

“UNIVERSIDAD NACIONAL “HERMILIO VALDIZÁN”

ESCUELA DE POSTGRADO

FACULTAD DE OBSTETRICIA



TESIS

=====

**FACTORES MATERNOS EN OLIGOHIDRAMNIOS
DIAGNÓSTICADO ECOGRÁFICAMENTE EN EL**

HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA,

NOVIEMBRE 2013 - OCTUBRE 2014

=====

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

TESISTA: LIC. SARAVIA CORONEL, DELIA MERCEDES

ASESORA: MG. CASTAÑEDA EUGENIO, NANCY ELIZABETH

HUÁNUCO-PERÚ

2015

DEDICATORIA

A Dios porque a pesar de la adversidad me dio la confianza y perseverancia para alcanzar mis proyectos.

Delia Mercedes

AGRADECIMIENTOS

A mis queridos padres, porque son mi fortaleza de cada día y por el apoyo brindado en mi especialidad.

A los docentes de la Segunda Especialidad de Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia por los conocimientos brindados.

INDICE

	Pág.
DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTOS.....	iii
RESUMEN.....	iv
SUMMARY.....	v
INTRODUCCION.....	vi
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA	1
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	2
1.2.1 GENERAL	3
1.2.2 ESPECÍFICOS	
1.3 OBJETIVOS	
1.3.1 GENERAL	
1.3.2 ESPECÍFICOS	
1.4 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA	4
1.5 LIMITACIONES	
II. MARCO TEORICO	5
2.1 ANTECEDENTES	
2.1.1 INTERNACIONALES	
2.1.2 NACIONALES	
2.1.3 LOCALES	
2.2 BASES TEÓRICAS	8
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS	16
III. ASPECTOS OPERACIONALES	17
3.1 HIPÓTESIS	
3.2 SISTEMA DE VARIABLES, DIMENSIONES E INDICADORES	
IV. MARCO METODOLOGICO	20
4.1 DIMENSIÓN ESPACIAL Y TEMPORAL	
4.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN	
4.3 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	
4.4 DETERMINACIÓN DEL UNIVERSO/POBLACIÓN	21
4.5 SELECCIÓN DE LA MUESTRA	
4.6 FUENTES, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	

4.7	TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO, ANÁLISIS DE DATOS Y PRESENTACIÓN DE DATOS	22
V.	RESULTADOS	24
	5.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	
VI.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS	50
VII.	CONCLUSIONES	54
VIII.	RECOMENDACIONES	55
IX.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	56
	ANEXOS	59

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores maternos en oligohidramnios diagnosticado ecográficamente en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna.

Material y Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y trasversal. Se estudió a 60 gestantes con diagnóstico de oligohidramnios por ecografía. Las que están sujetas a criterios de inclusión y exclusión. Se procedió a vaciar los datos en una hoja de cálculo; luego del análisis de los resultados, se presentaron en tablas y gráficas para su análisis e interpretación respectiva. Se realizó probabilidad estadística mediante el software Microsoft Word y Microsoft Excell para Windows 2010.

Resultados: Del total de las pacientes estudiadas se evidenció que el mayor tipo de oligohidramnios fue el moderado con 53.3%, a un 35% corresponde a las edades entre 20 a 24 años, el estado civil presento 51.7%, conviviente; el grado de instrucción materna, en su mayoría lo presento el nivel secundario con un 83.3%; el 56.7% fue nulípara, el 61.7% tuvo más de 6 atenciones prenatales, sin embargo solo el 36.7% tuvo una atención prenatal precoz; el 63% tenía sobrepeso; de las gestantes con oligohidramnios el 68.8%, presento patología durante el embarazo; la patología de mayor frecuencia fue la anemia con un 37.93%, infección de vías urinarias con un 36.21% y rotura prematura de membranas en un 18.97%; la edad gestacional de mayor frecuencia con oligohidramnios es del 25.2%(42) corresponde a 37 a 40 semanas.

Palabras claves: Factores maternos, oligohidramnios.

SUMMARY

Objective: To determine the maternal factors in oligohydramnios diagnosed sonographically in Hospital Hipólito Unánue of Tacna.

Material and method: Descriptive, retrospective and cross-sectional study. We studied 60 pregnant women diagnosed with oligohydramnios by ultrasound. Which they are subject to inclusion and exclusion criteria It is proceeded to clear the data in a spreadsheet; following the analysis of the results were presented in graphs and tables to its respective analysis and interpretation. Statistical probability is carried out using the software Microsoft Word and Microsoft Excel for Windows 2010.

Result: Of all the patients studied was shown that the largest type of oligohydramnios was moderate with 53.3% to 35% are between the ages of 20-24 years, 51.7% presented marital status, partner; the level of maternal education, mostly at the secondary level presented a 83.3%; 50% were nulliparous, 61.7% had more than 6 prenatal care, but only 36.7% had early prenatal care; 63% were overweight; of pregnant women with oligohydramnios 68.8%, presented pathology during pregnancy; most frequent pathology was anemia with a 37.93%, urinary tract infection with a 36.21% and premature rupture of membranes in 18.97%; Gestational age is most often oligohidramnios 25.2% (42) corresponding to 37-40 weeks.

Key words: Maternal factors, oligohydramnios.

INTRODUCCION

El líquido amniótico cumple un papel importante en el desarrollo y bienestar del feto, siendo su función actuar como reservorio constituyendo una fuente de líquidos y nutrientes para el feto. Se requieren al menos cantidades moderadas de este líquido para que el sistema musculo-esquelético fetal se desarrolle normalmente así como para el desarrollo del tubo digestivo y maduración de los pulmones. El estudio de líquido amniótico tiene una gran importancia en la medicina perinatal, permitiéndonos valorar el estado fetal, dicha valoración por ecografía, durante la gestación ha demostrado ser un buen parámetro de tamizaje .

El Oligohidramnios es la disminución patológica del líquido amniótico para determinada edad gestacional, considerándose así cuando el volumen de líquido amniótico es inferior a 500 ml.

Según diversos estudios a nivel internacional la problemática de esta entidad es mundial y los costos hospitalarios de forma general se elevan por la terapéutica y la propia conducta definitiva.¹ Mientras que en el Perú; el oligohidramnios oscila entre 0.4 y 5.5%.²

Según el registro del libro de ecografía del Servicio de Gineco-obstetricia en el hospital Hipólito Unanue de Tacna, los casos de Oligohidramnios han ido en aumento, el año 2012 con 37 casos, el 2013 con 33 casos y el 2014 con 54 casos.

Teniendo en cuenta que la ecografía es el método semi-cuantitativo no invasivo más utilizado y rutinario para la detección de alteraciones de líquido amniótico, que forma parte de los parámetros en la ecografía de control en las gestantes; por ello permite un adecuado diagnóstico precoz, control y manejo oportuno. La determinación objetiva en un examen ultrasonográfico del índice del líquido amniótico se efectúa utilizando como criterio la suma de las columnas máximas libres de feto y cordón de los 4 cuadrantes referidos en centímetros y se puede expresar con o sin unidades.

El presente trabajo pretende determinar los factores maternos presentes en gestantes diagnosticadas ecográficamente con oligohidramnios; brindar un aporte y conocimiento de la situación de esta morbilidad que al conocerla ampliamente podríamos realizar la detección precoz y oportuna en favor de la salud materno-perinatal.

Se ha dividido en 9 capítulos: el capítulo I se refiere al planteamiento del problema, el capítulo II se refiere al marco teórico, el capítulo III se refiere a los aspectos operacionales, el capítulo IV se refiere al marco metodológico, el capítulo V se refiere a los resultados, el capítulo VI se refiere la discusión de resultados, el capítulo VII se refiere las conclusiones, el capítulo VIII se refiere la recomendaciones, y finalmente; el capítulo IX se refiere a las referencias bibliográficas.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Fundamentación del Problema:

El oligohidramnios es sin duda un factor predictivo de un daño reversible o irreversible en el producto de la concepción, las causas de este padecimiento son múltiples, tales como la hipovolemia, ingestión de medicamentos, hipertensión inducida por el embarazo, ruptura de membranas, anomalías fetales, etc.³

El oligohidramnios se ha asociado a un incremento de la morbilidad y mortalidad perinatal a cualquier edad gestacional.⁴

Según diversos estudios la tasa de incidencia de oligohidramnios oscila entre 0.4 y 5.5.% de los embarazos,² las tasa de mortalidad fetal por oligoamnios 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.⁵

El oligohidramnios es diagnosticado por procedimientos ultrasonográficos adecuados, por lo que se hace evidente la importancia de estas evaluaciones en el control prenatal y en el anteparto.⁶

Según el departamento de estadística de emergencia y cuidados críticos en el año 2013 el Hospital Hipólito Unanue de Tacna y el servicio de Gineco-obstetricia realizaron 28574 y 5818 atenciones, respectivamente. Así mismo, la Unidad de ecografía en Gineco-obstetricia realiza aproximadamente 15 ecografías al día, identificándose diferentes patologías como son: aborto incompleto, embarazo ectópico, óbito fetal, oligohidramnios, polihidramnios, retención de restos, entre otros.

Por lo tanto, evaluar los factores de riesgo maternos en oligohidramnios diagnosticados ecográficamente en este hospital implica un problema de investigación, pues no existe un estudio documentado en nuestra localidad.

1.2 Formulación del problema de investigación

1.2.1 General:

- ¿Cuáles son los factores maternos en oligohidramnios diagnosticado ecográficamente en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo comprendido entre Noviembre 2013 y Octubre 2014?

1.2.2 Específicos:

- ¿Cuál es la frecuencia de oligohidramnios según el tipo de oligohidramnios diagnosticado ecográficamente en la unidad de Ecografía del Servicio de Gineco-obstetricia comprendido entre Noviembre 2013 y Octubre 2014?
- ¿Cuáles son los factores maternos presentes en la etapa preconcepciones según edad, estado civil, grado de instrucción y Paridad en gestantes con oligohidramnios diagnosticadas por ecografía en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna comprendido entre Noviembre 2013 y Octubre 2014?
- ¿Cuáles son los factores maternos en oligohidramnios presentes durante el embarazo según índice de masa corporal, número de atención prenatal, inicio de atención prenatal, edad gestacional, patología materna y culminación de embarazo en gestantes con oligohidramnios diagnosticados ecográficamente en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna comprendido entre Noviembre 2013 y Octubre 2014?

1.3 Objetivos:

1.3.1 Objetivo General:

- Analizar los factores maternos en oligohidramnios diagnosticado ecográficamente en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo comprendido entre Noviembre 2013 y Octubre 2014.

1.3.2 Objetivos Específicos:

- Identificar la frecuencia de oligohidramnios según el tipo de oligohidramnios diagnosticado ecográficamente en la unidad de ecografía del servicio de Gineco-obstetricia.
- Determinar los factores maternos en la etapa preconcepcional según edad, estado civil, grado de instrucción y paridad en gestantes diagnosticados ecográficamente con oligohidramnios en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna.
- Determinar los factores maternos en oligohidramnios presentes durante el embarazo según índice de masa corporal, número de atención prenatal, inicio de atención prenatal, edad gestacional, patología materna, y culminación de embarazo en gestantes diagnosticadas ecográficamente en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

1.4 Justificación e importancia

La mayoría de gestantes de Tacna son atendidas en el Hospital Hipólito Unanue, que cuenta con una Unidad de ecografía en el servicio de Gineco-obstetricia, con lo que es posible detectar alteraciones del líquido amniótico y de esta manera tomar una decisión oportuna, ya sea interrumpiendo el embarazo o postergándolo; con la finalidad de obtener de un producto en buenas condiciones.

