

UNIVERSIDAD NACIONAL “HERMILIO VALDIZÁN”

ESCUELA DE POSTGRADO

FACULTAD DE OBSTETRICIA



TESIS

**FACTORES MATERNOS EN OLIGOHIDRAMNIOS
DIAGNOSTICADO ECOGRAFICAMENTE EN EL
HOSPITAL ESSALUD DANIEL ALCIDES
CARRION.TACNA, ENERO-DICIEMBRE 2014**

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

TESISTA: LIC. ILLANES HUANACUNI, MARITA INES

ASESORA: MG. CASTAÑEDA EUGENIO, NANCY ELIZABETH

HUANUCO-PERÚ

2015

DEDICATORIA

A mi Señor, Jesús, quien me dio la fe, la fortaleza, la salud y la esperanza para terminar este trabajo.

A mi amada hija Flavia, quien me prestó el tiempo que le pertenecía para terminar y me motivó siempre con su ternura. ¡Gracias, mi princesa!

A mis padres, Venancia y Ambrosio, quienes me enseñaron desde pequeña a luchar para alcanzar mis metas. Mi triunfo es el de ustedes, ¡los amo!

Y a todos aquellos que participaron directa o indirectamente en la elaboración de esta tesis. ¡Gracias a ustedes!

M.I.I.H

AGRADECIMIENTOS

Cuando uno se propone alcanzar una meta tal como llevar a cabo una tesis, muchas son las personas que intervienen con su enseñanza, información, experiencia, apoyo, consejo. A todas ellas quiero brindarles mi más reconocido agradecimiento, especialmente a:

La obstetra Isabel Olortègui, por su excelente dirección, aliento constante y, sobre todo, por su amistad.

A la Dra. Leticia Vizcarra, jefa del Servicio de Gineco obstetricia del Hospital III EsSALUD Daniel Alcides Carrión de Tacna por su buena disposición y apoyo brindado en la tarea.

Al Dr. Jorge López Claros Director del Hospital III Daniel Alcides Carrión-EsSALUD de Tacna, por permitir obtener información durante la recolección de datos.

A la obstetra Diana Huanco Apaza por su apoyo en el asesoramiento estadístico.

A la obstetra Nancy Eugenio Castañeda por su asesoramiento en la elaboración del proyecto e informe final de tesis.

Y a todas aquellas personas que me brindaron todo su apoyo y colaboración, para llegar a concluir satisfactoriamente esta tesis.

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
RESUMEN	iv
SUMMARY	v
INTRODUCCION	vi
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 Fundamentación del problema.....	1
1.2. Formulación del problema.....	3
1.2.1. General.....	3
1.2.2. Específicos.....	3
1.3. Objetivos.....	4
1.3.1. General.....	4
1.3.2. Específicos.....	4
1.4. Justificación e importancia.....	5
1.5. Limitaciones.....	5
II. MARCO TEORICO	6
2.1. Antecedentes de la investigación.....	6
2.1.1 Internacionales.....	6
2.1.2 Nacionales.....	8
2.1.3. Locales.....	8
2.2. Bases teóricas.....	9

III.	ASPECTOS OPERACIONALES.....	19
	3.1. Hipótesis generales y específicas.....	19
	3.2. Sistema de variables, Dimensiones e Indicadores.....	19
	➤ Variable independiente.....	19
	3.3. Operacionalización de variables.....	20
IV.	MARCO METODOLOGICO.....	23
	4.1. Dimensión espacial y temporal.....	23
	4.2. Tipo de investigación.....	23
	4.3. Diseño de investigación.....	23
	4.4. Determinación del universo/Población.....	24
	4.5. Selección de Muestra.....	24
	4.6. Fuentes Técnicas e instrumentos de recolección.....	24
	4.7. Técnicas de procesamiento, análisis de datos y Presentación De datos.....	25
V.	RESULTADOS.....	26
VI.	DISCUSION.....	50
VII.	CONCLUSIONES.....	53
VIII.	RECOMENDACIONES.....	54
IX.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	55
	ANEXOS.....	57

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo identificar los factores maternos en oligohidramnios diagnosticados ecográficamente incluyendo los antecedentes personales, obstétricos y las patologías durante el embarazo en el Hospital III EsSALUD Daniel Alcides Carrión de Tacna. Se realizó un estudio Descriptivo, de corte transversal y retrospectivo, en el período Enero - Diciembre del 2014. La muestra estuvo constituida por 60 gestantes cuyo diagnóstico ecográfico es de oligohidramnios y se consideró una muestra comparativa de 60 gestantes sin oligohidramnios. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas y fichas de vigilancia materna perinatal mediante una hoja de recolección de datos en la que constan datos de la madre como antecedentes personales, obstétricos, patologías durante el embarazo y datos ecográficos. Encontrándose en los resultados que las gestantes con oligohidramnios en 60 de los casos atendidos, lo cual corresponde a una incidencia del 50%; el grado de oligohidramnios más frecuentemente encontrado fue el leve con un 51,67%(31), seguido de oligohidramnios severo en el 33,33%(20) y oligohidramnios moderado en el 15%(9).

Palabras claves: Oligohidramnios, factores maternos, ecografía.

SUMARY

The study aimed to identify factors in maternal oligohydramnios diagnosed sonographically including personal, obstetric history and pathologies during pregnancy in the Hospital Daniel Alcides Carrion III EsSALUD of Tacna. A descriptive, cross-sectional and retrospective was held in the period from January to December 2014. The sample consisted of 60 pregnant women whose ultrasound diagnosis of oligohydramnios and a comparative sample of 60 pregnant women without oligohydramnios was considered. Data were obtained from medical records and records of maternal perinatal surveillance through data collection sheet in the data consisting of the mother as personal history, obstetrical, diseases during pregnancy and ultrasound data. It is in the results that pregnant women with oligohydramnios are 60 of the caseload, which corresponds to an incidence of 50%; the degree of oligohydramnios most frequently found was mild with 51.67% (31), followed by severe oligohydramnios in 33.33% (20) and moderate oligohydramnios in 15% (9).

Keywords: Oligohydramnios, maternal factors, ultrasound.

INTRODUCCION

El oligohidramnios, es un diagnóstico que se incorporó al trabajo obstétrico en las últimas décadas, es causa importante de morbilidad fetal e incrementó el indicador de la operación cesárea, se sabe que el daño fetal será proporcional al tiempo de exposición del feto a las causas que lo provocan.¹

Con la incorporación de las nuevas tecnologías en la búsqueda de la salud del feto dentro del útero, es cuando se ha podido disminuir el indicador de asfixia fetal y más que esa medida fría, es el poder darle a la pareja el hijo deseado con una calidad de vida ideal. En los inicios de los años 80 del siglo anterior se incorporó el perfil biofísico fetal (PBF), con la observación de las variables biofísicas del feto por medio de la exploración ultrasonográfica, gracias a los trabajos publicados por el canadiense Manning, referido por Nabhan Ashraf,² quien se dedicó a la observación por ultrasonido de las gestantes de riesgo, a las que se le morían los productos de la concepción con más frecuencia, sobre todo a las que eran portadoras de enfermedades propias o asociadas al embarazo. Los resultados fueron muy satisfactorios, palpables, se podía conocer mejor del estado de salud fetal con este medio diagnóstico³. Dentro de las variables a estudiar con la observación ultrasonográfica, tenemos medidas subjetivas y medidas semicuantitativas; Manning, referido por Nabhan Ashraf,² comenzó con cinco variables biofísicas: los movimientos de los músculos respiratorios del feto, movimiento del diafragma y músculos intercostales, la reactividad cardíaca fetal, medida con la cardiotocografía, los movimientos corporales fetales, movimiento de las extremidades o un movimiento de extensión o flexión de la columna vertebral fetal, y el tono muscular fetal; todas estas las clasificó como variables agudas que respondían al grado de desarrollo y madurez del cerebro fetal que se podían abolir si existía una hipoxia cerebral intrauterina.

Como variable crónica consideró el volumen del líquido amniótico, medidas de los bolsones de líquido, después hubo otros investigadores que le sumaron otras

variables como es el grado de madurez placentaria,^{3,4} es verdad que todos los medios diagnósticos tienen medidas estadísticas que avalan la eficacia del proceder y este adquirió un valor superior a los que hasta ese momento se tenía, además este actuar, motivó un incremento del indicador de la operación cesárea, pero no hay dudas científicas que llegó a la especialidad para lograr un bien y brindarle al obstetra que atiende a estas gestantes de alto riesgo, un margen más seguro de reconocer el estado de salud del bebé, así como su crecimiento, algo más en el arsenal del médico obstetra, un medio diagnóstico en que confiar, de sentirse más seguro en el pronóstico, no absoluto pero mucho más confiable y menos invasivo para el feto y la madre. Algunos autores proponen la medida vertical de los bolsones del líquido amniótico en las embarazadas con más de 28 semanas dividido en cuatro cuadrantes el abdomen gestado (dos superiores e inferiores) que no choquen unos a otros con la barrida del transductor, situado este de forma perpendicular a la piel de la grávida, sumar las posibles cuatro medidas para dar una cifra en centímetro lineal (por cada cm se debe tener 50 ml de líquido amniótico) se considera normal entre 8 y 22 cm, de 5 a 8 cm pre-crítico y crítico menos de 5 cm).

Cuando existe un exceso de sobre diagnóstico de un índice de líquido amniótico (ILA) inferior a 5 cm por dificultades técnicas en interpretar el examen ultrasonográfico o en situaciones peores se justifica para tomar una conducta activa sobre la terminación del embarazo por el valor dado como medidor del bienestar fetal, por lo cual se estableció, que una sola medida evaluada como crítica en un examen ultrasonográfico o sin la previa hidratación forzada de la gestante, este medidor por sí solo, no se debe tomar una conducta activa en la embarazada si las otras variables agudas están presentes. ⁸ Por este motivo y para reconocer el aporte que este medio diagnóstico brinda en el quehacer diario frente a las grávidas de riesgo, la investigación realizada proporcionó la posibilidad de mostrar los resultados obtenidos hasta ahora y encontrar donde se puede tener o no dificultades para saber hacia dónde encaminar los esfuerzos del colectivo de profesionales y mejorar aún más los indicadores de la mortalidad perinatal en nuestras gestantes.

El presente trabajo de investigación se ha diseñado en nueve capítulos: en el capítulo I se habla acerca del planteamiento del problema e incluye la fundamentación y formulación del problema, objetivos, justificación y limitaciones; el capítulo II corresponde al marco teórico los antecedentes internacionales, nacionales y locales e incluye las bases teóricas; en el capítulo III corresponde a los aspectos operacionales y sistema de variables, dimensiones e indicadores; en el capítulo IV se habla acerca del marco metodológico e incluye dimensión espacial y temporal, el tipo de investigación, diseño de investigación, determinación del universo/población, selección de la muestra, fuentes, técnicas e instrumentos de recolección de datos y técnicas de procesamiento, análisis de datos y presentación de datos; en el capítulo V se habla acerca de los resultados; en el capítulo VI corresponde a la discusión; en el capítulo VII incluye las conclusiones; en el capítulo VIII se dan las recomendaciones.

Y finalmente en el capítulo IX se presentan las referencias bibliográficas.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Fundamentación del Problema

La evaluación del líquido amniótico proporciona un medio accesible para la investigación del feto y su medio ambiente, el mismo desempeña un papel protector en el embarazo pues permite el crecimiento fetal normal, el desarrollo de los órganos y su función, y al término de la gestación protege al feto de las compresiones del cordón umbilical durante los movimientos fetales y las contracciones uterinas.¹

Cualquier anomalía en el líquido amniótico puede ser un signo indirecto de algún desorden subyacente y permite, por lo tanto, alertar en el diagnóstico de anomalías estructurales y/o de compromiso fetal, marcando una pauta en las decisiones tomadas por el obstetra en el manejo de la madre y el feto durante la gestación.²

Existen criterios subjetivos y objetivos para su diagnóstico pero sobre todo cuando ello ocurre en el segundo trimestre del embarazo, se acompaña de compromiso perinatal importante.

El pronóstico perinatal asociado a oligohidramnios es extremadamente alarmante y se ha demostrado un aumento 13 veces en la mortalidad perinatal cuando la ausencia de líquido amniótico es la regla.

Los anhidramnios se asocian a 40 veces mayor el riesgo de complicaciones y mortalidad perinatal. Es casi obligatoria la realización a estas gestantes de pruebas de bienestar fetal para ver la repercusión que ha determinado la carencia de líquido amniótico en estas mujeres.³

El oligohidramnios es diagnosticado por procedimiento ultrasonográfico adecuado, por lo que se hace evidente la importancia de estas evaluaciones en el control prenatal y en el anteparto.

