: _____
 Diagnósticos: _____
 CIE 10: _____

Violencia / género: Ficha Tamizaje: SI No
 Violencia: SI No
 Fecha: 07/10/2022

Exámenes de laboratorio

Fecha	Hg(%)	No se hizo	Negativo	Positivo	No se hizo	No aplica	Fecha
07/10/2022	13.6	<input type="checkbox"/>	IFI / Western Blot: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
		<input checked="" type="checkbox"/>	HTLV I: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
		<input checked="" type="checkbox"/>	TORCH: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
		<input checked="" type="checkbox"/>	Gota Gruesa: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
		<input checked="" type="checkbox"/>	Malaria Prueba: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
		<input checked="" type="checkbox"/>	Fluorec. Malaria: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
		<input checked="" type="checkbox"/>	Ex. Com. Orina: <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	06/10/2022
07/10/2022		<input type="checkbox"/>	Ex. Com. Orina 2: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	Leucocituria: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	Nitritos: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	Urocultivos: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
		<input checked="" type="checkbox"/>	BK en Espudo: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	Listeria: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	Tamizaje Hepatitis B: <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	07/10/2022
07/10/2022		<input type="checkbox"/>	PAP: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
07/10/2022		<input type="checkbox"/>	IVA: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	Colposcopia: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

Examen Físico
 Clínico: Sin Examen Normal Patológico
 Mamas: Sin Examen Normal Patológico
 Cuello uterino: Sin Examen Normal Patológico
 Pelvis: Sin Examen Normal Patológico
 Odont: Sin Examen Normal Patológico

Figura 3. Interconsulta Psicología

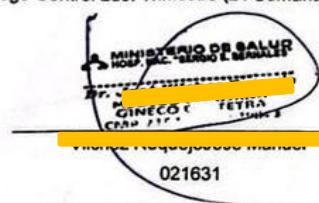

E:	ALTO RIESGO - 1	A:	PSICOLOGIA
	SERVICIO		ESPECIALIDAD/SERVICIO
		24	Femenino
	APELLIDOS Y NOMRES	D.N.I	EDAD SEXO CAMA N°
sumen de la enfermedad Actual:	24 AÑOS. REFIERE GESTACION PRODUCTO DE VIOLACION POR PERSONA DESCONOCIDA, QUIEN YA MURIO: "APARECIO MUERTO" ACUDE CON SU MADRE: ASENCIO PARIAMACHI EVA MONICA DNI: 31682451		
Objetivo de la interconsulta:	Manejo conjunto del paciente		
Diagnóstico Presuntivo:	F79.9 -Retraso mental no especificado, con deterioro del comportamiento de grado no especificado, Z35.92 -Gestante con Factor de Riesgo Control 2do. Trimestre (24 Semanas)		
Fecha:	08/11/2021	Hora:	: (am) (pm)
			
IFORME DE INTERCONSULTA:			
Fecha:	15/11/2022 Hora: 10 ³⁰ AM.		
Descripción de Hallazgos:	<p>Mujer de 24 años, gestante con antecedentes de violencia sexual, refiere haber sido víctima de violencia sexual durante su embarazo, no tiene apoyo familiar por lo que se encuentra sola en su hogar. Se refiere a la violencia sexual sufrida y a la muerte de su hijo. Se refiere a la violencia sexual sufrida y a la muerte de su hijo. Se refiere a la violencia sexual sufrida y a la muerte de su hijo.</p>		
Exámenes y procedimientos realizados:	<p>del 01 de 40 años quien se dedica a la venta de alimentos. Se refiere a la violencia sexual sufrida y a la muerte de su hijo. Se refiere a la violencia sexual sufrida y a la muerte de su hijo.</p>		
Diagnóstico(s)	<p>Manejo conjunto del paciente.</p>		
Tratamiento y recomendaciones	<p>Tratamiento: Asesoría y apoyo emocional. Recomendaciones: Terapia familiar y Orientación psicológica individual.</p>		
			
<p>Nombres y Apellidos, Cargo, Firma Sello del profesional solicitado</p>			

Figura 4. Ecografía Obstétrica

CONCEPCION: ESPONTANEA PARTO PRETERMINO (NO)
 ENFERMEDADES: HTA (NO) SAF (NO) DM TIP 1 Y 2 (NO) LES (NO)
 ETNIA: MESTIZA.