Sin embargo, continúa la alta prevalencia de oligohidramnios en dicho nosocomio, ocasionando complicaciones perinatales y aumentando el índice de cesáreas.

Por lo antes expuesto, se pretende determinar los factores maternos en Oligohidramnios y poder incidir en dicha problemática, planteando estrategias de intervención que ayuden a reducir la tasa de mortalidad perinatal.

1.5 Limitaciones

Durante la recolección de datos se encontraron historias clínicas con datos incompletos que dificultaron la investigación.

Por otro lado, el trámite administrativo para acceder a la información retrasó el recojo de información requerida.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes:

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.⁷

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. 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.⁸

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.⁹

Romero Díaz, Carlos (Cuba, 2006). En su trabajo: Oligoamnios: epidemiología de un grave problema de la obstetricia moderna. Los principales factores de riesgo fueron: el bajo peso al inicio de la gravidez (OR=16,7 y RAP=58,9%), el crecimiento intrauterino retardado (OR=5,5 y RAP=49,9%) y el embarazo prolongado (OR=3,8 y RAP=43,9); la insuficiente ganancia de peso y la senectud placentaria sólo estuvieron presentes en el grupo de control. El oligoamnios. El 47,2% de las gestantes terminaron la gestación por cesárea primitiva y el sufrimiento fetal agudo fue la principal causa. El CIUR estuvo involucrado en gran medida con el oligoamnios y la asfixia severa recuperada fue dos veces más frecuente en

las gestantes con ILA < 2,5 percentil; la no recuperada resultó ser causa de mortalidad neonatal en nuestra serie. No hubo muerte materna.²⁵

Amador de Varona, Caridad (Cuba, 2012) En su estudio: "Oligohidramnios: medidor de salud fetal", por años aumentó el número de inducciones, prevaleció el parto eutócico con 2 454, de un total de 4 199 inducciones pero el parto distócico en este tipo de comienzo del parto fue de 1 745 para un 41, 5 %. La edad más frecuente fue entre 20 y 30 años, lo cual se corresponde con la edad con que paren con mayor incidencia las mujeres en el país, la cesárea primitiva fue la más frecuente en el estudio con 293 pacientes, la inducción como forma de comienzo del parto por ser portadoras de un oligohidramnios severo.¹⁰

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 pre eclampsia. 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 Pre eclampsia y uno de los resultados perinatales más frecuentes en los recién nacidos fue de Asfixia.¹¹

2.1.3 Locales:

No se encontró trabajos de investigación local.

2.2 Bases teóricas:

Líquido amniótico:

El líquido amniótico cumple funciones sumamente importantes durante la gestación, dentro de estas son protección, crecimiento y desarrollo del producto del embarazo para llevarlo a término.¹²

Además sabemos que el volumen de líquido amniótico en cualquier momento representa el equilibrio de las estructuras que producen o permiten su paso hacia la cavidad amniótica, por lo que su alteración en este caso disminución en cualquier edad gestacional antes del término, aumenta de forma importante el índice de morbilidad fetal y con ello sus complicaciones.⁷

Al inicio de la gestación el corion sirve como filtro molecular, durante la etapa embrionaria hay poca contribución embrionaria. Hacia la segunda mitad del embarazo, las principales fuentes productoras de líquido amniótico son los pulmones y riñones fetales, siendo el tracto gastrointestinal (absorción) y sangre fetal (perfusión placentaria) son las fuentes primarias de eliminación, en el segundo y tercer trimestre la orina fetal juega un papel muy importante en la formación del mismo.

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, pirúvico, cetoglutárico y cítrico, hormonas, enzimas, lípidos, fosfolípidos, así como proteínas.¹³

Durante el embarazo el líquido amniótico cumple varias funciones importantes en el desarrollo del feto, tales como: protección contra traumatismos, tiene propiedades antibacterianas para combatir infecciones y finalmente constituye una fuente de nutrientes para el feto. Además el líquido amniótico permite el desarrollo adecuado del sistema músculo esquelético fetal, del tubo digestivo y la maduración y desarrollo pulmonar.⁷ Pueden 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.¹⁴

Chauhan et al, en un meta-análisis de 18 artículos describen 10.551 pacientes y demuestran que un ILA < 5 se asocia con un aumento significativo en el número de cesáreas por riesgo de pérdida de bienestar fetal y una puntuación baja en el test de Apgar a los 5 minutos.³

OLIGOHIDRAMNIOS

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.³

Clasificación:

Se define como la disminución de líquido amniótico.

- Oligohidramnios leve: disminución de la cantidad de líquido amniótico hasta los 500 ml o un ILA de 5 a 8 cm.
- Oligohidramnios moderado: Si el volumen es menor de 100ml o un ILA de 3 a 5 cm.
- Oligohidramnios severo: disminución de la cantidad de líquido amniótico hasta los 500 ml o un ILA menor de 2 cm.

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 %.³

Cuadro No 1

TECNICA	DEFINICION	REFERENCIA
Dilución de colorante	200 ml	Horsager y col.
Dilución de colorante	500 ml	Magann y col
12 estudios de cuantificación directa o lución	318 ml	Brace y Wolf

de colorante	D	Mercer y col
Ultrasonografía	e	< 0.5 cm.
O		Manning y col
Ultrasonografía	Cúmulo vertical único	< 1.0 cm.
		Halperin y col < 3.0 cm.
Ultrasonografía	Cúmulo vertical único	Crowley y col
		Magann y col (vertical x horizontal)
Ultrasonografía	Cúmulo vertical único	< 15.0 cm
		Moore por abajo del quinto percentil para la edad gestacional.
Ultrasonografía	Cúmulo en dos diámetros	Phelan < 5.0 cm.
	Índice de líquido amniótico	
Ultrasonografía		Dizon- Townson
		< 7.0 cm.
Ultrasonografía	Índice de líquido amniótico	Jeng y col
		< 8.0 cm
Ultrasonografía	Índice de líquido amniótico	
	Índice de líquido amniótico	

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 túbulos renales y anuria.

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 anomalías 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. ¹⁵

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:

Según el momento en que más precozmente pueden llegar a ser identificados, los factores maternos se clasifican en preconceptionales y del embarazo.

En los factores Preconceptionales debe investigarse la evaluación nutricional previa al embarazo y de los antecedentes de tabaquismo y alcoholismo, ya que influyen en el crecimiento y desarrollo del feto en la gestación.

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

Entre los factores en el embarazo están la edad precoz, multiparidad, intervalo intergenésico corto y carencia de control prenatal.

Ciertas enfermedades del embarazo alteran el líquido amniótico en el embarazo como son: Anemia, infección de vías urinarias, 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, Infección ovular, 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 pos madurez.

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, abruptio 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.

Presentación viciosa: Su aparición se debe a factores ovulares, fetales y maternos. Sus efectos en cuanto a mortalidad y morbilidad fetal varían de acuerdo al tipo de asistencia obstétrica. En las presentaciones distócicas la morbimortalidad perinatal está aumentada y se encuentra relacionada con los siguientes factores: mayor número de nacidos prematuros, mayor incidencia de fetos y recién nacidos con peso inferior al esperado para la edad gestacional, mayor número de patologías placentarias y funiculares, mayor dificultad de control del feto durante el parto, modo de terminación del parto y traumatismo fetal.

Trabajo de parto prolongado: La prolongación del parto conduce a deshidratación y acidosis de la madre, la infección ovular ascendente es otra de las consecuencias de la prolongación del parto. La morbimortalidad fetal aumenta por la frecuencia con que se produce el sufrimiento fetal y por el número y tipo de intervenciones que deben practicarse. En los casos

de sufrimiento fetal grave y de desproporción pelvi fetal, el mayor riesgo para el feto es la hemorragia cerebral hipóxica, traumática o mixta.¹⁶

2.3 Definición de términos básicos:

- Oligohidramnios: Volumen de más de 2 desviaciones estándar por debajo de la media para la edad gestacional.³
- Oligohidramnios leve: Disminución de la cantidad de líquido amniótico hasta los 500 ml o un ILA de 5 a 8 cm.
- Oligohidramnios moderado: Si el volumen es menor de 100ml o un ILA menor de 5 cm.
- Oligohidramnios severo: Disminución de la cantidad de líquido amniótico hasta los 100 ml o un ILA menor de 2 cm.
- Factor materno: Evento o circunstancia que predispone una patología.
- Muerte perinatal: Muerte fetal o neonatal que ocurre durante el embarazo tardío (a las 20 semanas completas de edad gestacional o más tarde), durante el nacimiento, o hasta completados los siete días después del nacimiento.¹⁷
- Paridad: Se refiere al número de embarazos, un producto mayor de 20 semanas, con un peso mayor de 500 grs.
- Edad gestacional: Duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación hasta un momento determinado.
- Atención prenatal: Es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto que realiza el personal de salud destinadas a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal.¹⁸
- Edad materna: Tiempo transcurrido a partir del nacimiento materno hasta la fecha registrada en la historia clínica.
- Periodo intergenésico: Es el tiempo que transcurre en meses entre la culminación de un embarazo y la concepción del siguiente.

III. ASPECTOS OPERACIONALES

3.1. Hipótesis:

Por tratarse de una investigación descriptiva no se formuló hipótesis.

3.2. Variables:

Variable 1: Oligohidramnios

Variable 2: Factores maternos

3.3. 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 <5 cm <2 cm
Factores Preconcepcionales :	Presencia de factores identificados antes del embarazo.	Cuantitativa Cuantitativa	Identificación de características maternas según edad, estado civil, grado de instrucción y Paridad,	-Edad Estado civil -Grado de instrucción. -Paridad	Ordinal Nominal Ordinal Ordinal	10-15 16-19 20-34 35 a + Soletera Conviviente Casada Analfabeto Primaria Secundaria Superior Superior no universitario 0 1-3 4 a+

Factores durante el embarazo	Presencia de factores identificado durante la gestación.	Cuantitativa	Identificación de características maternas según Índice de masa corporal, numero de atención prenatal, Inicio de atención prenatal, edad gestacional, patología materna y vía de culminación del embarazo.	Índice de masa corporal	Ordinal	< 18 18-24 >24
		Cualitativa		-Control prenatal	Ordinal	0 1-5 6 a +
		Cuantitativa		-1er control prenatal	Ordinal	1 2 3
		Cualitativa		-Anemia	Nominal	Si No
		Cualitativa		-RPM	Nominal	Si No
		Cualitativa		-Preeclamsia	Nominal	Si No
		Cualitativa		-Infección urinaria	Nominal	Si No
		Cualitativa		-Diabetes	Nominal	Si No

IV. MARCO METODOLÓGICO

4.1. Dimensión Espacial y temporal:

El presente trabajo de investigación se llevó a cabo en la unidad de ecografía del Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. La recolección de datos se realizó la tercera semana de agosto en donde se recabó la información correspondiente a Noviembre 2013 a Octubre 2014.

4.2. Tipo de investigación:

Descriptiva, porque solo busca describir las características del objeto de la investigación; retrospectivo, porque los datos son secundarios donde el investigador no ha participado y de corte transversal, porque todas las variables han sido medidas en una sola ocasión.

4.3. Diseño de investigación:

No experimental en su modalidad descriptiva simple. Cuya fórmula es:

M \longrightarrow O

Donde:

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 Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo comprendido entre Noviembre 2013 y Octubre 2014, siendo un total de 60 pacientes.

Criterios de inclusión:

- Gestantes con diagnóstico de oligohidramnios detectado en la institución, determinado por el índice de líquido amniótico.
- Historias clínicas de gestantes con edad gestacional mayor o igual a 20 semanas.

Criterios de exclusión:

- Gestantes con ecografías extra institucionales.
- Historias clínicas de gestantes con menos de 20 semanas.