La gravedad de las consecuencias por oligohidramnios, ha motivado la realización de investigaciones encaminadas a profundizar en las alteraciones del Líquido Amniótico y su medición. El valor agregado de

las mismas ha sido contar actualmente con diferentes técnicas para medir la cantidad de Líquido amniótico por ecografía, como la técnica de Gohari, Manning, Crowley y la de Phelan y asociados.⁴

Según diversos estudios la tasa de incidencia de oligohidramnios oscila entre 0.4 y 5.5.% de los embarazos, la tasa de mortalidad fetal por oligohidramnios es alta alrededor del 80% y el pronóstico empeora cuando más temprano se presenta y puede estar asociado a oliguria fetal, retardo de crecimiento intrauterino, pos madurez o disfunción placentaria.³

De todo lo anteriormente expuesto podemos resumir en general que el oligohidramnios es una alteración grave del líquido amniótico, que su diagnóstico ha ofrecido y ofrece serias dificultades y contradicciones tanto en los métodos utilizados como en la conducta a seguir y que es necesario buscar alternativas terapéuticas que garanticen de alguna forma el éxito de la gestación y minimizar los daños que esta afección causa.

Teniendo en cuenta ello y basándonos en la problemática del oligohidramnios en nuestro medio se ha decidido realizar un estudio acerca de los factores maternos en pacientes con oligohidramnios diagnosticado por ecografía en el Hospital Daniel Alcides Carrión – EsSALUD de Tacna, para tomar acciones que conduzcan a la prevención, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de las complicaciones perinatales pues no existe un estudio documentado en nuestra localidad.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. General

¿Cuáles son los factores maternos presentes en oligohidramnios diagnosticado ecográficamente en el Hospital EsSALUD Daniel Alcides Carrión de Tacna durante enero a diciembre del 2014?

1.2.2. Específicos

- ¿Cuál es la frecuencia de oligohidramnios diagnosticado ecográficamente en el Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital EsSALUD Daniel Alcides Carrión de Tacna durante enero a diciembre del 2014?
- ¿Cuáles son los antecedentes personales en las pacientes con oligohidramnios en Hospital EsSALUD Daniel Alcides Carrión de Tacna durante enero a diciembre del 2014?
- ¿Cuál es el perfil obstétrico en las pacientes con oligohidramnios en Hospital EsSALUD Daniel Alcides Carrión de Tacna durante enero a diciembre del 2014?
- ¿Cuáles son las patologías maternas en las pacientes con oligohidramnios en el Hospital EsSALUD Daniel Alcides Carrión de Tacna durante enero a diciembre del 2014?

1.3. Objetivos:

1.3.1. Objetivo General:

Determinar los factores maternos en oligohidramnios diagnosticado ecográficamente en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Tacna durante enero a diciembre del 2014.

1.3.2. Objetivos Específicos:

Establecer la frecuencia de oligohidramnios diagnosticado ecográficamente en la unidad de ecografía del servicio de Gineco-obstetricia durante enero a diciembre del 2014

Conocer los antecedentes personales en las pacientes con oligohidramnios en el hospital EsSALUD Daniel Alcides Carrión de Tacna durante enero a diciembre del 2014.

Identificar el perfil obstétrico en las pacientes con oligohidramnios en el hospital EsSALUD Daniel Alcides Carrión de Tacna durante enero a diciembre del 2014.

Conocer las patologías maternas durante el embarazo en pacientes con oligohidramnios diagnosticado ecográficamente en el Hospital EsSALUD Daniel Alcides Carrión de Tacna durante enero a diciembre del 2014.

1.4. Justificación e Importancia

Durante la gestación el índice de líquido amniótico ha demostrado ser un parámetro útil para tamizaje, porque orienta sobre algún trastorno de base en el binomio feto-materno.

Se ha observado en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Tacna la prevalencia de oligohidramnios ocasionando complicaciones perinatales y aumentando el índice de cesáreas.

La importancia de esta investigación es para identificar cuáles son los factores maternos presentes en pacientes con oligohidramnios diagnosticado ecográficamente, con el propósito de tomar estrategias de intervención que ayuden a reducir la tasa de mortalidad.

Los resultados del estudio podrán ser considerados como antecedente para estudios posteriores en la localidad.

1.5. Limitaciones

Durante la ejecución del trabajo de investigación no se presentaron limitaciones.

II. MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes de la Investigación

2.1.1. Internacionales:

Hernández Rodríguez, Maida (Cuba, 2007). En su trabajo “Diagnóstico ecográfico de Oligohidramnios en relación con algunos factores del embarazo y parto” demostró que el 55.1% presenta oligohidramnios severo y 44,9% oligohidramnios moderado que permitieron demostrar que la hipertensión, el asma y el embarazo prolongado y el crecimiento uterino retardado se relacionan más con oligohidramnios severo y que esta influyó en la vía de parto no eutócico.⁵

Mendoza, Nelly Beatriz (Venezuela ,2010). En su trabajo “Oligoamnios y factores de riesgo maternos. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda” se obtuvo como resultados: 65.22% se encontraban entre 15 a 25 años. 71.73% eran de procedencia urbana. 52,17% tenían sobrepeso. 43.47% afirmaron tener una sola pareja. 32,60% tenían antecedentes personales patológicos, siendo el más frecuente el asma bronquial, 50% eran primera gesta, 84.78% tuvieron patologías asociadas al embarazo actual, correspondiendo 64,10% a vaginosis. Solo 21.73% afirmaron tener antecedente de Oligoamnios. En relación al control prenatal 95.65% lo cumplió y de estas el 79.54% lo hizo tardíamente, predominando entre 3 y 6 consultas. Finalmente, 60.86% de las pacientes estudiadas que se les diagnosticó Oligoamnios tenían entre 37 a 41 semanas. En conclusión, está demostrado que el líquido amniótico puede ser alterado por factores infecciosos y no infecciosos, como

las anemias, además de la insuficiente ingesta de líquidos, por lo que el control prenatal es fundamental para el buen desarrollo de la gestación, asegurándole al binomio madre-hijo las condiciones necesarias para el mejoramiento del manejo y la conducta de esta afección.⁶

Martos Romero, Carel Beanil (Venezuela, 2012) En su estudio "Factores de riesgo relacionados al oligoamnios en el segundo trimestre del embarazo. Departamento de obstetricia y ginecología. Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda". Se obtuvo los siguientes resultados el promedio de edad del grupo de pacientes con diagnóstico de Oligoamnios fue de $26,76 \pm 16,97$ años, el grado de instrucción fue secundaria tanto incompleta (34,62%) como completa (30,77%). En relación a los antecedentes patológicos, 15,38% tenía antecedente patológico, siendo 100% hipertensión arterial y 75% litiasis renal. Mientras, los antecedentes obstétricos, 50% primera gesta y 5,77% confirmaron control preconcepcional; no obstante, 82,69% se controló el embarazo, 69,77% fueron de menos de 6 consultas y el inició del control en promedio fue de $12,48 \pm 6,97$ semanas. Igualmente, 34,61% tenían sobrepeso y 25% estaban por debajo de los límites de normalidad. Durante el embarazo actual, 71,15% presentaban patologías, destacándose 62,16% infecciones del tracto urinario. Asimismo, 30,77% contaba con una edad gestacional al momento del diagnóstico mayor de 29 semanas y 82,69%. Se concluye que el oligoamnios es un evento obstétrico que repercute negativamente en el parto y el recién nacido, por lo tanto es crucial el control de los factores de riesgo.⁷

2.1.2. Nacionales:

Córdova Vicerrel, Teresa de Jesús (Lima, 2011). En su estudio "Factores perinatales asociados a oligohidramnios en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño - San Bartolomé en el periodo junio 2010 - mayo 2011" evidenció que del total de pacientes el tipo de Oligohidramnios de mayor prevalencia es el moderado con un 53,3 % donde queda demostrado que el factor materno asociado de mayor impacto es el RPM (24, 3%); el 38.5% de las gestantes que presentaron nivel de Oligohidramnios leve sufrió preeclampsia. Se aprecia que el 10.3 % de pacientes tenía menos de 28 semanas y que el 89.7% de pacientes se encontraba después de las 28 semanas donde para las edades menores de 28 semanas se presentó un 72.7% de Oligohidramnios severo, mientras que para las edades gestacionales mayores a 28 semanas el porcentaje de Oligohidramnios severo fue del 30.2%. En conclusión los factores perinatales más frecuentes asociados a Oligohidramnios en gestantes atendidas en el Hospital son Ruptura prematura de Membranas (RPM) seguidas de Restricción de Crecimiento Intrauterino (RCIU) y Preeclampsia y uno de los resultados perinatales más frecuentes en los recién nacidos fue de Asfixia.⁸

2.1.3. Locales:

No se encontró trabajos de investigación local.

2.2. Bases Teóricas

LIQUIDO AMNIOTICO

El líquido amniótico contenido en el amnios cubre al embrión desde el duodécimo día de la fecundación hasta el nacimiento, es producto de la interacción entre los compartimientos materno, fetal y placenta; por lo tanto desempeña un importante papel en el crecimiento y desarrollo fetal. En condiciones normales es claro, a veces ligeramente opaco, blanco grisáceo o ambarino.

Origen del líquido amniótico

La génesis del líquido amniótico no está totalmente dilucidada, por lo que su origen es en la actualidad motivo de discusión aunque se ofrecen teorías a raíz de las investigaciones. Numerosos factores contribuyen a su formación y renovación, siendo el volumen de líquido amniótico el resultado entre su producción y su reabsorción.

En el origen embrionario entre los 9 y 12 días de la formación del cigoto se observa el saco amniótico. El agrandamiento de la hendidura en la hoja ectodérmica y la fusión del amnios primero con el tallo corporal y luego con el corion, forman el saco amniótico, que crece de tamaño, mientras que el saco vitelino y el alantoides involucionan.

Funciones del líquido amniótico:

- Crea un espacio para el desarrollo fetal.
- Permite el desarrollo pulmonar y gastrointestinal.
- Evita la compresión funicular.
- Protege al feto de los traumatismos.
- Equilibrio hidroelectrolítico fetal.
- Minimiza las repercusiones de los movimientos fetales sobre la sensibilidad materna.
- Regula la temperatura fetal.
- Bactericida, bacteriostática.

Desencadenamiento para el parto.

- Constituye fuente de nutrientes para el feto.

Composición del líquido amniótico:

Se ha demostrado que los principales solutos de la primera mitad del embarazo del líquido amniótico están más relacionados con el plasma fetal que con el plasma materno, estos son principalmente sodio y urea, durante la segunda mitad se asemeja al líquido extracelular, donde encontramos principalmente agua, sodio, urea, creatinina, cloro, potasio, ión hidrogeno, dióxido de carbono, bicarbonato, glucosa, fructuosa, ácido láctico, pirpúbico, cetoglutárico y cítrico, hormonas, enzimas, lípidos, fosfolípidos, así como proteínas.¹⁰

Puede haber varias alteraciones en relación al líquido amniótico dentro de las cuales están, el aumento (Polihidramnios) o disminución (Oligohidramnios) de la cantidad del líquido amniótico.

El volumen de líquido amniótico aumenta progresivamente hasta alcanzar su pico máximo a las 24-28 semanas, manteniéndose hasta la semana 37. Posteriormente desciende ligeramente, pero si el embarazo se prolonga, existe un riesgo elevado de oligohidramnios.¹¹

Volumen del líquido amniótico durante la gestación	
Edad Gestacional	Volumen del Líquido amniótico
Al final del primer trimestre	Aproximadamente 50 ml (rango 35 y 100ml)
16 semanas	200 ml (Rango: 125 y 300ml)
20 semanas	250 ml y 500 ml
33-38 semanas	1000 ml
A termino	800 ml(Rango:500 y 1100ml)
Post termino	500 ml (Rango: 200 y más de 100 ml)

La utilización clínica de la medición de la altura uterina es un parámetro con escaso valor para detectar disminución del líquido amniótico, pero probablemente mayor

para detectar Polihidramnios, motivo por el cual desde la introducción del ultrasonido en obstetricia se ha buscado cuantificar el líquido amniótico, buscando parámetros más fiables.

EVALUACIÓN ECOGRÁFICA DEL VOLUMEN DE LIQUIDO AMNIOTICO

El examen del volumen de líquido amniótico se ha vuelto una parte integral en la ecografía diagnóstica y de rutina. Existen métodos subjetivos y semicuantitativos para valorar la cantidad de líquido amniótico por ecografía, ya que los hallazgos clínicos pueden ser erróneos y las técnicas de dilución son difíciles e implican un riesgo al ser realizadas mediante amniocentesis. La evaluación subjetiva del volumen de LA es generalmente elaborada en embarazos menores de 20 semanas. Los métodos semicuantitativos como el índice del líquido amniótico (ILA o índice de Phelan) o la medición del bolsillo máximo de líquido amniótico presentan una evaluación más acertada del volumen de líquido a través del tiempo, permitiendo las comparaciones durante el seguimiento.

