

# Recién nacido\* PEG y GEG

Interna: Mónica Arriagada Linnebrink  
Docente: Dr. Gerardo Flores



# Temas a tratar

01

Conceptos

RNPT, PEG, RCIU, GEG

02

Epidemiología  
Etiología

03

Diagnóstico

04

Complicaciones

Tempranas y tardías

05

Manejo de RN PEG

Prevención

06

Conclusiones

# Conceptos relevantes: RNPT



**RNPT** → Se clasifican según peso y según EG

Clasificación	Edad Gestacional
Término	Mayor o igual a 37 semanas
Pretérmino tardío	34 semanas a <37 semanas
Pretérmino moderado	32 semanas a <34 semanas
Muy pretérmino	28 semanas a <32 semanas
Extremadamente pretérmino	<28 semanas

## CLASIFICACIÓN DEL PRETÉRMINO POR PESO AL NACER

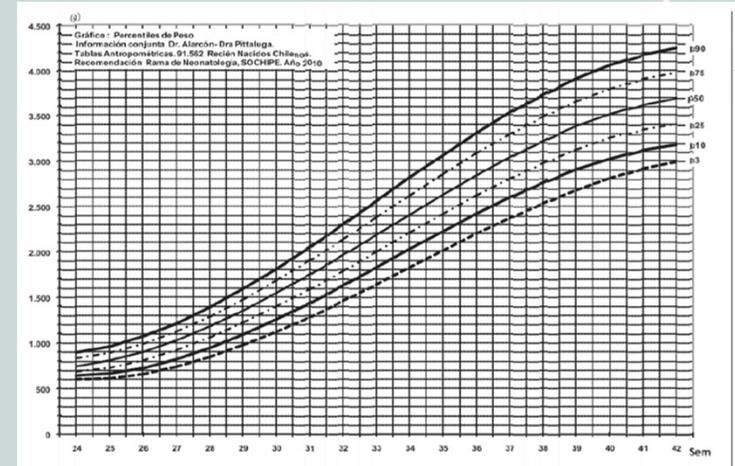
Bajo peso al nacer	< 2.500 gramos
Muy bajo peso al nacer	< 1.500 gramos
Extremadamente bajo peso al nacer	< 1.000 gramos

RN viable: > 22 + 6 SDG

RNT y RNPT se clasifican según **peso para la edad gestacional** → se distribuye en percentiles

Poseen una curva antropométrica especial para esto:

- Alarcón - Pittaluga
- Fenton





# Patologías frecuentes en prematuro

- Síndrome de distres respiratorio **93%**
- Retinopatía del prematuro 59%
- Ductus arterioso permeable 46%
- Displasia broncopulmonar 42%
- Sepsis de inicio tardío 36%
- Enterocolitis necrotizante 11%
- Hemorragia peri-intraventricular grado III/IV 7-9%
- Leucomalacia periventricular 3%





# Conceptos relevantes: PEG y RCIU

**PEG: Concepto estadístico** → al aplicar curvas poblacionales de crecimiento intrauterino

**PEG : < p10** de la curva de acuerdo con etnia y sexo

**PEG severo: < p3**

## PEG y RCIU son términos distintos

**RCIU:** Falla en alcanzar el potencial de crecimiento genéticamente determinado **durante el periodo intrauterino**, generalmente por causas patológicas. Mayoría de estos son PEG.

**No todos los PEG son RCIU**

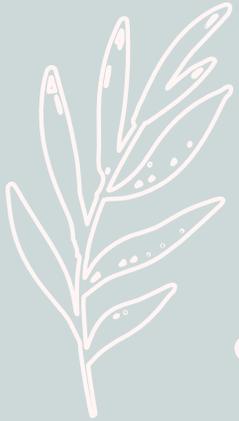


Crecimiento intrauterino normal



Crecimiento intrauterino retardado

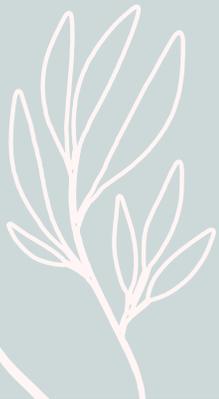
# INCIDENCIA E IMPORTANCIA



- 3 - 10% de embarazos tienen RCIU.
- 20% de los mortinatos son PEG
- En países en desarrollo  $> \frac{1}{3}$  de los  $< 2500$  grs son RNT con RCIU.

- Adultos PEG tienen mayor prevalencia de patologías CV y DM II, sobretodo en relación con el incremento del IMC y grasa corporal.
- Mayor predisposición a riesgo de muerte súbita, alt. Neurológicas y desarrollo neurocognitivo deficitario.

Morbilidad y mortalidad es mayor en PEG



# Factores de riesgo RCIU y Prematurez

Se clasifican en causas:

- Maternas
- Fetales
- Placentarias

Tabla 1: Etiología de RCIU

<b>Causas maternas</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Constitución materna: peso &lt;50 kg y/o talla &lt;150 cm</li><li>• Desnutrición severa previa o escasa ganancia de peso</li><li>• Enfermedades crónicas: hipertensión arterial, diabetes gestacional, enfermedad vascular, mesenquimopatías, cardiopatía cianótica, insuficiencia respiratoria crónica</li><li>• Abuso de sustancias: tabaco, alcohol, cocaína</li><li>• Factores ambientales: nivel socioeconómico bajo</li><li>• Anomalías uterinas</li><li>• Infecciones durante embarazo: TORCH</li></ul>
<b>Causas fetales</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Gestación múltiple</li><li>• Malformaciones congénitas</li><li>• Anomalías cromosómicas</li><li>• Síndromes genéticos</li><li>• Embarazo prolongado</li></ul>
<b>Causas ovulares</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Placentarias<ul style="list-style-type: none"><li>- Insuficiencia placentaria</li><li>- Desprendimiento placentario crónico</li><li>- Placenta previa</li><li>- Acretismo placentario</li></ul></li><li>• Patologías del cordón umbilical<ul style="list-style-type: none"><li>- Inserción velamentosa del cordón</li><li>- Arteria umbilical única</li></ul></li></ul>

# Clasificación

- PEG RCIU
- PEG de crecimiento normal
- PEG de crecimiento anormal

## PEG RCIU

### SIMETRICO

- 20 y 30% tienen peso, talla y CC < p10
- Alteración en la hiperplasia de todos los órganos.
- Noxa en periodo precoz (1er Trim), se asocia a anomalías cromosómicas, infecciones congénitas, exposición a teratógenos y abuso de drogas.
- < morbilidad neonatal, peor pronóstico de crecimiento y desarrollo a largo plazo.

### ASIMETRICO

- 70 - 80% tienen reducción desproporcionada de las medidas fetales.
- > disminución del peso en relación a la talla y CC.
- Debido a causas que afectan principalmente la hipertrofia celular. Noxa en 3r Trim
- > riesgo de morbilidad neonatal con mejor pronóstico a largo plazo.