4.5. Selección de la muestra:

Por ser una población pequeña se trabajó con la totalidad de los casos. La muestra estuvo representada por todas las gestantes a quienes se les realizó la ecografía en la unidad de Monitoreo Fetal del Servicio de Gineco-obstetricia y cuyo diagnóstico fue oligohidramnios, siendo un total de 60 pacientes.

4.6. Fuentes, Técnicas e instrumentos de recolección de datos:

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 el sistema informático 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 Nacional Hipólito Unanue.

Se identificó el total de pacientes con oligohidramnios diagnosticados ecográficamente en dicha institución en el periodo comprendido entre noviembre 2013 a Noviembre 2004.

De todas las pacientes seleccionadas en el estudio se obtuvo los datos sociodemográficos y clínicos de sus historias clínicas perinatales. Se procedió al control de calidad de las fichas, las que no contaron con los datos completos fueron eliminados.

Se procedió a vaciar los datos en una hoja de cálculo; luego del análisis los resultados se presentaron en tablas y gráficas para su análisis e interpretación respectiva.

4.7.1. Plan de tabulación y análisis de datos:

- Entrevista a expertos: ginecólogos del Servicio de obstetricia.
- Solicitud de autorización al hospital Hipólito Unanue del servicio de Obstetricia.
- Revisión sistemática y exhaustiva por parte de los recolectores del procesamiento de datos, vaciamiento y sistematización para la obtención de resultados.
- Interpretación y análisis de los datos obtenidos.
- Elaboración del informe final.

V. RESULTADOS

5.1 Presentación de resultados

TABLA 1

GESTANTES DIAGNOSTICADAS CON OLIGOHIDRAMNIOS SEGÚN TIPO DE OLIGOHIDRAMNIOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, NOVIEMBRE 2013-OCTUBRE 2014

TIPO DE OLIGOHIDRAMNIOS	f	%
Severo	18	30.0
Moderado	32	53.3
Leve	10	16.7
Total	60	100.0

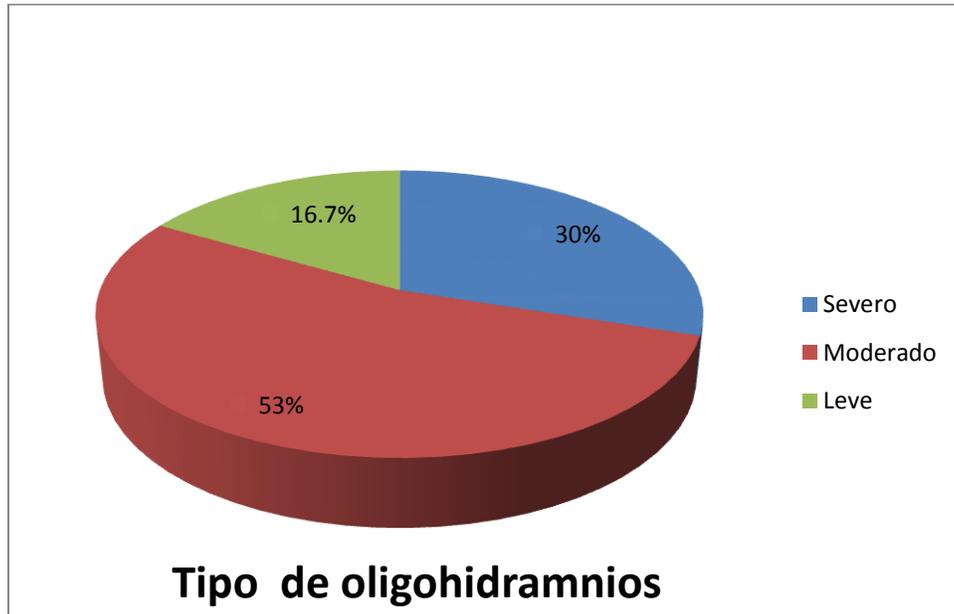
Fuente: ficha de recolección de datos.

Análisis e interpretación:

En la Tabla 1 se observa que del 100% de gestantes en estudio (60) el 53%(32) presenta oligohidramnios moderado, el 30% severo y el 16.7% leve.

GRAFICO 1

GESTANTES DIAGNOSTICADAS CON OLIGOHIDRAMNIOS SEGÚN TIPO DE OLIGOHIDRAMNIOS



Fuente: Tabla 1

TABLA 2

EDAD EN GESTANTES DIAGNOSTICADAS CON OLIGOHIDRAMNIOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, NOVIEMBRE 2013-OCTUBRE 2014

EDAD(años)	f	%
15-19	9	15.0
20-24	21	35.0
25-29	12	20.0
30-34	13	21.7
>35	5	8.3
	60	100.0

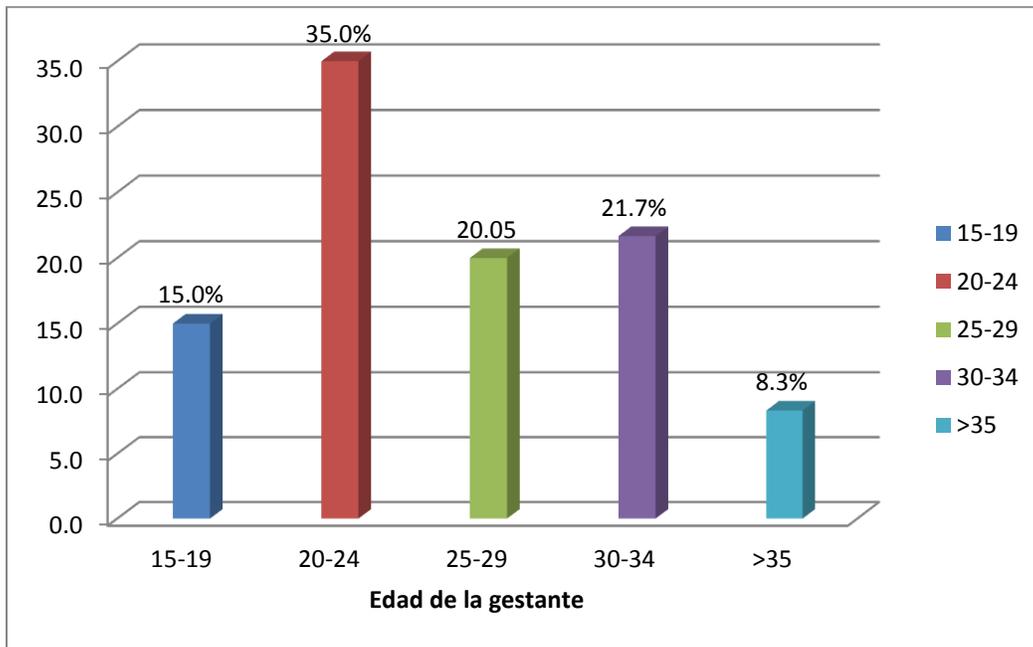
Fuente: ficha de recolección de datos.

Análisis e interpretación:

En la Tabla 2 se observa que del 100% de gestantes en estudio (60) el 35%(21) presenta edades entre 20 a 24 años, el 21.7%(13) de 30 a 34 años, el 20%(12) de 25 a 29 años, el 15%(9) de 15 a 19 años y el 8.3%(5) más de 35 años.

GRAFICO 2

EDAD EN GESTANTES DIAGNOSTICADAS CON OLIGOHIDRAMNIOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, NOVIEMBRE 2013-OCTUBRE 2014



Fuente: Tabla 2

TABLA 3

ESTADO CIVIL EN GESTANTES DIAGNOSTICADAS CON
OLIGOHIDRAMNIOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNÁNUE DE TACNA,
NOVIEMBRE 2013-OCTUBRE 2014

Estado civil	f	%
Soltera	12	20.0
Conviviente	31	51.7
Casada	17	28.3
Total	60	100.0

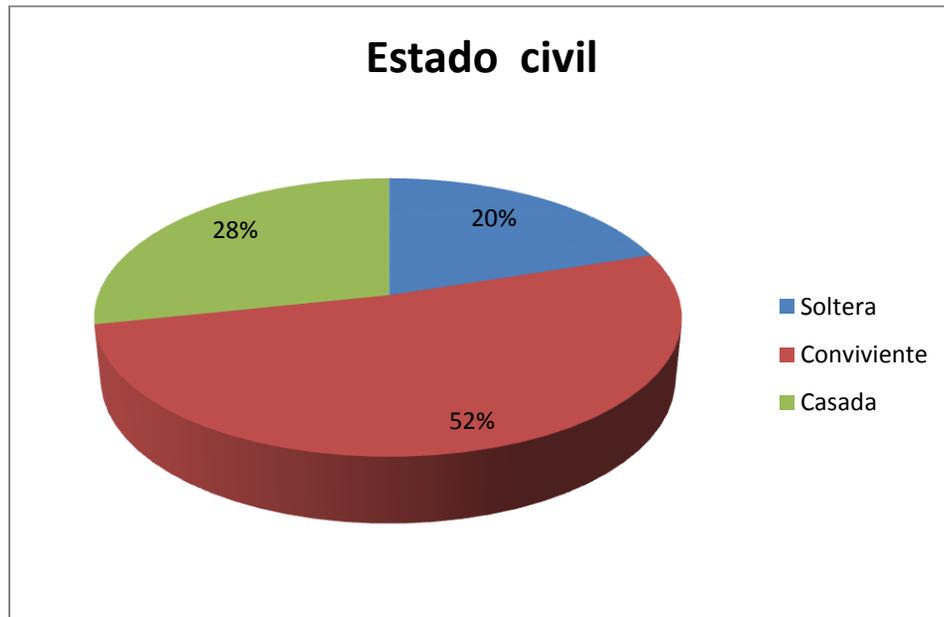
Fuente: ficha de recolección de datos.

Análisis e interpretación:

En la Tabla 3 se observa que del 100% de gestantes en estudio (60) el 51%(31) es conviviente, el 28.3%(17) es casada, el 20%(12) es soltera.

GRAFICO 3

ESTADO CIVIL EN GESTANTES DIAGNOSTICADAS CON OLIGOHIDRAMNIOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, NOVIEMBRE 2013-OCTUBRE 2014



Fuente: Tabla 3

TABLA 4

NIVEL EDUCATIVO EN GESTANTES DIAGNOSTICADAS CON OLIGOHIDRAMNIOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, NOVIEMBRE 2013-OCTUBRE 2014

Nivel educativo	f	%
Primaria	1	1.7
Secundaria	50	83.3
Superior	6	10.0
Superior no universitario	3	5.0
Total	60	100.0

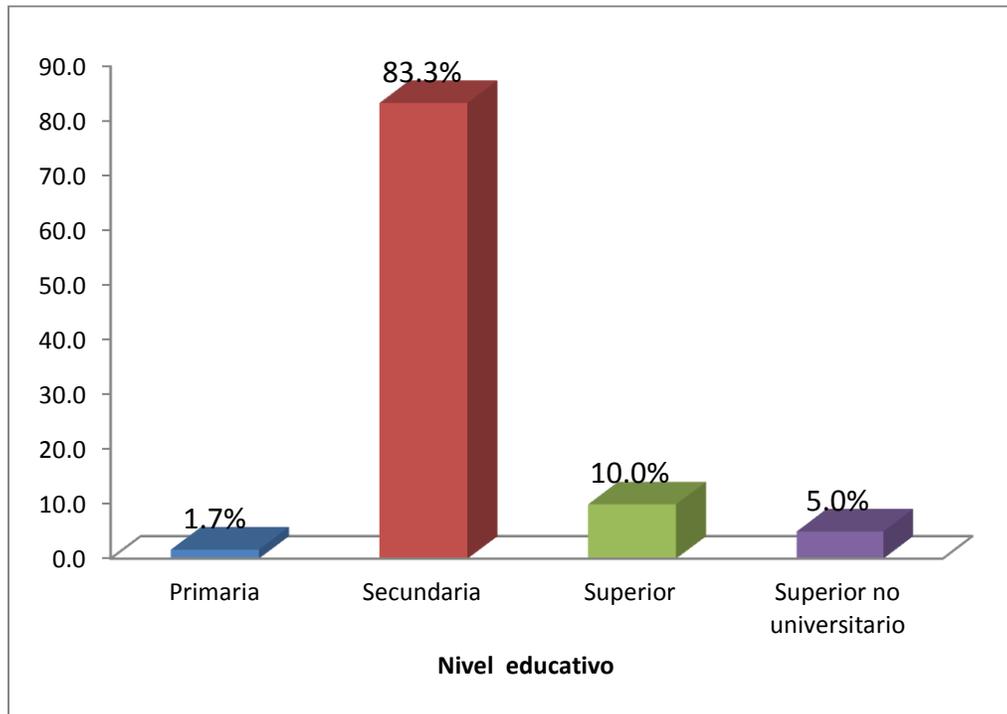
Fuente: ficha de recolección de datos.

