



FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA

HILDA ZORAIDA BACA NEGLIA

UNIDAD DE POSGRADO

**REPORTE DE CASO CLÍNICO
DETECCIÓN PRENATAL DEL RIESGO DE SÍNDROME
DE DOWN**

**PRESENTADO POR
LEXMI DEL ROCIO HUAMAN REYES**

**ASESOR
JORGE LUIS BASAURI QUIROZ**

**TRABAJO ACADÉMICO
PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN MONITOREO
FETAL Y DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES EN OBSTETRICIA**

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
DETECCIÓN PRENATAL DEL RIESGO DE SÍNDROME DE DOWN**

**PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN MONITOREO FETAL Y
DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES EN OBSTETRICIA**

**PRESENTADO POR:
LEXMI DEL ROCIO HUAMAN REYES**

**ASESOR:
DR. JORGE LUIS BASAURI QUIROZ**

LIMA, PERÚ

2024

REPORTE DE CASO CLÍNICO
DETECCIÓN PRENATAL DEL RIESGO DE SÍNDROME DE DOWN

ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO

Asesor:

Dr. Jorge Luis Basauri Quiroz

Miembros del jurado:

Presidente: Mg. M.C. Jose Orestes Torres Solis

Vocal: Mg. Obsta. Jose Luis Delgado Sanchez

Secretario: Mg. Obsta. Katty Leticia Salcedo Suarez

DEDICATORIA

Deseo manifestar mi profundo agradecimiento a mis padres, Eusebio y Dolores, quienes han sido mi sostén incondicional a lo largo de todas las etapas de mi vida, brindándome su apoyo y amor incondicional. Han desempeñado un papel fundamental en mi crecimiento y desarrollo personal. Su ejemplo me ha enseñado la importancia del esfuerzo para alcanzar mis metas y seguir progresando constantemente.

También quiero agradecer a mis hermanos, Marco y Elmer; por su continuo respaldo y colaboración durante la realización de mi investigación. Mi gratitud hacia todos ustedes es eterna.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos la contribución de las siguientes personas al desarrollo de esta investigación:

Quiero expresar mi gratitud al equipo docente de la Unidad de Posgrado por su valiosa contribución a mi formación académica y a la investigación.

Agradezco especialmente a mi asesor, el Dr. Jorge Luis Basauri Quiroz, por su inestimable asistencia, apoyo y guía en la presentación de este trabajo académico.

Además, deseo agradecer a la jefa y a todo el personal del Centro de Salud La Tulpuna-Cajamarca, por su encomiable colaboración y por permitirme llevar a cabo este estudio.

NOMBRE DEL TRABAJO
Trabajo Académico

AUTOR
Lexmi del Rocio Huaman Reyes

RECUENTO DE PALABRAS
6514 Words

RECUENTO DE CARACTERES
37156 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS
58 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO
12.5MB

FECHA DE ENTREGA
Oct 15, 2024 8:33 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME
Oct 15, 2024 8:34 AM GMT-5

● **20% de similitud general**

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

- 16% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 14% 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.....	9
III. SEGUIMIENTO Y RESULTADOS.....	14
IV. DISCUSIÓN.....	17
V. CONCLUSIONES.....	20
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	22
VI. ANEXOS.....	27

RESUMEN

Se describe un caso clínico de una tercigesta de 40 años de edad, con un embarazo de 35 semanas de gestación, sin antecedentes de importancia, controles prenatales en un centro de salud del estado, se realizó ecografía genética, morfológica y del tercer trimestre que no detectaron el riesgo de cromosomopatía, siendo referida con signos de alarma a un establecimiento de salud de mayor complejidad. **Signos y síntomas:** Contracciones uterinas y no percepción de movimientos fetales. **Hallazgos clínicos:** Contracciones uterinas esporádicas, no se perciben latidos cardíacos con Doppler, ecografía obstétrica (latidos cardíacos fetales ausentes). **Diagnósticos e intervenciones:** Gestante añosa de 35 ss de gestación, pródromos de labor de parto. La vía de parto fue vaginal con recién nacido muerto más síndrome de Down, diagnosticado al momento del parto. **Resultados:** recién nacido óbito fetal con síndrome de Down, riesgo de aneuploidía no detectado luego de ecografías genética, morfológica y del tercer trimestre. **Conclusión:** Los marcadores de la ecografía genética y morfológica no diagnostican ni excluyen cromosomopatía, sino determinan riesgos específicos y seleccionan población para la realización de procedimientos invasivos.

Palabras claves: Diagnóstico prenatal, síndrome de Down, óbito fetal

ABSTRACT

A clinical case is described of a 40-year-old triplet woman with a 35-week pregnancy, with no significant medical history, prenatal check-ups at a state health center, a genetic, morphological and third trimester ultrasound was performed that did not detect the risk of chromosomal abnormality, being referred with alarm signs to a more complex health facility. **Signs and symptoms:** Uterine contractions and no perception of fetal movements. **Clinical findings:** Sporadic uterine contractions, no heartbeats perceived with Doppler, obstetric ultrasound (absent fetal heartbeats). **Diagnoses and interventions:** Elderly pregnant woman of 35 weeks of gestation, prodromes of labor. The delivery route was vaginal with a stillborn newborn plus Down syndrome, diagnosed at the time of delivery. **Results:** Stillbirth newborn with Down syndrome, risk of aneuploidy not detected after genetic, morphological and third trimester ultrasounds. **Conclusion:** Genetic and morphological ultrasound markers do not diagnose or exclude chromosomal abnormalities, but rather determine specific risks and select the population for invasive procedures.

Keywords: Diagnosis prenatal, Down syndrome, fetal death.

I. INTRODUCCIÓN

El síndrome de Down lleva el nombre del médico británico John Langdon Down, quien en 1866 describió por primera vez las características clínicas comunes de este síndrome. Aunque él no identificó la causa genética, su trabajo fue fundamental para el reconocimiento de este conjunto de características como un síndrome específico. Posteriormente, en 1958 cuando el genetista francés Jérôme Lejeune descubrió que el síndrome de Down se debe a una anomalía cromosómica: la presencia de una tercera copia del cromosoma 21, conocida como trisomía 21. Este descubrimiento fue crucial, ya que fue la primera vez que se identificó una anomalía cromosómica en humanos, lo que abrió un nuevo campo en la genética y el estudio de los trastornos cromosómicos¹.

Además, un grupo de científicos, incluido un familiar del Dr. Down, propuso en 1961 cambiar el nombre de la condición a "síndrome de Down", citando la posible ofensa causada por los términos "mongol" o "mongolismo". En 1965, en respuesta a una petición formal de la delegación de Mongolia, la Organización Mundial de la Salud (OMS) implementó un cambio formal de nomenclatura².

A medida que se avanza en la comprensión del síndrome de Down, es posible crear intervenciones más eficaces y programas integrales de atención para mejorar tanto la calidad de vida de las personas afectadas como la de sus familias.

Los elementos que incrementan el riesgo de síndrome de Down son variados y podrían asociarse con la edad materna avanzada, historial familiar de la condición,

anormalidades cromosómicas en los progenitores, así como la exposición a ciertos agentes ambientales durante el periodo gestacional³.

La edad materna avanzada, definida como mayor de 35 años, constituye el principal factor de riesgo relacionado con el síndrome de Down, también denominado trisomía 21, esta afección genética se caracteriza por la presencia de 47 cromosomas en la mayoría de los casos, en contraposición a los 46 cromosomas que se encuentran normalmente. Además, se ha documentado que una madre de 40 años tiene un riesgo 16 veces mayor que una madre de 25 años⁴.

A medida que aumenta la edad materna, los sistemas reguladores de la gametogénesis y los componentes del ovocito, incluidos los microtúbulos y las unidades cromosómicas, se ven afectados. Estos componentes son necesarios para el proceso de generación de ovocitos. Además, es vital recordar que los óvulos están presentes en la mujer desde el nacimiento, por lo que los ovocitos pueden verse afectados por la exposición a diversas sustancias tóxicas que podrían alterarlos a lo largo de su vida⁵.

Este cromosoma adicional pertenece al par 21, lo que da lugar a las características distintivas del síndrome. El término "síndrome" se refiere a la agrupación de síntomas y signos que definen una condición médica específica. Aunque el síndrome de Down es una condición genética congénita irreversible y sin un tratamiento conocido, es una de las formas más comunes de discapacidad intelectual y del desarrollo. Los niños con síndrome de Down suelen presentar un desarrollo motor más lento y problemas de psicomotricidad como parte de sus características típicas⁶.

De acuerdo con datos indicados por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), Se calcula que la frecuencia del este síndrome a nivel mundial está entre 1 de cada 1.000 y 1 de cada 1.100 recién nacidos⁶.

De acuerdo con los datos del Estudio Latinoamericano de Malformaciones Congénitas en América Latina, se reporta un promedio de cerca de 18 casos de este síndrome por cada 10,000 nacimientos vivos. Esto indica que en naciones en vías de desarrollo, donde el acceso a diagnósticos prenatales es escaso y se ha incrementado la cantidad en mujeres de 35 años o más, la incidencia de este síndrome al nacer es mayor.

Según datos del Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad (CONADIS) en Perú, se ha registrado un total de 19,849 individuos diagnosticados con síndrome de Down. De este grupo, el 53,4% son varones y el 46,6% son mujeres; es decir 10,598 hombres y 9,253 mujeres⁷.

La Provincia de Cajamarca, en el año 2023, registra un total de 53 personas diagnosticadas con síndrome de Down de 4,059 personas con diferente discapacidad⁸.

En el síndrome de Down, algunas o todas las células presentan una copia adicional parcial o total del cromosoma 21, lo que causa un desequilibrio genómico considerable con una variedad de derivaciones fenotípicas definidas. Esta irregularidad cromosómica se identifica en un 95% de los casos como una aneuploidía del cromosoma completo, mientras que el 5% restante se manifiesta en forma de translocación o mosaico⁹.

Además, la tasa de detección del síndrome de Down en la ecografía del primer trimestre es del 90%, es decir, 10 de cada 100 fetos con síndrome de Down no serán detectados^{10,11}.

De forma similar, al calcular los valores de translucencia nucal en los momentos gestacionales óptimos del primer trimestre, se consigue una tasa de detección del 91% para la trisomía 21, con una disminución en la tasa de falsos positivos al 3,8%¹².

Esto a veces provoca un retraso en el desarrollo motor, escoliosis, cifosis, problemas digestivos y puede provocar complicaciones neurológicas y de las articulaciones orales graves. Así como las capacidades visuales y auditivas tienden a disminuir, esto puede dar lugar a otros trastornos psicosociales¹³.

Diagnóstico Prenatal

A lo largo del tiempo, el diagnóstico prenatal de la trisomía 21, o síndrome de Down, ha sido una prioridad debido a su alta incidencia y sus efectos significativos, como el retraso mental severo y la alta tasa de supervivencia postnatal. La detección de trastornos cromosómicos se centra en identificar el síndrome de Down, y los avances en la medicina materno-fetal, particularmente en el desarrollo de técnicas de ecografía, han permitido la implementación de programas de cribado que mejoran la identificación no invasiva de estos riesgos. La ecografía se considera el mejor método de detección prenatal hasta la fecha y se ha concretado que la ecografía debe estar disponible universalmente para todas las mujeres embarazadas, dado que todos los fetos deben ser examinados como fetos de alto riesgo. Se asocia con una variedad de características fenotípicas, como

restricción del crecimiento, una variedad de rasgos faciales y defectos congénitos cardiovasculares¹⁴.

Estos rasgos anatómicos son detectables mediante ecografías, lo que permite establecer ciertos indicadores ecográficos desde el primer trimestre para identificar a las mujeres embarazadas con mayor riesgo de tener un feto con síndrome de Down. En líneas generales, los indicadores ecográficos de cromosomopatías se definen como irregularidades que no pueden ser categorizadas como malformaciones, sino que representan variaciones dentro de los parámetros normales. Estos indicadores funcionan como señales de alerta que requieren una investigación más detallada para determinar la posible presencia de una alteración cromosómica¹⁵.