ECOGRAFIA MORFOLÓGICA 20-24 SEMANAS (SCREENING DEL II TRIMESTRE)

REALIZADO CON ECOGRAFO SONOSCAPE S50, SONDA ESTÁNDAR 3.5 MHz Y 4D VOLUMETRICA, RANGO DE FRECUENCIAS 2.0 - 5.5 MHz.

CONDICIONES TECNICAS Y VISIBILIDAD: ADECUADA

FETO : UNICO
 SITUACION : LONGITUDINAL PODALICO IZQUIERDO DORSO: POSTERIOR
 ACTIVIDAD CARDIACA FETAL: 154 LATIDOS POR MINUTO
 MOVIMIENTOS FETALES: PRESENTES
 PLACENTA : CORPORAL POSTERIOR GRADO: II
 CORDON UMBILICAL: INSERCIÓN ADECUADA, 3 VASOS: 2 ARTERIAS, 1 VENA
 LÍQUIDO AMNIOTICO: ADECUADO POZO MAYOR: 48mm ILA: 178mm

BIOMETRIA FETAL

DBP (HADLOCK):	56.41mm	PERCENTIL2.3	23SS IDIAS
CC (HADLOCK):	216mm	PERCENTIL2.3	23SS 4DIAS
CA (HADLOCK):	202mm	PERCENTIL18	24SS 6DIAS
LF (HADLOCK):	42.92mm	PERCENTIL3.9	24SS 0DIAS
HL (HADLOCK):	mm	PERCENTIL SS DIAS	

PONDERADO FETAL (HADLOCK): 689+/- 10%gr PERCENTIL:5.5%

MORFOLOGIA FETAL

NEUROSONOGRAFIA BASICA

CABEZA	CARA
Calota : Normal	Perfil facial : Normal
Talamos : Normal	Orbitas : Normales
Cavum SP : Normal	BOD : 39.10mm
Línea media : Normal	IOD : 12.63mm
Plexos coroideos : Normales	Labios : Normal
Cerebelo : 27.46mm	Paladar : Normal
Ventrículo posterior : 9.40mm	Nariz : Normal
Cisterna magna : 4.37mm	Hueso Nasal : 7.88mm
Pliegue Nucal : 7.42mm	

ECOCARDIOGRAFIA BASICA

- **ABDOMEN** : Situs Visceral normal
- **4 CAMARAS** : Situs Solitus, no impresiona derrame pericárdico, adecuada correspondencia A-V, no impresiona asimetría, no defectos a nivel del tabique ventricular, no reflujos AV, foramen oval permeable con apertura a AI, septo AV presente.
- **TSVI** : Correspondencia Aorto-Ventricular, continuidad septo y mitro aortica normal, apertura y cierre de valvula aortica normal.
- **TSVD** : Correspondencia Pulmonar -Ventricular, apertura y cierre de valvula pulmonar normal.

ABDOMEN

- ESTÓMAGO : Normal
- HIGADO : Normal
- INTESTINOS : Ecogenicidad normal
- PARED ABDOMINAL: Inserción del cordón umbilical normal
- GLANDULAS SUPRARRENALES: Normales
- RIÑONES : Normales
- PELVIS RENAL : DERECHA : 4.8mm IZQUIERDA 5.2mm
- VEJIGA : Normal

COLUMNA VERTEBRAL: Sin alteraciones Oseas, ni de tejidos blandos en vista sagital y axial

EXTREMIDADES: Muestran huesos largos normales, 5 dedos en manos y pies de apariencia normal.