Las alteraciones del volumen de LA han sido asociadas con resultados perinatales adversos y pueden ser además un marcador de otras anomalías fetales como malformaciones congénitas, aneuploidias y restricción del crecimiento intrauterino (RCIU). Varias técnicas de ultrasonido han sido descritas para estimar el volumen de líquido amniótico. En 1984, Chamberlain y Cols, introdujeron el uso de la profundidad del bolsillo máximo. Este estimado semicuantitativo se realiza en el mayor bolsillo de LA libre de cordón umbilical en el plano antero posterior del útero. El volumen de LA fue considerado normal si el bolsillo vertical es mayor de 2cm y menor de 8 cm.

TÉCNICAS DE EVALUACIÓN DEL LIQUIDO AMNIOTICO:

SUBJETIVA, SEMICUANTITATIVA (PHELAN, COLUMNA, MAXIMA, VENTANA MAXIMA)

- a) Método subjetivo: consiste en hacer aproximaciones cualitativas (+)/ (++)/ (+++). Tiene un rendimiento aceptable en caso de alteraciones extremas en la cantidad del LA. La eficacia y reproducibilidad dependen de la experiencia del operador.
- b) Método semicuantitativos:
- Índice de LA (Phelan): el valor es la suma de las columnas máximas libres de feto y cordón de los cuatro cuadrantes uterinos.
 - Columna Máxima: Medida de la profundidad de la columna más grande.
 - Ventana máxima: se multiplican los diámetros antero-posterior y transversal del lago máximo libre de feto y cordón.

Todas estas medidas han de ser tomadas con el transductor colocado de manera totalmente perpendicular al abdomen de la gestante.

Si no se hace así las variaciones entre diferentes medidas pueden ser muy importantes.

Valores y límites de normalidad del índice de líquido amniótico.	
< 2	oligohidramnios severo
< 5	oligohidramnios
5-8	límite inferior de normalidad
8- 18	normalidad ecográfica del LA
18-25	Valores límite superior
> 25	Polihidramnios
> 32	Polihidramnios severo

OLIGOHIDRAMNIOS

El término oligohidramnios se refiere a la frecuencia de volúmenes de líquido amniótico disminuidos para una determinada edad gestacional.

La incidencia del mismo es variable y esto se debe, en gran parte, a que no existen criterios uniformes para hacer el diagnóstico.

La disminución significativa del líquido amniótico se correlaciona con un aumento en la morbimortalidad perinatal y presenta una frecuencia: 3-5% de las gestaciones.

El oligohidramnios complica el 0,5 al 8% de los embarazos y el pronóstico está asociado con la edad gestacional, pero en general la alteración es leve, idiopática, ocurre en el tercer trimestre y no produce secuelas. La orina fetal es la fuente más importante de LA en la segunda mitad del embarazo y cualquier condición que altera la formación de orina o la entrada al saco amniótico resulta en oligohidramnios. En una serie de 128 fetos con oligohidramnios severo en el segundo trimestre (13-24 semanas), se encontraron anomalías fetales en el 51%, ruptura de membranas en el 34%, abrupcio en el 7% y RCIU en el 5%. La aneuploidia se encontró en casi el 1% de los fetos anormales y en solo el 4% de los casos no se detectó una causa.

La conclusión principal es que la presencia de un oligohidramnios en el segundo trimestre es un indicador de mal resultado perinatal y amerita una valoración cuidadosa para descartar patologías o asociaciones con enfermedades.

La presencia de una obstrucción al tracto de salida uretral fetal desencadena un oligoamnios severo, que de no ser tratado in útero mediante una derivación vesicoamniótica, presenta una mortalidad cercana al 100%.

La secuencia Potter, caracterizada por hipoplasia pulmonar y deformidades esqueléticas secundarias, a un oligohidramnios prolongado en el segundo trimestre es una de las patologías que se debe tener en cuenta al realizar el análisis de estos casos. En una serie de casos la presencia de un bolsillo máximo de líquido amniótico.

CLASIFICACIÓN:

- Oligohidramnios leve: Disminución en cantidad del Líquido amniótico hasta los 500 ml o un ILA de 5 a 8 cm.
- Oligohidramnios moderado: Si el volumen total está entre 100 a 500 ml o un ILA de 3 a 5 cm.
- Oligohidramnios severo: Si el volumen es menor a 100ml o un ILA menor de 2cm.

VALORACIÓN ULTRASONOGRÁFICA:

Puesto que la cantidad de líquido amniótico varía con la edad gestacional, se define oligohidramnios como un volumen de más de 2 desviaciones estándar por debajo de la media para una edad gestacional.

Diversos autores han comunicado criterios semicuantitativos para la valoración ultrasonográfica del volumen de líquido amniótico (cuadro No. 1). En 1,981, Manning y colaboradores definían al oligohidramnios como la presencia de solo un cúmulo menor de 1 cm de líquido amniótico dentro de la cavidad amniótica. Estudios posteriores consideraron la utilización de un cúmulo de 1 cm o menos como muy estricto, por lo tanto Manning y colaboradores cambiaron su criterio de oligohidramnios a una cantidad que midiera menos de 2 cm en el plano vertical y horizontal.

En un intento por valorar el volumen de líquido amniótico en toda la cavidad amniótica, Phelan y colaboradores utilizaron la técnica de cuatro cuadrantes (figura 1). En este método se mide verticalmente el mayor cúmulo de líquido amniótico sin observación de cordón umbilical o partes fetales en cada cuadrante del abdomen. La suma de las cuatro mediciones en centímetros es el índice de líquido amniótico (AFI). Entre las 36 y 42 semanas de gestación, Phelan y colaboradores definieron al oligohidramnios como un AFI menor de 5 cm. La posibilidad de un AFI bajo (5 cm o menos) entre las semanas 36 y 40 era de 2.4 %.¹

Oligohidramnios de Inicio Temprano:

Se relaciona con trastornos vinculados a obstrucción de las vías urinarias o agenesia renal fetales, displasia renal multiquística, obstrucción de la salida de la vejiga, Síndrome de Meckel Gruber .Por tanto la anuria casi con certeza tiene una participación causal en tales casos. Una pérdida crónica por ruptura de membranas disminuye de forma apreciable el líquido amniótico, pero pronto se inicia el trabajo de parto.

Según estudios de Guron y Friberg (2000) han vinculado la exposición a los Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina con el Oligohidramnios.

El fármaco más involucrado es el enalapril, aunque también se ha involucrado el captopril y el lisinopril. Estos fármacos alteran el sistema Renina-Angiotensina que es esencial para el desarrollo renal normal. Además pueden desencadenar hipotensión y deficiencia de la perfusión fetal duraderas que terminan en isquemia renal y disgenesia de túbulo renales y anuria.

Entre el 15 y 25% de los casos se relacionan con anomalía fetales como: anomalías cromosómicas (triploidías, trisomías, Síndrome de Turner) .Se menciona el Síndrome de banda amniótica, anomalías cardíacas, anomalías del Sistema Nervioso central, Hernia diafragmática, Secuencia TRAP (Secuencia de inversión del riego arterial) del embarazo gemelar, higroma quístico; VACTERL: (Secuencia de anomalías vertebrales, anales cardíacas, traqueo esofágicas).

Pronóstico:

Los resultados fetales SON MALOS en el Oligohidramnios de inicio temprano.

Los fetos normales pueden sufrir la consecuencia de la disminución intensa de líquido amniótico, de inicio temprano. Las adherencias del amnios pueden atrapar partes fetales y causar graves deformidades, que incluyen amputaciones .Es más con la compresión de todos los lados, a menudo se pueden presentar anormalidades esqueléticas como pié zambo.

Dentro de estas consecuencias son:

- Hipoplasia Pulmonar: La hipoplasia pulmonar se origina como consecuencia de la compresión torácica que impide la excursión de la pared torácica y expansión pulmonar. La falta de movimientos fetales disminuye el ingreso pulmonar de aire y por último el más ampliamente aceptado es que la falta de retención de líquido amniótico intrapulmonar o un aumento de su salida con la consecutiva alteración del crecimiento y desarrollo pulmonares, asimismo la flexión raquídea contribuye a la hipoplasia pulmonar.

Oligohidramnios en etapas avanzadas del embarazo

- El volumen de líquido amniótico disminuye normalmente después de las 35 semanas.
- El tratamiento del Oligohidramnios en etapas avanzadas del embarazo depende de las circunstancias clínicas.
- Es indispensable una valoración de las anomalías y del crecimiento fetal.
- En un embarazo complicado por Oligohidramnios y restricción del crecimiento, la vigilancia fetal estrecha es importante por la morbilidad vinculada y se recomienda el nacimiento por indicaciones fetales o maternas. Aunque se considera la edad gestacional en esta decisión, las pruebas de afección fetal o materna, rebalsan la cantidad de complicaciones del parto pre término.
- El Oligohidramnios se ha reconocido como una entidad ligada estrechamente en la restricción del crecimiento intrauterino debido a una disminución de la producción urinaria fetal y pulmonar como resultado de los estados de hipoxia que producen redistribución de flujo refleja del gasto cardíaco.

FACTORES DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO

Los antecedentes patológicos de la madre, como diabetes, cardiopatías o nefropatías; son de sumo interés por la repercusión que tiene en el feto.

Factores en el embarazo son los que aparecen recién cuando el embarazo está en curso son: la edad precoz, multiparidad, intervalo intergenésico corto o largo y carencia de control prenatal.

Ciertas enfermedades del embarazo alteran el líquido amniótico en el embarazo como son: Anemia, ITU, Mal control prenatal, poca ganancia de peso, excesiva ganancia de peso, hábito de fumar, alcoholismo, drogadicción, Hipertensión inducida por el embarazo, Embarazo múltiple, Hemorragia, RCIU, RPM, Infecciones, Incompatibilidad sanguínea feto materna.

Las alteraciones clínicas habitualmente asociadas con oligohidramnios son: la rotura prematura de membranas, malformaciones del tracto urinario, la restricción de crecimiento intrauterino (RCIU), el embarazo prolongado, y la insuficiencia placentaria.

Embarazo múltiple: El embarazo múltiple permanece como una situación de alto riesgo; las tasas de morbilidad y mortalidad materna están aumentadas, con tasas de mortalidad perinatal en países desarrollados que oscilan entre 47 y 120 por 1,000 nacimientos para gemelos.

Embarazo Pos término: Es el que se prolonga después de las 42 semanas a partir del primer día del último ciclo menstrual. Se ha observado un incremento en la morbilidad y mortalidad perinatal en estos casos, ya que conlleva a numerosos problemas del feto como es el sufrimiento fetal intraparto causado generalmente por oligohidramnios, aspiración meconial, traumatismo fetal y síndrome de posmadurez.

Hemorragias: La hemorragia vaginal grave es rara antes de las 24 semanas y, cuando se produce, el tratamiento de la madre se hace sin tener demasiado en cuenta las consideraciones sobre la supervivencia

fetal. Sin embargo la supervivencia fetal en el tercer trimestre es significativa. En centros especializados, un neonato de 26 semanas de gestación sin ningún otro compromiso importante tiene altas probabilidades de sobrevivir (75 %). Las causas de hemorragia son entre otras: placenta previa, abrupcio placenta, etc.

Crecimiento Intrauterino Retardado: Es el peso del neonato por debajo del percentil 10 al momento del nacimiento. Tiene una incidencia del 4 al 8 % en los países desarrollados y del 6 al 30 % en países en desarrollo. La morbilidad y la mortalidad perinatal están de dos a seis veces por encima de la población en general en pacientes con RCIU

Rotura prematura de membranas: Es la que se produce antes de que se inicie el trabajo de parto y en la mayoría de los casos sucede espontáneamente. Es la responsable del 30 % de los partos pretérminos y origina una seria morbilidad materna y perinatal. Su principal consecuencia es la infección tanto para la madre como para el bebé; aunque solo el 5.1 % del total de mujeres con corioamnionitis que tienen partos vaginales desarrollan sepsis, mientras que un 10-20 % de sus bebés presentan infección clínica.

Incompatibilidad sanguínea feto materna: Es en la que los hematíes del feto y del recién nacido son hemolizados por isoanticuerpos maternos (anticuerpos capaces de reaccionar con hematíes de la misma especie, pero no con los hematíes del individuo que los produce) que han atravesado la placenta.

2.3. Definición de términos básicos

- Líquido Amniótico: Es un fluido líquido que rodea y amortigua al embrión y luego al feto en desarrollo en el interior del saco amniótico.
- ultrasonografía o ecografía: Es el procedimiento de apoyo clínico que nos permite, mejor que ningún otro, conocer la anatomía y el bienestar del feto a lo largo de su desarrollo.
- Oligohidramnios: Volumen de más de 2 desviaciones estándar por debajo de la media para la edad gestacional ¹.
- Oligohidramnios leve: Disminución en cantidad del Líquido amniótico hasta los 500 ml o un ILA de 5 a 8 cm.
- Oligohidramnios moderado: Si el volumen total está entre 100 a 500 ml o un ILA de 3 a 5 cm.
- Oligohidramnios severo: Si el volumen es menor a 100ml o un ILA menor de 2cm.
- Factor materno: Evento o circunstancia que predispone una patología.