Los indicadores ecográficos para trisomías, especialmente para el síndrome de Down, son fundamentales en el diagnóstico prenatal. La translucencia nucal (TN) es uno de los más significativos, con un grosor aumentado en alrededor del 75% de los fetos afectados. La ausencia de hueso nasal (HN) se presenta en aproximadamente dos tercios de los casos, y las alteraciones en la circulación, evidenciadas a través del Doppler pulsado, afectan cerca del 50% de los fetos, mostrando cambios en el flujo del ductus venoso (DV) y posibles problemas cardíacos, como regurgitación o insuficiencia tricúspide. Estos hallazgos permiten realizar un cribado más efectivo para la detección de trisomías en la etapa prenatal¹⁶. La capacidad de detección de la trisomía 21 basada en estos cuatro indicadores es considerablemente alta, alcanzando alrededor de un 93%, con una tasa de falsos positivos del 2,5%.

Un método diagnóstico adicional y altamente eficaz es la prueba combinada, que incluye la consideración de la edad materna, la medición de marcadores bioquímicos en el suero y la evaluación de marcadores ecográficos clave, como la translucencia nuchal. Esta prueba para detectar cromosomopatías se lleva a cabo en el primer trimestre del embarazo, entre las semanas 11 y 14, y ofrece una tasa de detección del 90%, con una tasa de falsos positivos del 5%¹⁴. Los resultados de esta evaluación se clasifican en tres niveles de riesgo: bajo riesgo, con una probabilidad de aneuploidía inferior a 1 en 1000; riesgo intermedio, entre 1 en 101 y 1 en 1000; y alto riesgo, superior a 1 en 100¹⁷.

Si el riesgo calculado es igual o superior a 1 en 200, se sugiere realizar una prueba invasiva para un análisis citogenético, que es el método definitivo para diagnosticar cromosomopatías. Entre las pruebas invasivas recomendadas están la amniocentesis, que puede hacerse a partir de las 14 semanas de gestación, y la biopsia de vellosidades coriónicas (BVC), indicada para embarazos de menos de 13 semanas. No obstante, en el pasado la amniocentesis genética era la manera invasiva más común, actualmente se prefiere la BVC como método principal debido a la ventaja de obtener resultados más tempranos. Sin embargo, tomar muestras de células fetales para la amniocentesis y la BVC conlleva un riesgo de pérdida fetal que varía entre el 0,5% y el 1%¹⁸.

Luego de realizar una revisión exhaustiva de los antecedentes, se identificó diversos estudios pertinentes en relación con este tema.

Vásquez et al.¹⁹. En el 2020, ciudad de la Habana, en su publicación titulado “síndrome de Down y su pesquisa durante el primer trimestre de la gestación”; con el propósito de reducir la necesidad de pruebas invasivas. Este estudio retrospectivo de corte transversal analizó a 3439 gestantes entre el 3 de enero de

2006 al 30 de diciembre de 2008. Se observó que la edad de la madre mostraba sensibilidad del 87% en la prueba, pero una tasa del 99% en falsos positivos. Por otro lado, la medición de la translucencia nucal demostró una 10% de una sensibilidad. Además, no se encontró asociación entre el hueso nasal y los cariotipos positivos para el síndrome de Down. Los resultados sugieren que el riesgo basado solo en la edad avanzada de la madre conlleva a una alta tasa de falsos positivos. Se concluyó que combinar este marcador con la evaluación de los 13 marcadores ecográficos del primer trimestre puede mejorar la efectividad del diagnóstico y reducir la necesidad de pruebas invasivas

Viñals et al.²⁰. En el 2022, Santiago, en su investigación titulada “características ecográficas y anomalías congénitas en fetos con síndrome de Down”, el objetivo principal fue describir y analizar los hallazgos ecográficos en estos fetos. Todos los casos fueron diagnosticados prenatalmente en nuestro centro mediante pruebas de reacción en cadena de la polimerasa cuantitativa fluorescente para aneuploidías. Se revisaron los informes genéticos y ecográficos, y se realizó un seguimiento posnatal. Se encontró que el 73% de los diagnósticos de SD se realizaron entre las semanas 11 y 14 del embarazo. La edad promedio de las madres fue de 35,7 años. Además, el 83% de los fetos con SD evaluados entre las semanas 11 y 14 mostraron una translucencia nucal de $\geq 3,5$ mm. En conclusión, se destacó que el ultrasonido es una herramienta altamente sensible para sospechar el síndrome de Down prenatalmente y detectar sus posibles anomalías asociadas.

Viteri et al.²¹. En el 2023, Pinar del Río, en su investigación titulada “Métodos para el diagnóstico prenatal precoz del síndrome de Down”, El síndrome de Down es un trastorno genético causado por la trisomía del cromosoma 21. El propósito de este estudio es describir los métodos para diagnosticarlo precozmente. La esperanza de

vida de quienes lo padecen ha aumentado, y su prevalencia en Ecuador supera la media mundial. Se subraya que el diagnóstico prenatal temprano puede lograrse mediante pruebas no invasivas, pero se requiere una invasiva para confirmarlo. La translucencia nuchal se reconoce como el indicador ecográfico más efectivo para detectarlo, mientras que pruebas invasivas como la amniocentesis y la biopsia de vellosidades coriónicas, aunque confirman el síndrome, presentan riesgos ya sea para la madre o el feto. Por consiguiente, se sugiere su aplicación únicamente en casos donde se haya identificado previamente un riesgo.

El siguiente caso clínico describe el uso de la ecografía genética y morfológica del primer y segundo trimestre de gestación respectivamente, junto a la edad materna avanzada y marcadores ecográficos básicos para la detección del riesgo de cromosomopatía o aneuploidías fetales durante el primer o segundo trimestre de gestación, con las cuales no se logró determinar el alto riesgo de cromosomopatía como en este caso de Trisomía 21. La confirmación clínica y genética del síndrome de Down se obtuvo al momento del parto. El objetivo de la discusión de este caso clínico fue describir el nacimiento de un óbito fetal con síndrome de Down en el que ningún marcador ecográfico de la ecografía genética y la del segundo trimestre predijeron en forma temprana un alto riesgo de aneuploidía durante el embarazo y siendo diagnosticado en el post parto.

II. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Gestante de 40 años de edad, con grado de instrucción secundaria completa, ocupación cosmetóloga, religión católica. Antecedentes familiares y personales sin importancia. Antecedentes gineco-obstétricos: G3 P1011. G1: parto vaginal. G2: gestación no evolutiva. G3: actual. FUM: 06/07/23. FPP: 13/04/2024. EG: 10 semanas por FUR. El **11/09/2023**: Inicia su primer CPN en centro de salud del estado, no refiere molestias, atendida por obstetra. Examen físico: PA: 90/60 mmHg, peso: 48.5 kg, FC: 76 lpm, FR: 19 rpm, T: 36.7 °C, Sat O2: 93%, talla: 1.45 m, IMC: 23.96. Aspecto general: AREG, AREH, AREN. Diagnóstico: gestante de 10.1 semanas por FUR. Plan: se solicita ecografía obstétrica genética entre las 11-13.6 semanas, análisis de laboratorio y Papanicolaou (PAP), recibiendo antianémico como tratamiento. El **22/09/2023**: Acude a toma de PAP, atendida por obstetra, no refiere molestias y funciones vitales estables. Examen físico sin alteraciones. Diagnóstico: 1. Gestante de 11.5 semanas por FUR. 2. Toma de PAP. El **11/10/2023**: Paciente acude a 2do CPN, atendida por médico-cirujano, niega molestias. Examen físico: PA: 80/60 mmHg, FC: 68 lpm, FR: 18 rpm, T: 36.5 °C. Aspecto general: AREG, AREH, AREN. Examen obstétrico: abdomen: AU: 13 cm, SPP: indiferente, LCF: 130-135 lpm, DU: ausente, MF: ++. Diagnóstico: gestante de 13.6 semanas por FUR. Resultado del perfil prenatal dentro de parámetros normales. Ecografía obstétrica genética: gestación única activa de 13.4 semanas por BF, morfología conservada, con marcadores ecográficos para aneuploidías

normales. El **11/11/2023**: Acude a su 3er CPN, niega molestias y percibe movimientos fetales, niega pérdida de líquido amniótico y sangrado vaginal siendo atendida por obstetra. Examen físico: PA: 95/60 mmHg, FC: 80 lpm, FR: 18 rpm, T: 36.8 °C, peso: 51.9 kg. Aspecto general: AREG, AREH, AREN. Examen obstétrico: abdomen: AU: 16 cm, SPP: indiferente, DU: no se evidencia, LCF: 135 lpm, DU: ausente, MF: ++. Aparato G-U: sin alteraciones. Extremidades: sin edema. Diagnóstico: gestante de 18.2 semanas por ecografía del primer trimestre / 18 semanas por FUR. Plan: antianémicos y vigilar signos de alarma. El **11/12/2023**: Paciente acude a su 4to CPN, refiriendo leve cefalea, percibe movimientos fetales, niega pérdida de líquido amniótico y sangrado vaginal siendo atendida por obstetra. Examen físico: PA: 90/50 mmHg, FC: 72 lpm, FR: 18 rpm, T: 36.5 °C, peso: 51.8 kg, talla: 1.45 m. Aspecto general: AREG, AREH, AREN. Examen obstétrico: abdomen: AU: 23 cm, SPP: indiferente, DU: ausente, LCF: 132 lpm, MF: ++. Aparato G-U: sin alteraciones. Extremidades: miembros inferiores sin edema. Diagnóstico: 1. Gestante de 22.4 semanas por ecografía del 1er trimestre / 22 semanas por FUR. 2. Ganancia de peso bajo. Plan: se solicita ecografía obstétrica morfológica, examen de orina, Hb y vigilar signos de alarma. El **11/01/2024**: Paciente acude a su quinto CPN. Asintomática, percibe movimientos fetales, niega pérdida de líquido amniótico y sangrado vaginal. Atendida por médico-cirujano. Examen físico: PA: 90/50 mmHg, FC: 69 lpm, FR: 20 rpm, T: 36.6 °C, peso: 53.6 kg. Aspecto general: AREG, AREH, AREN. Examen obstétrico: abdomen: AU: 25 cm, SPP: LCD, DU: ausente, LCF: 133 lpm, MF: ++++. Aparato G-U: sin alteraciones. Extremidades: sin edema. Resultados de exámenes de laboratorio sin alteraciones. Ecografía morfológica: gestación única activa de 25.5 semanas por BF, morfología conservada. Diagnóstico: 1. Gestante de 27 semanas según ecografía del 1er

trimestre / 26 semanas por FUR. 2. Ganancia de peso adecuada. Plan: continuar con tratamiento prenatal y vigilar signos de alarma. El **11/02/2024**: Paciente acude a su 6to CPN, estando asintomática, percibe movimientos fetales, niega pérdida de líquido amniótico y sangrado vaginal, siendo atendida por obstetra. Examen físico: PA: 110/70 mmHg, FC: 65 lpm, FR: 20 rpm, T: 36.5 °C, peso: 57.1 kg. Aspecto general: AREG, AREH, AREN. Examen obstétrico: abdomen: AU: 31 cm, DU: ausente, LCF: 136 lpm, SPP: LCD, DU: ausente, MF: ++. Aparato G-U: sin alteraciones. Extremidades: sin edema. Diagnóstico: 1. Gestante de 31.1 semanas por ecografía del 1er trimestre / 32 semanas por FUR. 2. Ganancia de peso adecuada. Plan: se solicita ecografía obstétrica y actualización de perfil prenatal, continuar con tratamiento y vigilar signos de alarma. El **25/02/2024**: paciente acude a su 7mo CPN, no refiere molestias, percibe movimientos fetales, niega pérdida de líquido amniótico y sangrado vaginal, atendida por obstetra. Examen físico: PA: 100/70 mmHg, FC: 69 lpm, FR: 18 rpm, T: 36.4 °C, peso: 57.1 kg. Aspecto general: AREG, AREH, AREN. Examen obstétrico: abdomen: AU: 31 cm, DU: ausente, LCF: 142 lpm, SPP: LCI, DU: ausente, MF: ++++. Aparato G-U: sin alteraciones. Extremidades: miembros inferiores: edema 1+/4+. Resultados de exámenes de laboratorio sin alteraciones. Conclusión de ecografía obstétrica del tercer trimestre: gestación única activa de 32.1 semanas +/- 3 semanas por BF. Se solicita Test no estresante (NST) con resultado: feto activo-reactivo. Diagnóstico: 1. Gestante de 33.3 semanas por ecografía del 1er trimestre / 34 semanas por FUR. 2. Ganancia de peso adecuada. Plan: continuar tratamiento y vigilar signos de alarma. El **03/03/2024**: Paciente acude a su 8vo CPN no refiere molestias, percibe movimientos fetales, niega pérdida de líquido amniótico y sangrado vaginal, atendida por obstetra. Examen físico: PA: 110/60 mmHg, FC: 78 lpm, FR: 20 rpm,