SEXO FETAL: MASCULINO

CERVICOMETRIA: 45mm

MARCADORES DE CROMOSOMOPATIAS

FLUJOMETRIA DOPPLER

PLIEGUE NUCAL INCREMENTADO	NO
VENTRICULOMEGALIA	NO
HUESO NASAL	NO
HIPOPLASICO/AUSENTE	NO
FOCO HIPERECOGENICO INTRACARDIACO	SI
ARTERIA SUBCLAVIA DERECHA ABERRANTE	NO
PIELECTASIA LEVE	NO
FEMUR CORTO	NO
HUMERO CORTO	NO
INTESTINO HIPERECOGENICO	NO

Arteria Uterina Derecha		Arteria Uterina Izquierda	
IP	1.19	IP	1.7
IP PROMEDIO:	1.44	PERCENTIL:	97

IMPRESION DX:

- GESTACION UNICA ACTIVA DE 24 1/7 SS POR BF / 25 5/7 POR ECO II
- FETO PODALICO / MASCULINO
- CRECIMIENTO FETAL EN PERCENTIL 5.5 % HADLOCK 4
- D/C RCIU VS PEG
- NO SIGNOS ECOGRÁFICOS DE MALFORMACIONES FETALES.
- ARTERIAS UTERINAS PATOLOGICO -RIESGO DE PREECLAMPSIA PRETERMINO POR ANALISIS MULTIVARIABLE - CALCULADORA FMF
- BAJO RIESGO DE PARTO PRETERMINO POR CERVICOMETRIA Y ANTECEDENTES - CALCULADORA FMF

OBSERVACION:

SE SUGIERE CONTROL ECOGRAFICO DOPPLER DENTRO DE 2 SEMANAS

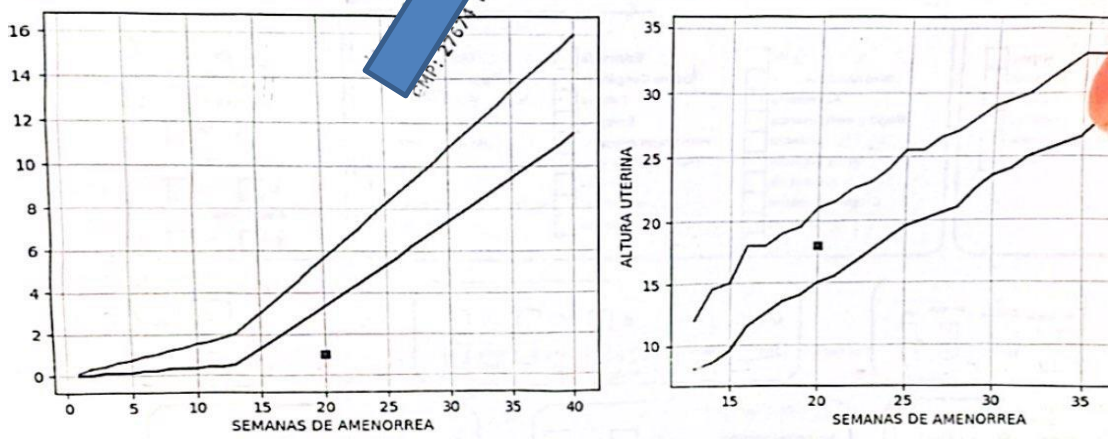

 Dr. Alvaro J. Esteban Blas
 GINECOLOGO-OBSTETRA
 CIP 02046 ENC 4032

Figura 5. Carnet Prenatal Hoja 2

9

AC Folicos SA/Nut/Inm 20 1/7
 Fecha de inicio 14/10/2022 08/12/22
 Embarazo (Si/No/NA)
 No (contracepción)
 de la atención
 de la atención
 firmado SIS