Análisis e interpretación:

En la Tabla 4 se observa que del 100% de gestantes en estudio (60) el 83.3%(50) tiene estudios secundarios, el 10%(6) tiene estudios superiores, el 5.0%(3) tiene estudios superiores no universitarios y el 1.7%(1) tiene estudios primarios.

GRAFICO 4

NIVEL EDUCATIVO EN GESTANTES DIAGNOSTICADAS CON OLIGOHIDRAMNIOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, NOVIEMBRE 2013-OCTUBRE 2014



Fuente: Tabla 4

TABLA 5

PARIDAD EN GESTANTES DIAGNOSTICADAS CON OLIGOHIDRAMNIOS
SEGÚN TIPO DE OLIGOHIDRAMNIOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA, NOVIEMBRE 2013-OCTUBRE 2014

Paridad	f	%
0	34	56.7
1-3	23	38.3
>4	3	5.0
Total	60	100.0

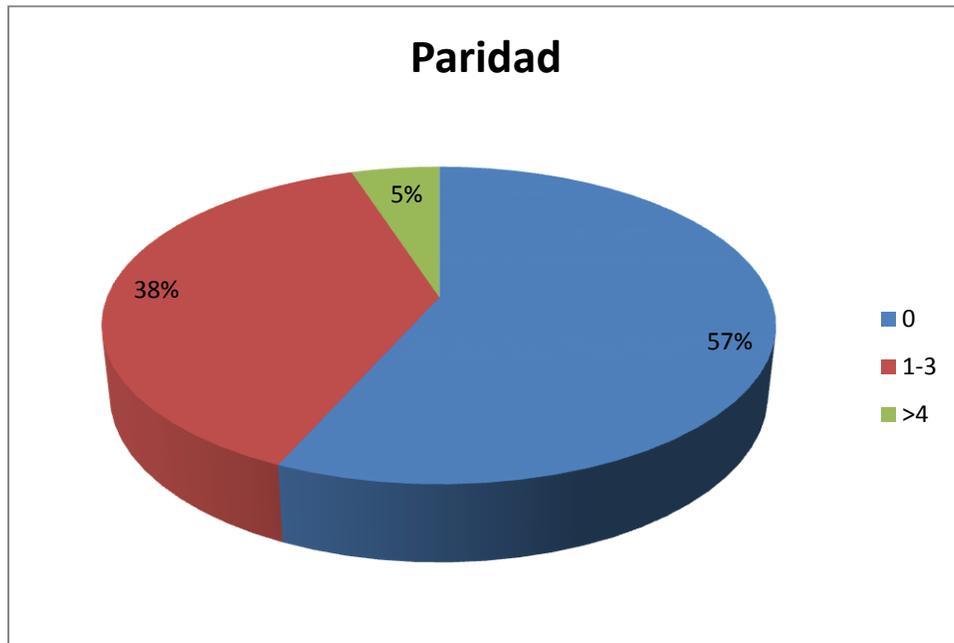
Fuente: ficha de recolección de datos.

Análisis e interpretación:

En la Tabla 5 se observa que del 100% de gestantes en estudio (60) el 56.7%(34) no tiene ningún parto, el 38.3%(23) tiene de 1-3 partos, y el 5%(3) tiene mayor de 4 partos.

GRAFICO 5

PARIDAD EN GESTANTES DIAGNOSTICADAS CON OLIGOHIDRAMNIOS
SEGÚN TIPO DE OLIGOHIDRAMNIOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA, NOVIEMBRE 2013-OCTUBRE 2014



Fuente: Tabla 5

TABLA 6

NÚMERO DE ATENCIÓN PRENATAL EN GESTANTES DIAGNOSTICADAS
CON OLIGOHIDRAMNIOS DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA,
NOVIEMBRE 2013-OCTUBRE 2014

Atención prenatal	f	%
Sin Atención prenatal	5	8,3
1 a 5	18	30,0
>6	37	61,7
Total	60	100,0

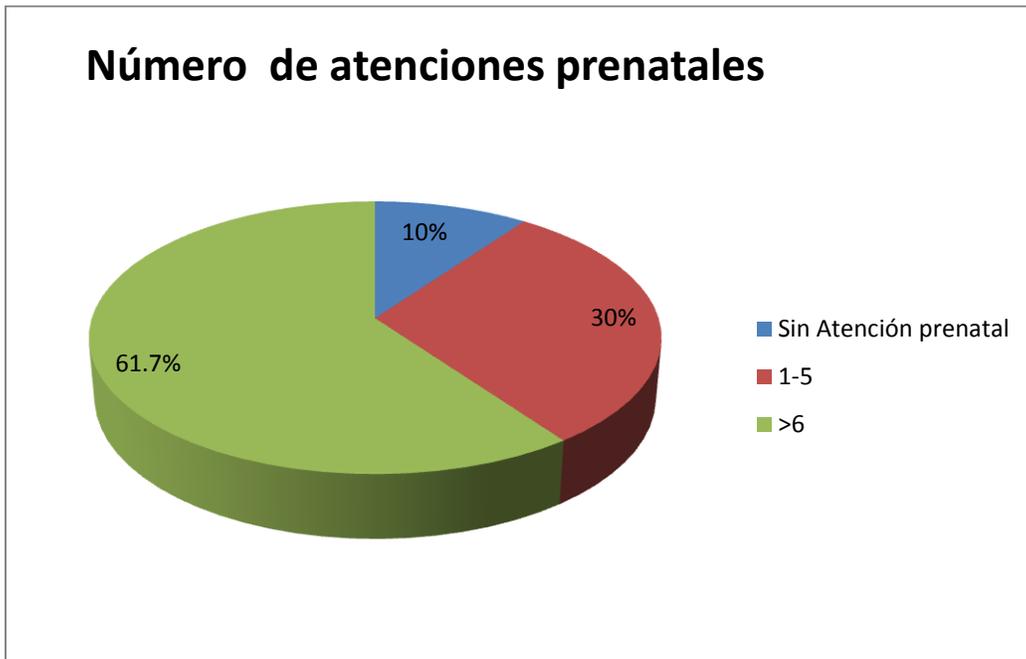
Fuente: ficha de recolección de datos.

Análisis e interpretación:

En la Tabla 6 se observa que del 100% de gestantes en estudio (60), el 61.7% (37) tiene más de 6 atenciones prenatales, el 30%(18) tiene de 1 a 5 atenciones prenatales y el 8.3%(5) no tienen ninguna atención prenatal.

GRAFICO 6

NÚMERO DE ATENCIÓN PRENATAL EN GESTANTES DIAGNOSTICADAS CON OLIGOHDDRAMNIOS DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, NOVIEMBRE 2013-OCTUBRE 2014



Fuente: Tabla 6

TABLA 7

INICIO DE ATENCIÓN PRENATAL EN GESTANTES DIAGNOSTICADAS
CON OLIGOHIDRAMNIOS DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA,
NOVIEMBRE 2013-OCTUBRE 2014

Inicio de Atención prenatal	f	%
Sin Atención prenatal	6	10.0
I TRIM	22	36.7
II TRIM	27	45.0
III TRIM	5	8.3
Total	60	100.0

Fuente: ficha de recolección de datos.

Análisis e interpretación:

En la Tabla 7 se observa que del 100% de gestantes en estudio (60) el 45%(27) inicio la atención prenatal en el II trimestre, el 36.7%(22) inicio la atención prenatal en el I trimestre, el 10.0%(6) no tuvo ninguna atención prenatal y el 8.3%(5) inicio la atención prenatal en el III trimestre.

GRAFICO 7

INICIO DE ATENCIÓN PRENATAL EN GESTANTES DIAGNOSTICADAS CON OLIGOHIDRAMNIOS DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, NOVIEMBRE 2013-OCTUBRE 2014



Fuente: Tabla 7

TABLA 8

INDICE DE MASA CORPORAL EN GESTANTES DIAGNOSTICADAS CON OLIGOHIDRAMNIOS DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, NOVIEMBRE 2013-OCTUBRE 2014

Índice de masa corporal	f	%
Delgadez	2	3.3
Normal	20	33.3
Sobrepeso	20	33.3
Obesidad	18	30.0
Total	60	100.0

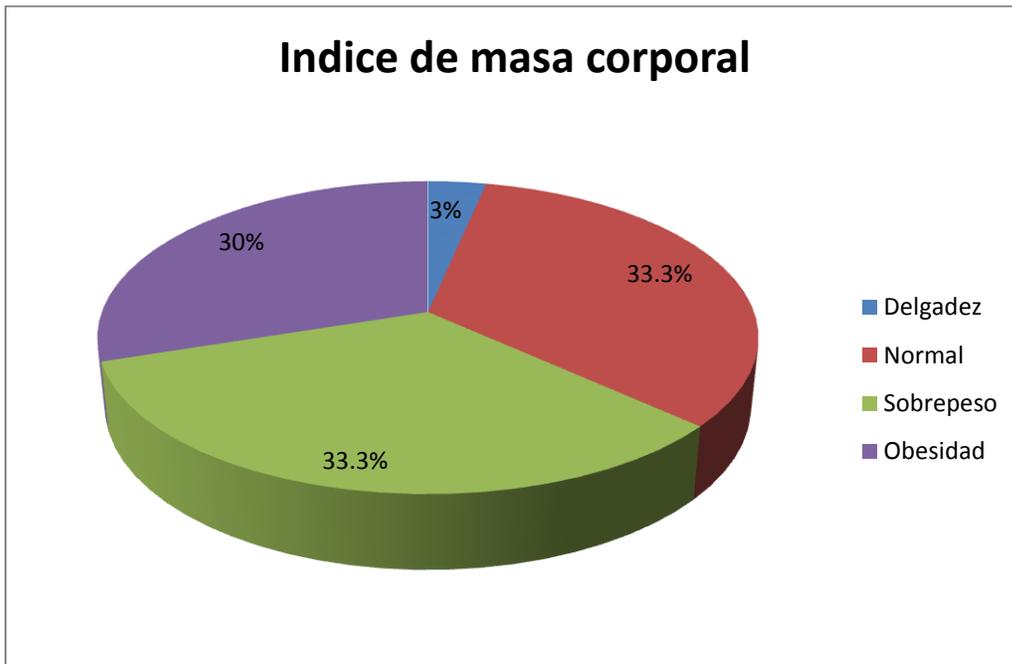
Fuente: ficha de recolección de datos.

Análisis e interpretación:

En la Tabla 8 se observa que del 100% de gestantes en estudio (60), 33.3% (20) presenta sobrepeso, el 33.3%(20) presenta peso normal, 30.0% (18) presenta obesidad y el 3.3%(2) presenta bajo peso.