T: 36 °C, peso: 58.4 kg. Aspecto general: AREG, AREH, AREN. Examen obstétrico: abdomen: AU: 32 cm, SPP: LCI, LCF: 146 lpm, DU: ausente, MF: ++. Aparato G-U: sin alteraciones. Extremidades: miembros inferiores: edema 1+/4+. Diagnóstico: 1. Gestante de 34.3 semanas por ecografía del 1er trimestre / 35 semanas por FUR. 2. Ganancia de peso adecuada. Plan: continuar con tratamiento y vigilar signos de alarma. El **10/03/2024 a las 11:00 a.m.** paciente ingresa por emergencia de gineco-obstetricia refiriendo no percibir movimientos fetales desde hace más o menos 48 horas, sin pérdida de líquido amniótico ni sangrado vaginal .es atendida por médico-cirujano, quien determina una EG de 35.3 semanas por ecografía del 1er trimestre. Examen físico: PA: 80/50 mmHg, FC: 73 lpm, FR: 19 rpm, Sat O2: 93%, T: 36.2 °C, peso: 57 kg, talla: 1.45 m. Aspecto general: AREG, AREH, AREN. Examen obstétrico: abdomen: AU: 32 cm, SPP: LCD, LCF: no se auscultan con Doppler, MF: ausentes. Genitales externos: no sangrado vaginal ni pérdida de líquido amniótico, al tacto vaginal D: 1 cm, I: 30%, MO: I. Diagnóstico: 1. Gestante de 35.3 semanas por ecografía del primer trimestre. 2. Óbito fetal. Plan: referencia a establecimiento de salud de mayor complejidad, colocación de vía salinizada, control de funciones vitales y vigilancia de signos de alarma. El **10/03/2024 a las 12:10 p.m.** paciente es atendida en hospital del estado, ingresando por tópic de emergencia de gineco-obstetricia con la misma sintomatología obstétrica. Examen físico: PA: 110/60 mmHg, FC: 72 lpm, FR: 18 rpm, T: 36.8 °C, Sat O2: 93%. Aspecto general: AREG, AREH, AREN. Examen obstétrico: abdomen: AU: 32 cm, SPP: LCD, LCF: ausentes, DU: 2/10. GE: D: 4 cm, I: 85%, AP: -2, MO: íntegras. Diagnóstico: 1. Gestante de 35.6 semanas por ecografía del 1er trimestre / 36 semanas por FUR. 2. Trabajo de parto fase activa. 3. Óbito fetal. Plan: se solicita ecografía obstétrica, mediante la cual se corrobora ausencia de latidos cardiacos

fetales, no registrándose la conclusión en físico; exámenes de laboratorio y pasar a centro obstétrico. Rp: DB+LAV / vía salinizada / CFV+OSA. Resultado de exámenes de laboratorio sin alteraciones. Paciente ingresa a centro obstétrico, se produce parto vaginal a las 14:31 horas, obteniendo un recién nacido muerto con APGAR: 0-0, peso: 2390 g, sexo: femenino, registrándose como causa básica de muerte: síndrome de Down, según consta en el certificado de defunción. El **11/03/2024**: paciente hemodinámicamente estable, afebril, cursa con evolución favorable, sale de alta con indicaciones médicas.

III. SEGUIMIENTO Y RESULTADOS

TRAZABILIDAD

	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA
Ingresó al Centro de Salud la Tulpuna (Durante Gestación)	11/09/2023 Hora 08:33 a.m. Ingresa a iniciar su control	22/09/2023 Hora 09:40 a.m. Ingresa al servicio de CACU	11/10/2023 Hora 08:33 a.m. (por médico-cirujano) 2 control prenatal Reevaluación de análisis y ecografía genética.	11/11/2023 Hora 13:48 p.m., 3 control prenatal Reevaluación de Papanicolaou
	11/12/2023 Hora 15:48 p.m. 4 control prenatal	11/01/2024 Hora: 08:40 a.m. (por médico-cirujano) Reevaluación de exámenes de laboratorio y ecografía	11/02/2024 Hora: 09:28 a.m. Control prenatal	25/02/2024 Hora 07:50 a.m. Control prenatal, reevaluación de exámenes de laboratorio, ecografía
	03/03/2024 Hora: 09:00 a.m. Control prenatal			
Refirió y aceptó Hospital Simón Bolívar	10/03/2024 Hora 11:00 h Ingresa a tópico emergencia de ginecobstetricia	10/03/2024 Hora 12:00 p.m. h Se hospitaliza a centro obstétrico PARTO VAGINAL (14:31p.m)	10/03/2024 Hora 20:30 h Se hospitaliza a hospitalización	11/04/2024 Hora 10:30 h Alta

➤ **Resultados evaluados por el médico y por el paciente**

Gestante referida del centro de salud la Tulpuna con Dx.: Segundigesta 36 semanas por FUR, Óbito Fetal.

10/03/2024

12:100 p.m.: Dx. Gestante de 36 ss, trabajo de parto fase activa, óbito fetal: LCD: Ausente; TV: D: 4CM, I: 85%, AP: -2, MO: integras. Se solicita ecografía obstétrica, exámenes de laboratorio.

14:31 p.m.: gestante con dilatación completa pasa a sala de partos (recién nacido muerto- óbito fetal con anomalía cromosómica-trisomía -21.

20:30 p.m.: evolución favorable afebril ventilando espontáneamente con vía periférica permeable y evolución favorable.

11/03/2024

09:00 a.m.: evolución favorable ventilando espontáneamente con vía periférica permeable con evolución favorable, hemodinámicamente estable.

10:30 a.m.: Alta médica en buenas condiciones.

➤ **Resultados importantes de la prueba de seguimiento**

EXAMEN DE LABORATORIO	10/09/2023	02/10/2023	17/10/2023	02/01/2024	10/01/2024	17/02/2024	19/02/2024	10/03/2024
HEMOGRAMA								
Hto.	45.00%				42.00%			38.9%
Hb.	15.10 gr/dl				13.90 gr/dl			12.20 gr/dl
GLUCOSA	83 mg/dl							
CITOLÓGICO			Negativo					
ECOGRAFÍAS OBSTÉTRICAS		Gestación de 13 ss(genética)		Gestación de 25 ss(morfológica)		Gestación de 32 ss (ecografía 3er trimestres)		
MONITOREO FETAL						Activo-Reactivo		
SEROLÓGICO								
HEP. B	Negativo							
VIH	No reactivo							
RPR	No reactivo							
examen completo de orina								
color	Amarillo				Amarillo		Amarillo	Amarillo
aspecto	Ligeramente turbio				Ligeramente turbio		Transparente	Transparente
pH	5				6		6	6
leucocitos	0 - 1 x C				6 - 8 x C		1 - 2 x C	1 - 2 x C
Células Epiteliales	28 - 30 x C				28 - 30 x C		6 - 8 x C	6 - 8 x C
hematíes	2 - 4 x C				0 - 1 x C		1 - 2 x C	1 - 2 x C
Gérmenes	Reg. Cantidad x C				Reg. Cantidad x C		+	Negativo

IV. DISCUSIÓN

En los últimos años, se ha observado la presencia de anomalías cromosómicas en diversos trastornos, tanto malignos como aquellos en los que el retraso mental es una complicación asociada. Gracias al avance en técnicas y métodos de bandeado cromosómico, se ha logrado identificar alrededor del 90% de estas anormalidades durante la gestación.

Además, durante el primer trimestre del embarazo, es posible detectar anomalías cromosómicas mediante la utilización de marcadores de cromosopatía. La edad materna es un factor de riesgo importante, ya que se ha observado que después de los 35 años, hay un incremento en la probabilidad de que el bebé presente alguna enfermedad cromosómica ²².

Aunque la principal meta de la ecografía genética ha sido identificar principalmente la trisomía 21, la anomalía cromosómica más común, ha resultado en un beneficio adicional al detectar otras cromosopatías, particularmente la trisomía 13 y la trisomía 18.

La combinación de la edad materna y la medición de la translucencia nuchal, que es el marcador principal, logra una tasa de detección del 90% con una baja tasa de falsos positivos del 5%. Esta tasa de detección puede ser mejorada mediante el uso de pruebas combinadas ampliadas, que incluyen la evaluación de marcadores secundarios como la regurgitación tricúspide, el ductus venoso y la visualización del hueso nasal¹¹.

El síndrome de Down es una variación cromosómica que se presenta en 1 de cada 1.100 nacidos vivos, por lo que se puede decir que el síndrome de Down es una enfermedad rara en este sentido⁷.

Todas las publicaciones indican que la incidencia depende mucho de la edad materna, ya que una aumenta con la otra, pero existen diferencias en los datos entre ellas. La sensibilidad y la especificidad de la ecografía genética, se encuentra entre el 85 y 95% respectivamente, para el diagnóstico de anomalías genéticas.

La relación entre la edad materna avanzada y el aumento en la incidencia del síndrome de Down es un hecho bien reconocido en la genética médica. Este riesgo elevado se origina en el proceso de meiosis, donde se producen los óvulos. Con el envejecimiento materno, se incrementa la probabilidad de errores en la separación cromosómica durante la meiosis, lo que puede resultar en la no disyunción del cromosoma 21. Este fallo genera un óvulo con una copia extra de dicho cromosoma que, al ser fertilizado, produce un embrión con trisomía 21, la causa genética del síndrome de Down. Comprender este proceso es crucial para aconsejar a las mujeres sobre los riesgos de la maternidad a edades avanzadas y para planificar el manejo adecuado del embarazo⁹.

El óbito fetal, que se refiere a la muerte del feto dentro del útero después de las 22 semanas de gestación, es una complicación profundamente devastadora en cualquier embarazo. En el contexto del síndrome de Down, aunque el riesgo de óbito fetal es más alto debido a complicaciones como malformaciones cardíacas congénitas, restricción del crecimiento intrauterino e insuficiencia placentaria, es importante enfatizar que la condición genética en sí no es la causa directa de la mayoría de los casos de muerte fetal. En su lugar, son las complicaciones

relacionadas con el síndrome de Down, como las malformaciones cardíacas severas o la insuficiencia placentaria, las que pueden contribuir a un desenlace fatal²³.

Finalmente, otro factor es la presencia de infecciones como la rubéola, en este caso, este aspecto no se presentó en las primeras semanas de embarazo, por lo que se puede concluir que el principal y más importante factor de riesgo para el desarrollo del síndrome de Down en el feto es la edad de la madre, lo cual ha sido confirmado por diversos estudios.

A pesar de que la probabilidad de cromosopatías aumenta con la edad materna, se recomienda realizar un minucioso cribado de aneuploidías en todas las mujeres embarazadas durante el primer trimestre⁹.

Los signos detectados por ecografía durante el primer trimestre del embarazo, que pueden indicar un mayor riesgo de síndrome de Down, ahora forman parte de los servicios de atención prenatal disponibles regularmente para la población.

Además, mejorar la precisión en la identificación y corrección de posibles fallas en la evaluación de los indicadores ecográficos del primer trimestre, como la consistencia en los criterios de medición, el tiempo necesario mínimo, la calidad de los equipos y la certificación de los profesionales en ecografía, podría ayudar a reducir aún más las tasas de resultados falsamente positivos.

V. CONCLUSIONES

1. Las ecografías para detectar el síndrome de Down presentan limitaciones significativas, ya que no identifican todos los casos y pueden generar falsos negativos en una tasa que varía del 5% al 10%. Esto significa que algunos casos de síndrome de Down pueden no ser detectados por esta técnica, subrayando la importancia de utilizar pruebas adicionales para asegurar una evaluación más precisa y completa.
2. La sensibilidad media del diagnóstico ecográfico fetal en la búsqueda de cromosopatía es de 85%; por lo tanto, el resultado normal del estudio ecográfico no garantiza que el feto no pueda nacer con una aneuploidía, sin alteraciones o retraso mental.
3. Los falsos negativos en la detección ecográfica del síndrome de Down representan una limitación crítica, ya que la ausencia de marcadores ecográficos claros no garantiza la ausencia de la condición.
4. En este caso recalca las limitaciones de las ecografías genética y morfológica en la detección de ciertas anomalías cromosómicas, como el síndrome de Down.
5. El riesgo de que el feto presente anomalías cromosómicas, como el síndrome de Down, se incrementa considerablemente con la edad materna, especialmente a partir de los 35 años. Este riesgo es aún mayor en mujeres de 40 años o más.