L=Longitud T=Transversa C=Cefalica D=Derecha I=Izquierda SM=Sin Movimiento SE=Sin Edema NA=No Aplica NSH=No Se Hizo



eta 07-11-22

Patologías Maternas (CIE 10) _____
 Fecha: _____
 1 _____
 2 _____
 3 _____

Referencia - Consulta externa Si No No Aplica Fecha _____ Establ. Trasl: _____
 Referencia - Emergencia Si No No Aplica Fecha _____ Establ. Trasl: _____
 Referencia - Apoyo al diagnóst Si No No Aplica Fecha _____ Establ. Trasl: _____

PSICOPROFILAXIS ESTIMULACION PRENATAL PLAN DE PARTO Si No No aplica Alojada en casa de Si No No

Figura 6. Interconsulta Psiquiatría

DE: <u>ALTO RIESGO - 1</u>	A: <u>PSIQUIATRIA</u>		
<u>SERVICIO</u>	<u>ESPECIALIDAD/SERVICIO</u>		
A	24	Femenino	CAMA N°
<u>APELLIDOS Y NOMRES</u>	<u>C.N.I</u>	<u>EDAD</u>	<u>SEXO</u>

Resumen de la enfermedad Actual: PACIENTE DE 24 AÑOS DX FGESTANTE DE 31 SEMANAS RM LEVE

Motivo de la interconsulta: Manejo conjunto del paciente

Diagnóstico Presuntivo: Z35.93 -Gestante con Factor de Riesgo Control 3er. Trimestre (30 Semanas)
F79.9 -Retraso mental no especificado, con deterioro del comportamiento de grado no

Fecha: 20/12/22 Hora: 9:30 (am) (pm)

FORMA DE INTERCONSULTA: Psiquiatría

Descripción de Hallazgos: pac ♀, 24a en gestación de 31 Sem.

Exámenes y procedimientos realizados: XPER.

Diagnóstico(s): - Excepción producto de abuso sexual.
- Suspensión de algunos tiempos de gestación.

Tratamiento y recomendaciones: - Decisión preliminar de "Dar la opción a producto".
A evolución:
- Dificultad cognitiva.
- Dificultad en análisis de realidad.
- Dificultad en decisión actual de 31 Sem.

Recomendaciones: 1) p/ps. Francisco Capristán.
2) Gestante 31 Sem XPER.
3) Procedimiento de apoyo x Psicológico

Nombres y Apellidos, Cargo, Firma y Sello del profesional solicitante: [Firma]

MINISTERIO DE SALUD
MEDICINA
27005

Figura 7. Interconsulta Cardiología

DE:	ALTO RIESGO - 1	A:	CARDIOLOGIA
	SERVICIO		ESPECIALIDAD/SERVICIO
		24	Femenino
		EDAD	SEXO
			CAMA Nº

Resumen de la enfermedad Actual: PACIENTE DE 24 AÑOS DX GESTANTE DE 31 SEMANAS RM, SS RQ

Motivo de la interconsulta: Manejo conjunto del paciente

Diagnóstico Presuntivo: Z35.93 -Gestante con Factor de Riesgo Control 3er. Trimestre (36 Semanas)
F79.9 -Retraso mental no especificado, con deterioro del comportamiento de grado no

Fecha: 22/12/22 Hora: 9:30 (pm)

Tratamiento y recomendaciones

Nombres y Apellidos, Cargo, Firma Sello del profesional solicitado

Figura 8. Ecografía Obstétrica

Fecha: 26-12-22 Hora: 09:28a Cama N°
Indicado por Dr. (Dra.): Dr. Carcamo

1.-ESTATICA FETAL

GESTACIÓN: UNICA (✓) MULTIPLE: 2 () 3 ()
SITUACIÓN: Longitudinal () Transversa () Oblicua ()
PRESENTACIÓN: Cefálico () Podálico (✓)
POSICIÓN: Izquierdo (✓) Derecho ()
DORSO: Anterior () Posterior (✓)