GRAFICO 8

INDICE DE MASA CORPORAL EN GESTANTES DIAGNOSTICADAS CON OLIGOHIDRAMNIOS DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, NOVIEMBRE 2013-OCTUBRE 2014



Fuente: Tabla 8

TABLA 9

PATOLOGÍA DE GESTANTES CON OLIGOHIDRAMNIOS EN EL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, NOVIEMBRE 2013-OCTUBRE 2014

Patología	f	%
Sin patología	30	31.3
Con patología	66	68.8
Total	96	100.0

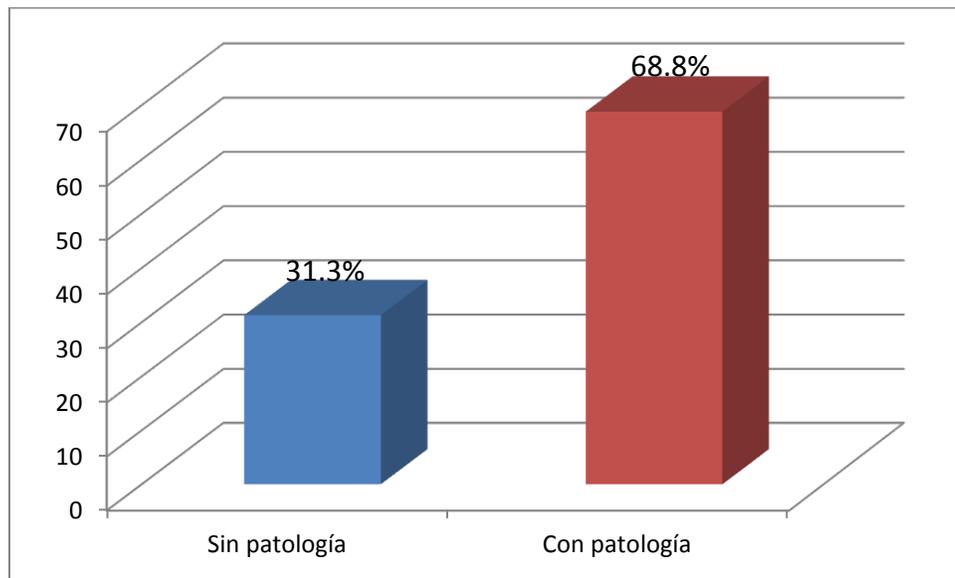
Fuente: ficha de recolección de datos.

Análisis e interpretación:

En la Tabla 9 se observa que del 100% de gestantes en estudio (60), el 68.8% (66) presenta patología materna en el embarazo y el 31.3%(30) no presenta patología materna.

GRAFICO 9

PATOLOGÍA DE GESTANTES CON OLIGOHIDRAMNIOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, NOVIEMBRE 2013-OCTUBRE 2014



Fuente: Tabla 9

TABLA 10

PATOLOGIA DURANTE EL EMBARAZO EN GESTANTES DIAGNOSTICADAS
 CON OLIGOHIDRAMNIOS SEGÚN TIPO DE PATOLOGIA EN EL HOSPITAL
 HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, NOVIEMBRE 2013-OCTUBRE 2014

PATOLOGIA MATERNA	f	%
Anemia	22	37.93
ITU	21	36.21
Preeclampsia	3	5.17
RPM	11	18.97
Gemelar	1	1.72
Total	58	100.00

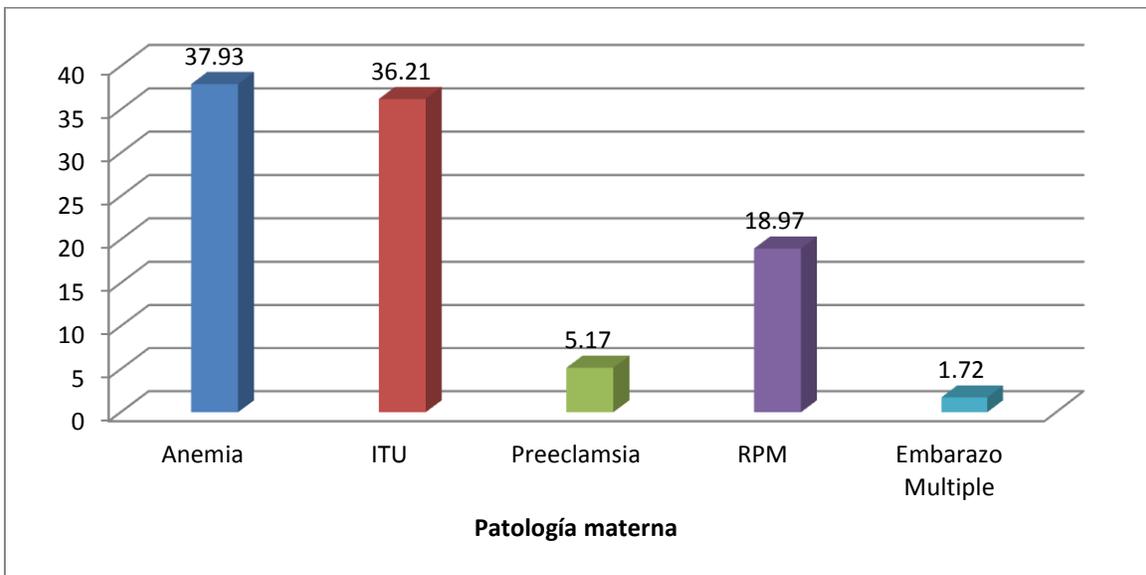
Fuente: ficha de recolección de datos.

Análisis e interpretación:

En la Tabla 10 se observa que de las gestantes con patología materna, el 37%(22) tiene anemia, el 36%(21) tiene infección del tracto urinario, el 18.97%(11) tiene rotura prematura de membranas, el 5.17%(3) tiene preeclampsia y embarazo gemelar 1.72%(1).

GRAFICO 10

PATOLOGIA DURANTE EL EMBARAZO EN GESTANTES DIAGNOSTICADAS CON OLIGOHIDRAMNIOS SEGÚN TIPO DE PATOLOGIA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, NOVIEMBRE 2013-OCTUBRE 2014



Fuente: Tabla 10

TABLA 11

GESTANTES DIAGNOSTICADAS CON OLIGOHIDRAMNIOS SEGÚN EDAD
GESTACIONAL EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA,
NOVIEMBRE 2013-OCTUBRE 2014

Edad Gestacional	f	%
20-24	4	6.67
25-28	0	0.00
29-32	5	8.33
33-36	9	15.00
37-40	42	70.00
	60	100

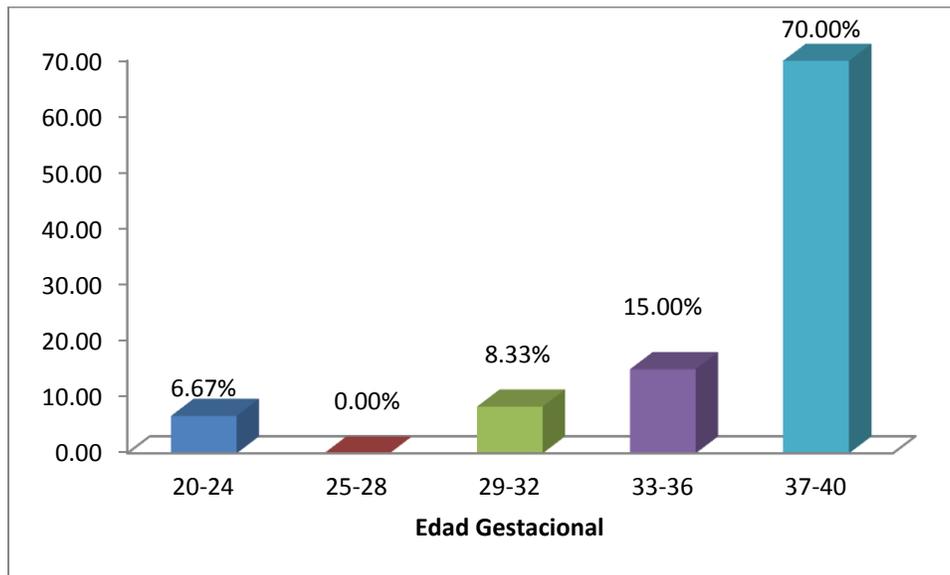
Fuente: ficha de recolección de datos.

Análisis e interpretación:

En la Tabla 11 se observa que del 100% de gestantes en estudio (60), el 70.0%(42) corresponde a 37 a 40 semanas; 15.0%(9) corresponde a las 33 a 36 semanas; 8.33%(5) corresponde a 29 a 32 semanas el 6.67%(4) corresponde a 20 a 24 semanas, y de 25 a 28 semanas se presentó ningún caso.

GRAFICO 11

GESTANTES DIAGNOSTICADAS CON OLIGOHIDRAMNIOS SEGÚN EDAD GESTACIONAL EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, NOVIEMBRE 2013-OCTUBRE 2014



Fuente: Tabla 11

TABLA 12

GESTANTES DIAGNOSTICADAS CON OLIGOHIDRAMNIOS SEGÚN EDAD GESTACIONAL Y TIPO DE OLIGOHIDRAMNIOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, NOVIEMBRE 2013-OCTUBRE 2014

	Edad gestacional de 28 sem		Total
	Menor de 28 sem	mayor de 28 sem	
Severo	4	14	18
	100.0%	25.0%	30.0%
Moderado	0	32	32
	0.0%	57.1%	53.3%
Leve	0	10	10
	0.0%	17.9%	16.7%
	4	56	60
	100.0%	100.0%	100.0%

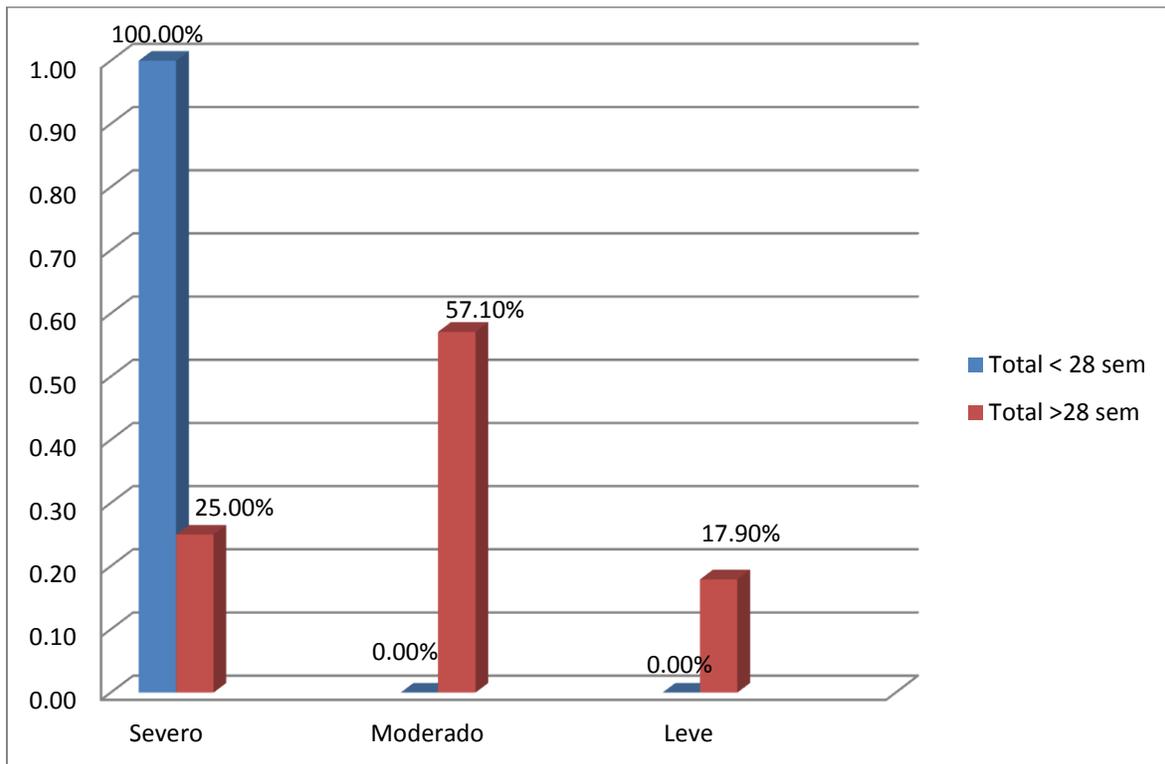
Fuente: ficha de recolección de datos.