III. ASPECTOS OPERACIONALES

3.1. Hipótesis: General y específicas

Por ser un estudio descriptivo, no se consideró la formulación de hipótesis de investigación.

3.2. Sistema de variables, dimensiones e indicadores

Variable de estudio:

Variable 1: Oligohidramnios

Variable 2: Factores maternos presentes en Oligohidramnios

ANEXO 02
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Dimensión	Indicador	Criterios de medición	Categoría
Oligohidramnios	Disminución de la cantidad de líquido amniótico.	Cuantitativa	Índice de líquido amniótico	Leve Moderado Severo	Ordinal	5-8 cm 3-5 cm <2 cm
Factores maternos:	Probabilidad de aparición de una entidad patológica.	Cuantitativa Cualitativa Cualitativa	a)antecedentes personales	-Edad -Estado Civil -Grado de instrucción	Ordinal Nominal Nominal	< 20 años 20-24 años 25-29 años 30-34 > o igual de 35 años • Casada • Conviviente • Soltera -Primaria -Secundaria -Superior -Superior No Univ.

		Cualitativa		-Ocupación	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Ama de casa • Trabajadora independiente • Empleada pública • Profesional independiente
		Cualitativa		-Índice de masa corporal	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Bajo peso - Normal - Sobrepeso - Obesa
		Cualitativa	b) perfil obstétrico	-Gesta	Nominal	-Primigesta
		Cualitativa		-Paridad	Nominal	-Segundigesta
		Cualitativa		-Periodo Intergenésico	Ordinal	-Multigesta
		Cualitativa		-Abortos previos	Nominal	-Nulípara
		Cualitativa				-Primípara
		Cualitativa				-Multípara
		Cualitativa				< de 2 años
		Cualitativa				De 2 a 5 años
		Cualitativa				Mayor a 5 años
		Cualitativa				Si
		Cualitativa				No
		Cualitativa				Si /No
		Cualitativa				- 0 atenciones

		Cualitativa		-Cesáreas	Nominal	- 1-6 atenciones - Más de 6 atenciones
		Cuantitativa		-Nº atención prenatal	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • I trimestre • II trimestre • III trimestre
		Cualitativa		-inicio de la atención prenatal	Ordinal	- Vaginal - Cesárea
		Cualitativa		-Vía de culminación de parto	Nominal	Si /No
		Cualitativa	c)patologías maternas	-Infección Urinaria	Nominal	Si /No
		Cualitativa		-Anemia	Nominal	Si /No
		Cualitativa		-pre eclampsia	Nominal	Si/No
		Cualitativa		-RPM	Nominal	Si /No
		Cualitativa		-Infecciones vaginales	Nominal	

IV. MARCO METODOLOGICO

4.1. Dimensión Espacial y temporal

El presente estudio se realizó en el Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital EsSALUD Daniel Alcides Carrión de Tacna. La recolección de datos se realizó en la tercera semana de agosto del 2015 y se recabó información del periodo comprendido de enero a diciembre del 2014.

4.2 Tipo de Investigación

Descriptivo porque, trabaja sobre realidades de hecho y su característica fundamental es la de presentar una interpretación correcta. Esta puede incluir los siguientes tipos de estudios: Encuestas, casos, exploratorios, causales, de desarrollo, Predictivos, de Conjuntos, de Correlación; de corte transversal cuando apunta a un momento y tiempo definido; retrospectivo se orientan al estudio de sucesos ya acaecidos.

4.3 Diseño de investigación

El presente trabajo, dada la naturaleza de las variables que son materia de estudio, responde a una investigación no experimental en su modalidad descriptiva simple cuya fórmula es:

M → O

Dónde:

M: Muestra de estudios.

O: Observación de la variable en estudio.

4.4. Determinación del Universo/población

La población estuvo conformada por el total de gestantes diagnosticadas ecográficamente con oligohidramnios que acudieron a la unidad de ecografía del Servicio de Gineco-obstetricia en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Tacna durante enero a diciembre del 2014, siendo un número de 60 gestantes.

4.5. Selección de la Muestra

Por ser una población pequeña se trabajó con la totalidad de los casos. También se tomó como muestra comparativa a un grupo de 60 gestantes que no presentaron oligohidramnios.

4.6. Fuentes, Técnicas e instrumentos de recolección

4.6.1. Fuente:

Secundaria, porque la información recabada ha sido recolectada por terceros en tiempo pasado.

4.6.2. Técnica:

Análisis documental del libro de registro de ecografía, historias clínicas y ficha perinatal.

4.6.3. Instrumento de recolección:

Para la recopilación de datos se elaboró un formulario, a partir del cual se confeccionó una ficha de recolección de datos.

4.7. Técnicas de procesamiento, análisis de datos y presentación de datos

Para acceder a la información necesaria, previo al planeamiento y ejecución del presente estudio se solicitó la autorización del servicio de Gineco-obstetricia y Servicio de Archivo del hospital Daniel Alcides Carrión de Tacna.

Se identificó el total de pacientes con diagnóstico de oligohidramnios diagnosticadas ecográficamente en dicha institución en el periodo comprendido entre enero a diciembre del 2014.

De todas las pacientes seleccionadas en el estudio se obtuvieron información de las fichas de vigilancia perinatal y de sus historias clínicas antecedentes personales, obstétricos y patologías maternas durante el embarazo.

Se procedió a vaciar los datos en una hoja de cálculo; se utilizó de prueba estadística el χ^2 siendo significativo cuando la $P < 0,05$.

Luego del análisis los resultados se presentaron en tablas y gráficas para su análisis e interpretación respectiva.

CAPITULO V

RESULTADOS

Tabla 01: Frecuencia de oligohidramnios en gestantes del Hospital III
Daniel Alcides Carrión EsSALUD de Tacna, enero a diciembre
del 2014

GRADO DE OLIGOHIDRAMNIOS	Nº	%
Leve	31	51,67
Moderado	9	15,00
Severo	20	33,33
TOTAL	60	100,00

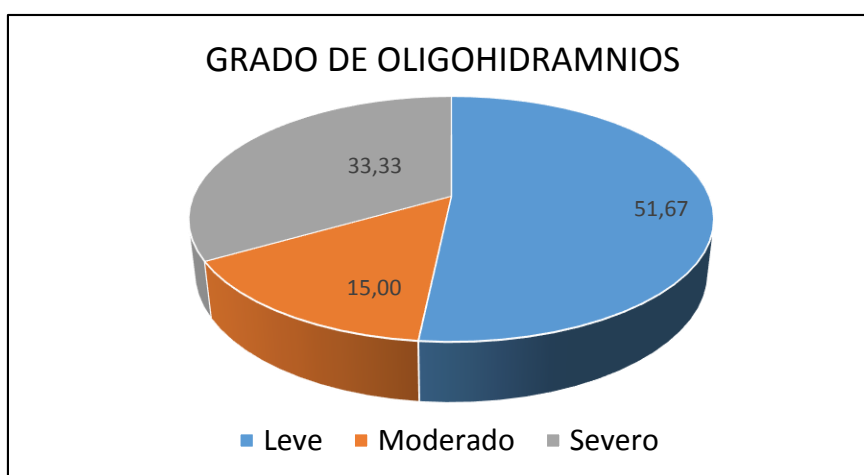
Fuente: Ficha de recolección de datos

Análisis e interpretación

En la tabla 01 se muestra la frecuencia de los grados de oligohidramnios, donde de un total de 60 casos (100%) se presentó oligohidramnios leve en el 51,67%(31), oligohidramnios severo en el 33,33%(20) y oligohidramnios moderado en el 15%(9).

Grafico 01

FRECUENCIA DE OLIGOHIDRAMNIOS EN GESTANTES DEL HOSPITAL
III DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESSALUD DE TACNA, ENERO A
DICIEMBRE DEL 2014



Fuente: Tabla 1

Tabla 02: Edad materna en gestantes del Hospital III Daniel Alcides
Carión de Tacna, enero a diciembre del 2014

EDAD MATERNA	CON OLIGOHIDRAMNIOS		SIN OLIGOHIDRAMNIOS	
	Nº	%	Nº	%
< 20 años	1	1,67	4	6,67
20 a 24	7	11,67	9	15,00
25 a 29	19	31,67	16	26,67
30 a 34	15	25,00	12	20,00
35 a más	18	30,00	19	31,67
TOTAL	60	100,00	60	100,00

Fuente: Ficha de recolección de datos

Análisis e interpretación:

En la tabla 02 se muestra la edad materna en las gestantes con oligohidramnios de un total de 60 casos (100%) fueron de 25 a 29 años en el 31,67%(19), de 35 años a más en el 30%(18), de 30 a 34 años en el 25%(15), de 20 a 24 años en el 11,67%(7), y menores de 20 años en el 1,67%(1). En tanto que en el grupo de gestantes sin oligohidramnios de un total de 60 casos (100%) fueron de 35 años a más en el 31,67%(19), de 25 a 29 años en el 26,67%(16), de 30 a 34 años en el 20%(12), de 20 a 24 años en el 15%(9) y menores de 20 años en el 6,67%(4).

Grafico 02

EDAD MATERNA EN GESTANTES DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES
CARRIÓN DE TACNA, ENERO A DICIEMBRE DEL 2014.

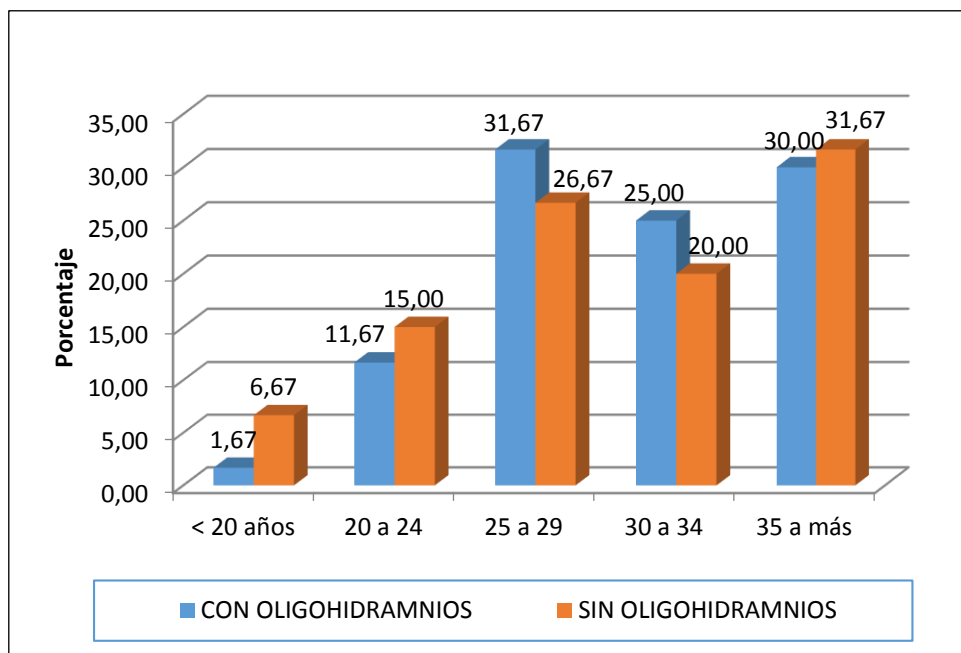


Tabla 03: Estado civil en gestantes del Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna, enero a diciembre del 2014.

ESTADO CIVIL	CON OLIGOHIDRAMNIOS		SIN OLIGOHIDRAMNIOS	
	Nº	%	Nº	%
Casada	15	25,00	13	21,67
Conviviente	18	30,00	34	56,67
Soltera	27	45,00	13	21,67
TOTAL	60	100,00	60	100,00

Fuente: Ficha de recolección de datos

Análisis e interpretación:

En la tabla 03 se muestra el estado civil en gestantes con oligohidramnios de un total de 60 casos (100%) siendo solteras en el 45%(27), convivientes en el 30%(18), casadas en el 25%(15). En tanto que el grupo de gestantes sin oligohidramnios de un total de 60 casos (100%) siendo convivientes en el 56,67%(34), solteras en el 21,67%(13) y casadas en el 21,67%(13).

Gráfico 03

ESTADO CIVIL EN GESTANTES DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN – EsSALUD DE TACNA, ENERO A DICIEMBRE DEL 2014.