2.- VITALIDAD FETAL

L.C.F.: 158 / min
MOV. RESPIRATORIOS: Presente (✓) Ausente ()
MOV. EXTREMIDADES: Presente (✓) Ausente ()

3.- BIOMETRIA:

S.G. VESICULA VITELINA: LCN
DBP: 65.6 mm LF: 50.4 mm CA: 217.2 mm
PONDERADO FETAL: 1060 ± 10 (grs) Cc: 255.6 mm
SEXO: M () F ()

4.-ANEXOS OVULARES:

PLACENTA: Anterior (✓) Posterior () Derecho () Izquierdo ()
Inserción: fund o
Grado Placentario: I (), II (), III (✓).
Observación:
LIQUIDO AMNIÓTICO: Cantidad: Adecuado
ILA: 12cm

5.-OBSERVACIÓN:

6.-SUGERENCIAS: SS. Ecografía obstétrica Doppler.

7º Imp Dx:

- ① Gestación única activa de 31 4/7 por eo II.
- ② Percentil de crecimiento fetal < 3.º.
- ③ RCIV vs PEG

F-93


Dra. I.
Ginecología y Obstetricia
CMPT 1785 RNE 41449

Figura 9. Ecografía Obstétrica

Fecha: 02-02-23 Hora: 09:19 m Cama N°
Indicado por Dr. (Dra.): Dr. [Redacted]

1.-ESTATICA FETAL

GESTACIÓN: UNICA (X) MULTIPLE: 2 () 3 ()
SITUACIÓN: Longitudinal (X) Transversa () Oblicua ()
PRESENTACIÓN: Cefálico () Podálico (X)
POSICIÓN: Izquierdo (X) Derecho ()
DORSO: Anterior () Posterior ()

2.- VITALIDAD FETAL

L.C.F.: 143 / min
MOV. RESPIRATORIOS: Presente (X) Ausente ()
MOV. EXTREMIDADES: Presente (X) Ausente ()

3.- BIOMETRIA:

S.G: VESICULA VITELINA: LCN
DBP: 29.14 mm LF: 65.3 mm CA: 258 mm
PONDERADO FETAL: 1772 ± 10% (grs) CC: 286.3 mm
SEXO: M () F ()

4.-ANEXOS OVULARES:

PLACENTA: Anterior () Posterior (X) Derecho () Izquierdo ()
Inserción: Fundica
Grado Placentario: I (), II (), III ()
Observación:
LIQUIDO AMNIÓTICO: Cantidad: Disminuida
ILA:
PVT: 15mm

5.-OBSERVACIÓN:.....

6.-SUGERENCIAS: SS. Eco Doppler / Para a emergencia,

- Dr. Imp
- ① Gestación unica actual de 37 ss por Eco II
 - ② crecimiento fetal en P23 (RCIU).
 - ③ oligoamnios.
 - ④ Feto podalico.