## PEG CRECIMIENTO NORMAL

- Sin alteraciones estructurales, cromosómicas, genéticas ni infección intrauterina.
- Estudio de flujo umbilical y cantidad de LA normal.
- Son constitucionalmente pequeños y sanos y son la mayoría 60%
- Asociado a madre de contextura pequeña, primigestas, o adolescentes.
- Nutrición y ganancia de peso dentro de rangos fisiológicos también influye en el tamaño fetal, así como el sexo: los fetos femeninos tienden a ser más pequeños.



# COMPLICACIONES



Habrán complicaciones inmediatas y tardías

- 1. Depresión/asfixia perinatal**
  2. Síndrome aspirativo meconial
  3. Hemorragia pulmonar
  4. Hipertensión pulmonar persistente
  - 5. Trastornos metabólicos** → hipoglicemia, hipocalcemia
  - 6. Trastornos hematológicos** → policitemia, trombocitopenia, neutropenia
  - 7. Trastornos de termorregulación**
  - 8. Enterocolitis necrotizante**
  9. Insuficiencia renal aguda
- 

# Complicaciones inmediatas :

## ASFIXIA NEONATAL



Hipoxia neonatal es frecuente en PEG con RCIU severo

**Hipoxia crónica** → menor flujo sanguíneo durante contracción uterina →

- Hipoxia fetal
- Acidosis
- Depresión neurológica al nacer

### MANEJO Y PREVENCIÓN:

- Seguimiento prenatal
- Programación parto
- Monitorización fetal
- Anticipación del equipo
- Reanimación neonatal
- Manejo específico

### POTENCIAL RESULTADO:

- Encefalopatía hipóxico - isquémica EHI
- SAM
- Hipoglicemia severa
- Insuficiencia cardíaca sistémica
- Hipertensión pulmonar persistente HTPP
- Compromiso Gastrointestinal y hepático
- Daño renal

# Complicaciones inmediatas: Hipo e hiperglicemia

## HIPOGLICEMIA

- > RCIU asimétrico, aumenta con la severidad de PEG (> en índice ponderal más bajo)
- Reservas insuficientes de glucógeno (hepático y muscular) y de ácidos grasos.
- Disminución de gluconeogénesis.
- Concentraciones subóptimas de hormonas contrarreguladoras.
- Mayor sensibilidad a la insulina.
- Comorbilidades pueden acentuarla: DNN, policitemia e hipotermia

## HIPERGLICEMIA

- En PEG MBPN por bajos niveles de insulina y altos de hormonas contrarreguladoras (adrenalina, glucagón y cortisol)
- Sensibilidad insulina conservada → rápida corrección con administración de insulina.

### MANEJO:

- Control HGT
- Evitar hipotermia
- Admin de bolos de glucosa EV si es necesario (1-2 ml/kg)

# Complicaciones inmediatas:

## ALTERACIONES HEMATOLÓGICAS

- PEG MBPN, hijo de madre diabética, con frecuencia presenta anemia, leucopenia con neutropenia y trombocitopenia, en los primeros días de vida.
- Mayor severidad a > alteración placentaria evaluada por el estudio Doppler fetal.
- RNT con RCIU puede presentar alteraciones inmunológicas: función de linfocitos T

## POLIGLOBULIA

- Hipoxia intrauterina → aumento eritropoyetina → aumenta producción GR
- Hcto > 65% → hiperviscosidad → contribuye a presentar :
  - Hipoglicemia
  - Enterocolitis necrotizante
  - Insuficiencia cardiaca



# Complicaciones inmediatas:

## ALTERACIONES TERMORREGULACIÓN



- Pérdida de calor +rápida por  $>$  SC y  $<$  grasa subcutánea.
- Rango más estrecho de ambiente Térmico neutral
- Producción reducida de calor
- pH bajo en asfixia  $\rightarrow$  acentúa hipotermia

## PREVENCIÓN:

1. Atención en ambiente térmico neutral
2. Envoltura de plástico, colchón calefactor, calentador radiante, incubadora.
3. Contacto precoz piel-piel post parto
4. Control frecuente de  $T^{\circ}$ , HGT, y corrección según sea necesario



# Complicaciones inmediatas:

## ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE

- RNPT < 34 SDG PEG severos con Doppler alterado → mayor rx de ECN por disminución de flujo mesentérico en el periodo fetal
- Se produce **hipoperfusión intestinal**
- Igual se ha observado en RNT PEG.

**RCIU con hipoxia crónica** → menor perfusión intestinal



- Disminuye capacidad metabólica de hepatocitos, altera metabolismos de las proteínas y transporte de sales biliares → intolerancia a proteínas → mayor necesidad NPT

### ALIMENTACIÓN:

Débil evidencia para apoyar el retraso en inicio de la alimentación enteral. Evidencia actual no reveló beneficio en retrasar la introducción de pequeños volúmenes de AE en RNPT con RCIU más allá de 24 - 48 hrs.