Análisis e interpretación:

En la Tabla 12 se observa que del 100% de gestantes en estudio (60), del grupo de menores de 28 semanas; el 100%(4) tiene oligohidramnios severo. Y del grupo de mayor de 28 semanas; el 57.1% tiene oligohidramnios moderado. Las diferencias encontradas resultaron estadísticamente significativas ($p=0.007$)

GRAFICO 12

GESTANTES DIAGNOSTICADAS CON OLIGOHIDRAMNIOS SEGÚN EDAD GESTACIONAL Y TIPO DE OLIGOHIDRAMNIOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, NOVIEMBRE 2013-OCTUBRE 2014



Fuente: Tabla 12

TABLA 13

VIA DE CULMINACIÓN DE EMBARAZO EN GESTANTES DIAGNOSTICADAS
 CON OLIGOHIDRAMNIOS DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA,
 NOVIEMBRE 2013-OCTUBRE 2014

Vía de culminación	f	%
Parto vaginal	22	36.7
Cesárea	38	63.3
Total	60	100.0

Fuente: ficha de recolección de datos.

Análisis e interpretación:

En la Tabla 13 se observa que del 100% de gestantes en estudio (60), el 63%(38) terminaron en cesárea y el 36.7%(22) en parto vaginal.

GRAFICO 13

VIA DE CULMINACIÓN DE EMBARAZO EN GESTANTES DIAGNOSTICADAS CON OLIGOHIDRAMNIOS DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, NOVIEMBRE 2013-OCTUBRE 2014



Fuente: Tabla 13

VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

- En la actualidad el examen ecográfico está considerado como un examen auxiliar necesario durante el control de la gestante y la valoración del índice del líquido amniótico como un parámetro importante para valorar las condiciones intrauterinas en las que se encuentra el niño por nacer; así mismo se encuentran factores maternos presentes en el diagnóstico de oligohidramnios. El propósito de la detección temprana permite al personal de salud realizar el manejo oportuno a fin de disminuir la morbimortalidad perinatal.
- En relación al tipo de oligohidramnios, se ha encontrado en su mayoría el tipo de oligohidramnios moderado (53.3%), datos que coinciden con los hallazgos de Córdova Vicerrel¹¹ quien encontró que la mayor incidencia de tipo de oligohidramnios es el moderado con un 53%.
- En cuanto a la edad en nuestro estudio encontramos que el mayor porcentaje está entre las edades de 20 a 34 años con un 76%. Mendoza, Beatriz⁸ en su estudio encontró que el 65.22% está entre 15 a 25 años con el diagnóstico de oligohidramnios.
- En relación al estado civil, el 78.3 % de las mujeres se encuentran unidas (el 51% es conviviente y el 28.3% es casada) y el 20% es soltera. Según el estudio de INEI²³ de las mujeres en edad fértil; 22,2% son casadas y 34,5% en unión consensual y el 32,2% nunca ha estado casada o unida. Al comparar dichos porcentajes con el

año 2009, se advierte un cambio en la composición de las uniones, aumenta el porcentaje de convivientes, de 31,8% a 34,5% y disminuye el porcentaje de casadas, de 25,3% a 22,2%.

- Con respecto al nivel educativo, el 83.3% tiene estudios secundarios. Así mismo, se encontró otro estudio donde el 27,7% tiene estudios secundarios según la Encuesta Nacional de Hogares²³ de mujeres en edad fértil.
- En cuanto a la paridad, en este estudio predominan las nulíparas contra las multíparas con 56.7%, el 43.3 %, respectivamente. Hallazgos similares fueron reportados por Mendoza⁸ y Martos.⁹
- Una de las características de una adecuada atención prenatal es que sea periódico, integral y precoz.²⁶ De esta premisa podemos decir que, el 63.3% tiene una atención prenatal tardía o no tuvo ninguna atención prenatal (el 10.0% no tuvo ninguna atención prenatal, el 45% inicio la atención prenatal en el II trimestre y el 8.3% inicio la atención prenatal en el III trimestre). Y solo el 36.7% inicio la atención prenatal precoz. Mendoza, Nelly Beatriz⁸ encontró que el 79.54% inició tardíamente la atención prenatal. Sin embargo Martos Romero⁹ señala que el inició del control en promedio fue de $12,48 \pm 6,97$ semanas en pacientes con oligohidramnios.
- Con respecto al número de atenciones prenatales, el 60% tiene más de 6 atenciones prenatales. Mendoza, Nelly Beatriz⁸ obtuvo 95.65% tuvo controles prenatales entre 3 y 6 consultas. Mientras Martos Romero⁹ encontró que 82,69% se controló el embarazo pero el 69,77% fueron de menos de 6.

- En cuanto al índice de masa corporal, el 63.3% presenta sobrepeso/obesidad, el 33.3% presenta un índice de masa corporal fue adecuado y el 3.3% presenta un índice de masa corporal Bajo. Mendoza⁸ y Martos⁹ señalan en la presencia de sobrepeso en pacientes con oligohidramnios 52,17% y 34,61%, respectivamente. Gamarra²⁷ encontró que dentro de las complicaciones obstétricas en las gestantes con obesidad pregestacional es del 11.3% con diagnóstico de oligohidramnios.
- De la patología materna, el 37% tiene anemia, el 36% tiene Infección del tracto urinario, el 18.97% tiene rotura prematura de membranas. Martos⁹ en su estudio 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%.
- Córdova¹¹ encontró mayor prevalencia del RPM en oligohidramnios con un 24, 3%; así mismo el 38.5% de las gestantes que presentaron nivel de oligohidramnios leve sufrió pre eclampsia. Por otro lado, Cárdenas²⁸ interrumpió prematuramente el curso de la gestación cuando posteriormente al diagnóstico del oligoamnios se produjo el debut de otras entidades como pre eclampsia grave y crecimiento intrauterino retardado fundamentalmente, patologías estas que están muy asociadas con el oligoamnios.
- En cuanto a la edad gestacional, el 93.3% de oligohidramnios es mayor de 28 semanas a predominio del oligohidramnios moderado

con 57.1% y solo el 6.67% fue menor de 28 semanas a predominio del oligohidramnios severo con un 100%. Córdova¹¹ tuvo resultados similares, donde el 89.7% de pacientes se encontraba después de las 28 semanas y el 10.3% de pacientes tuvo menos de 28 semanas. Mientras para las edades gestacionales menores de 28 semanas predominó el oligohidramnios Severo con 72.7% en dicho estudio.

- Con respecto a la vía de culminación del embarazo, el 63.3% culminó en cesárea. Según Amador¹⁰ en su estudio, la cesárea primitiva fue la más frecuente en pacientes con oligohidramnios. Teniendo presente que la tasa de cesárea en el Perú es de 25% y en Tacna es del 35%,²⁹ y que el oligohidramnios en su mayoría está asociado a una patología materna, esto conlleva a un aumento del índice de cesárea.

VII. CONCLUSIONES:

- El tipo de oligohidramnios que más prevalece es el moderado con 53.3% seguido del severo con un 30%, lo cual coincide con otros estudios nacionales, pero en estudios internacionales prevalece el tipo de oligohidramnios severo.
- El 76% está entre las edades de 20-34 años, el 51.7% tiene estado civil conviviente, el 83,3% tiene estudios secundarios y el 56,7 % son nulíparas.
- La mayoría de gestantes tuvieron más de 6 atenciones prenatales, pero iniciaron un control tardío, constituyendo la atención prenatal 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.
- La presencia de oligohidramnios ocurrió en mayor frecuencia en gestaciones mayores de 28 semanas. Así mismo, en gestaciones menores de 28 semanas en su totalidad tuvieron oligohidramnios severo. Se encontró asociación entre la edad gestacional y el tipo de oligohidramnios.
- El sobrepeso y la obesidad prevalecieron a diferencia de las que tuvieron peso normal; la mayoría presentaron alguna patología materna durante el embarazo. La patología que más prevaleció fue la anemia, infección de vías urinarias y rotura prematura de membranas.

VIII. RECOMENDACIONES

- Explicar a las gestantes que acuden al servicio de ecografía obstétrica los hallazgos encontrados y la importancia de sus controles posteriores.
- Durante la atención prenatal verificar que las gestantes cuenten con evaluaciones ecográficas respectivamente, por lo menos uno por cada trimestre.
- Elaborar estrategias preventivo promocionales con énfasis en la mujer con vida sexual activa a fin de corregir conductas, valoración de riesgo concepcional y de intervención de patologías que pudieran afectar el futuro proceso de gestación.
- Captación precoz de la gestante para reducir las tasas de control prenatal inadecuado, control prenatal tardío y la identificación y tratamiento de las infecciones urinarias y anemias, principales factores de riesgo hallados por el estudio.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Sosa A, García M. Evaluación del líquido amniótico mediante ultrasonografía. Ultrasonido en Medicina. 2006.
2. Ministerio de salud. Guías Técnicas para la atención, diagnóstico y tratamiento de 10 condiciones obstétricas en el marco del Plan esencial de Aseguramiento Universal/Ministerio de Salud. Direcciones de Da salud de las personas Perú; 2010.
3. Bajo Arenas JM. Fundamentos de obstetricia. 3 Ed. Madrid: Ed. Diapason; 2007.
4. Creasy RK, Resnik R. Maternal- fetal Medicine. 4th Edition, Philadelphia, London, Toronto, Montreal, Sydney, Tokio, W.B Saunders Company, 1999.
5. Ybaseta S, Morales E, Ybaseta S, Morales M. Valoración ultrasonográfica Simplificada de Oligohidramnios e Indicación de cesárea por sufrimiento fetal. Rev. méd. panacea 2011; 1.
6. Hernández R, Trujillo L, Hernández C. Diagnóstico sonográfico de Oligohidramnios. Relación con algunos factores del embarazo y parto. Revista Cubana Obstétrica Ginecológica 2000; 26(1):15-21
7. Gomela y col., Neonatología, 6ª Edición, Buenos Aires, Editorial Panamericana, 2005, P. 23
8. Mendoza, Nelly Beatriz. Oligoamnios y factores de riesgo maternos. departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Central Universitario "DR. Antonio María Pineda"[tesis].2010. [Consultado: 12 de agosto del 2015] Disponible en http://150.186.96.52/cgi-win/be_alex.exe?Acceso=T070000069837/0&Nombrebd=bmucla&TipoDoc=T&Destacar=tesis
9. Martos Romero, Carel Beanil. Factores de riesgo relacionados al oligoamnios 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&Nombrebd=bmucla&TipoDoc=T
10. Amador de Varona, Caridad; Oligohidramnios: medidor de salud fetal; AMC vol.17 no.6 Camagüey nov.-dic. 2013.
 11. 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.
 12. T.Lind y J.M. Carrera. Protocolos de obstetricia. Barcelona: Masson; 1998 P.122-126.
 13. Carlos SM. Rodolfo MC Itzel CR. Evaluación de un método de conducta en el Oligohidramnios Rev. Cubana Obstetricia y Ginecología 2000; 26(1):15-2.
 14. Gilbert W. Líquido amniótico. Clínicas de Ginecología y Obstetricia, edición, lugar, Editorial Mc Graw-Hill 1997, bol, P. 247.
 15. Cifuentes Borrero R. Ginecología y Obstetricia basada en las nuevas evidencias. Editorial Medica (Colombia) 2009;2: 130-132
 16. Cabero Roura, L. Normas para el manejo del embarazo con riesgo elevado obstétrico. Editorial MASSON S.A. (Barcelona) 2000; 1:23
 17. Arroyo C. Prevalencia de Anemia Moderada y Anemia Severa en la Mujer Embarazada y sus Repercusiones Materno -Perinatales En El Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Facultad de Medicina; 2013.
 18. Ministerio de salud. Guía de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según el nivel de capacidad resolutive. Dirección General de Salud de las personas. Estrategia Nacional de salud sexual y reproductiva-Lima: Ministerio de Salud; Primera Edición; 2007.
 19. Universidad de Navarra. “Diccionario de Espasa de medicina”.1ra edición.España.Espasa.1999.P.1304.