F-93

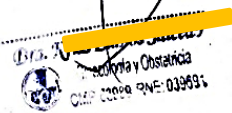


Figura 10. Interconsulta Psicología



DE	to UCIM - GyO	A:	Psicología
SERVICIO		SERVICIO / ESPECIALIDAD	
APELLIDOS Y NOMBRES	D.N.I.	EDAD	SEXO CAMA N°
		24 (F) (M) 66.	
Resumen de la enfermedad Actual: Paciente conocido por su servicio			
Motivo de la Interconsulta:			
<input type="checkbox"/>	Opinión Diagnóstico y sugerencias		
<input checked="" type="checkbox"/>	Manejo conjunto del paciente		
<input type="checkbox"/>	Transferencia del paciente		
Diagnóstico Presuntivo:			
1. RUPTURA INMEDIATA JOW x CESAREAN x RCIU + AUSOHIDRAMNIO + FETO PODALICO			
2. RM x HCL			
Fecha:	04/02/23	Hora:	(am) (pm)
 MINISTERIO DE SALUD CORPO NACIONAL SERVICIO PSICOLÓGICO			
INFORME DE INTERCONSULTA:			
Fecha:	04/02/2023	Hora:	13:50 (am) (pm)
Descripción de Hallazgos: <i>Paciente refiere a su nombre, colabora durante la entrevista, se observa deficiencia en sus expresiones, expresa haber sido víctima de violencia sexual, refiere no querer ver al R.N., expresa miedo de volar y temer, se niega tener algún físico "no quiere darle pecho", refiere tener pesadillas constantes, teme de volar.</i>			
Exámenes y procedimientos realizados: <i>Entrevista y Observación Clínica en lugares con presencia de gran multitud "Tengo miedo que se vayan a volar", apetito o sueño inestable, temblo de cuerpo cuando sale por medio de la puerta de casa, labial azulado, somnolencia y expresiones de llanto ante los volantes "gatos", angustia.</i>			
Diagnóstico (s): <i>• Retraso Veloz Pre. • Trastorno de Estrés Post Traumático • Síndrome Fóbico Involuntario.</i>			
Tratamiento y recomendaciones: <i>• Orientar y Guiar Psicológico a paciente y familia (depende de la evolución) • Adaptar Fisiológico</i>			
Miriam  C.Ps.P 25775 <small>Nombre y Apellido, Cargo, Firma del Profesional que realiza la atención</small>			
Se sugiere: • I/c Servicio Social para ver la seguridad del recién nacido. • I/c Psiquiatría • Psicoterapia Individual o Familiar por Consulta Externa.			

Figura 11. Interconsulta Servicio Social


DE	UCIM - G y O	A:	Servicio Social
SERVICIO / ESPECIALIDAD		EDAD	24 (F) (M) 66
APellidos y Nombre		D.N.I.	EDAD SEXO CAMA N°
Resumen de la enfermedad Actual: Paciente conocida por su servicio.			
Motivo de la Interconsulta: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Opinión Diagnóstico y sugerencias <input checked="" type="checkbox"/> Manejo conjunto del paciente <input checked="" type="checkbox"/> Transferencia del paciente <input type="checkbox"/> 			
Diagnóstico Presuntivo: 1. PUERPERA INMEDIATA JOH x Cesarea x RCIU + OUSO HIDRAMNIO + FETO PODRICO			
2. Retardo mental			
Fecha:	04/02/23	Hora:	(am) (pm)
 MINISTERIO DE SALUD INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD			
INFORME DE INTERCONSULTA:			
Fecha:	04/02/23	Hora:	15:00 (am) (pm)
Descripción de Hallazgos:			
Paciente con estudio social desde consulta externa con factor de riesgo en control 2do trimestre. A. mental leve. Familia de soporte con alta medida de TRO TAC el 23/01/23			
Sra. Yelena Graciela Parianachi Sobolo (Tia abuela); madre Eva Mónica Aguelo Parianachi (M)			
Exámenes y procedimientos realizados: con presunto estudio de trastorno compulsivo. Se sugiere			
Entrevista Social K. a psiquiatra.			
Reparado Social al AS Comca.			
Diagnóstico (s)			
Pobres extrema / Hacermeño peribos.			
P. Retra con el Superde familia			
Tratamiento y recomendaciones:			
Se realiza evaluación social identificando R. Mental leve, embarazo por presunto Violencia Sexual			
violación de alcoholía ya paliada caso con intervención de PNP según manifiesto pta			
durante control prenatal, donde manifestaron intención de dar a RA en adopción.			
Caso se pondrá de conocimiento a HANIS-GS por los indicadores sociales identificados			
en relación a presunto estado de desprotección familiar de RA.			

Tabla 1. Exámenes de Sangre y orina. Fecha: 31/01/2023 servicio de consulta externa.