# Complicaciones tardías:



HIPOCRECIMIENTO Y TALLA BAJA

PUBARQUIA/PUBERTAD PRECOZ

SINDROME OVARIO POLIQUISTICO

RIESGO CARDIOVASCULAR

TRASTORNOS NEURODESARROLLO

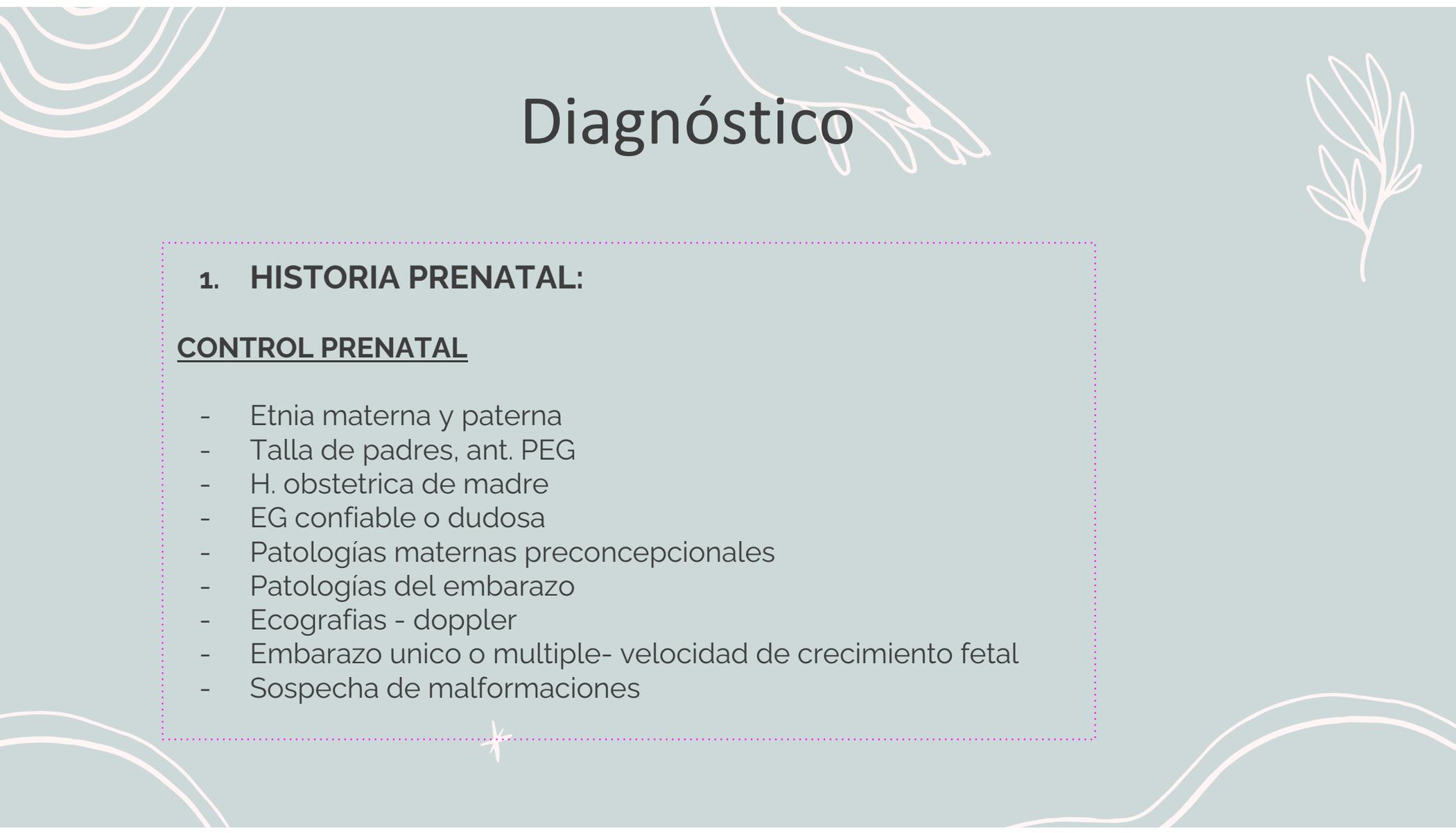
HIPERTENSION ARTERIAL

R. INSULINA - DM II

SINDROME METABOLICO

OBESIDAD

# Diagnóstico



## 1. HISTORIA PRENATAL:

### CONTROL PRENATAL

- Etnia materna y paterna
  - Talla de padres, ant. PEG
  - H. obstetrica de madre
  - EG confiable o dudosa
  - Patologías maternas preconcepcionales
  - Patologías del embarazo
  - Ecografias - doppler
  - Embarazo unico o multiple- velocidad de crecimiento fetal
  - Sospecha de malformaciones
- 



### 3.- CLASIFICAR RN:

- Según curvas de crecimiento IU (curva alarcon pittaluga)

### 4.- CALCULAR INDICE PONDERAL:

- Luego comparo con tabla de distribución.
- Según IP lo clasifico:

SIMETRICO /ASIMETRICO:

IP  $\rightarrow$  [(peso nacimiento/longitud elevado a 3) x 100]

- $> p10 \rightarrow$  simétrico
- $< p10 \rightarrow$  asimétrico

# Antropometría

Necesitamos:

- Bascula
- Cinta metrica
- Estadimetro



## EVALUACIÓN NUTRICIONAL

Si el incremento de peso es insuficiente:

- Aumento aporte calorico
- Evaluó situación nutricional

Incremento de peso diario

## SITUACIÓN NUTRICIONAL:

- Curvas Alarcon - Pittaluga
- Fenton

## CURVAS OBSERVAREMOS:

- Percentiles
- Desviación estándar
- Score Z

# Evaluación nutricional: Puntuación Z (Z score)

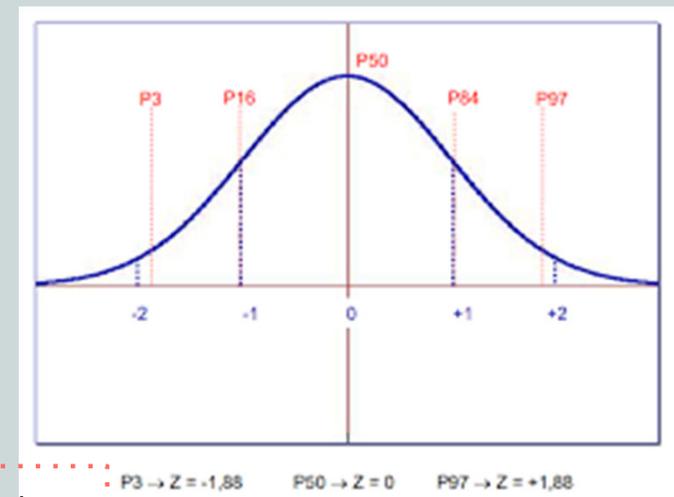
- Indica para una medida determinada, la distancia con el valor medio
- La unidad de distancia es la desviación estándar.
- Puntuación Z = N° de desviaciones estándar que un dato se separa de la mediana de referencia.