20. Ministerio de salud, Norma técnica de Salud para la atención integral de Salud Neonatal, Tacna-Perú, 2013, P.4.
21. Arroyo C. Prevalencia de Anemia Moderada y Anemia Severa en la Mujer Embarazada y sus Repercusiones Materno -Perinatales En El Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Facultad de Medicina; 2013.
22. Valdivia, Raúl (2009), "Elaborando la tesis", 1ra Ed., Reynoso, Tacna-Perú.
23. INEI, Encuesta Demográfica y Salud familiar, Nacional y departamental 2014. disponible: <http://www.ipe.org.pe/documentos/encuesta-demografica-y-de-salud-familiar-endes-2014>
24. Sosa A, García M. Evaluación del líquido amniótico mediante ultrasonografía. Ultrasonido en Medicina. 2006; 7(1):2.
25. Romero Díaz, Carlos; Migdalia de las M Peña Abraham. Oligoamnios: epidemiología de un grave problema de la obstetricia moderna. Rev. Ciencias Médicas v.13 n.2 Pinar del Río abr.-jun. 2009.
26. Ministerio de salud. Guía de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive. Perú: Ministerio de salud; 2007
27. Gamarra León, Rocio de los Angeles; Complicaciones de Obesidad pregestacional en la Gestación. Lima. 2015.
28. Cárdenas Ramón I, Águila Setién S. Incidencia de la hipertensión arterial en gestantes con oligohidramnios. RCOG 2005; 31(3).
29. Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Guía práctica clínica y manual de procedimientos en obstetricia. Tacna. 2012.

ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ: FACTORES MATERNOS EN OLIGOHIDRAMNIOS DIAGNOSTICADAS ECOGRAFICAMENTE EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNÁNUE DE TACNA, NOVIEMBRE 2013 - OCTUBRE 2014

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	INDICADORES	METODOLOGÍA
<p>General: ¿Cuáles son los factores maternos en oligohidramnios diagnosticado ecográficamente en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna durante el periodo comprendido entre Noviembre 2013 y Octubre 2014?</p> <p>Específicos: ¿Cuál es la frecuencia de oligohidramnios según su tipo diagnosticado ecográficamente en la unidad de Ecografía del Servicio de Gineco-obstetricia comprendido entre Noviembre 2013 y Octubre 2014?</p> <p>¿Cuáles son los factores maternos presentes en la etapa preconcepcional según edad, estado civil, grado de instrucción y Paridad en gestantes con oligohidramnios diagnosticadas por ecografía en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna comprendido entre Noviembre 2013 y Octubre 2014?</p> <p>¿Cuáles son los factores de maternos en oligohidramnios presentes durante el embarazo según Índice de masa corporal, numero de atención prenatal, Inicio de atención prenatal, edad gestacional, patología materna y culminación de embarazo en gestantes con oligohidramnios diagnosticadas ecográficamente en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna comprendido entre Noviembre 2013 y Octubre 2014?</p>	<p>Objetivo General: -Determinar los factores maternos en oligohidramnios diagnosticadas ecográficamente en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna.</p> <p>Objetivos Específicos: -Determinar la frecuencia de oligohidramnios según su tipo diagnosticadas ecográficamente en la unidad de ecografía del servicio de Gineco-obstetricia.</p> <p>-Determinar los factores maternos en la etapa preconcepcional según edad, estado civil, grado de instrucción y paridad en gestantes diagnosticadas ecográficamente con oligohidramnios en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna.</p> <p>-Determinar los factores maternos en oligohidramnios presentes durante el embarazo según Índice de masa corporal, numero de atención prenatal, Inicio de atención prenatal, edad gestacional, patología asociada, y culminación de embarazo en gestantes diagnosticadas ecográficamente en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna.</p>	<p>Oligohidramnios</p> <p>Factores maternos</p>	<p>Leve</p> <p>Moderado</p> <p>Severo</p> <p>Edad</p> <p>Estado civil</p> <p>-Grado de instrucción.</p> <p>-Paridad</p> <p>Índice de masa corporal</p> <p>-Control prenatal</p> <p>-1er control prenatal</p> <p>-Anemia</p> <p>-RPM</p> <p>Preeclamsia</p> <p>-Infección urinaria</p> <p>-Diabetes</p>	<p>Tipo de investigación: Es una investigación: descriptiva, de corte trasversal, retrospectivo.</p> <p>Población: 60 gestantes.</p> <p>Muestra: 60 gestantes.</p> <p>Técnica: -Análisis documental</p> <p>Instrumentos: -Ficha de recolección de datos.</p>

ANEXO 2
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 <5 cm <2 cm
Factores Preconcepcionales :	Presencia de factores identificados antes del embarazo.	Cuantitativa Cuantitativa	Identificación de características maternas según edad, estado civil, grado de instrucción y Paridad,	-Edad Estado civil -Grado de instrucción. -Paridad	Ordinal Nominal Ordinal Ordinal	10-15 16-19 20-34 35 a + Soletera Conviviente Casada Analfabeto Primaria Secundaria Superior Superior no universitario 0 1-3

Factores durante el embarazo	Presencia de factores identificado durante la gestación.	Cuantitativa	Identificación de características maternas según Índice de masa corporal, numero de atención prenatal, Inicio de atención prenatal, edad gestacional, patología materna y vía de culminación del embarazo.	Indice de masa corporal	Ordinal	4 a+ < 18 18-24 >24
		Cualitativa		-Control prenatal	Ordinal	0 1-5 6 a +
		Cuantitativa		-1er control prenatal	Ordinal	1 2 3
		Cualitativa		-Anemia	Nominal	Si No
		Cualitativa		-RPM	Nominal	Si No
		Cualitativa		-Preeclamsia	Nominal	Si No
		Cualitativa		-Infección urinaria	Nominal	Si No
		Cualitativa		-Diabetes	Nominal	Si No

ANEXO 3



UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZAN"
FACULTAD DE OBSTETRICIA



FICHA CLÍNICA

Nombre y Apellidos:..... Fecha:.....

1. FACTOR MATERNO:

1.1. Preconcepcionales:

Edad:.....

Estado civil:.....

Grado de instrucción.....

1.2. Antecedentes obstétricos:

G.....P.....

Cantidad de atenciones prenatales:.....

Fecha de inicio de atenciones prenatales:.....

1.3. F. Patología materna:

-Sin patología ()

- Preeclampsia () Tipo:.....
- RPM ()
- Diabetes ()
- Anemia () Resultado:.....
- ITU ()
- Otro () Especifique:.....

2. DATOS DE ECOGRAFIA:

Edad gestacional:.....

Fecha de ecografía:.....

ILA:.....

ANEXO 4

HOSPITAL "HIPÓLITO UNANUE" - TACNA
DEPARTAMENTO DE GINECO - OBSTETRICIA

ECOGRAFIA OBSTÉTRICA

Nombres y Apellidos: Edad:

N° H. CL: N° Cama: Fecha:

GESTACIÓN DE > 12 SEMANAS:

Se observa Feto..... con actividad cardiaca..... en situación.....
presentación..... posición..... placenta: localización.....
..... Grado..... Líquido amniótico.....

BIOMETRÍA FETAL:

DBP	.....	mm.	.....	semanas
CC	.....	mm.	.....	semanas
CA	.....	mm.	.....	semanas
LF	.....	mm.	.....	semanas

Ponderado Fetal:

GESTACIÓN < DE 12 SEMANAS:

Se observa Embrión - Feto.....

Con actividad cardiaca.....

BIOMETRÍA:	SG	.....	mm.	.....	semanas
	CRL	.....	mm.	.....	semanas

UTERO: En..... de las siguientes dimensiones.....mm.....mm.....mm.

IMP. DIAGNÓSTICA:

.....
.....

.....
FIRMA

ECOGRAFIA OBSTÉTRICA

Nombres y Apellidos: MARIBEL CCALLI AVALOS Edad: 29 años
N° H. CL.: N° Cama: Fecha: 26-11-15

GESTACIÓN DE > 12 SEMANAS:

Se observa Feto..... único con actividad cardiaca..... 135 x 1' en situación..... L
presentación..... P posición..... I placenta: localización..... fundica
anterior Grado..... II / III Líquido amniótico..... DISMINUIDO IAS

BIOMETRÍA FETAL:

DBP	<u>88</u>	mm.	<u>36</u>	semanas
CC	<u>335</u>	mm.	<u>37</u>	semanas
CA	<u>319</u>	mm.	<u>36</u>	semanas
LF	<u>72</u>	mm.	<u>36</u>	semanas

Ponderado Fetal: 2908 grs.

GESTACIÓN < DE 12 SEMANAS:

Se observa Embrión - Feto.....

Con actividad cardiaca.....

BIOMETRÍA:

SG	.....	mm.	.....	semanas
CRL	.....	mm.	.....	semanas

UTERO: En..... de las siguientes dimensiones.....mm.....mm.....mm.

IMP. DIAGNÓSTICA: gestante de 36 ss
gástrico
Oligohidramnios

08/11/2015 16:10

No.HC

= significa ALERTA = requiere seguimiento continuo

FILIACION Y ANTECEDENTES

Apellidos y Nombres No aplica Referencia

Establ. Origen: DNI (L.E) N°

Dirección: Localidad: Cod. Sector: Departamento: Provincia: Distrito: Teléfono: Correo electrónico:

Establecimiento

Código de Afiliación SIS:

Ocupación: Analfabeta Primaria Secundaria Superior Superior No Univ Años aprobados <16 >35

Estado Civil: Casada Conviviente Soltera Otro PADRE RN:

Antecedentes Obstétricos

Gestas: Abortos:

Partos: Vaginales: Cesáreas:

Nacidos vivos: Viven:

Nacidos muertos: Muerto-1ra semana: Después-1ra semana:

0 ó +3 <2500 g Múltiple <37 sem.

RN de mayor peso: g

Gestación Anterior

Fecha:

Terminación: Integridad/Asesado Si No

Si fue aborto: Tipo de aborto: <1 mes/mo hubo <6 meses 6 meses o más No aplica

Parto Vaginal: Cesárea: Aborto: Ecléptico: Aborto molar: No Aplica:

Incompleto: Completo: Frusto / Retenido: Séclico: No Aplica:

Lugar de parto: EESS Domic

Captada: Si No Referida x ag Comuni Si No

Antecedentes Familiares

Ninguna Malaria

Alergias Hipertensión Arterial

Enf. Hipertens. Emb Hipotiroidismo

Epilepsia Neoplasia

Diabetes TBC Pulmonar

Enferm. Congénitas Otros

Emb. Múltiple

Antecedentes Personales

Ninguno Eclampsia Otras Drogas

Aborto habitual/recurrente Enferm. Congénitas Parto prolong.