6. Los fetos con síndrome de Down tienen una probabilidad más alta de óbito fetal en comparación con los fetos que no presentan esta anomalía cromosómica. A pesar de que muchos de estos fetos sobreviven hasta el momento del parto, el riesgo de muerte en el útero es mayor debido a las complicaciones vinculadas al síndrome.
7. En este caso muestra que tener una edad materna avanzada aumenta el riesgo de tener un bebé con síndrome de Down y de enfrentar problemas que pueden causar la muerte del feto. La coincidencia en las semanas de gestación cuando ocurre la muerte fetal sugiere que los fetos con síndrome de Down en mujeres mayores tienen más probabilidades de morir en el tercer trimestre, lo que subraya la necesidad de un seguimiento prenatal riguroso y especializado.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Laignier MR, Lopes-Júnior LC, Santana RE, Leite FMC, Brancato CL. Down Syndrome in Brazil: Occurrence and Associated Factors. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 [citado el 30 de abril de 2024];14;18(22):11954. Disponible de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34831710/>
2. Ramírez Portilla C, Sarmiento Rubio M, Quezada Pardo M, Orellana Córdova J. Síndrome de Down por mosaico, reporte de caso ecuador. *Rev Cient Cienc Med* [Internet]. 2020 [citado el 9 de mayo de 2024];23(2):267–270. Disponible de: http://www.scielo.org.bo/pdf/rccm/v23n2/v23n2_a20.pdf
3. Fundación Iberoamericana Down21[Internet]. Santander: España; c2024. Diagnóstico prenatal: consideraciones previas; 4 febrero 2024[citado el 9 de mayo de 2024]; [1 pantalla]. Disponible de: <https://www.down21.org/diagnostico-prenatal/58-diagnostico-prenatal-consideraciones-previas.html>
4. Dungan JS, Klugman S, Darilek S, Malinowski J, Akkari YMN, Monaghan KG, et al. Detección prenatal no invasiva (NIPS) para anomalías cromosómicas fetales en una población de riesgo general: una guía clínica basada en evidencia del Colegio Americano de Genética y Genómica Médica (ACMG). *Genet Med* [Internet]. 2023 [citado el 8 de mayo de 2024];25(2):100336. Disponible de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36524989/>

5. Calamera P. ¿Qué relación existe entre la edad materna y el Síndrome de Down? [Internet]. Ginemed; c2023 [citado el 10 de mayo de 2024]. Disponible de: <https://www.ginemed.es/relacion-edad-materna-sindrome-de-down/>
6. Pérez Padilla C, Herrera Lazo Z, Cañizares Vásquez D, García Conrado J, Nieto Núñez F. Incidencia de Síndrome de Down en la sala de neonatología. Rev Universidad y Sociedad [Internet]. 2022 [citado el 1 de mayo de 2024];14(2):328–35. Disponible de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2218-36202022000200328
7. ConsultorSalud [Internet]. Colombia: SAS; c2023. Panorama del Síndrome de Down en Latam; 27 de marzo 2023 [citado el 1 de mayo de 2024]; [1 pantalla]. Disponible de: <https://consultorsalud.com/panorama-sindrome-de-down-latam/>
8. Ministerio de la Mujer y Población vulnerables: Consejo Nacional para la Integración de la persona con Discapacidad (CONADIS)[Internet]. Lima: Gobierno del Perú; 2023 [citado el 2 de mayo de 2024]. Disponible de: <https://www.conadisperu.gob.pe/wp-content/uploads/2023/09/a.%20Informe%20de%20avances%20de%20la%20PNMDD%20al%20a%C3%B1o%202022.pdf>
9. Blanco Montaña A, Ramos Arenas M, Yerena Echevarría B, Miranda Santizo L, Ríos Celis A, Dorantes Gómez A, et al. Factores de riesgo en el origen del síndrome de Down. Rev Méd Ins Mex Soc [Internet]. 2023 [citado el 1 de mayo de 2024]. 61(5):638-644. Disponible de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37769135/>
10. Cuestión de Genes [Internet]. Madrid: Veritas Intercontinental; c2021. Resultados y fiabilidad del cribado del primer trimestre, ¿existen otras opciones?

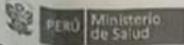
- Embarazo y Genética; 24 de febrero 2021 [citado el 8 de mayo de 2024]; [1 pantalla]. Disponible de: <https://www.veritasint.com/blog/es/cribado-del-primer-trimestre/>
11. Equipo Médico de ginecología y obstetricia [Internet]. Madrid: EGOM, c2023. Riesgo del síndrome de Down en el embarazo: cómo detectarlo; 12 de octubre 2022 [citado el 10 de mayo de 2024]; [1 pantalla]. Disponible de: <https://egom.es/blog/riesgo-sindrome-down-embarazo-como-detectarlo/>
 12. Reproducción Asistida ORG [Internet]. España: Eureka Fertility S.L.; c2023. Ecografía morfológica temprana: ¿qué ventajas tiene?; 21 de setiembre 2023 [citado el 10 de abril de 2024]. Disponible de: <https://www.reproduccionasistida.org/ecografia-morfologica-temprana/>
 13. Esparza Ocampo K, Chaidez Fernández Y, Magaña Ordorica D, Angulo Rojo C, Guadrón Llanos A, Castro Apodaca F, et al. Características fenotípicas degenerativas crónicas predominantes asociadas con el síndrome de Down: una revisión narrativa. Rev Med UAS [Internet]. 2022 [citado el 9 de mayo de 2024];22(12):3-22. Disponible de: <https://hospital.uas.edu.mx/revmeduas/articulos/v12/se/down.pdf>
 14. Buczyńska A, Sidorkiewicz I, Trochimiuk A, Ławicki S, Krętowski AJ, Zbucka-Krętowska M. Enfoques novedosos para una ruta integrada para la evaluación de la trisomía 21. Biomoléculas [Internet]. 2021 [citado el 9 de junio de 2024];11(9):1328. Disponible de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34572541/>
 15. Jaramillo Martínez C, Martín De Saro M. Perfil epidemiológico del paciente con síndrome de Down en el Hospital Materno Infantil ISSEMyM del 2014 al 2021. Arch Inv Mat Inf [Internet]. 2023 [citado el 9 de mayo de 2024];14(1):13–21. Disponible de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi-2023/imi231c.pdf>

16. Herrera T, Cubilla Batista I, Britton CB, Goodridge A. Valores de referencia de la translucencia nugal en Panamá y su comparación con diferentes regiones del mundo. Clin Invest Ginecol Obstet [Internet]. 2021 [citado el 9 de mayo de 2024];48(3):100651. Disponible de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0210573X20301155?via%3Dihub>
17. Hernández Nápoles G, Hernández Rodríguez M, Muñoz Rodríguez M, Arrieta García R, Mirón Fulgoso C, Alonso Benavente M. Marcadores ecográficos prenatales predictores de defectos congénitos por sistemas de órganos. Rev ciencias médicas [Internet]. 2023 [citado el 9 de mayo de 2024];27(0): e5940. Disponible de: <https://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/5940>
18. Silva J, Silva A. Detección prenatal del riesgo de Síndrome de Down. Reporte de caso clínico. MEDICIENCIAS UTA [Internet].2023 [citado el 1 de mayo de 2024];7(3):100-106. Disponible de: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/medi/article/view/2071/2483>
19. Vázquez Martínez Y, Carrillo Bermúdez L, Lemus Valdés M. Síndrome de Down y su pesquisa durante el primer trimestre de la gestación. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2019[citado el 25 de mayo de 2024]; 45(4): e440. Disponible de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2019000400004&lng=es. Epub 01-Ago-2020.
20. Viñals F, Esparza M, Von-Plessing G, Von-Plessing C, Selman E, Quiroz G, et al. Características ecográficas y anomalías congénitas en fetos con síndrome de Down. Rev. chile. obst. ginecol [Internet]. 2022 [citado el 25 de mayo de 2024]; 87(4):266-272. Disponible de:

- http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262022000400266&lng=es. <http://dx.doi.org/10.24875/rechog.22000016>.
21. Viteri Rodríguez J, López Barrionuevo C, Arellano Oleas Y. Métodos para el diagnóstico prenatal precoz del síndrome de Down. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2023 [citado el 25 de mayo de 2024]; 27(6): e6293. Disponible de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942023000700036&lng=es. Epub 01-Nov-2023.
22. Rivera M, Solari G, Peralta M. Estudio de prevalencia en niños recién nacidos con síndrome Down y sus características antropométricas. Hospital Regional de Antofagasta, Chile. Rev chil nutr [Internet]. 2021 [citado el 26 de junio de 2024]; 48(2):238-244. Disponible de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182021000200238&lng=es.
23. Castillo Lam J, Elías Aauto O, Huamán Benancio G. Cardiopatías congénitas asociadas a los síndromes cromosómicos más prevalentes: revisión de la literatura. Arch Peru Cardiol Cir Cardiovasc [Internet]. 2021 [citado el 10 de agosto de 2024];2(3):187–195. Disponible de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37727523/>

VI. ANEXOS

ANEXO 01: HISTORIA CLÍNICA (CONTROL PRENATAL)



PERÚ Ministerio de Salud

HISTORIA CLINICA

N de HC: 42236723

Datos de afiliación

Apellidos y nombres: MARÍA ROSA ROSA ESPINOZA	N de Documento: 42236723
Dirección: PSJ. COERAZON DE MARIA C-1	Edad: 39
Distrito: Cajamarca	Teléfono: [REDACTED] Ocupación: Empleado
Localidad: MOLLEPAMPA ALTA	Celular: [REDACTED] Estudios: Secundaria completa
Departamento: Cajamarca	Provincia: Cajamarca Estado civil: conviviente

Triage

Fecha y hora: 11/09/2023 8:33			
Peso(kg): 49.0	Talla(cm): 143.0	Presión arterial: 90-60	
Pulso(x min): 76	Respiración(x min): 19	Temperatura(C): 36.7	

Antecedentes Familiares

Niega

<input type="checkbox"/> Alergia	<input type="checkbox"/> Enfermedad hipertensiva en el anciano	<input type="checkbox"/> Hipertiroidismo	<input type="checkbox"/> Neoplasia	<input type="checkbox"/> Malaria
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Enfermedades congénitas	<input type="checkbox"/> Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Epilepsia
<input type="checkbox"/> Embarazos múltiples	<input type="checkbox"/> Otros			

Antecedentes Personales

Niega

<input type="checkbox"/> Aborto habitual	<input type="checkbox"/> Cocaína	<input type="checkbox"/> Hemorragia postparto	<input type="checkbox"/> Parto prolongado
<input type="checkbox"/> Alcoholismo	<input type="checkbox"/> Eclampsia	<input type="checkbox"/> Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/> Preeclampsia
<input type="checkbox"/> Alergia a los medicamentos	<input type="checkbox"/> Enfermedad congénita	<input type="checkbox"/> Infección por VIH sin SIDA	<input type="checkbox"/> Prematuridad
<input type="checkbox"/> Asma bronquial	<input type="checkbox"/> Enfermedad	<input type="checkbox"/> Infertilidad	<input type="checkbox"/> Retención de SIDA
<input type="checkbox"/> Cardiopatía	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Neoplasias	<input type="checkbox"/> Tabaco
<input type="checkbox"/> Cirugía pélvica uterina	<input type="checkbox"/> Flujo vaginal	<input type="checkbox"/> Otras drogas	
<input type="checkbox"/> Trastornos mentales	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Violencia	

Antecedentes Ginecológicos

Menarquia: 11	Edad 1 Rel: 24	Regimen/Catamenea: 3/30	Fecha Último PAP: [REDACTED]
Andria: 1	Método anticonceptivos: Condón	ITS previas: PRUEBA DE SIFILIS: ANTICUERPO NO	Resultado: NO APLICA

Embarazos previos

Gestación	Fecha	Tipo	Terminación	Aborto	Vivo	Muerte	Peso	Sexo	EG	Lugar	Lactancia
1	06/04/2016	UNICO	VAGINAL	NO APLICA	SI	NO APLICA	3300 g	M	38	HOSPITALARIO	MAS 6 MESES