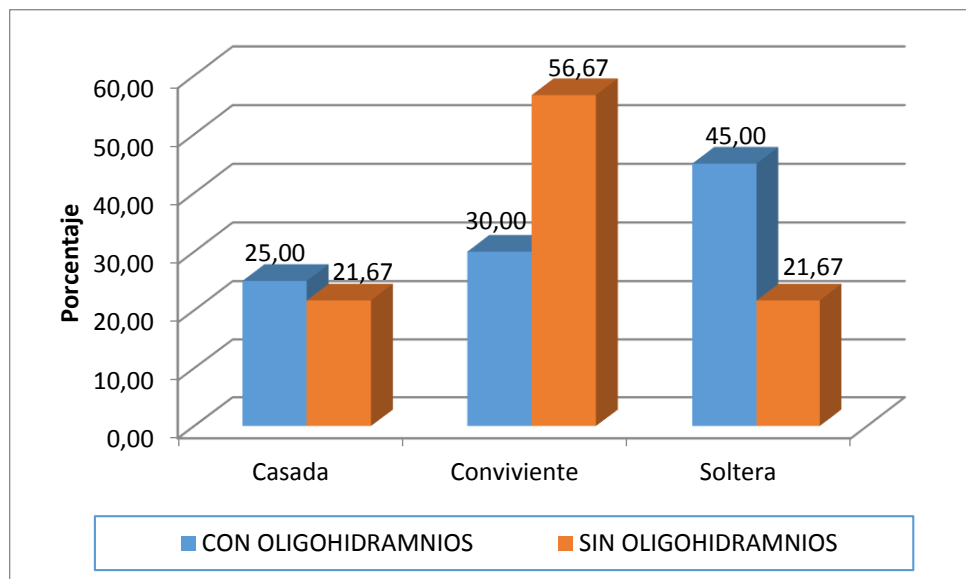


Tabla 04: Grado de instrucción en gestantes del Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna, enero a diciembre del 2014.

GRADO DE INSTRUCCIÓN	CON OLIGOHIDRAMNIOS		SIN OLIGOHIDRAMNIOS	
	Nº	%	Nº	%
Primaria	0	0,00	0	0,00
Secundaria	24	40,00	20	33,33
Superior Universitaria	25	41,67	26	43,33
Superior No Universitaria	11	18,33	14	23,33
TOTAL	60	100,00	60	100,00

Fuente: Ficha de recolección de datos

Análisis e interpretación:

En la tabla 04 se muestra el grado de instrucción en gestantes con oligohidramnios de un total de 60 casos (100%), siendo de estudios superior universitaria en el 41,67%(25), estudios secundarios en el 40%(24), superior no universitaria en el 18,33%(11). En tanto que el grupo de gestantes sin oligohidramnios de un total de 60 casos (100%), siendo de superior universitaria en el 43,33%(26), secundaria en el 33,33%(20), superior no universitaria en el 23,33%(14).

Grafico 04

GRADO DE EN INSTRUCCIÓN EN LAS GESTANTES DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN- EsSALUD DE TACNA, ENERO A DICIEMBRE DEL 2014.

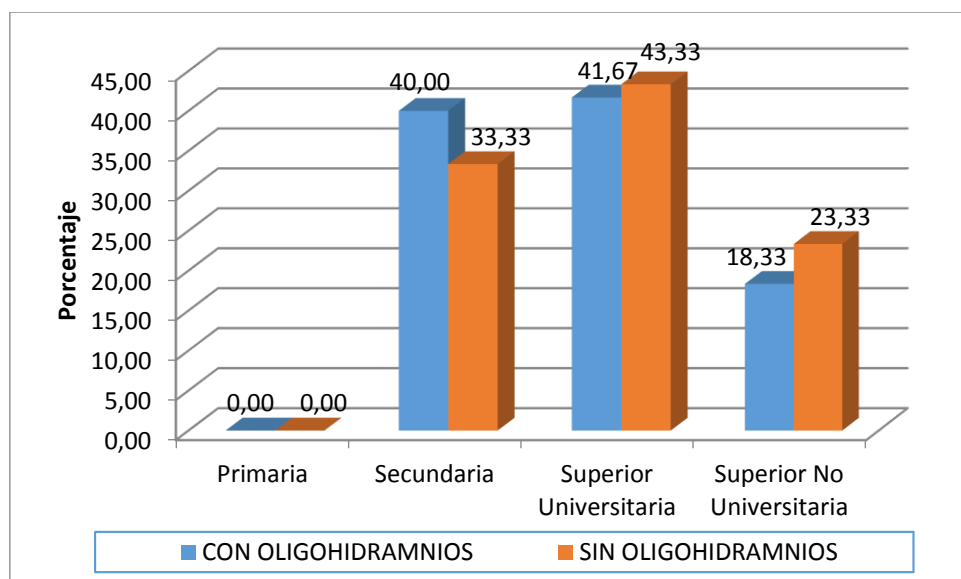


Tabla 05: Índice de masa corporal en gestantes del Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna, enero a diciembre del 2014

INDICE DE MASA CORPORAL	CON OLIGOHIDRAMNIOS		SIN OLIGOHIDRAMNIOS	
	Nº	%	Nº	%
Bajo peso	0	0,00	0	0,00
Normal	32	53,33	36	60,00
Sobrepeso	15	25,00	16	26,67
Obesa	13	21,67	8	13,33
TOTAL	60	100,00	60	100,00

Fuente: Ficha de recolección de datos

Análisis e interpretación:

En la tabla 05 se muestra el índice de masa corporal en las gestantes con oligohidramnios de un total de 60 casos (100%), siendo de peso normal en el 53,33%(32), sobrepeso en el 25%(15), obesa en el 21,67%(13). En cuanto a las gestantes sin oligohidramnios de un total de 60 casos(100%), siendo de peso normal en el 60%(36), sobrepeso en el 26,67%(16), y obesa 13,33%(8).

Grafico 05

GESTAS EN LAS GESTANTES DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN –EsSALUD DE TACNA, ENERO A DICIEMBRE DEL 2014

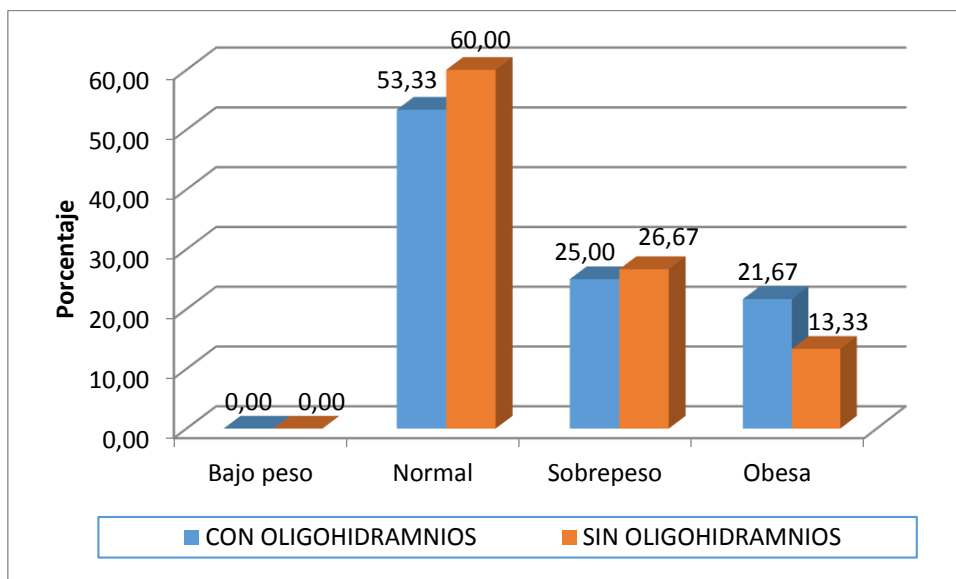


Tabla 06: Gestas en gestantes del Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna, enero a diciembre del 2014

GESTAS	CON OLIGOHIDRAMNIOS		SIN OLIGOHIDRAMNIOS	
	Nº	%	Nº	%
Primigesta	19	31,67	21	35,00
Segundigesta	26	43,33	23	38,33
Multigesta	15	25,00	15	25,00
Gran multigesta	0	0,00	1	1,67
TOTAL	60	100,00	60	100,00

Fuente: Ficha de recolección de datos

Análisis e interpretación:

En la tabla 06 se muestra las Gestas en las gestantes con oligohidramnios de un total de 60 casos (100%), Segundigesta en el 43,33%(26), primigestas en el 31,67%(19), y multigesta en el 25%(15). En cuanto a las gestantes sin oligohidramnios de un total de 60 casos (100%), siendo Segundigesta en el 38,33%(23), primigestas en el 35,00%(21), multigesta en el 25%(15) y gran multigesta en el 1,67%(1).

Grafico 06

GESTAS EN GESTANTES DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN –
EsSALUD DE TACNA, ENERO A DICIEMBRE DEL 2014

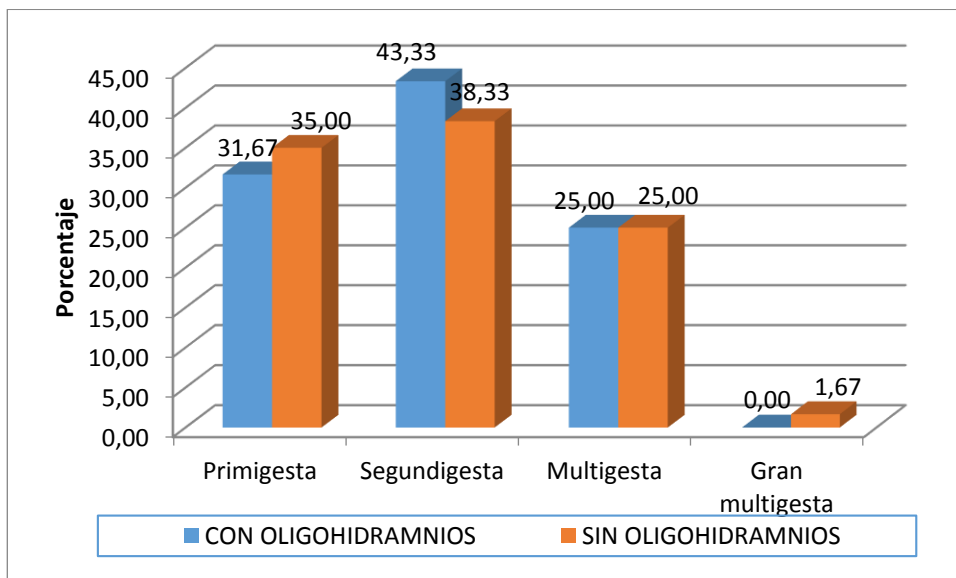


Tabla 07: Paridad en gestantes del Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna, enero a diciembre del 2014

PARIDAD	CON OLIGOHIDRAMNIOS		SIN OLIGOHIDRAMNIOS	
	Nº	%	Nº.	%
Nulípara	33	55,00	26	43,33
Primípara	19	31,67	25	41,67
Multípara	8	13,33	8	13,33
Gran Multípara	0	0,00	1	1,67
TOTAL	60	100,00	60	100,00

Fuente: Ficha de recolección de datos

Análisis e interpretación:

En la tabla 07 se muestra la Paridad en las gestantes con oligohidramnios de un total de 60 casos (100%), siendo nulípara en el 55%(33), primípara en el 31,67%(19), múltipara en el 13,33%(8). En cuanto a las gestantes sin oligohidramnios de un total de 60 casos (100%), nulípara en el 43,33%(26), primípara en el 41,67%(25), múltipara en el 13,33%(8).

Grafica 07

PARIDAD EN GESTANTES DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN –
EsSALUD DE TACNA, ENERO A DICIEMBRE DEL 2014

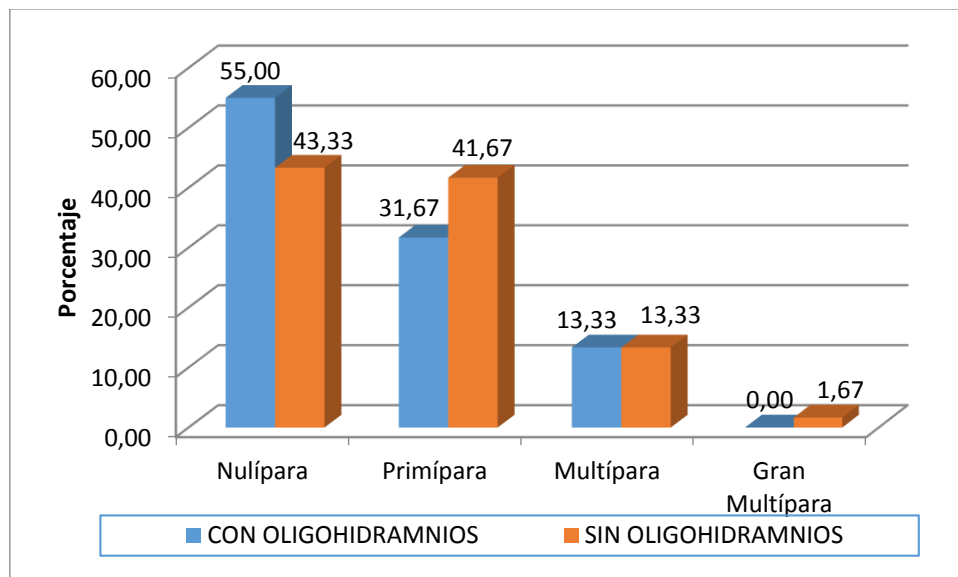


Tabla 08: Periodo Intergenésico en gestantes del Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna, enero a diciembre del 2014

PERIODO INTERGENESICO	CON OLIGOHIDRAMNIOS		SIN OLIGOHIDRAMNIOS	
	Nº.	%	Nº	%
< 2 años	0	0,00	1	3,57
De 2 a 5 años	25	64,10	22	78,57
Mayor a 5 años	14	35,90	5	17,86
TOTAL	39	100,00	28	100,00

Fuente: Ficha de recolección de datos

Análisis e interpretación:

En la tabla 08 se muestra el Periodo Intergenésico en las gestantes con oligohidramnios de un total de 60 casos (100%), siendo de 2 a 5 años en el 64,10%(25), mayor de 5 años en el 35,90%(14). En cuanto a las gestantes sin oligohidramnios de un total de 60 casos (100%), de 2 a 5 años en el 78,57%(22), mayor de 5 años en el 17,86%(5), menor de 2 años en el 3,57%(1).