Alcoholismo Enferm. Infecciosas Preeclampsia

Alergia a medicamentos Epilepsia Prematuridad

Violencia Hemorra. Postparto Reten. placenta

Asma Bronquial Hipertensión Arterial Tabaco

Cardiopatía Hoja de Coca TBC Pulmonar

Cirugía Pélv. Uterina Infertilidad Transtorn. Mentales

Diabetes Neoplasias VIH/SIDA

Otros

Vac. Previas

Rubeola

Hepatitis B

Papiloma Virus

Peso y Talla

Peso Habitual: kg

Talla: cm

Antitética

N° Dosis Previa:

1ra Dosis: Sin dosis No Aplica

2da Dosis: Sin dosis No Aplica

Mes de gestación:

Tipo de Sangre

Grupo: A B AB O

Rh: Rh(+) Rh(-) Sen Desc Rh(-) No Sen Rh(-) Sen

Fuma

N° Cigarrillos/día:

Drogas

Si No

Fecha Última Menstruación

FUM: Duda: Si No

EG.(Ecografía) Sem. No Aplica Fecha:

Fecha Probable de Parto:

Hospitalización

Hospitalización: Si No

Fecha:

Diagnóstico:

CIE 10:

Emergencia

Fecha:

Emergencia:

CIE 10:

Violencia /Género

Ficha Tamizaje: Si No

Violencia: Si No

Fecha:

Examen Físico

Clínico: Sin Examen Normal Patológico

Mamas: Sin Examen Normal Patológico

Cuello: Sin Examen Normal Patológico

Uterino: Sin Examen Normal Patológico

Pelvis: Sin Examen Normal Patológico

Odont.: Sin Examen Normal Patológico

Exámenes de Laboratorio

Hemoglobina 1: Normal Anormal No se Hizo No Aplica

Hemoglobina 2: Normal Anormal No se Hizo No Aplica

Hemogl. al Alta: Normal Anormal No se Hizo No Aplica

Glicemia 1: Normal Anormal No se Hizo No Aplica

Glicemia 2: Normal Anormal No se Hizo No Aplica

Tolerancia Glucosa: No reactivo Reactivo No se Hizo No Aplica

VDRL/RPR 1: Reactivo: No reactivo No se Hizo No Aplica

VDRL/RPR 2: Reactivo: No reactivo No se Hizo No Aplica

TPHA/VDRL(RPR): Reactivo: No reactivo No se Hizo No Aplica

Prueba Rápida 1: Reactivo: No reactivo No se Hizo No Aplica

Prueba Rápida 2: Reactivo: No reactivo No se Hizo No Aplica

ELISA 1: Normal Anormal No se Hizo No Aplica

ELISA 2: Normal Anormal No se Hizo No Aplica

Fecha:

Western Block: Negativo Positivo No se Hizo No Aplica Fecha:

HTLV1: Negativo Positivo No se Hizo No Aplica Fecha:

TORCH: Negativo Positivo No se Hizo No Aplica Fecha:

Gota Gruesa: Negativo Positivo No se Hizo No Aplica Fecha:

Fluorec. Malaria: Negativo Positivo No se Hizo No Aplica Fecha:

Ex. Comp. Orina: Negativo Positivo No se Hizo No Aplica Fecha:

Bacteriuria: Negativo Positivo No se Hizo No Aplica Fecha:

Nitritos: Negativo Positivo No se Hizo No Aplica Fecha:

Urocultivo: Negativo Positivo No se Hizo No Aplica Fecha:

BK en Espuito: Negativo Positivo No se Hizo No Aplica Fecha:

Listeria: Negativo Positivo No se Hizo No Aplica Fecha:

PAP: Normal Anormal No se Hizo No Aplica Fecha:

Colposcopia: Normal Anormal No se Hizo No Aplica Fecha:

DATOS BASES DE LEMBARAZO ACTUAL



GOBIERNO REGIONAL DE TACNA
LEY 27867
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE

“Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación”

CREDECIAL

El Director Ejecutivo del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, designado por Resolución Ejecutiva Regional N° 285-2014-P.R./GOB.REG.TACNA; a través de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación.

ACREDITA A:

DELIA MERCEDES SARAVIA CORONEL

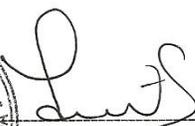
Licenciada en Obstetricia, estudiante de Segunda Especialidad-Facultad de Obstetricia de la Universidad Nacional Hermilio Valdizan de Huánuco, quien ejecutará su Proyecto de Tesis Titulado **“FACTORES DE RIESGO MATERNOS ASOCIADOS A OLIGOHIDRAMNIOS DIAGNOSTICADAS ECOGRAFICAMENTE EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA, NOVIEMBRE 2013- OCTUBRE 2014”**, por un periodo de 30 días a partir de la fecha.

Se otorga el presente documento para los fines solicitados, con proveído favorable del Jefe de Departamento de Consulta Externa y Hospitalización; al término del estudio entregará un ejemplar empastado de Tesis a la Biblioteca del Hospital, de acuerdo al convenio vigente.

Tacna, 16 de Setiembre del 2015



DR. CLAUDIO WILLBERT RAMIREZ ATENCIO
Director del Programa Sectorial II
Dirección Ejecutiva Hospital Hipólito Unanue Tacna
Región Tacna-Región de Salud Tacna



LIC. IRMA VILLAR AGURTO
Jefe de la Unidad A. Docencia e Investigación
Hospital Hipólito Unanue Tacna
Región Tacna-Región de Salud Tacna

CWRA/IVA
C.c.: Archivo

Sr.: DIRECTOR DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA

Yo, DELIA MERCEDES SARAVIA CORONEL, identificada con DNI 42-860273, Licenciada en Obstetricia N° de colegiatura: 24438; domiciliada en la Coop. Jorge Basadre Mz-D Lte- 26. Con el debido respeto me presento y expongo:

Que habiendo realizado mi proyecto "Factores Maternos en Oligohidramnios diagnosticados ecográficamente en El Hospital Hipólito Unanue de Tacna de Noviembre 2013 a Octubre 2014", por ello solicito permiso para recopilación de información de las historias clínicas de dicho nosocomio y del sistema informático Perinatal. Agradezco en forma anticipada la atención que se sirva dispensar al presente.

Por lo tanto, ruego a Ud. acceder mi petición por ser de justicia.

Atentamente

NOTA BIOGRAFICA

1. DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos : Delia Mercedes Saravia Coronel.
Fecha de nacimiento : 24 -12-1984
D.N.I. : 42860273
Teléfono : 052-411828
Celular : 980-249924
E-mail : delia_sc@hotmail.com

2. ESTUDIOS

- ✓ 1991-1996 Estudios primarios en la Institución Educativa “Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico” de Tacna.
- ✓ 1997-2001 Estudios secundarios en la Institución Educativa “Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico” de Tacna. **(1er puesto)**
- ✓ 2002-2007 Título Profesional Licenciada en Obstetricia REGISTRO N° 4878-2008-UNJBG LIBRO N°12 LUGAR DEL REGISTRO: Tacna de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann.
- ✓ 2013-2014 Egresada de 2da ESPECIALIDAD DE MONITOREO FETAL Y DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES EN OBSTETRICIA.

3. GRADOS Y TITULOS

- ✓ Grado de bachiller en Obstetricia: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann-Tacna 2008.
- ✓ Título en Obstetricia: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann-Tacna 2008.

4. OTROS ESTUDIOS

- ✓ 2011-2012 Egresada de la MAESTRÍA DE DOCENCIA UNIVERSITARIA Y GESTIÓN EDUCATIVA en la Escuela de Postgrado de la Universidad Privada de Tacna.
- ✓ 2013 Certificado SPSS BASICO (INEI), en el periodo de Julio a setiembre del 2013.
- ✓ 2014 Certificado de Curso: TÉCNICO EN INFORMÁTICA empresarial (UNIVERSIDAD TELESUP), en el periodo de Abril-Agosto del 2014.
- ✓ 2014-2015 certificado de INGLES en el NIVEL INTERMEDIO (UNJBG-CEID).

5. CENTROS LABORALES

- ✓ Consultorio privado "San Gabriel" del 01 de Setiembre del 2010 al 28 de febrero del 2011. Cargo: Obstetriz asistencial.
- ✓ STAGE en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna por el periodo de 6 meses en el año 2009. Cargo: Obstetriz asistencial.

- ✓ **Concurso CAS** Nro 0205-2011 en zona rural, Centro de Salud Candarave- Microred Candarave por el periodo de 10 meses **(05 de marzo al 31 de diciembre del 2011)**. Cargo: Obstetrix asistencial.
- ✓ **Concurso CAS** Nro 291-2012, Centro de Salud Leoncio Prado- Microred Metropolitano, por el periodo de 10 meses **(08 de marzo al 31 de diciembre del 2012)**. Cargo: Obstetrix asistencial.
- ✓ **Concurso CAS** Nro 213-2013, Centro de Salud Leoncio Prado- Microred Metropolitano, por el periodo de enero a febrero 2013. Cargo: Obstetrix asistencial.
- ✓ **Concurso CAS** Nro 291-2013, en el Área Dirección ejecutiva de Salud de la Personas-Equipo de Seguros de la Dirección Regional de Tacna Centro de Salud Leoncio Prado- Microred Metropolitano, por el periodo de 10 meses **(del 13 de marzo al 31 de diciembre del 2013)**. Cargo: Obstetrix asistencial.
- ✓ **Concurso CAS** Nro 018-2014, en el Área Dirección ejecutiva de Salud de la Personas-Equipo de Seguros de la Dirección Regional de Tacna Centro de Salud Leoncio Prado- Microred Metropolitano, por el periodo de 1 mes **(del 01 de enero al 31 de enero del 2014)**. Cargo: Obstetrix asistencial.
- ✓ **Constancia de trabajo** en el mes de febrero del 2014 en el Puesto de Salud Ramón Copaja- Microred Cono Norte. Cargo: Obstetrix asistencial.
- ✓ **Constancia de trabajo** del 01 de marzo al 30 de abril del 2014 en el Puesto de Salud Viñani- Microrred Cono Sur. Cargo: Obstetra asistencial.
- ✓ **Concurso CAS** Nro 0334-2014, en el Área Dirección ejecutiva de Salud de la Personas-Equipo de Seguros de la Dirección Regional de Tacna Centro de Salud Esperanza- Microred Cono Norte, por el periodo de 7 meses **(del 02 de mayo al 30 de noviembre del 2014)**. Cargo: Obstetra asistencial.
- ✓ **Constancia de trabajo** del 01 al 31 de Diciembre 2014 y del 01 de enero al 15 de abril del 2015 en el Centro de Salud Esperanza- Microrred Cono Norte. Cargo: Obstetrix asistencial.

- ✓ **RESOLUCION DIRECTORAL** NRO 324-2015 CONTRATACION POR SUPLENCIA TEMPORAL Bajo el Régimen del Decreto Legislativo 276 a partir del 16 de abril al 15 de junio del 2015. Cargo: Obstetrix asistencial.
- ✓ **Concurso CAS** Nro 0176-2015, en el Área Dirección ejecutiva de Salud de la Personas-Equipo de Seguros de la Dirección Regional de Tacna Centro de Salud Esperanza- Microred Cono Norte, por el periodo de 7 meses **(del 16 de Junio del 2015 a la actualidad)**. Cargo: Obstetra asistencial.