Violencia

Detección de Violencia

SI NO
 SI NO

09/2023

Sintomas

Asintomático
 Cefalea Epigastralgia
 Convulsiones Dolor abdominal
 Dinámica uterina Fotopsias
 Disminución movimientos fetales Náuseas vómitos
 Síntomas urinarios Tinnitus

Pérdida de conciencia
 Pérdida de líquido amniótico
 Sangrado vaginal
 Sensación térmica

SANTE

TAD

Examen Físico

Mamas: CONSERVADO

Abdomen: AU: Leopold: MF: NA FCF: 157 lat/min

Vulva: DU: SD Edemas: SE Observaciones: Tipo Embarazo: unico

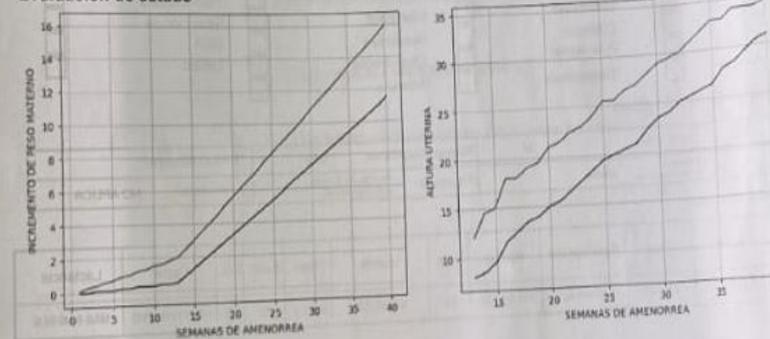
Genitales externos:

Genitales internos:

Especuloscopia: Vagin Cervix Fondo de saco: Anexos: Observaciones:

Tacto Vaginal: Vagina: Utero: Fondo de saco: N/A Anexos: Palvimetría: ADECUADA

Evaluación de estado



Diagnósticos de edad

Edad gestacional 10 1/7 x ECOGRAFIA

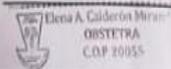
Fecha probable de parto 07/04/24

Diagnósticos

Nº	DESCRIPCIÓN	VALOR	FECHA
1	EXAMEN PARA COMPARACION Y CONTROL NORMALES EN PROGRAMA DE INVESTIGACION	2006	11/09/2023
2	CONSEJERIA PRE-TEST PARA VIH	99401.33	11/09/2023
3	CONSEJERIA POST TEST PARA VIH - RESULTADO NO REACTIVO	99401.34	11/09/2023
4	TESTANTE CON FACTOR DE RIESGO CONTROL 1ER TRIMESTRE (13 SEMANAS)	23991	11/09/2023
5	PLAN DE ATENCION DE PARTO	99401.06	11/09/2023
6	HEMOGLOBINA (TAMPAJE DE ANEMIA)	85016	11/09/2023
7	EVALUACION NUTRICIONAL ANTROPOMETRICA	99200.64	11/09/2023
8	TAMPAJE DE VIOLENCIA	86180.01	11/09/2023
9	CONSEJERIA DE PREVENCIÓN DE RIESGOS EN SALUD MENTAL	99402.09	11/09/2023
10	SUPLEMENTACIÓN DE ÁCIDO FÓLICO	90180.19	11/09/2023
11	CONSEJERIA NUTRICIONAL: ALIMENTACIÓN SALUDABLE	99403.01	11/09/2023
12	CONSEJERIA PREVENTIVA EN FACTORES DE RIESGO PARA EL CÁNCER	99402.08	11/09/2023
13	ANÁLISIS DE ORINA POR TIRA DE ANÁLISIS REACTIVO, PARA BACTERIURIA ASINTOMÁTICA	81600.02	11/09/2023
14	DETECCIÓN DE VIH - PRUEBA RÁPIDA	88703.01	11/09/2023
15	DETECCIÓN DE SIFILIS - PRUEBA RÁPIDA	86780.01	11/09/2023

Responsable de atención: ELENA AURORA CALDERON
 Próxima cita: 11/10/2023

Firma y sello



**HISTORIA CLINICA DE LA MUJER
HOJA DE CONTROL PRENATAL Y/O CONSULTA EXTERNA**

H.C.L. Nº 110123 COD. BR 16

CONSULTA

TRIAJE 22/9/23 39A FIA 7/10/23 PUNO 18 T.C. 36.2 FR 18 Peso Kg 47 Talla cm 145

SEÑALES DE ALARMA EN LA GESTANTE SI NO

A. MOTIVO DE CONSULTA
 Forma inicio: A: 9:14.0
 Curso: pet. gaitanta, evita a domicilio de pap
 Relato de enfermedad: para tomar de muestra, nega molestias.

Funciones Biológicas: Apetito NO Sed NO Orina NO Deposiciones NO Sueño NO

B. EXAMEN FISICO
 Aspecto General: ABCG
 Piel y mucosas: Normal, hidratada
 Tórax - Mamas: NO
 Pulmones: NO
 Cardiovascular: NO
 Abdomen: NO
 Utero: A.U. NO D.U. NO I. NO D. NO F. NO
 Feto: FCF NO SPP NO MF NO
 Aparato Génito Urinario: NO I. NO A.P. NO
 M.O.: NO RAM NO REM NO Color de Líquido: NO
 V. posición: NO
 Extremidades: NO
 Neurológico: NO

Ganancia de peso () menor a lo recomendado () Adecuada () mayor a lo recomendado ()

C. DIAGNÓSTICO/MOTIVO DE CONSULTA
 1. Gesta 11s 11m Pap
 2. tomada PAP

D. TRATAMIENTO
 1. Conl. por cáncer (C)

F. FECHA DE CITA
11/10/23

E. RECOMENDACIONES

CONSULTA

TRIAJE 21/09/23 11-30 FIA 11/09/23 PUNO 18 T.C. 36.2 FR 18 Peso Kg 47 Talla cm 145

SEÑALES DE ALARMA EN LA GESTANTE SI NO

A. MOTIVO DE CONSULTA
 Forma inicio: Sesamusta a gaitanta
 Curso: ABCG/ en Omphium cephalus
 Relato de enfermedad: ANO

Funciones Biológicas: Apetito NO Sed NO Orina NO Deposiciones NO Sueño NO

B. EXAMEN FISICO
 Aspecto General: ABCG/ en Omphium cephalus
 Piel y mucosas: ANO
 Tórax - Mamas: NO
 Pulmones: NO
 Cardiovascular: NO
 Abdomen: NO
 Utero: A.U. NO D.U. NO I. NO D. NO F. NO
 Feto: FCF NO SPP NO MF NO
 Aparato Génito Urinario: NO I. NO A.P. NO
 M.O.: NO RAM NO REM NO Color de Líquido: NO
 V. posición: NO
 Extremidades: NO
 Neurológico: NO

Ganancia de peso () menor a lo recomendado () Adecuada () mayor a lo recomendado ()

C. DIAGNÓSTICO/MOTIVO DE CONSULTA
 1. NO
 2. NO
 3. NO
 4. NO

D. TRATAMIENTO
 1. NO
 2. NO
 3. NO
 4. NO

F. FECHA DE CITA
11/10/23

E. RECOMENDACIONES

CONSULTA	
PIA 20-6-2017	Peso Kg 47.650 Talla cm 143
TRIAJE	FECHA 11.10.23
SEÑALES DE ALARMA EN LA DEFENSA	SI NO
NOMBRE	
EDADES	
TAMBIENDO VINCULO	
PERSONA DE CONTACTO ADMINISTRATIVO	
DESEMPEÑO DE MOVIMIENTOS FÍSICOS	
CONVULSIONES	
VISION ROTUNDA	
ESOM	
ATENCION INTEGRAL BASICA	
DIAGNOSTICO	
SR	
IMP	
STATUS PERICRO	
CONSEJERIA NUTRICIONAL	
CONSEJERIA FISICO RELOGIO	
CONSULTA ODONTOLÓGICA	
PLAN DE PREVENCIÓN	
ATENCIÓN FONOLÓGICA	
ATENCIÓN AL BIR	
CONSEJERIA EN PP PP	

A. MOTIVO DE CONSULTA:	
Tiempo de enfermedad	Forma de inicio
Rotación de enfermedad	Curso
Signos y Síntomas	Signos y Síntomas
Funciones Biológicas: Apetito: C Sed: C Orina: C Deposiciones: C Sueño: C	
B. EXAMEN FÍSICO:	
Aspecto General	DREC, REN, REN
Piel y mucosas	Manos limpias, No cianosis
Tórax: Mamas	Síntesis, Mamas aumentadas
Pulmones	RPM + RPE
Cardiovascular	RCTER No Jgbs.
Abdomen:	
Útero	A.U. 13, D.U. -
Feto	FCF 130-132 v', SPP Ind. Jgbs. MF + +
Aparato Génito Urinario	
• TV	D. difusa
• M O	
V. posición	
Extremidades	Colevón
Neurólogo	Colevón
Ganancia de peso () menor a lo recomendado () Adecuada () Mayor a lo recomendado ()	
C. DIAGNÓSTICO/MOTIVO DE CONSULTA	
1	2do Control prenatal
2	
3	
4	
D. TRATAMIENTO	
1	Acido fólico 1 mg. no Jgbs
2	30 días
3	
4	
E. RECOMENDACIONES:	
F. FECHA DE CITA:	



HISTORIA CLINICA DE LA MUJER
HOJA DE CONTROL PRENATAL Y/O CONSULTA EXTERNA



Nombre del Paciente: [Redacted] H.C.L. Nº: 1400-876 COD 515 [Redacted]

CONSULTA
 TRIAJE: 11-11-23 39a P/A: 91/60 mmHg Pulso: 72 min T/C: 36 FR: 18 Peso Kg: 51.00 Talla cm: 1.49

SEÑALES DE ALARMA EN LA GESTANTE

FEBRE	SI	NO
CEFALEA	SI	NO
INORRICO URINARIO	SI	NO
EMISION DE LIQUIDO AMNIOTICO	SI	NO
DISTRIBUCION DE MOVIMIENTOS FETALES	SI	NO
CONVALESCENCIAS	SI	NO
VISION BORROSA	SI	NO
EDEMA	SI	NO

ATENCIÓN INTEGRAL BÁSICA

EL NACIÓ	SI	NO
SE	SI	NO
IMP	SI	NO
ALMACEN FERRUGÍ	SI	NO
CONSEJERÍA NUTRICIONAL	SI	NO
CONSEJERÍA SOBRE PELIGRO	SI	NO
CONSULTA ODONTOLÓGICA	SI	NO
PLAN DE PARTO	SI	NO
MF VISTA CONCLUIDA	SI	NO
INFILTRACIÓN S/S	SI	NO
CONSEJERÍA EN PP II	SI	NO

A. MOTIVO DE CONSULTA:
 Tiempo de enfermedad: [Redacted] Forma inicio: [Redacted] Curso: [Redacted]
 Relato de enfermedad: [Redacted]

B. EXAMEN FÍSICO:
 Aspecto General: ABGG, [Redacted]
 Piel y mucosas: [Redacted]
 Tórax, Mamas: [Redacted]
 Pulmones: [Redacted]
 Cardiovascular: [Redacted]
 Abdomen: [Redacted]
 Utero: A.U. 16cm D.U. [Redacted] se cuentan [Redacted] Omgc utero
 Feto: FCF 132 SPP [Redacted] MF + [Redacted]
 Aparato Génito Urinario: [Redacted]
 M.O. [Redacted] RAM [Redacted] REM [Redacted] Color de Líquido [Redacted]
 V. posición: [Redacted]
 Extremidades: [Redacted]
 Neurológico: [Redacted]

C. DIAGNÓSTICO/MOTIVO DE CONSULTA:
 1. Según diagnóstico de [Redacted] (23542)
 2. [Redacted] (23542)
 3. [Redacted] (23542)
 4. [Redacted] (23542)

D. TRATAMIENTO:
 1. [Redacted]
 2. [Redacted]
 3. [Redacted]
 4. [Redacted]

E. RECOMENDACIONES:
 [Redacted]

F. FECHA DE CITA: 11-12-2023

CONSULTA
 TRIAJE: 11-12-23 39a P/A: 90/50 mmHg Pulso: 72 min T/C: 36.5 FR: 18.5 Peso Kg: 51.5 Talla cm: 143