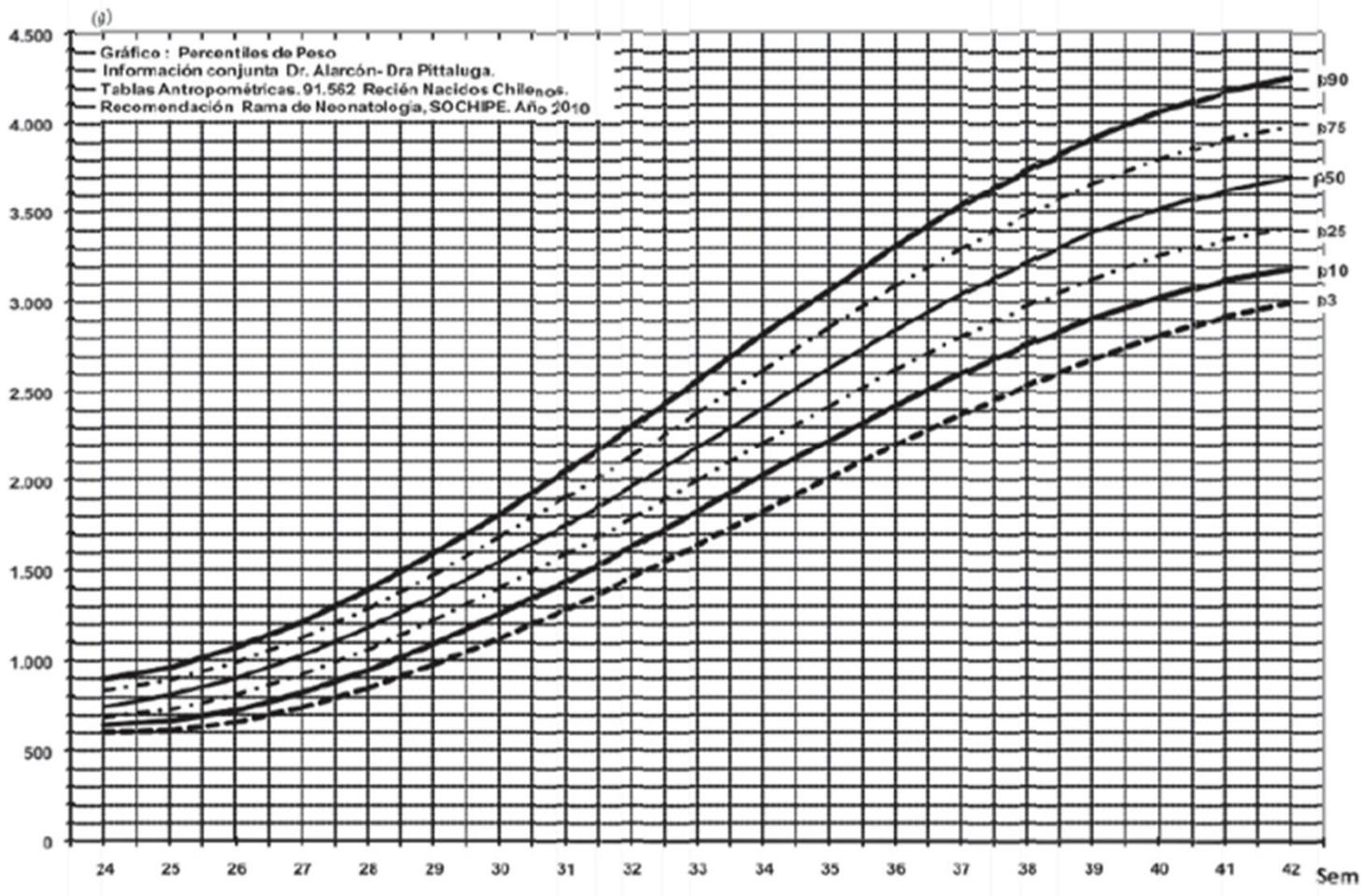
$$\begin{array}{l} Z \text{ Score} \\ \text{o DS Score} \end{array} = \frac{\text{Valor observado} - \text{Media población de referencia}}{\text{Desviación estándar población de referencia}}$$

Para obtener las medianas y desviaciones se sacan los datos de las tablas antropométricas elegidas.