Grafica 08

PERIODO INTERGENÉSICO EN GESTANTES DEL HOSPITAL III DANIEL
ALCIDES CARRIÓN - EsSALUD DE TACNA, ENERO A DICIEMBRE DEL
2014

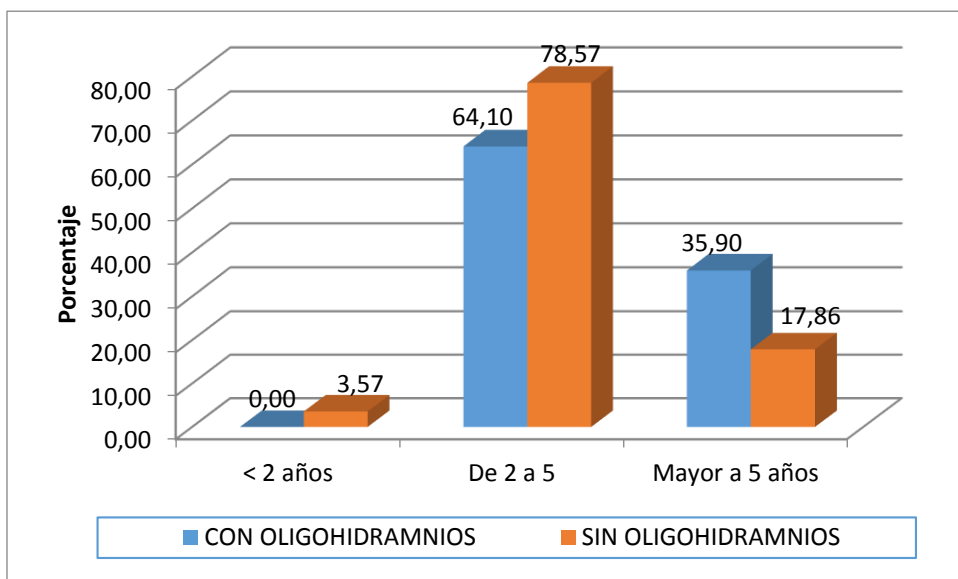


Tabla 09: Abortos Previos en gestantes del Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna, enero a diciembre del 2014

ABORTOS PREVIOS	CON OLIGOHIDRAMNIOS		SIN OLIGOHIDRAMNIOS	
	Nº.	%	Nº	%
Con abortos	25	41,67	13	21,67
Sin Abortos	35	58,33	47	78,33
TOTAL	60	100,00	60	100,00

Fuente: Ficha de recolección de datos

Análisis e interpretación:

En la tabla 08 se muestra los abortos previos en las gestantes con oligohidramnios de un total de 60 casos (100%), sin abortos en el 58,33%(35), con abortos en el 41,67%(25). En cuanto a las gestantes sin oligohidramnios de un total de 60 casos (100%), sin abortos en el 78,33%(47), con abortos en el 21,67%(13).

Grafica 09

ABORTOS PREVIOS EN GESTANTES DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES
CARRIÓN – EsSALUD DE TACNA, ENERO A DICIEMBRE DEL 2014

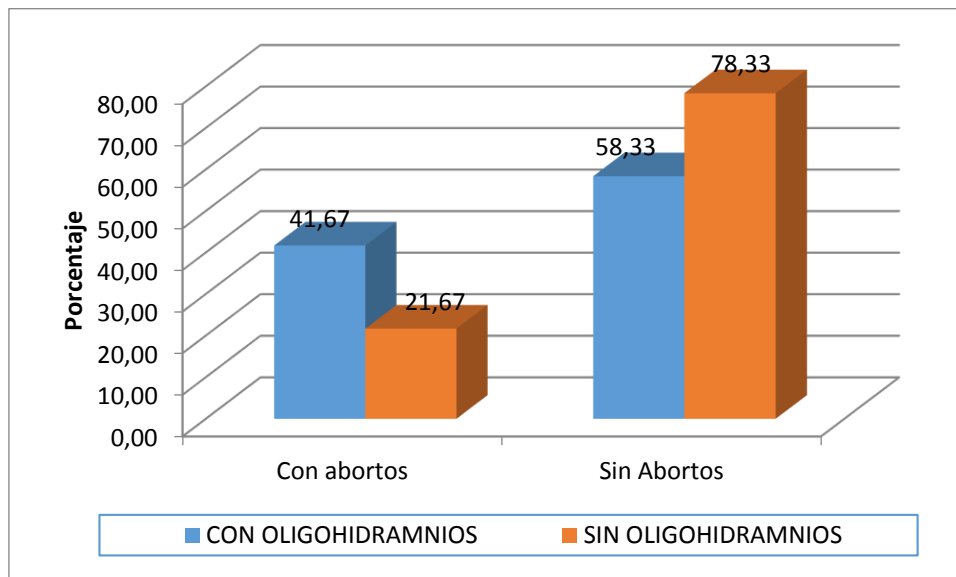


Tabla 10: Control Prenatal en gestantes del Hospital III Daniel Alcides
Carrión de Tacna, enero a diciembre del 2014

CONTROL PRENATAL	CON OLIGOHIDRAMNIOS		SIN OLIGOHIDRAMNIOS	
	Nº	%	Nº	%
0 Atenciones	0	0,00	0	0,00
1 a 6 Atenciones	15	25,00	29	48,33
Más de 6 atenciones	45	75,00	31	51,67
TOTAL	60	100,00	60	100,00

Fuente: Ficha de recolección de datos

Análisis e interpretación:

En la tabla 10 se muestra los controles prenatales en las gestantes con oligohidramnios de un total de 60 casos (100%), más de 6 atenciones en el 75%(45), de 1 a 6 atenciones en el 25%(15). En cuanto a las gestantes sin oligohidramnios de un total de 60 casos (100%), más de 6 atenciones en el 48,33%(29), de 1 a 6 atenciones en el 48,33%(29).

GRAFICA 10

CONTROL PRENATAL EN GESTANTES DEL HOSPITAL III DANIEL
ALCIDES CARRIÓN – EsSALUD DE TACNA, ENERO A DICIEMBRE DEL
2014

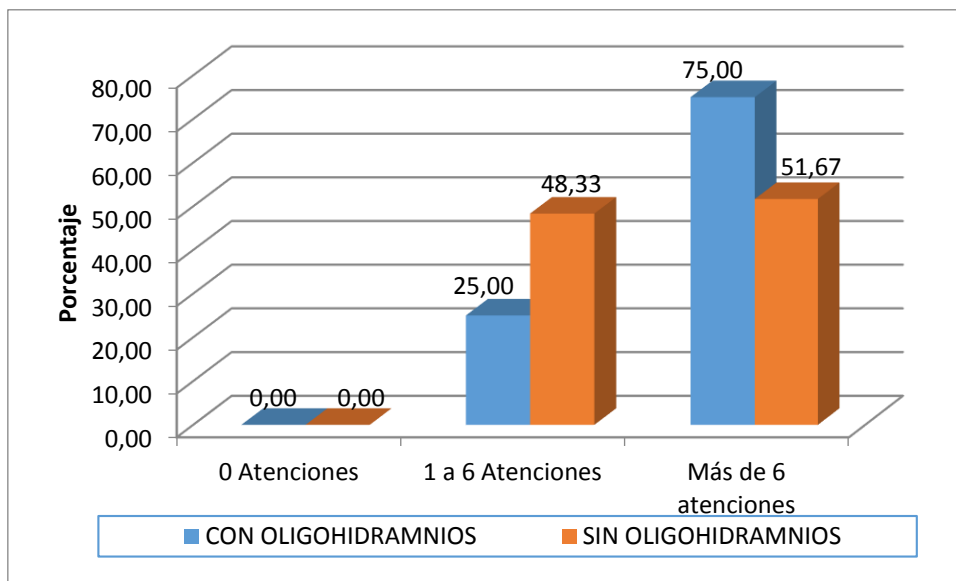


Tabla 11: Terminación de Parto en gestantes del Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna, enero a diciembre del 2014

TERMINACION DE PARTO	CON OLIGOHIDRAMNIOS		SIN OLIGOHIDRAMNIOS	
	Nº	%	Nº	%
Vaginal	26	43,33	33	55,00
Cesárea	34	56,67	27	45,00
TOTAL	60	100,00	60	100,00

Fuente: Ficha de recolección de datos

Análisis e interpretación:

En la tabla 11 se muestra la terminación de parto en las gestantes con oligohidramnios de un total de 60 casos (100%), siendo cesárea en el 56,67%(34), y vaginal en el 43,33%(26). En cuanto a las gestantes sin oligohidramnios de un total de 60 casos (100%), siendo vaginal en el 55%(33), cesárea en el 45%(27).

Grafica 11

TERMINACIÓN DE PARTO EN GESTANTES DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES
CARRIÓN – EsSALUD DE TACNA, ENERO A DICIEMBRE DEL 2014

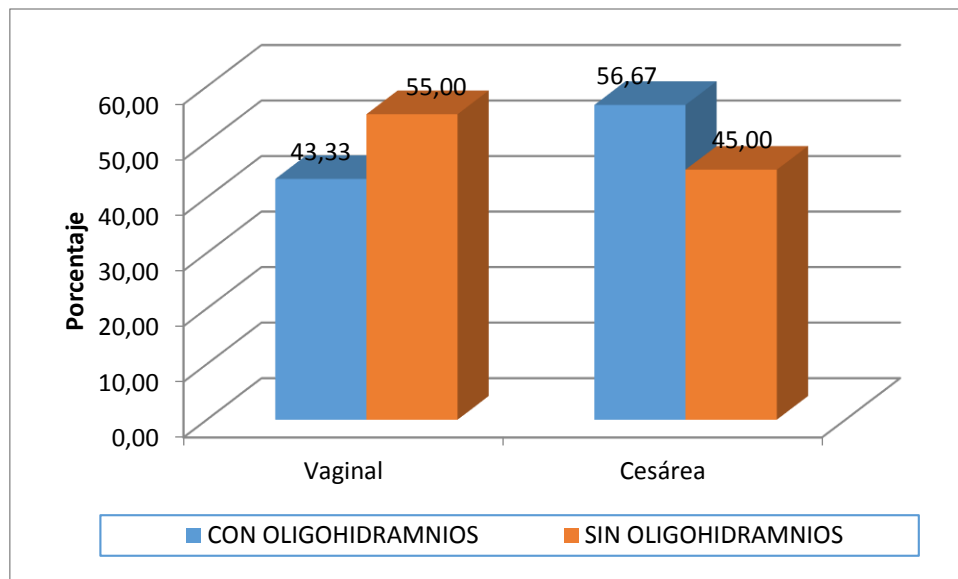


Tabla 12: Patologías maternas en gestantes del Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna, enero a diciembre del 2014

PATOLOGIA MATERNA	CON OLIGOHIDRAMNIOS		SIN OLIGOHIDRAMNIOS	
	Nº	%	Nº	%
Sin Patología	28	46,67	31	51,67
Infección urinaria	14	23,33	13	21,67
Infecciones vaginales	10	16,67	9	15,00
RPM	3	5,00	7	11,67
Preeclampsia	2	3,33	0	0,00
Anemia	1	1,67	2	3,33
Diabetes	0	0,00	0	0,00
HTA	0	0,00	0	0,00
Otro	10	16,67	10	16,67