SEÑALES DE ALARMA EN LA GESTANTE

FEBRE	SI	NO
CEFALEA	SI	NO
INORRICO URINARIO	SI	NO
EMISION DE LIQUIDO AMNIOTICO	SI	NO
DISTRIBUCION DE MOVIMIENTOS FETALES	SI	NO
CONVALESCENCIAS	SI	NO
VISION BORROSA	SI	NO
EDEMA	SI	NO

ATENCIÓN INTEGRAL BÁSICA

EL NACIÓ	SI	NO
SE	SI	NO
IMP	SI	NO
ALMACEN FERRUGÍ	SI	NO
CONSEJERÍA NUTRICIONAL	SI	NO
CONSEJERÍA SOBRE PELIGRO	SI	NO
CONSULTA ODONTOLÓGICA	SI	NO
PLAN DE PARTO	SI	NO
MF VISTA CONCLUIDA	SI	NO
INFILTRACIÓN S/S	SI	NO
CONSEJERÍA EN PP II	SI	NO

A. MOTIVO DE CONSULTA: [Redacted]
 Tiempo de enfermedad: [Redacted] Forma inicio: [Redacted] Curso: [Redacted]
 Relato de enfermedad: [Redacted]

B. EXAMEN FÍSICO:
 Aspecto General: ABGG, [Redacted]
 Piel y mucosas: [Redacted]
 Tórax, Mamas: [Redacted]
 Pulmones: [Redacted]
 Cardiovascular: [Redacted]
 Abdomen: [Redacted]
 Utero: A.U. 23 D.U. [Redacted] se cuentan [Redacted] Omgc utero
 Feto: FCF 132 SPP [Redacted] MF ++
 Aparato Génito Urinario: [Redacted]
 M.O. [Redacted] RAM [Redacted] REM [Redacted] Color de Líquido [Redacted]
 V. posición: [Redacted]
 Extremidades: [Redacted]
 Neurológico: [Redacted]

C. DIAGNÓSTICO/MOTIVO DE CONSULTA:
 1. Según diagnóstico de [Redacted] (23542)
 2. [Redacted] (23542)
 3. [Redacted] (23542)
 4. [Redacted] (23542)

D. TRATAMIENTO:
 1. [Redacted]
 2. [Redacted]
 3. [Redacted]
 4. [Redacted]

E. RECOMENDACIONES:
 [Redacted]

F. FECHA DE CITA: 11/01/23

FN. 20-12-83 DMS
HISTORIA CLINICA DE LA MUJER
HOJA DE CONTROL PRENATAL Y/O CONSULTA EXTERNA

Nombre del Paciente: [Redacted] CL. Nº: 1008/176 COD. SIS: [Redacted]

CONSULTA
 P.A. [Redacted] Pulso [Redacted] T°C [Redacted] FR [Redacted] Peso Kg [Redacted] Talla cm [Redacted]

TRIAJE	FECHA	BI	NO
18/12/83			

BIENOS DE ALARMA EN LA GESTANTE	SI	NO
PIERRE		
CEFALEA		
SINGRIDO VAGINAL		
PRENSA DE LIQUIDO AMNÍOTICO		
DISTRIBUCIÓN DE MOVIMIENTOS FETALES		
CONVULSIONES		
VISION BORROSA		
ESBEN		

ATENCIÓN INTEGRAL BÁSICA	
DIAGNÓSTICO	
SI	
IMP	
SULFATO FERROSO	
CONSEJERIA NUTRICIONAL	
CONSEJERIA SIGNOS FISIOLÓGICOS	
CONSULTA ODONTOLÓGICA	
PLAN DE PARTO	
INVESTIGACIÓN DOMICILIARIA	
AFLIACIÓN AL SIS	
CONSEJERIA EN PREV. II	

A. MOTIVO DE CONSULTA:
 Tiempo de enfermedad: [Redacted] Forma inicio: [Redacted] Curso: [Redacted]
 Relato de enfermedad: Soponitos y gubios de Anos
de lactancia materna
 Funciones Biológicas: Apetito: ace Pamela
B. EXAMEN FÍSICO:
 Aspecto General: buena
 Piel y mucosas: sin cambios
 Tórax: Mamas: sin cambios
 Pulmones: sin cambios
 Cardiovascular: sin cambios
 Abdomen: sin cambios
 Utero: A.U. [Redacted] O.U. [Redacted] SPP [Redacted] MF [Redacted]
 Feto: FCF [Redacted]
 Aparato Génito Urinario: T.V. [Redacted] D. [Redacted] I. [Redacted] A.P. [Redacted]
 M.O. [Redacted] RAM [Redacted] REM [Redacted] Color de Líquido [Redacted]
 V. posición: [Redacted]
 Extremidades: [Redacted]
 Neurológico: [Redacted]

C. DIAGNÓSTICO/MOTIVO DE CONSULTA:
 1. 20. Menor de peso
 2. Cambio de estilo de vida
 3. Empieza lactancia materna
 4. Empieza lactancia materna
E. RECOMENDACIONES:

CONSULTA
 P.A. 94/60 Pulso 69 T°C 36.6 FR 20 Peso Kg 53.60 Talla cm 147

TRIAJE	FECHA	BI	NO
20-01-24			

BIENOS DE ALARMA EN LA GESTANTE	SI	NO
PIERRE	/	
CEFALEA	/	
SINGRIDO VAGINAL	/	
PRENSA DE LIQUIDO AMNÍOTICO	/	
DISTRIBUCIÓN DE MOVIMIENTOS FETALES	/	
CONVULSIONES	/	
VISION BORROSA	/	
ESBEN	/	

ATENCIÓN INTEGRAL BÁSICA	
DIAGNÓSTICO	/
SI	/
IMP	/
SULFATO FERROSO	/
CONSEJERIA NUTRICIONAL	/
CONSEJERIA SIGNOS FISIOLÓGICOS	/
CONSULTA ODONTOLÓGICA	/
PLAN DE PARTO	/
INVESTIGACIÓN DOMICILIARIA	/
AFLIACIÓN AL SIS	/
CONSEJERIA EN PREV. II	/

A. MOTIVO DE CONSULTA:
 Tiempo de enfermedad: [Redacted] Forma inicio: [Redacted] Curso: [Redacted]
 Relato de enfermedad: CPD. 570
5 de 91
CPD. 570
Constante ingesta a consultar para
CPD. 570
momentos de lactancia materna
 Funciones Biológicas: Apetito: C Sed: C Orina: C Deposiciones: suave Sueño: [Redacted]
B. EXAMEN FÍSICO:
 Aspecto General: buena
 Piel y mucosas: sin cambios
 Tórax: Mamas: sin cambios
 Pulmones: sin cambios
 Cardiovascular: sin cambios
 Abdomen: sin cambios
 Utero: A.U. [Redacted] O.U. [Redacted] SPP CO.D. MF ++
 Feto: FCF 133
 Aparato Génito Urinario: T.V. [Redacted] D. [Redacted] I. [Redacted] A.P. [Redacted]
 M.O. no RAM no REM no Color de Líquido 4
 V. posición: sin cambios
 Extremidades: sin cambios
 Neurológico: sin cambios

C. DIAGNÓSTICO/MOTIVO DE CONSULTA:
 1. CPD. 570 (23592)
 2. CPD. 570 (2006)
 3. CPD. 570 (994001)
 4. CPD. 570 (991992)
E. RECOMENDACIONES:
 - CPD. 570 (5440105) 2a
 - Exm. lab. (82044) / Exm. Biot. (81000)
 - Exm. lab. (82044) / Exm. Biot. (81000)
 - Exm. lab. (82044) / Exm. Biot. (81000)
D. TRATAMIENTO:
 1. SF + DF 400 mg / 100 mg
 2. caib. culas Sopi. 100 mg / 200 mg
 3. caib. culas Sopi. 100 mg / 200 mg
 4. caib. culas Sopi. 100 mg / 200 mg
F. FECHA DE CITA:
11-02-24



Sis Auno

HISTORIA CLINICA DE LA MUJER HOJA DE CONTROL PRENATAL Y CONSULTA EXTERNA



Nombre del Paciente: [Redacted] I.C.L. N°: 1100-876 COD. SIS: [Redacted]

FECHA: 25-2-24 TRIAJE: 40a

RIA: 100/70 mmHg Pulso: 60 min TPC: 26.4 FR: 18.1 Peso Kg: 52.7 Talla cm: 143

A. MOTIVO DE CONSULTA: CAN. Forma inicio: Curso:

Relato de enfermedad: *de inicio a este a control no me he visto controlado. me curate de eya. en abril habia nasal 5 del 27-2-24*

Funciones Biológicas: Apetito: Sed: Orina: Deposiciones: Sueño:

B. EXAMEN FÍSICO:

Aspecto General: *ABG*
Piel y mucosas: *húmeda - blanca*
Torax: Mamas: *blanca - siles - un cat.*
Pulmones: *un sil.*
Cardiovascular: *un sil.*

Abdomen: Utero: A.U. 31 DU: *Abund.* D: MF: *4-4*
Feto: FCF: 142 SPP: *20*

Aparato Génito Urinario: TV: D. I: A.P.: Color de Líquido: RAM: REM:

M.O.: V. posición: *retro (+) en un sil.*

Extremidades: *un sil.*
Neurológico: *un sil.*

Ganancia de peso () menor a lo recomendado () Adecuada (X) - mayor a lo recomendado ()

D. TRATAMIENTO: *señal con Sulfate y Calce.*

C. DIAGNÓSTICO/MOTIVO DE CONSULTA:
1. *Sigales 29.55 x ECG (23593)*
2. *7.0 cm. 1.2 cyl. ball. Hctm (94401)*
3. *juicio Actual ref (2006)*
4. *Orin de pacien (2004)*
Orin de bebé (2000-02)

E. RECOMENDACIONES: *pacien 20 Bales cali (2000-02)*
Oycritel - SSAN - Pal Lual - PPRF / peso relativo

F. FECHA DE CITA: 3/3/24 (101)

Nombre del Paciente: [Redacted] I.C.L. N°: 36.2 FR: 20.0 Peso Kg: 58.4 Talla cm: [Redacted]

FECHA: 03-03-2024 TRIAJE: 40a

RIA: 100/60 mmHg Pulso: 70 min TPC: 36.2 FR: 20.0 Peso Kg: 58.4 Talla cm: [Redacted]

A. MOTIVO DE CONSULTA: *Constante anudada para con*

Relato de enfermedad: *no se ve en el control, puede haberse no hay síntomas de que se repita*

Funciones Biológicas: Apetito: Sed: Orina: Deposiciones: Sueño:

B. EXAMEN FÍSICO:

Aspecto General: *ABG*
Piel y mucosas: *húmeda*
Torax: Mamas: *blancas, no reventadas*
Pulmones: *un sil.*
Cardiovascular: *un sil.*

Abdomen: Utero: A.U. 37 DU: *un sil.* D: MF: *un sil.*
Feto: FCF: *libal* SPP: *un sil.*

Aparato Génito Urinario: TV: D. I: A.P.: Color de Líquido: RAM: REM:

M.O.: V. posición: *un sil.*

Extremidades: *un sil.*
Neurológico: *un sil.*

Ganancia de peso () menor a lo recomendado () Adecuada () - mayor a lo recomendado ()

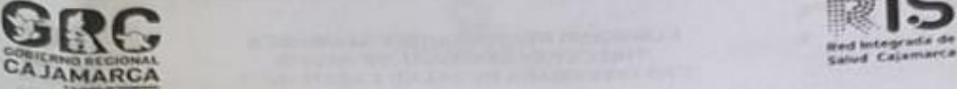
D. TRATAMIENTO:
1. *contin en sulfato de calcio*
2. *en su control*
3. *no se ve en plan de control*

C. DIAGNÓSTICO/MOTIVO DE CONSULTA:
1. *8 CPN*
2. *Constante 35.5 x 23.5 (23593)*
3. *juicio mejor renal (2006)*
4. *Orin de bebé - 1 (2004)*
Orin de bebé - 1 (2000-02)

E. RECOMENDACIONES:

F. FECHA DE CITA: 11/03/24

ANEXO 03: EXÁMENES DE LABORATORIO.