Uroanálisis		Bioquímica		Hematología	
Reacción (pH)	7.0	Bilirrubina total 0.39 mg/dl		Leucocitos	8.84 mm ³
Densidad	1.015	Bilirrubina	Directa	Hematíes	4.24 mm ³
Albúmina	Positivo 1(+)	0.18 mg/dl		Hemoglobina 12.60 g/dl	
Pigmentos biliares	negativo	Bilirrubina Indirecta	0.21	Hematocrito	38.30 %
Glucosa	negativo	mg/dl		Plaquetas 187.000mm ³	
Cetonas	negativo	Proteínas totales	6.4		
Sangre	negativo	mg/dl			
Nitritos	negativo	Ácido Úrico	5.46		
LeucocitosAislados 0-2x campo		mg/dl			
Gérmenes	Abundantes				
Células epiteliales	Abundantes				

Tabla 2. Exámenes de Sangre y orina. Fecha:03/02/2023 servicio de emergencia

Hemostasia		Bioquímica		Hematología		
Tiempo de protombina	12.3 seg	Glucosa	70 mg/dl	Leucocitos	8.84 mm ³	
INR	0.91 seg	Urea	19 mg/dl	Hematíes	4.24 mm ³	
Tiempo de trombina	16.6 seg	Creatinina	0.72 mg/dl	Hemoglobina	12.60 g/dl	
Fibrinógeno	400 mg/dl	Proteínas totales	4.9 mg/dl	Hematocrito	38.30 %	
Tiempo de coagulación	6 min	Ácido Úrico	5.46 mg/dl	Plaquetas	187.000mm ³	
Tiempo de sangría	2 min					
Uroanálisis			COVID		Serología	
Reacción (pH)	6.0	Prueba rápida antígenos	VIH-VDRL	No reactivo		
Densidad	1.025	Negativo				
Albúmina	1+/-					
Pigmentos biliares	negativo					
Glucosa	negativo					
Cetonas	negativo					
Sangre	negativo					
Nitritos	negativo					
Leucocitos	Aislados	8-12x				
	campo					
Gérmenes		1+				
Células	epiteliales	Reg				
Cantidad						

ANEXO 2: CARTA DE AUTORIZACION



"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES

N° 00161 -2023

CONSTANCIA DE DECISIÓN ÉTICA

El Comité Institucional de Ética en Investigación del Hospital Nacional Sergio E. Bernales (CIEI-HNSEB) hace constar que el protocolo de investigación denominado: "Embarazo con retraso mental materno, retardo de crecimiento intrauterino y oligohidramnios" fue **APROBADO** bajo la modalidad de **REVISIÓN EXPEDITA**.

Investigador:

Andrea Victoria Escobar Quezada

El protocolo de investigación aprobado corresponde a la **versión 01** de fecha **29 de diciembre**

Para la aprobación se ha considerado el cumplimiento de los lineamientos metodológicos y éticos en investigación, que incluye el balance beneficio/riesgo, confidencialidad de los datos y otros.

Las enmiendas en relación con los objetivos, metodología y aspectos éticos de la investigación deben ser solicitadas por el investigador principal al CIEI-HNSEB.

El protocolo de investigación aprobado tiene un periodo de vigencia de 12 meses; desde el 29 de diciembre de 2023 hasta el 28 de diciembre de 2024, y; de ser necesario, deberá solicitar la renovación con 30 días de anticipación.

De forma semestral, deberá enviarnos los informes de avance del estudio a partir de la presente aprobación y así como el informe de cierre una vez concluido el estudio.

Lima, 29 de diciembre de 2023



MINISTERIO DE SALUD
HOSP. NAC. SERG. E. BERNALES
YESSICA IRIS SALAZAR QUIROZ
PRESIDENTE DEL COMITÉ
INSTITUCIONAL DE ÉTICA
EN INVESTIGACIÓN