- En RNPT → curva Alarcon - Pittaluga
- En RNT → Curva crecimiento OMS

PEG < p10 - GEG > p90





M. MILLAD A. y cols.

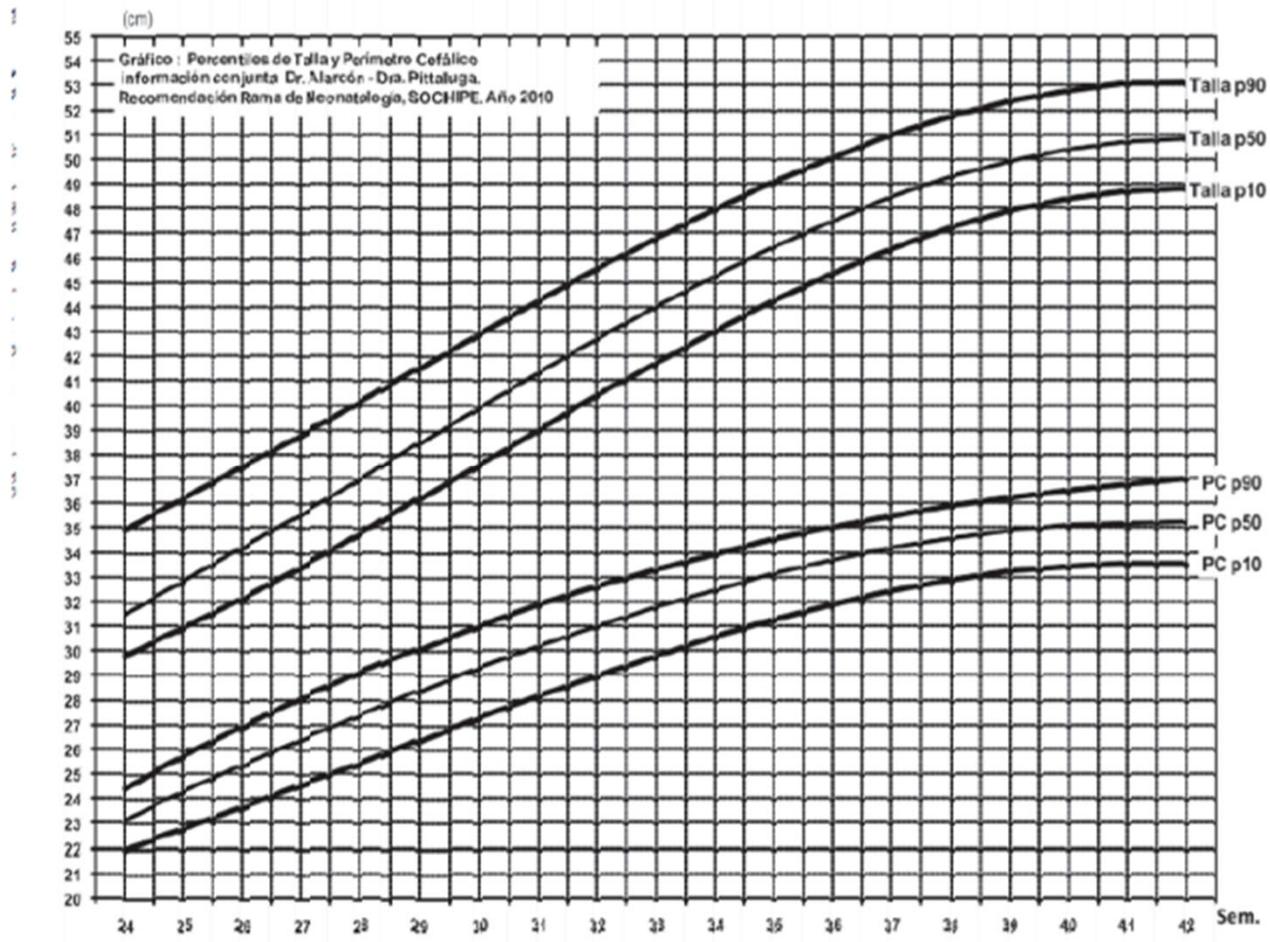




**Tabla 2. Peso; promedio, desviación estándar y percentiles ajustados de RN**

EG. Sem.	n	Promedio (g)	DS	p 3	p 10	p 25	p 50	p 75	p 90
24	85	766,3	102,8	601,0	640,6	691,0	749,1	835,0	897,9
25	70	816,1	119,5	613,5	666,0	733,8	808,7	894,1	963,3
26	106	904,0	138,5	660,9	728,2	812,4	903,5	992,6	1 070,6
27	99	1 025,3	159,3	739,4	822,9	922,6	1 029,2	1 125,9	1 214,6
28	136	1 175,4	181,6	845,0	945,7	1 060,0	1 181,4	1 288,9	1 390,1
29	136	1 349,6	204,9	973,8	1 092,2	1 220,3	1 355,8	1 476,9	1 592,0
30	180	1 543,3	228,8	1 122,0	1 258,2	1 399,1	1 548,2	1 685,0	1 815,0
31	219	1 751,9	253,0	1 285,6	1 439,2	1 592,0	1 754,3	1 908,3	2 053,8
32	317	1 970,7	276,9	1 460,8	1 630,8	1 794,8	1 969,7	2 141,9	2 303,4
33	352	2 195,1	300,3	1 643,6	1 828,7	2 003,0	2 190,2	2 380,9	2 558,5
34	656	2 420,4	322,6	1 830,2	2 028,6	2 212,3	2 411,4	2 620,5	2 813,9
35	1 166	2 642,0	343,6	2 016,6	2 226,0	2 418,4	2 629,1	2 855,9	3 064,4
36	3 079	2 855,2	362,7	2 198,9	2 416,7	2 617,0	2 839,0	3 082,1	3 304,7
37	6 738	3 055,4	379,6	2 373,4	2 596,2	2 803,6	3 036,7	3 294,2	3 529,8
38	17 974	3 238,0	393,8	2 536,0	2 760,2	2 973,9	3 218,0	3 487,5	3 734,4
39	26 752	3 398,3	405,0	2 682,8	2 904,2	3 123,7	3 378,5	3 657,0	3 913,2
40	22 339	3 531,6	412,8	2 810,0	3 024,1	3 248,4	3 514,1	3 797,9	4 061,2
41	10 237	3 633,4	416,7	2 913,7	3 115,3	3 343,9	3 620,2	3 905,3	4 173,0
42	921	3 698,9	416,4	2 989,9	3 173,5	3 405,7	3 692,8	3 974,3	4 243,5
Total	91 562								

Información conjunta Alarcón y Pittaluga.





# Aplicación Nutricional

## IDENTIFICACIÓN

ANTROPOMETRÍA

VELOCIDAD DE CRECIMIENTO

COMPOSICIÓN CORPORAL

GASTO ENERGÉTICO

DENSITOMETRÍA

PRESIÓN ARTERIAL

SITUACIONES ESPECIALES

Identificador

Sexo

Mujer  Hombre

Fecha de nacimiento

Día ▼ Mes ▼ Año ▼

Fecha para cálculos

Día ▼ Mes ▼ Año ▼ **Hoy**

Edad

## Antropometría ⓘ

BORRAR DATOS

Peso (kg)

Longitud (cm)

OMS 2006/2007

PC (cm)

OMS 2006/2007

IMC (kg/m<sup>2</sup>)

OMS 2006/2007

**VALORES DE ÍNDICE PONDERAL Y PESO SEGUN EDAD GESTACIONAL  
RECEN NACIDOS CHILENOS**

**Servicio Neonatología H del Salvador y Santiago Oriente Luis Tisne B.**

Edad Gestacional	Percentiles Peso Nacimiento			Índice Ponderal	
	p3	p10	p90	P10	P90
24	593	630	699	1,857	2,556
25	620	661	966	1,894	2,585
26	677	728	1,074	1,931	2,613
27	763	826	1,219	1,968	2,641
28	873	951	1,395	2,005	2,670
29	1,004	1,099	1,597	2,042	2,698
30	1,152	1,265	1,820	2,079	2,726
31	1,314	1,446	2,059	2,115	2,755
32	1,488	1,637	2,308	2,152	2,783
33	1,665	1,834	2,563	2,189	2,811
34	1,847	2,032	2,817	2,226	2,839
35	2,029	2,228	3,067	2,263	2,868
36	2,206	2,418	3,307	2,300	2,896
37	2,377	2,596	3,532	2,337	2,924
38	2,536	2,759	3,736	2,374	2,953
39	2,680	2,903	3,914	2,411	2,981
40	2,807	3,024	4,062	2,448	3,009
41	2,912	3,116	4,174	2,484	3,038
42	2,992	3,177	4,244	2,521	3,066

Índice Ponderal ( I.P. ) = ( Peso(g.) / Talla 3 (cm) \* 100

Peso < p10 = RN P.E.G. ( Pequeño para la Edad Gestacional)

Peso > p90 = RN G.E.G. (Grande para la Edad Gestacional)