	
INFORME DE DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO	
NOMBRE: <u>[REDACTED]</u> EDAD: <u>39</u> CÓDIGO: <u>D.I. 2507-20 HCL. HOA-876 EE.SS. C.O. La Tupsena</u> RECEPCIÓN DE MUESTRA: <u>29-09-23</u> REPORTE DE RESULTADO: <u>17-10-23</u> Muestra enviada: Frotis Cervico Uterino	
<p>1. CALIDAD DE LA MUESTRA</p> <input checked="" type="checkbox"/> Frotis Satisfactorio <input type="checkbox"/> Frotis insatisfactorio <p>2. DIAGNOSTICO GENERAL</p> <input checked="" type="checkbox"/> NEGATIVO PARA CÉLULAS NEOPLÁSICAS <input type="checkbox"/> CAMBIOS CELULARES BENIGNOS <input type="checkbox"/> ANORMALIDADES EN CELULAS EPITELIALES <p>3. DIAGNOSTICO DESCRIPTIVO</p> <p>ANORMALIDADES DE CÉLULAS EPITELIALES:</p> <p>Células Escamosas:</p> <input type="checkbox"/> Células Escamosas atípicas de Significado Indeterminado (ASCUS). <input type="checkbox"/> Células Escamosas atípicas no es posible descartar LEI - AG (ASC-H) <input type="checkbox"/> Lesión Escamosa Intraepitelial de BAJO GRADO (HPV, Displasia leve). <input type="checkbox"/> Lesión Escamosa Intraepitelial de ALTO GRADO (Displasia Moderada, Displasia Severa, Carcinoma in situ). <input type="checkbox"/> Carcinoma de Células Escamosas (Tipo)	<p>Células Glandulares:</p> <input type="checkbox"/> Células Endometriales, Benignas de Tipo Epitelial, en mujer Post-menopáusica. <input type="checkbox"/> Células Endometriales, Benignas de Tipo Estromal. Adenocarcinoma (tipo)..... <p>4. CAMBIOS CELULARES BENIGNOS</p> <p>Infección:</p> <input type="checkbox"/> Presencia de Tricomonas vaginales. <input type="checkbox"/> Organismos micóticos morfológicamente compatibles con Cándida spp. <input type="checkbox"/> Cambios celulares asociados con Herpes simples. <input type="checkbox"/> Bacterias morfológicamente compatibles con Actinomicetes. <input type="checkbox"/> Cambio en flora vaginal sugerente de vaginosis bacteriana. <input type="checkbox"/> Otros: <p>5. CAMBIOS REACTIVOS ASOCIADOS CON:</p> <input type="checkbox"/> Inflamación <input type="checkbox"/> Reparación. <input type="checkbox"/> Atrofia con inflamación. <input type="checkbox"/> Atrofia sin inflamación. <input type="checkbox"/> Radiación. <input type="checkbox"/> DIU. <input type="checkbox"/> Otros:
<p>CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Firma y Sello:</p> <p><i>[Firma]</i> Johnny A. Ysique Cubas BIÓLOGO-MICROBIOLOGO CRP 5781</p>



RESULTADO DE LABORATORIO CLINICO

APellidos y Nombres: [REDACTED] CODIGO: 7140
 SEXO: M F EDAD: 39.5 HISTORIA CLINICA: HOP-875
 DNI: [REDACTED] FECHA Y HORA TOMA DE MX: 10-9-2023
 SERVICIO: [REDACTED] FECHA Y HORA DE ENTREGA DE RESULT.:
 MEDICO SOLICITANTE: obs. Chuvani

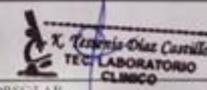
REPORTE DE RESULTADOS: BATERIA DE GESTANTE

HEMATOLOGIA			
EXAMENES	RESULTADOS	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
HEMATOCRITO	45	%	38 - 60%
HEMOGLOBINA	15.1	g/dL	12 - 16 g/dL
HEMOGLOBINA A1C	13.6	g/dL	10.6 - 14.6 g/dL
GRUPO SANGUINEO	O+	FACTOR RH	POSITIVO
BIOQUIMICA			
GLUCOSA	83	mg/dL	70 - 110 mg/dL
INMUNOLOGIA			
VII	NO REACTIVO	VI	NO REACTIVO
EXAMEN COMPLETO DE ORINA			
EXAMEN FISICO			
COLOR	Amarrillo	ASPECTO	lig. turbio
EXAMEN QUIMICO			
SANGRE:		ACIDO ASCORBICO	
UROBILINOGENO		GLUCOSA	
BILIRUBINA		PH	5-0
PROTEINAS		DENSIDAD	1.030
NITRITOS		LEUCOCITOS	
CETONAS			
EXAMEN SEDIMENTO			
LEUCOCITOS	0-1	X CAMPO	HEMATIES 2-4 X CAMPO
ERITROCITOS	25-30	X CAMPO	GERMENES: neg. cantidad vs
CRISTALES			CLINDIOS
OTROS	Filamento mucoides Escasa cantidad vs		
ORINA (VOLUMEN)	1	ml	
PROTEINA EN ORINA SIMPLE		mg/dL	VALORES DE REFERENCIA < 25 mg/dL
PROTEINURIA DE 24 HORAS		mg/24h	VALORES DE REFERENCIA < 150 mg/24h

OBSERVACION:

Ermila E. Dña Gerna
TECNICA EN LAB. CLINICO

FIRMA Y SELLO

FORMULARIO		FOR-RLSP-C-004	
REPORTE DE RESULTADOS HEMOGRAMA - ECO			Edición N° 1
DATOS GENERALES:			CÓDIGO: 1611
NOMBRE (S)Y APELLIDOS: [REDACTED]		SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	EDAD: 43 años
DIRECCIÓN: [REDACTED]		D.N.I. [REDACTED]	
SOLICITANTE: [REDACTED]		FECHA T.M. 24-02-24	FECHA E.R.
		HORA: 1:25 pm	HORA:
HEMOGRAMA COMPLETO:			
Leucocitos	x mm ³	Formula Leucitaria:	
Hemates	x mm ³	Abastionados	%
Hematocrito	43 %	Segmentados	%
Hemoglobina	Observada 14.2 g%	Monocitos	%
	Ajustada 12.7 g%	Linfocitos	%
Plaquetas	mm ³	Eosinofilos	%
Glucosa	70 mg/dl.	Basofilos	%
EXAMEN FÍSICO:		EXAMEN QUÍMICO:	
Color	Amarillo	Bilirrubina	
Aspecto	Aug. turbio	Urobilinogeno	
Densidad	1.015	Cetonas	
pH	6.0	Ascorbico	
		Determinación de proteínas en orina	
		mg/dl.	
		SEDIMENTO URINARIO:	
		C. Epiteliales 8-10 xC	
		Leucocitos 3-5 xC	
		Hemates xC	
		Bacterias ESCASAS xC	
		Otras estructuras	
Observación: Elementos mucosos: ESCASOS.			
T.M. Toma de muestra; E.R. Emisión de resultados.			
FIRMA Y SELLO: 			
Documento de aprobación: Memorandum N° 38-GR-CAJ-DRSC-LAB			
Fecha: 29/10/19 Página 1 de			

FORMULARIO		Edición N° 1	
REPORTE DE RESULTADOS HEMOGRAMA - ECO			
DATOS GENERALES:			CÓDIGO: 835
NOMBRE (S)Y APELLIDOS: [REDACTED]		SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	EDAD: 40 años
DIRECCIÓN: Obsl. Calderon		D.N.I. 42736722	
SOLICITANTE: [REDACTED]		FECHA T.M. 10-1-2024	FECHA E.R.
		HORA: 8:10 am	HORA:
HEMOGRAMA COMPLETO:			
Leucocitos	x mm ³	Formula Leucitaria:	
Hemates	x mm ³	Abastionados	%
Hematocrito	40 %	Segmentados	%
Hemoglobina	Observada 13.9 g%	Monocitos	%
	Ajustada 12.4 g%	Linfocitos	%
Plaquetas	mm ³	Eosinofilos	%
Glucosa:	mg/dl.	Basofilos	%
EXAMEN FÍSICO:		EXAMEN QUÍMICO:	
Color	Amarillo	Bilirrubina	
Aspecto	l.g = turbio	Urobilinogeno	
Densidad	1.020	Cetonas	
pH	6.0	Ascorbico	
		Determinación de proteínas en orina	
		mg/dl.	
		SEDIMENTO URINARIO:	
		C. Epiteliales 20-30 xC	
		Leucocitos 6-8 xC	
		Hemates 0-1 xC	
		Bacterias Reg. Cultivo xC	
		Otras estructuras	
		Mucosidad ESCASAS	
Observación:			
T.M. Toma de muestra; E.R. Emisión de resultados.			
FIRMA Y SELLO:			
Fecha: 29/10/19 Página 1 de			



POLICLÍNICO "Padre Luis Tezza"



LABORATORIO

PACIENTE: [REDACTED]	EDAD: 40	SEXO: F
HC.: 34249	SOLICITANTE: AUTO GESTIONADO	CODIGO: 2400614
FECHA Y HORA DE TOMA DE MUESTRA: 19/02/2024 - 08:02 MUESTRA: ORINA		

UROANALISIS

EXAMEN FÍSICO		EXAMEN QUÍMICO	
Color:	Ámbar	pH:	6
Aspecto:	Transparente	Sangre:	-
Densidad:	1.015	Urobilinógeno:	-
Espuma:	Negativo	Bilirrubina:	-
		Proteínas:	-
		Nitritos:	-
		Cuerpos Cetónicos:	-
		Glucosa:	-

EXAMEN MICROSCÓPICO				
Cel. Epiteliales:	6 - 8	x c	Cil. Granuloso:	-
Cel. Renales:	-		Cil. Hialino:	-
Leucocitos:	1 - 2	x c	Cil. Leucocitario:	-
Piocitos:	-		Cil. Hemáticos:	-
Hemáties:	1 - 2	x c	Cil. Céreo:	-
Gérmenes:	+		Cristales:	-
Fil. Mucoides:	-		>	-
Otros:			>	-

ANÁLISIS	RESULTADOS	VALORES REFERENCIALES
Microalbuminuria		1 ^a orina < 20 mg/L
		hasta 30 mg / 24 horas
Proteinuria (24 h)		30 - 140 mg / 24 horas

OBSERVACIONES:

SELLO Y FIRMA DEL ANALISTA:

Lic. Reyes Alcantara Bartolomé
Tecnólogo Médico
Laboratorio Clínico y Anatomía Patológica
C.T.M.P. 16503

FECHA Y HORA DE ENTREGA DE RESULTADOS: 19/02/2024 - 09:02

ANEXO 04: INFORME ECOGRAFÍA GENÉTICA

Materna
GINECOLOGÍA Y FERTILIDAD

MATERNA GINECOLOGIA Y FERTILIDAD
MATERNA [OB]

Institución	M A T E R N O		Medico Diag.	
Medico referente			Ecografista	
ID			Fecha del examen	02-10-2023
Nombre			Sexo	Femenino
Edad	39año 0m		Descripción	
Indicación				

FUM		Fecha Este. Parto	
EG(FUM)		EGUP	13s4d
FEP(FUM)		FEP(EEUS)	
Autor PFE	Hadlock 4(TN,HN,DV, VT)	PFE	
Criterios prac.	EG(FUM)	EG(PFE)	
Prac.(PFE)		D.E.(PFE)	

Translucencia Nucal	1.8 mm	EG	13s4d	prac.
Huesos Nasal	2.8mm			
Ductus Venoso	Onda auricular normal IP: 1.15			
Flujo tricúspideo	No presenta signos de regurgitación de flujo			

FETO UNICO
LCF: 157
LCC: 75.70 mm
MORFOLOGIA CONSERVADA

CCII.. GESTACION UNICA DE 13 SEMANAS 4 DIAS+/-2 SEMANAS POR BF
MORFOLOGIA CONSERVADA

Dr. Carlos Alexis Padres Waza
Ginecología - Obstetra
CMI: 36154 RNE: 26617

Ginecología – Medicina Fetal – Fertilidad
Av. Mario Urteaga N° 587 - CAJAMARCA

Telf. 076 268898
Cel. 944 9252 58



ANEXO 05: INFORME ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA – MORFOLOGICA



Materna
GINECOLOGÍA Y FERTILIDAD

MATERNA GINECOLOGIA Y FERTILIDAD

MATERNA[OB]

Institución	MATERNA	Fecha del examen	02-01-2024
Médico Diag.	[REDACTED]	ID	[REDACTED]
Nombre	[REDACTED]	Edad	40 años 0m
Indicación			