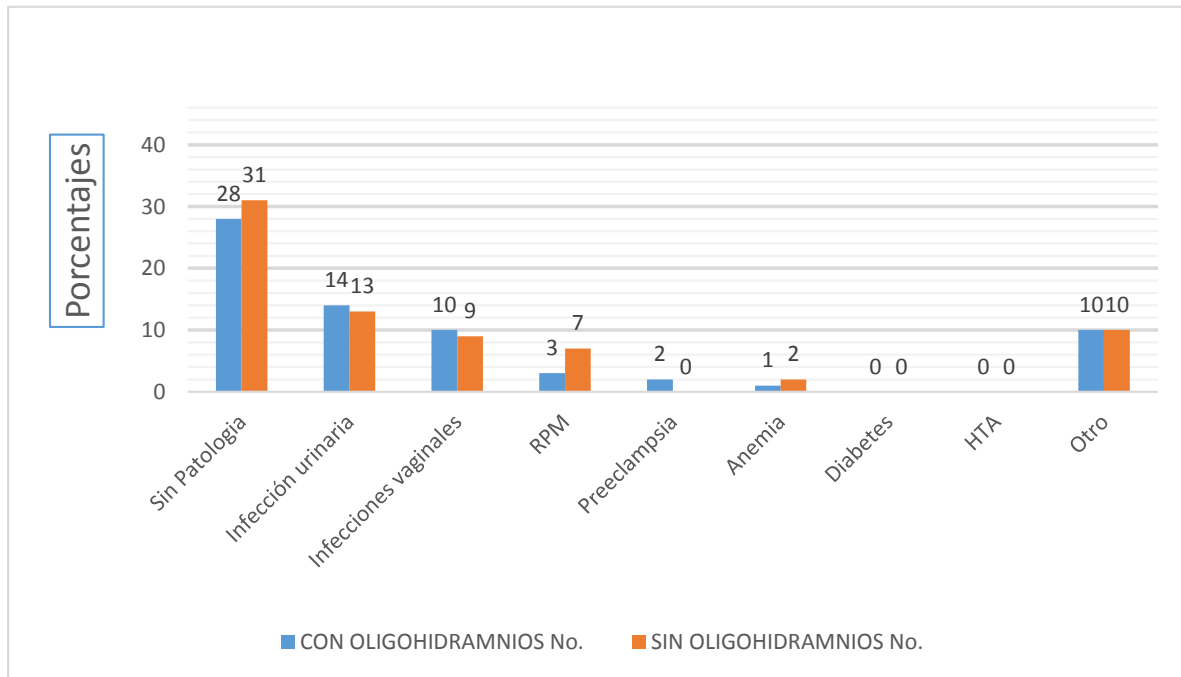
Fuente: Ficha de recolección de datos

Análisis e interpretación:

En la tabla 12 se muestra las patologías maternas en las gestantes con oligohidramnios de un total de 60 casos (100%), sin patología en el 46,67%(28), infección urinaria en el 23,33%(14), infecciones vaginales en el 16,67%(10), RPM en el 5%(3), pre eclampsia en el 3,33%(2), anemia en el 1,67%(1). En cuanto a las gestantes sin oligohidramnios de un total de 60 casos (100%), sin patología en el 51,67%(31), infección urinaria en el 21,67%(13), infecciones vaginales en el 15%(9), RPM en el 11,67%(7), anemia en el 3,33%(2).

Grafica 12

Patologías maternas en gestantes del Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna, enero a diciembre del 2014



CAPITULO VI

DISCUSION

La frecuencia de oligohidramnios presenta considerables variaciones debido a que no se determina con parámetros uniformemente aceptados, los cuales son de carácter subjetivo, debido al método de valoración del mismo y la percepción del operador dependiente.

Mientras en el presente estudio se reporta una frecuencia en oligohidramnios leve en el 51,67%(31), oligohidramnios severo en el 33,33%(20) y oligohidramnios moderado en el 15%(9).Hernández Rodríguez, Maida (Cuba, 2007). En su trabajo “Diagnóstico ecográfico de Oligohidramnios en relación con algunos factores del embarazo y parto” demostró que el 55.1% presenta oligohidramnios severo y 44,9% oligohidramnios moderado que permitieron demostrar que la hipertensión, el asma y el embarazo prolongado y el crecimiento uterino retardado se relacionan más con oligohidramnios severo y que esta influyó en la vía de parto no eutócico.⁵

En cuanto a los antecedentes personales se reporta en el estudio en las gestantes con oligohidramnios de un total de 60 casos (100%) fueron de 25 a 29 años en el 31,67%(19), de 35 años a más en el 30%(18), de 30 a 34 años en el 25%(15), de 20 a 24 años en el 11,67%(7), y menores de 20 años en el 1,67%(1). En el estudio se muestra el grado de instrucción en gestantes con oligohidramnios de un total de 60 casos (100%),de estudios superior universitaria en el 41,67%(25),estudios secundarios en el 40%(24), superior no universitaria en el 18,33%(11).También en los antecedentes obstétricos se reporta la Gesta en las gestantes con oligohidramnios de un total de 60 casos (100%),

Segundigesta en el 43,33%(26), primigestas en el 31,67%(19), y multigesta en el 25%(15). En cuanto a la Paridad en las gestantes con oligohidramnios de un total de 60 casos (100%), siendo nulípara en el 55%(33), primípara en el 31,67%(19), múltipara en el 13,33%(8) En cuanto a las gestantes con oligohidramnios se reportan los controles prenatales de un total de 60 casos (100%), más de 6 atenciones en el 75%(45), de 1 a 6 atenciones en el 25%(15). Y la vía de terminación de parto en las gestantes con oligohidramnios de un total de 60 casos (100%), siendo cesárea en el 56,67%(34), y vaginal en el 43,33%(26).

Mendoza, Nelly Beatriz (Venezuela, 2010) en su trabajo "Oligoamnios y factores de riesgo maternos. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda" se obtuvo como resultados: 65.22% se encontraban entre 15 a 25 años. 71.73% eran de procedencia urbana. 52,17% tenían sobrepeso. 43.47% afirmaron tener una sola pareja. 32,60% tenían antecedentes personales patológicos, siendo el más frecuente el asma bronquial, 50% eran primera gesta, 84.78% tuvieron patologías asociadas al embarazo actual, correspondiendo 64,10% a vaginosis. Solo 21.73% afirmó tener antecedente de Oligoamnios. En relación al control prenatal 95.65% lo cumplió y de estas el 79.54% lo hizo tardíamente, predominando entre 3 y 6 consultas. Finalmente, 60.86% de las pacientes estudiadas que se les diagnosticó Oligoamnios tenían entre 37 a 41 semanas. ⁶

Respecto a las patologías maternas en oligohidramnios se reportó en el presente estudio una muestra de gestantes de un total de 60 casos (100%), sin patología en el 46,67%(28), infección urinaria en el 23,33%(14), infecciones vaginales en el 16,67%(10), RPM en el 5%(3), pre eclampsia en el 3,33%(2), anemia en el 1,67%(1). En cuanto a las gestantes sin oligohidramnios de un total de 60 casos (100%), sin patología en el 51,67%(31), infección urinaria en el 21,67%(13), infecciones vaginales en el 15%(9), RPM en el 11,67%(7), anemia en el 3,33%(2).

Martos Romero, Carel Beanil (Venezuela, 2012) en su estudio "Factores de riesgo relacionados al oligoamnios en el segundo trimestre del embarazo.

Departamento de obstetricia y ginecología. Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”. Se obtuvo los siguientes resultados el promedio de edad del grupo de pacientes con diagnóstico de Oligoamnios fue de $26,76 \pm 16,97$ años, el grado de instrucción fue secundaria tanto incompleta (34,62%) como completa (30,77%). En relación a los antecedentes patológicos, 15,38% tenía antecedente patológico, siendo 100% hipertensión arterial y 75% litiasis renal. Mientras, los antecedentes obstétricos, 50% primera gesta y 5,77% confirmaron control preconcepcional; no obstante, 82,69% se controló el embarazo, 69,77% fueron de menos de 6 consultas y el inicio del control en promedio fue de $12,48 \pm 6,97$ semanas. Igualmente, 34,61% tenían sobrepeso y 25% estaban por debajo de los límites de normalidad. Durante el embarazo actual, 71,15% presentaban patologías, destacándose 62,16% infecciones del tracto urinario. Asimismo, 30,77% contaba con una edad gestacional al momento del diagnóstico mayor de 29 semanas y 82,69%. Se concluye que el oligoamnios es un evento obstétrico que repercute negativamente en el parto y el recién nacido, por lo tanto es crucial el control de los factores de riesgo. ⁷

CAPITULO VII

CONCLUSIONES

La frecuencia de oligohidramnios en el Hospital Daniel Alcides Carrión es de 51,67%; de acuerdo al grado de oligoamnios, hay mayor frecuencia en el oligohidramnios leve.

La mayor parte de las gestantes con oligohidramnios son Segundigesta nulíparas, sin antecedentes de abortos ni cesáreas previas con adecuado número de controles prenatales al momento del parto

Estas pacientes no presentan antecedentes patológicos, y entre las patologías del embarazo actual, las más frecuentes fueron infección urinaria, infecciones vaginales, la ruptura prematura de membranas, pre eclampsia y la anemia.

La vía de culminación del embarazo fue predominantemente por operación cesárea, siendo la mayor parte de estos a término.

En conclusión, está demostrado que el líquido amniótico puede ser alterado por factores infecciosos y no infecciosos, como las anemias, además de la insuficiente ingesta de líquidos, por lo que el control prenatal es fundamental para el buen desarrollo de la gestación, asegurándole al binomio madre-hijo las condiciones necesarias para el mejoramiento del manejo y la conducta de esta afección.

CAPITULO VIII

RECOMENDACIONES

- Sobre promoción de la salud, para disminuir el riesgo en esta etapa, es recomendable antes del embarazo que la mujer se realice un examen completo para descartar la presencia de alguna patología materna en el embarazo.
- Fortalecer las atenciones prenatales para detectar y actuar oportunamente las patologías maternas integrando a la gestante, a la comunidad y al personal de salud.
- Para prevenir las infecciones vaginales es importante la higiene íntima de la mujer, consultar al médico ante cualquier cambio en la zona genital, si la secreción vaginal cambia su olor o color podría ser flujo vaginal, o si se presentan picores irritación o hinchazón en la zona.
- Realizar promoción sobre la importancia de la ingesta adecuada de agua en el embarazo, El agua es beneficiosa para prevenir infecciones urinarias, una de las principales causas de parto prematuro, estreñimiento, una de las molestias en el embarazo, y ayuda a mantener niveles adecuados de líquido amniótico.

Además, al contrario de lo que pueda pensarse, beber agua en abundancia contribuye a prevenir el edema, un hinchazón producida por el exceso de líquido en los tejidos, así como el dolor de cabeza, dos males bastante frecuentes en la mujer embarazada.

CAPITULO IX

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Lyndon M. Hill. Oligohidramnios: Diagnostico ultrasonográfico e implicaciones clínicas. Clínicas de Norteamérica de Ginecología y Obstetricia, Edición. Pennsylvania, Editorial Mc Graw- Hill, 1997 Vol , P. 291- 301.
2. Creasy RK, Resnik R. Maternal- fetal Medicine. 4th Edition, Philadelphia, London, Toronto, Montreal, Sydney, Tokio, W.B Saunders Company, 1999.
3. Ybaseta S, Morales E, Ybaseta S, Morales M. Valoración ultrasonográfica Simplificada de Oligohidramnios e Indicación de cesarea por sufrimiento fetal.Rev. méd.panacea 2011; 1(2).
4. Hernandez R, Trujillo L, Hernandez C. Diagnóstico sonográfico de Oligohidramnios. Relación con algunos factores del embarazo y parto. Revista Cubana Obstetrica Ginecológica 2000; 26(1):15-21(24)
5. HUAMÁN M, SOSA A, PACHECO J. Ecografía en Obstetricia, medicina fetal y ginecología 2D/ Doppler/3D-4D. Lima-Perú. Instituto latino americano de salud reproductiva EPUS; 2009. p. 78.
6. CLEMENT D, SCHIFRIN BS, KATES RB. Acute oligohidramnios in post date pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1987; 157:884–6.
7. Martos Romero, Carel Beanil. Factores de riesgo relacionados al oligohidramnios en el segundo trimestre del embarazo. Departamento de obstetricia y ginecología. Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María

Pineda". [Tesis].2012. . [Consultado: 12 de agosto del 2015] Disponible en:http://bibmed.ucla.edu.ve/cgiwin/be_alex.exe?Acceso=T070000069927/0&Nombred=bmucla&TipoDoc=T

8. Córdova Vicerrel, Teresa de Jesús. En su estudio "Factores perinatales asociados a oligohidramnios en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño - San Bartolomé en el periodo junio 2010 - mayo 2011. Lima 2010.
9. Carlos SM. Rodolfo MC Itzel CR. Evaluación de un método de conducta en el Oligohidramnios Rev. Cubana ObstetGinecol 2000; 26(1):15-2.
10. Gilbert W. Líquido amniótico. Clínicas de Ginecología y Obstetricia, edición, lugar, Editorial Mc Graw-Hill 1997, vol, P. 247.
11. WOLFT F. Oligohydramnios perinatal complications and diseases in mother and child. Geburtshilfe Frauenheilkd Mar. (EEUU) 2000; 54(3):139-43.
12. JÚAREZ G, KARCHMER K. Evaluación del Líquido Amniótico. Instituto Nacional de Perinatología. (México) 1999; 21:25.
13. VERGANI P. Transabdominal Amnioinfusión in Oligohydramnios at term before induction of labor with intact membranes. A randomized clinical trial. Am J Obstet-Gynecol. (EEUU) 1996
14. BALESTENA SÁNCHEZ J, ALMEIDA GARCÍA G, BALESTENA SÁNCHEZ S. "Resultados del Oligohidramnios en el parto y el recién nacido. Análisis caso-control Hospital Universitario "Abel Santamaría Cuadrado" Pinar del Río. Rev. Cubana Obstet Ginecol (Cuba) 2005; 31(1)
15. LAGOS R, ESPINOZA R, ORELLANA J. J. Valoración ultrasonográfica simplificada del líquido amniótico y su asociación con el crecimiento fetal. Basada en Evidencias CIGES, UFRO. (Chile) 2008; 2(3): 12 - 16
16. YARANGA ABREGÚ J. Resultados perinatales en embarazo prolongado con evidencia ultrasonográfica de calcificaciones placentarias y oligohidramnios. Instituto Nacional Materno Perinatal, (Perú) 2006; 19 - 29

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ESCUELA DE POSTGRADO

FACULTAD DE OBSTETRICIA

Nombre y Apellidos:.....Nª Historia clínica.....