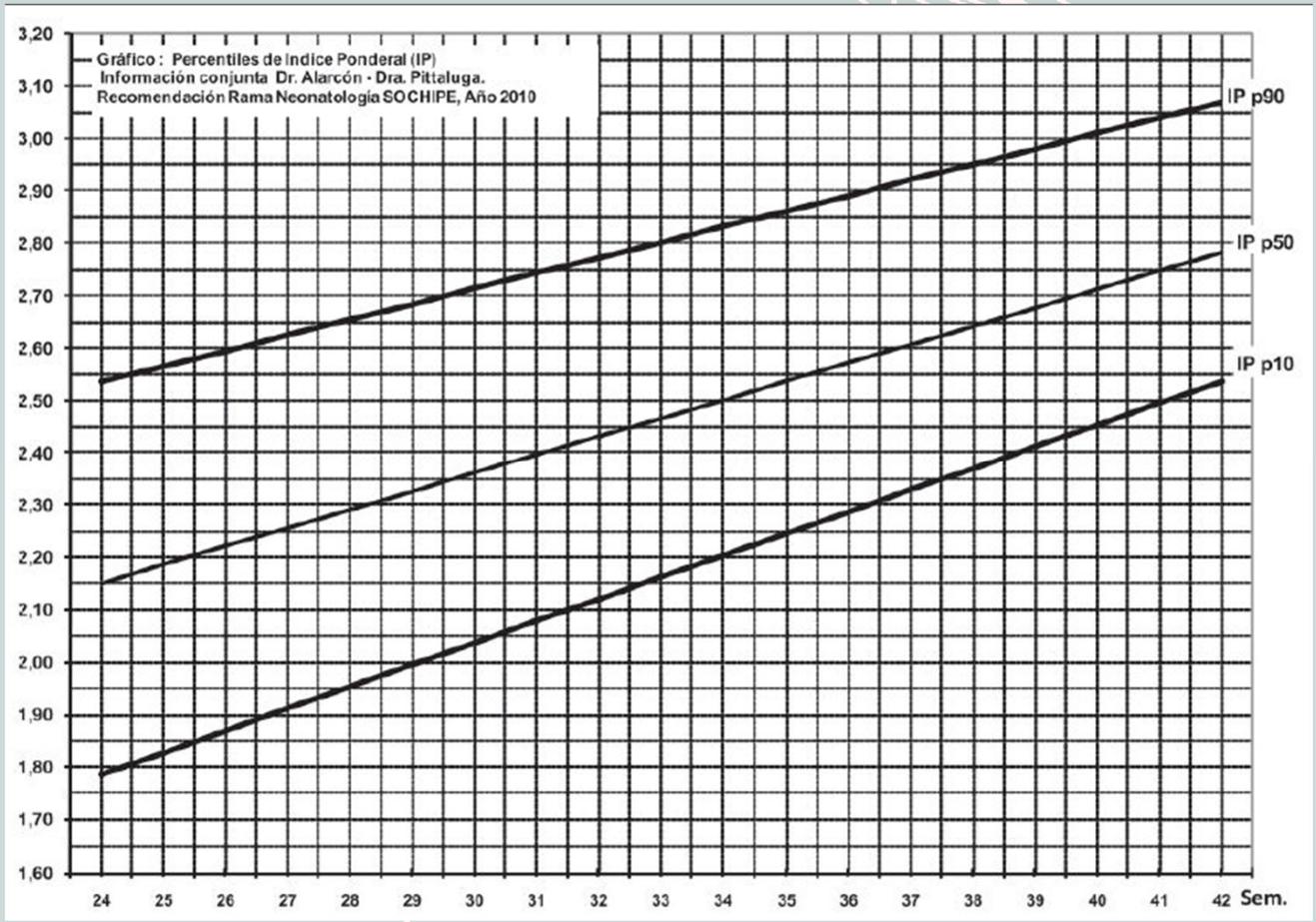
Peso < p3 = PEG Severo

En Percentiles Extremos considerar corrección por las variables Biológicas :

Sexo, Talla , Período Materna, Fenotipo Familiar

I.P. < p10 = R.N. Asimétrico





# Diagnóstico etiológico

- Exámen físico dirigido a **descartar** anomalías cromosómicas, malformaciones en infecciones congénitas clínicamente y con exámenes si se sospecha etiología.
- **Estudio infeccioso** → sospecha clínica: Serología sífilis, VIH, TORCH
- **Estudio genético** ante exámen físico sugerente
- Si hay disponibilidad → **estudio histopatológico placentario**
- A veces no es posible determinar origen de la restricción del crecimiento fetal.

# Manejo RN PEG

Requiere óptima atención del equipo neonatal

Parto es situación de alto riesgo → falta de reservas, oligoamnios y situación de hipoxia y acidosis.

Es frecuente depresión respiratoria y riesgo de aspiración de líquido amniótico con meconio

## 1. ATENCIÓN INMEDIATA :

- Algoritmo de reanimación si es necesario. Si no lo es → instalo monitor de saturación.
- Sensor de T° de cuna a 37°C y colocar gorro
- Evaluar adaptación cardiorrespiratoria
- Canula CPAP → si es necesario
- 1ros exámenes de cordón

Traslado a incubadora de transporte, instalar neo puff o bolsa autoinflable para el traslado.

**Al estabilizar:** evaluación del peso para la EG y relación P/T.

La magnitud de RCIU se relaciona con riesgo de patología neonatal  
A menor percentil de peso para EG → mayor riesgo

# Post Atención Inmediata

## NIÑO PEG CON IP <10:

- Adecuado ambiente térmico y control que permitan regular T° sin riesgo de hipo o hipertermia.
- Supervisar alimentación + control periodico de glicemia hasta un buen establecimiento de lactancia, generalmente 3er dia de vida.
- RN PEG considerados de < riesgo pueden recibir alimentación precoz al pecho materno.
- Observación clínica de signos de hipoglicemia o poliglobulia + control sistémico a la 2 hrs de vis de glicemia y Hcto. → evalua adaptación metabólica postnatal y riesgo de hiperviscosidad.

1. Instalar en incubadora calefaccionada (modo aire 37°C), usando bolsa de polietileno y contenciones
2. Conectar a soporte ventilatorio según necesidad. PEEP con mascarilla hasta conectar.
3. Tomar medidas antropometricas
4. Colocar sensor de saturación preductal
5. Controlar temperatura
6. Preparar Cateterización tras estabilización.
7. Una vez cateterizado, instalar servo control de temperatura central y periférica

# Criterios de Hospitalización

RN PEG con **PN < o = a 2250**  
gramos

Considerar → RN PEG con **PN < p3**  
según curva nacional de  
crecimiento intrauterino con **IP < 10**  
y/o con **patologías asociadas**

## CONSIDERACIONES:

- Antecedentes maternos
- Severidad del RCIU reflejada en el PN e IP.
- Presencia de patologías asociadas



# Paciente Hospitalizado

Carga de glucosa → 4-6 mg/kg/min

IDEAL → iniciar con LM

1ero 15 mg/kg/día de LM (ppl prematuros <34 SDG PEG o de peso < 2000 gr.

Control a las 6 hrs → P. hematológico → descarto poliglobulia y calcemia a las 12 hrs de vida.

## MANEJO NUTRICIONAL:

- Fase aguda → lo normal es ganancia ponderal de 15-30 g/día, se ententece a los 10-15 g/día entre el 3er y 12vo mes de vida
- GANANCIA PESO INSUFICIENTE → evaluar fortificación de LM o agregar modulos calóricos.
- Suplemento Vit D y admin profiláctica de hierro: 2 mg/kg/día
- RNPT PEG → importante prevenir enfermedad óseo metabólica.

Observar tolerancia alimentaria y evolución clínica para detectar oportunamente una ECN

# Seguimiento

## PESO

Evitar ganancia rápida o excesiva de peso (evitar desarrollo de T. metabólicos).



## FUNCION GONADAL

En ambos sexos, especialmente en pubertad (hipersecreción de FSH, + pronunciada en varones)



## EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO

Según patologías asociadas



# RN GEG

**PFE : Peso fetal estimado > p90 para una edad gestacional determinada**

**MACROSOMÍA** → Neonato con PN > 4000 grs sin importar edad gestacional



## **INCIDENCIA:**

- Prevalencia de macrosomía en países desarrollados → 8-10%, aunque durante el seguimiento periodico de la gestación muchos fetos GEG son identificados y en consecuencia la incidencia real del marosoma es menor.

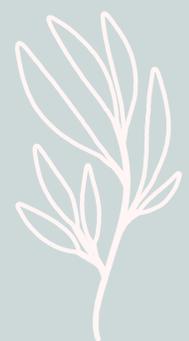
# Factores de Riesgo GEG



## CONSTITUCIONALES:

- Hijo previo > 4000 grs
- IMC materno pregestacional en obesidad o sobrepeso
- Multiparidad >4
- Etnia (raza africana o latina)
- PN materno > 4000 gr
- Edad materna < 17 años
- Diabetes previa
- Obesidad paterna

## GESTACIONALES:

- Aumento excesivo de peso durante la gestación (> 16 Kg)
  - Sexo masculino
  - Gestación cronológicamente prolongada
  - Diabetes gestacional
- 

# Diagnóstico GEG

ESTIMACIÓN ECOGRÁFICA DE PESO FETAL → 3 PASOS

## 1. CORRECTA ASIGNACIÓN

De edad gestacional

## 2. ESTIMACIÓN DEL PESO FETAL

A partir de biometrías fetales → se calcula PFE según algoritmo que incluye → diámetro biparietal, Perímetro craneano, circunferencia abdominal y longitud femoral.