FUM	06-07-2023	Fecha Est. Parto	25±5d
EQ(FUM)	24±4d	EGUP	11-04-2024
FEP(FUM)	10-04-2024	FEP(EEUS)	644g
Autor PFE	Hadlock4(DBP,CC,CA,LF)	PFE	26±3d
Criterios prac.	EQ(FUM)	EQ(PFE)	-0.43
prac.(PFS)	33.48	D.E.(PFE)	

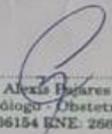
		1	2	3	Prom.	EG	prac.
Biometría fetal							
DBP	Hadlock	65.02			65.02 mm	26±2d±15d	64.67
CC	Hadlock	236.94			236.94 mm	26±5d±14d	33.79
CA	Hadlock	221.77			221.77 mm	26±4d±15d	66.11
LF	Hadlock	43.77			43.77 mm	24±3d±15d	5.44
General		1	2	3	Prom.		
FC fetal		142			142 bpm		
ILA		1	2	3	Prom.		prac.
ILA		75.44			75.44 mm		0.93"

		Rango normal	
LF/CA	19.74 %	(20.9-24.0% >21s) *	
LF/DBP	67.32 %	(71.6-87.0% >23s) *	
LF/CC	18.47 %	(17.73-21.27% 26±6d)	
CC/CA	1.07	(1.04-1.22, 26±6d)	

Comentario

FETO UNICO EN LCD
 LCF: 142 bpm
 PESO: 644 g
 PLACENTA CORPORAL ANTERIOR GRADO 0
 POZO MAYOR: 75
 SEXO FEMENINO
 MORFOLOGIA CONSERVADA

CC//... GESTACION UNICA ACTIVA DE 25 SEMANAS 5 DIAS +/- 2 SEMANAS POR BF
 MORFOLOGIA CONSERVADA



Dr. Carlos Alexis Rojas Wong
 Ginecólogo - Obstetra
 CMP: 36154 ENE. 26617

02-01-2024 03:51:27 PM - 1 -
MATERNA: CENTRO DE GINECOLOGIA Y FERTILIDAD

Ginecología - Medicina Fetal - Fertilidad
 Av. Mario Urteaga N° 587 - CAJAMARCA

Telf. 076 268898
 Cel. 944 925 253



ANEXO 06: INFORME ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA – 3er TRIMESTRE

MATERNA

Ginecología Fertilidad

AV. MARIO URTEAGA 587- CAJAMARCA
 Telephone: 9 822 2255
 Fax:
 Web:



Nomb: [REDACTED] ID: [REDACTED]
 FDN: 20/12/1983 Edad: 40 Años
 Sexo: Femenino

OB2/3
 Fecha Exam: 17/02/2024
 Equipo usado: MINDRAY Consona N9
 Operador: DR.C.PAJARES W

Indicaciones y datos clínicos
 EG: 32w1d FPP(EG): 12/04/2024 Gestación: 1

Obstetricia - 1/2 Page

Las mediciones 2D

EFW	PFE	PFE1-EG	Fórmula	Valor	Hadlock(AC,FL,HC,BPD)			1843g 31w3d	±269g
					Hadlock	1	2		
BPD			Hadlock	83.5mm	83.5				
			Fórmula	Valor	1	2	3	Promed. 33w5d	✓ Alcance
HC			Hadlock	298.8mm	298.8				
			Fórmula	Valor	1	2	3	Promed. 33w1d	✓ Alcance
AC			Hadlock	287.1mm	287.1				
			Fórmula	Valor	1	2	3	Promed. 32w5d	✓ Alcance
FL			Hadlock	55.6mm	55.6				
			Valor			1	2	3	Método Promed.
DOF(CC)				10.47cm			10.47		
CI(HC)				79.75 (70.00~86.00)					
HC/AC(Campbell)				1.04 (GA None)					
FL/BPD				66.57 (GA None)					
FL/HC(Hadlock)				18.60 (GA None)					
FL/AC				19.36* (20.00~24.00)					

ILA	Valor	1	2	3	4	5	6	Método
ILA 1	3.98cm	3.98						Último
ILA 2	2.14cm	2.14						Último
ILA 3	6.80cm	6.80						Último
ILA 4	8.74cm	8.74						Último
ILA(4)	21.66cm							

Las mediciones Doppler

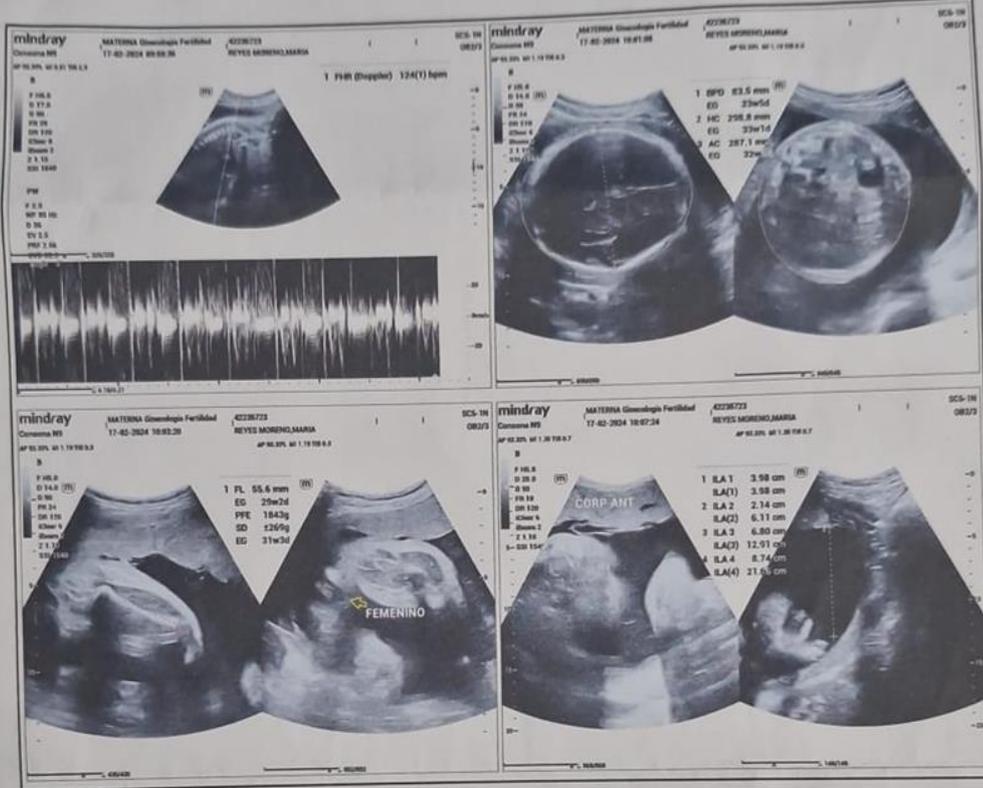
	Valor	1	2	3	4	5	6	Método
FHR (Doppler)	124bpm	124						Promed.

Imagen ecografía



Nomb: XXXXXXXXXX
 ID: 42236723 FDN: 20/12/1983 Edad: 40Años Sexo: Femenino
OB2/3
 Fecha Exam: 17/02/2024

Obstetricia - 2/2 Page



Comentarios:
 FETO UNIDO EN LCI
 PLACENTA CORPORAL ANTERIOR GRADO 0
 SEXO FEMENINO
 CC//.. GESTACION UNICA ACTIVA DE 32 SEMANAS 1 DIA +/- 3 SEMANAS POR BF

17/02/24

Dr. Carlos Alexis Pujares Wong
 Ginecología - Obstetra
 C.R. 50104 R.E. 26617

Firma (sello):

Fecha firma:

ANEXO 07: INFORME CARDIOTOCOGRÁFICO (TEST NO ESTRESANTE)

Tipo de Ayuno: 14
 4. RPM:
 5. Mov. Disminuidos:
 6. Emb. Prolongado:
 8. Distocia Funicular:
 9. Otros:
 Inicio: 9.45 Termino: 10.10
 Total: 25'

NST: Primera Vez Control

Variable	0	1	2
Lineas de Base	≤ 100 ó ≥ 180	100 a 119 ó 160 a 180	120 a 160 2
Variabilidad	≤ 5	5 a 9 ó ≥ 25	10 a 25 2
Aceleraciones /30 min	0	Periódicas ó Esporádicas de 1 a 4	Esporádicas de 5 a más 2
Desaceleraciones	DIP II > 60% DIP III > 80%	DIP I < 40% DIP III < 40%	AUSENTES 2
Actividad fetal movimientos Fetales	No hay	1 a 4 movimiento	> 5 movimiento 2
			Puntaje Total 10

Puntuación	Estado Fetal	Pronóstico	Enfoque Clínico
8 a 10	Fisiológico	Favorable	Ninguno
5 - 7	Dudoso	Dudoso	
< 4	Severa	Severa	Extracción Si es necesario

Prueba de inducción con oxitocina

CONCLUSIONES:
 OCT NEGATIVO Positivo Reactivo No Reactivo Insatisfactoria Sospechoso
 NST ACTIVO Hipoactivo Reactivo No Reactivo Dudoso

OBSERVACIONES:
 RECOMENDACIONES Repetir en _____ Otros: _____

Inducción en: _____
Segundo Corno Rodriguez
 OBSTETRA
 COPA 4448 - RNE N° 1948-E-06
 Obst. Responsable de realizar el examen

ANEXO 10: CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FETAL

5000012615

RENIEC REGISTRO NACIONAL DE IDENTIFICACIÓN Y ESTADO CIVIL

REPUBLICA DEL PERU

INEI INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA

PERÚ Ministerio de Salud

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FETAL

1. IDENTIFICACIÓN DE LA MADRE

1.1 Condición Identificación: IDENTIFICADA
1.2 Documento de Identidad: [REDACTED]
1.3 Primer Apellido: [REDACTED]
1.4 Segundo Apellido: [REDACTED]
1.5 Prenombres: [REDACTED]
1.6 Edad: 40 AÑOS
1.7 Nacionalidad: PERUANA

2. DATOS DEL FALLECIMIENTO

2.1 Fecha fallecimiento fetal: 10/03/2024
2.2 Hora: 14:31
2.3 Sexo del feto: FEMENINO
2.4 Peso del feto: 2390 gr
2.5 Causa de la Defunción: P95X - ANOMALIAS CROMOSOMICAS- TRISOMÍA 21
2.6 Lugar de ocurrencia: SIMON BOLIVAR
2.7 Ubigeo de ocurrencia: CAJAMARCA / CAJAMARCA
2.8 Dirección del Lugar: PJE. SANTA ROSA S/N - CAJAMARCA

3. DATOS DEL PROFESIONAL QUE CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

3.1 Tipo: EXPULSIÓN
3.2 Documento Identidad: 19532282
3.3 Primer Apellido: JULCA
3.4 Segundo Apellido: ARAUJO
3.5 Prenombres: JUAN NAPOLEON
3.6 Profesión: OBSTETRA
3.7 Colegiatura: 6242
3.8 Certifica el Parto: PROFESIONAL DE SALUD
3.9 El que certifica declara: HABER ATENDIDO LA EXPULSION
3.10 Lugar/Fecha certif.: SIMON BOLIVAR 10/03/2024

Obst. Juan Julca Araujo
COP: 6242
ESP. OBSTETRICIA DE ALTO RIESGO
RENDE: 3691 - E.01-7

Impresión Dactilar del profesional

Sello y firma del profesional

PARA EL INTERESADO

ANEXO 11: FOTOS RECIÉN NACIDO MUERTO (SÍNDROME DOWN)



ANEXO 12: CARTA DE AUTORIZACIÓN PARA ESTUDIO DE CASO CLÍNICO



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"



Cajamarca, 30 de abril del 2024

Carta N° 017-2024//C.S.L. T

Señora:

Obsta. Lexmi del Rocío Huamán Reyes

Presente. –

ASUNTO: AUTORIZACIÓN

Tengo el bien dirigirme a usted para saludarle cordialmente, a la vez, para manifestarle que esta dirección autoriza la recolección de datos en el servicio de admisión del centro de salud "la Tulpuna", a fin de realizar el trabajo de investigación o estudio de caso clínico, titulado "Detección Prenatal del Riesgo de Síndrome de Down".

Sin otro particular, me suscribo de usted no sin antes renovarle mi consideración y estima personal.

Atentamente,




PRINGAZ WEST
Médico Cirujano
M. P. 87219