I. Antecedentes Personales

Edad:..... Estado Civil: Gº de instrucción:Ocupación:....

II. Antecedentes Obstétricos

G.....P..... Nª de Atenciones Prenatales..... 1er CPN.....semanas

Inicio del CPN: I trimestre () II trimestre () III Trimestre ()

Periodo Intergenésico:Peso antes del embarazo:Talla:

III. Factor Patología Materna

-Sin patología ()

- HTA ()

-Pre eclampsia () Tipo:.....

-RPM ()

-Diabetes ()

-Anemia () Resultado:.....

-ITU ()

-OTRO () ESPECIFIQUE:.....

III. Datos de ecografía

Edad gestacional:..... Diagnóstico de oligohidramnios Si () No ()

Grado (Índice de PHELAN) Leve () Moderado () Severo () ILA:

IV. Via de culminación de parto

Vaginal ()

Cesárea ()

ANEXO 01

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	METODOS
<p>GENERAL:</p> <p>¿Cuáles son los factores maternos presentes en oligohidramnios diagnosticado ecográficamente en el Hospital EsSALUD Daniel Alcides Carrión de Tacna durante enero a diciembre del 2014?</p> <p>ESPECIFICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cuál es la frecuencia de oligohidramnios diagnosticado ecográficamente en el Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital EsSALUD Daniel Alcides Carrión de Tacna durante enero a diciembre del 2014? - ¿Cuáles son los antecedentes personales en las pacientes con 	<p>GENERAL</p> <p>Determinar los factores maternos presentes en oligohidramnios diagnosticado ecográficamente en el Hospital EsSALUD Daniel Alcides Carrión de Tacna durante enero a diciembre del 2014?</p> <p>ESPECIFICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Establecer la frecuencia de oligohidramnios diagnosticado ecográficamente en la unidad de ecografía del servicio de Gineco-obstetricia durante enero a diciembre del 2014 -Conocer los antecedentes personales en las pacientes con oligohidramnios en el hospital 	<p>Por ser un estudio descriptivo, no se consideró la formulación de hipótesis de investigación.</p>	<p><u>Variable 1:</u> oligohidramnios</p> <p><u>Variable 2:</u> factores maternos presentes en oligohidramnios.</p>	<p><u>Población</u></p> <p>La población estuvo conformada por 60 gestantes diagnosticadas ecográficamente con oligohidramnios.</p> <p><u>Muestra</u></p> <p>Se trabajó con la totalidad de los casos. También se tomó muestra comparativa a un grupo de 60 gestantes que no presentaron oligohidramnios.</p>

<p>oligohidramnios en Hospital EsSALUD Daniel Alcides Carrión de Tacna durante enero a diciembre del 2014?</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cuál es el perfil obstétrico en las pacientes con oligohidramnios en Hospital EsSALUD Daniel Alcides Carrión de Tacna durante enero a diciembre del 2014? - ¿Cuáles son las patologías maternas en las pacientes con oligohidramnios en el Hospital EsSALUD Daniel Alcides Carrión de Tacna durante enero a diciembre del 2014? 	<p>EsSALUD Daniel Alcides Carrión de Tacna durante enero a diciembre del 2014.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Identificar el perfil obstétrico en las pacientes con oligohidramnios en el hospital EsSALUD Daniel Alcides Carrión de Tacna durante enero a diciembre del 2014. -Conocer las patologías maternas durante el embarazo en pacientes con oligohidramnios diagnosticado ecográficamente en el Hospital EsSALUD Daniel Alcides Carrión de Tacna durante enero a diciembre del 2014. 			<p><u>Tipo de investigación</u></p> <p>Descriptivo; de corte transversal; retrospectivo.</p> <p><u>Diseño</u></p> <p>Es una investigación no experimental en su modalidad descriptiva simple.</p> <p><u>Instrumentos</u></p> <p>Ficha de recolección de datos.</p>
--	--	--	--	---

AUTORIZACIÓN DEL HOSPITAL DAC ESSALUD-TACNA

CONSTANCIA

Sr.: DIRECTOR DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRION

DR. JORGE LOPEZ CLAROS



EL que suscribe deja constancia que la LIC. MARITA ILLANES HUANACUNI, quien viene realizando su trabajo de tesis denominada "FACTORES MATERNOS EN OLIGOHIDRAMNIOS DIAGNOSTICADO ECOGRAFICAMENTE EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRION DE TACNA, ENERO A DICIEMBRE 2014", para optar el titulo de SEGUNDA ESPECIALIDAD EN MONITOREO FETAL Y DIAGNOSTICO DE IMAGENES EN OBSTETRICIA, a traves de vuestra universidad Hermilio Valdizan de Huanuco, tiene autorizacion de la jefatura del Hospital Daniel Alcides Carrion para la recoleccion de datos de enero a diciembre del 2014, los que deberan ser utilizados segun criterios eticos para fines estrictamente de investigacion cientifica.
se expide constancia, a solicitud de la interesada para los fines que crea conveniente.

Tacna, 02 de Setiembre del 2015

PRU: 4611

Atentamente

<input checked="" type="checkbox"/> EVALUACIÓN INFORME	<input type="checkbox"/> CUMPLIMIENTO
<input checked="" type="checkbox"/> CUMPLIMIENTO Y FINES	<input type="checkbox"/> OPINIÓN
<input checked="" type="checkbox"/> PROYECTAR RESPUESTA	<input type="checkbox"/> SEGUIMIENTO
<input checked="" type="checkbox"/> PROYECTAR RESOLUCIÓN	<input type="checkbox"/> AGENDAR
<input checked="" type="checkbox"/> REGISTRO	<input type="checkbox"/> ARCHIVO

LIC. MARITA ILLANES HUANACUNI SEGUN LO NORMADO
DOCUMENTO / EXPEDIENTE COMPLETO
OBSTETRIA PONDERRAL AREA - TOTAL PUNOS: (2)
C.O.P 24716

Tacna 2 de Setiembre del 2015

NIT: 1283-2015 - 1383

DR. JORGE LOPEZ CLAROS
GERENTE
Red Asistencial Tacna
Essalud

NOTA BIOGRÁFICA

DATOS GENERALES:

Apellidos y nombres: ILLANES HUANACUNI MARITA INES

DNI: 40912047

Fecha de nacimiento: 11 DE ABRIL 1981

Teléfono/celular: 999 686844

Correo electrónico: alanis_147@hotmail.com

ESTUDIOS:

Primaria: I.E. "Luis Banchero Rossi" – Tacna (1988-1993).

Secundaria: I.E. Parroquial San Martín de Porres- Tacna (1994-1998)

Superior: universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann- Tacna (2002-2007)

Segunda especialidad: CENCA SALUD-Universidad Hermilio Valdizan- Huánuco (2012-2014)

GRADOS Y TÍTULOS:

Grado de Bachiller en Obstetricia. Universidad nacional Jorge Basadre Grohmann – Tacna ,21 de julio del 2008.

Título Profesional Licenciada en Obstetricia de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann –Tacna ,12 de diciembre del 2008.

OTROS ESTUDIOS:

- **CURSO "ASEGURAMIENTO UNIVERSAL-SEGURO INTEGRAL DE SALUD-SEGUROS PRIVADOS, SUS PROCESOS OPERATIVOS Y NORMATIVOS Y EL NUEVO APLICATIVO INFORMATICO"**

Tacna, 09,10 y 11 de Mayo del 2015, con un total de 34 horas académicas y un valor de 02 créditos.

- **CURSO "IMPACTO DE LAS VACUNAS E INMUNIZACION EN EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO HUMANO"**

Tacna, 11,12 y 13 de Diciembre del 2014, con un total de 34 horas académicas y un valor de 02 créditos.

- **CURSO "ATENCION INTEGRAL DE LA GESTANTE BASADO EN LAS NUEVAS REFORMAS DE SALUD MAIS-BFC"**

Tacna, 25, 26,30 y 31 de Octubre del 2014, con un total de 51 horas académicas y un valor de 03 créditos.

- **DIPLOMADO "ATENCION INTEGRAL DE SALUD DE LA FAMILIA Y COMUNIDAD EN EL MARCO DE LA REFORMA DE SALUD"**

Tacna, Noviembre 2013 hasta Agosto del 2014, con un total de 700 horas académicas y un valor de 30 créditos.

- **CURSO "ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL PREVENCION Y CONTROL DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL, VIH Y SIDA"**

Tacna, 20 al 22 de Diciembre del 2013, con duración de 50 horas académicas, equivalente a 2.5 créditos.

- **DIPLOMADO "PROMOCION DE LA SALUD EN LA ETAPA DEL CLIMATERIO"**

Tacna, 09 de Noviembre al 20 de Diciembre 2013, habiendo desarrollado 288 horas académicas de un total de 6 módulos equivalente a 10.2 créditos.

- **DIPLOMADO "ATENCION DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS"**

Tacna, Abril a Octubre del 2013, habiendo desarrollado 490 horas académicas de un total de 7 módulos equivalente a 29 Créditos.

- **CURSO "ACTUALIZACION EN EPIDEMIOLOGIA Y VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA"**

Tacna, 18 al 20 de Octubre del 2013, con duración de 50 horas académicas y 2.5 créditos.

- **CURSO "ATENCION PRE NATAL REENFOCADA"**

Tacna, 26 y 27 de julio del 2013, con 13 horas académicas y 0.5 créditos.

- **DIPLOMADO "PREVENCION SECUNDARIA EN CANCER DE CUELLO UTERINO BASADO EN IVVA – CRIOTERAPIA"**

Tacna, 23 de Febrero al 28 de Abril del 2013, habiendo desarrollado 174 horas académicas de un total de tres módulos equivalente a 8 Créditos.

- **CURSO "ACTUALIZACION EN ATENCION DE EMERGENCIAS OBSTETRICAS BASADAS EN COMPETENCIAS"**

Tacna, 14 al 16 de Diciembre 2012, con un total de 34 horas académicas y valor de 02 Créditos.

- **CURSO TALLER "ACTUALIZACION EN ATENCION DEL RECIEN NACIDO Y LA REANIMACION NEONATAL OPORTUNA "**
Tacna, 28,29 y 30 Setiembre del 2012, con un total de 34 horas académicas y valor de 02 Créditos.

- **CURSO "INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL Y VIH/ SIDA" (MINISTERIO DE SALUD)**
Tacna, 04 y 05 de Mayo del 2012, con un total de 60 horas académicas y un valor de 03 Créditos.

- **CURSO DE CAPACITACIÓN "NUEVAS FORMAS DE CRIBADO EN LESIONES DE CUELLO UTERINO"** realizado en la CLINICA AMERICANA- ONCOCENTRO DE TACNA
Tacna, 12 de Mayo del 2012.

- **CURSO DE" COMPUTACION E INFORMATICA"** realizado en la Universidad Privada TELESUP.
Lima, 28 de Abril del 2010 con un total de 480 horas de clase.

CENTRO/S LABORAL/ES ACTUAL/ES – CARGO/S:

Minsa-Centro de Salud de Ite, desde el 16 de octubre del 2015.

Obstetra Rural asistencial