## 3. ESTIMACIÓN DEL PERCENTIL DEL PESO

Ajustado por EG, peso fetal estimado, sexo fetal y N° de fetos.

# DATOS IMPORTANTES

El valor predictivo positivo de la ecografía para la predicción del Peso al nacer aumenta a medida que nos acercamos a la fecha de parto.

Ecografía realizada a principios del tercer trimestre tiene bajo valor predictivo positivo sobre el peso al nacer.

Según la EG del control ecográfico, hay que ser estrictos en el momento de considerar un feto como GEG e iniciar estudio y seguimiento correspondiente:

< 37 semanas: el diagnóstico de feto GEG se realizará cuando se observe un PFE (peso fetal estimado) superior al percentil 97 en dos controles ecográficos consecutivos separados por 3 - 4 semanas.

> 37 semanas: únicamente será necesario un control ecográfico con PFE > p97 para hacer el diagnóstico de feto GEG

# Estudio y seguimiento

Si realizo diagnóstico debe solicitar:

TTGO → descartar diabetes gestacional. importante para optimizar los controles glicémicos durante la fase final de la gestación y durante el parto.

Ecografía con estudio morfológico detallado

Para descarte de malformación asociada.

## SEGUIMIENTO OBSTÉTRICO: CONTROL C/3-4 SEMANAS

- Valora PFE
- Bienestar fetal → Mov fetales e Índice de pulsatilidad de arteria cerebral media → detección de hipoxia fetal.
- Valoración del L amniótico → Polihidramnios → indicativo de mal control glucémico

# Finalización de la gestación



En los fetos GEG se programará ecografía de control de crecimiento entre las 38 - 39 SDG

PFE > 4500 g en pacientes diabéticas o PFE > 5000 GR en pacientes no diabéticas

**Finalización de la gestación a partir de las 39 semanas.**

**OBJETIVO:** disminuir la incidencia de las complicaciones maternas y fetales durante el parto

Finalizará gestación mediante cesárea electiva a partir de la semana 39.



# Complicaciones

## MATERNAS:

- Parto instrumentado
- Cesárea
- Lesiones perianales
- Hemorragia postparto
- Rotura uterina



## NEONATALES:

- Hipoglicemia
- Policitemia
- Hiperbilirrubinemia
- Asfixia perinatal
- > frecuencia en ingresos y estancia más prolongada en UCI neonatal

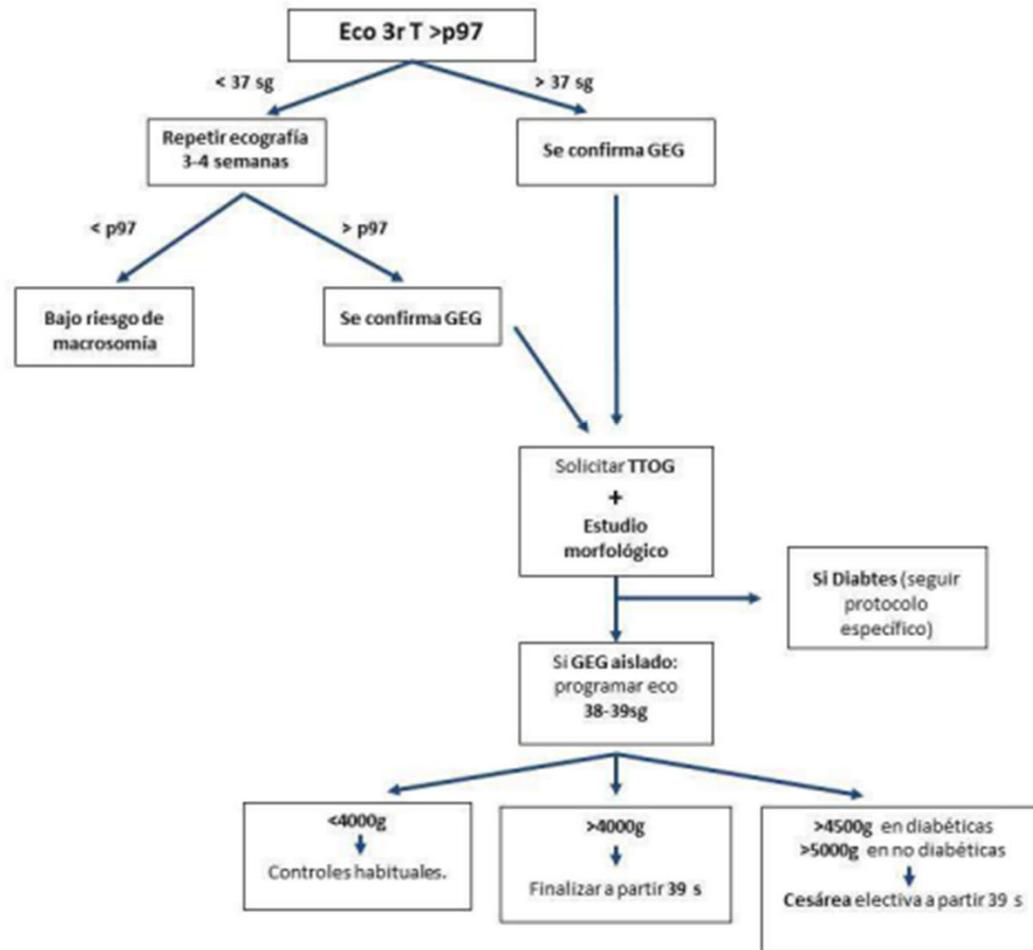
## FETALES:

- Distocia de hombros
- Lesiones plexo braquial
- Fracturas

## INFANCIA POSTERIOR:

- Obesidad
- Intolerancia a glucosa
- Sd metabólico
- Remodelación cardiaca

## 8. ALGORITMO DEL FETO GEG

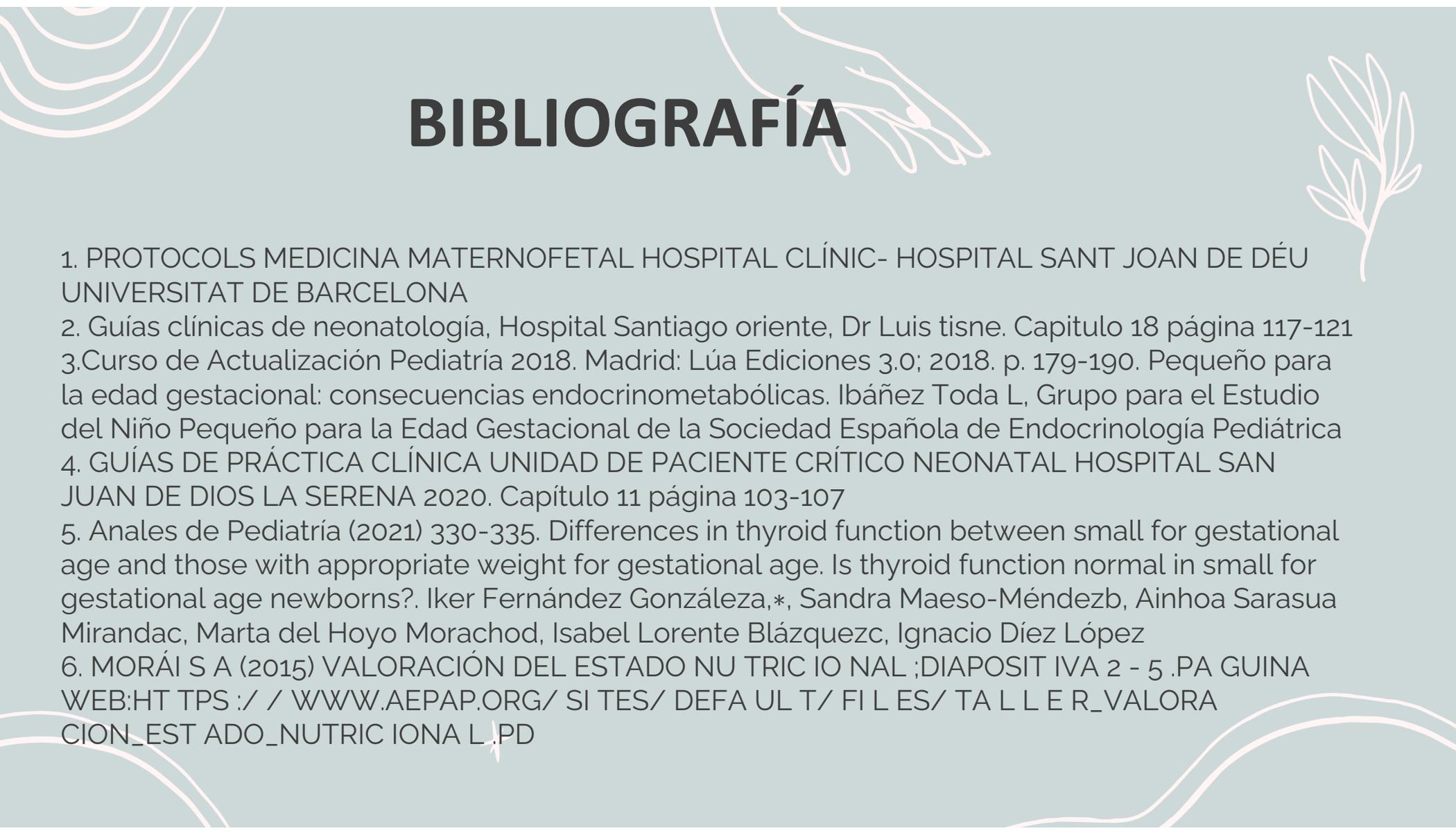


# Mensajes Finales

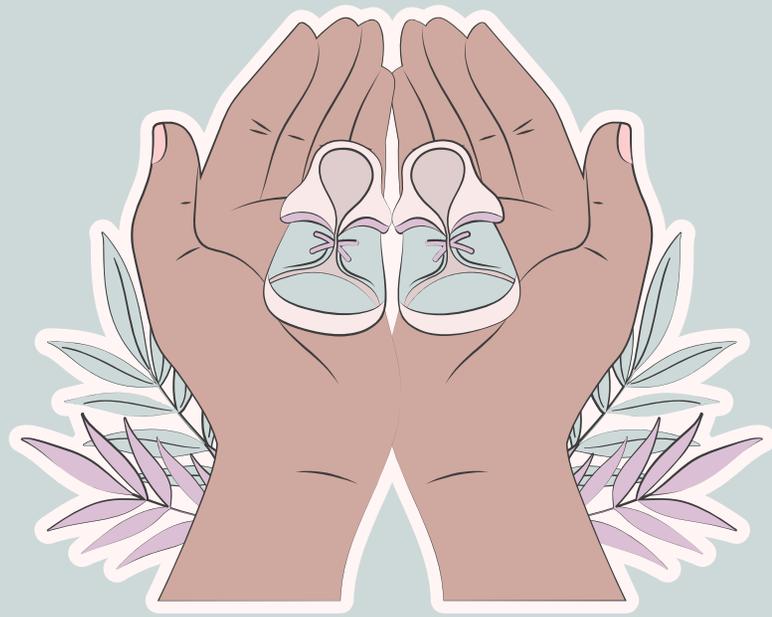
- RN PEG REQUIERE SEGUIMIENTO A CORTO Y LARGO PLAZO
- Realizar estudio etiológico según sospecha clínica y recursos disponibles en el centro.
- El Médico general debe ser capaz de identificar complicaciones en el periodo de recién nacido e instaurar estrategias de prevención para complicaciones a largo plazo
- No olvidar consecuencias endocrino-metabólicas y FRCV del adulto con el consecuente desarrollo de ECNT
- Según complicaciones identificadas se requiere seguimiento por otros especialistas, Ej. Endocrinología, Nutriología, Neurología



# BIBLIOGRAFÍA



1. PROTOCOLS MEDICINA MATERNOFETAL HOSPITAL CLÍNIC- HOSPITAL SANT JOAN DE DÉU UNIVERSITAT DE BARCELONA
2. Guías clínicas de neonatología, Hospital Santiago oriente, Dr Luis tise. Capitulo 18 página 117-121
3. Curso de Actualización Pediatría 2018. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2018. p. 179-190. Pequeño para la edad gestacional: consecuencias endocrinometabólicas. Ibáñez Toda L, Grupo para el Estudio del Niño Pequeño para la Edad Gestacional de la Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica
4. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO NEONATAL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS LA SERENA 2020. Capítulo 11 página 103-107
5. Anales de Pediatría (2021) 330-335. Differences in thyroid function between small for gestational age and those with appropriate weight for gestational age. Is thyroid function normal in small for gestational age newborns?. Iker Fernández González\*, Sandra Maeso-Méndezb, Ainhoa Sarasua Mirandac, Marta del Hoyo Morachod, Isabel Lorente Blázquezc, Ignacio Díez López
6. MORÁI S A (2015) VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL ;DIAPOSITIVA 2 - 5 .PA GUINA WEB:HT TPS :/ / WWW.AEPAP.ORG/ SI TES/ DEFA UL T/ FI L ES/ TA L L E R\_VALORACION\_ESTADO\_NUTRICIONA L.PD



Gracias