

**UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN-HUANUCO
ESCUELA DE POST GRADO**

FACULTAD DE OBSTETRICIA



**REPERCUSION DEL DIAGNOSTICO ECOGRAFICO DEL
OLIGOHIDRAMNIOS SOBRE EL PARTO Y EL APGAR DEL
RECIEN NACIDO. HOSPITAL LA MERCED - CHANCHAMAYO.
ENERO– JUNIO 2015**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MONITOREO
FETAL Y DIAGNOSTICO POR IMAGENES EN OBSTETRICIA**

TESISTA : OBST. FABIOLA RAQUEL SIMEON MARTINEZ

ASESORA : Mg. DIGNA MANRIQUE DE LARA SUAREZ

HUANUCO – PERU

2015

DEDICATORIA

A mi Hijo

Desde que te fuiste dejaste un vacío
muy grande , es difícil la vida sin ti
A veces siento que no tengo fuerzas
para continuar pero yo sé que tú haces
de todo para que yo me mantenga de pie.

A mi Hija

Por todo el amor que me brindas día
a día, la razón por la cual existo y el motivo
Por el cual debo seguir adelante

A mi Madre

Por el apoyo brindado en el cuidado de mi hija
Sin su apoyo incondicional no hubiera logrado
terminar mi especialidad.

AGRADECIMIENTO

- Al Hospital La Merced por haberme dado el permiso correspondiente para poder realizar el presente trabajo
- A Cencasalud por haber traído la especialidad hasta la Provincia de Chanchamayo
- Al Servicio de Obstetricia por las facilidades brindadas.
- A todas las colegas por su compañerismo.

INDICE

PORTADA	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
INDICE	iiii
RESUMEN	1
INTRODUCCION	3
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	4
1.1 Fundamentación del problema.	5
1.2 Formulación del problema: General y Específicos	8
1.3 Objetivos: Generales y Específicos	8
1.4 Justificación e importancia.	8
1.5 Limitaciones.	9
II. MARCO TEÓRICO	10
2.1 Antecedentes	11
2.2.1 Internacionales	11
2.2.2 Nacionales	13
2.2 Bases Teóricas	15
2.3 Definición de Términos Básicos	26
III. ASPECTOS OPERACIONALES	28
3.1 Hipótesis: General y Específicas	29
3.2 Sistema de Variables-Dimensiones e Indicadores	29
IV. MARCO METODOLÓGICO	30
4.1 Dimensión Espacial y Temporal	31
4.2 Tipo de Investigación	31
4.3 Diseño de Investigación	32
4.4 Determinación del Universo/Población	32
4.5 Selección de la Muestra	33
4.6 Fuentes, técnicas e instrumentos de recolección de datos	34
4.7 Técnicas de Procesamiento, Análisis de Datos y presentación de datos	34
V. RESULTADOS	36
5.1 DISCUSION	43
5.2 CONCLUSION	45
5.3 RECOMENDACIÓN	46
VI. BIBLIOGRAFIA O REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	47
ANEXOS	

RESUMEN

La presente investigación fue realizada en el Hospital La Merced que pertenece a la Provincia de Chanchamayo, Departamento de Junín, el cual tiene como objetivo principal Determinar de qué manera repercute el Diagnostico Ecográfico del Oligohidramnios sobre el parto y el apgar del recién nacido, es un estudio de tipo Descriptivo, Retrospectivo, correlacional y transversal.

La población estudiada estuvo conformada por todas las gestantes que terminaron en parto institucional y tuvieron como diagnostico ecográfico Oligohidramnios, se realizó el muestreo NO PROBABILISTICO POR CONVENIENCIA , la muestra lo constituyen 26 gestantes que cumplieron con los criterios de inclusión y fueron seleccionados por conveniencia.

La técnica empleada fue la revisión en el libro de partos en centro obstétrico y se utilizó como instrumento la ficha de recolección de datos.

Los principales resultados fueron:

Se concluye que respecto al tipo de Oligohidramnios se observó que del total de 26 pacientes, 19% presentaron Oligohidramnios Leve, 35% Oligohidramnios moderado y el 46% Oligohidramnios Severo, es decir que el mayor porcentaje de las pacientes tuvieron como resultado Oligohidramnios Severo.

Respecto a la vía del parto, 73% terminaron en parto Abdominal, y 27% terminaron en parto Eutócico. Lo que significa que la mayoría de pacientes terminaron en parto abdominal.

Del total de recién nacidos con apgar al minuto, 8% presentaron un apgar de 4 – 6, 92% presentaron un apgar de 7 – 10. Lo que significa que la mayoría de recién nacidos presentaron un buen apgar al nacer al minuto y del total de recién nacidos con apgar a los 5 minutos, 4% presentaron un apgar de 4 – 6, 96% presentaron un apgar de 7 – 10. Lo que significa que la mayoría de recién nacidos presentaron un buen apgar al nacer a los cinco minutos.

Palabras Claves: Diagnostico Ecográfico, Oligohidramnios, Parto y Apgar

SUMARY

This research was conducted at the Hospital La Merced belonging to the Province of Chanchamayo , Department of Junin, which has as main objective Determine how affects the ultrasound diagnosis of oligohydramnios on delivery and the Apgar score of the newborn, is a study descriptive, retrospective , correlational and transversal.

The study population consisted of all pregnant women who ended up in hospital births and had as ultrasound diagnosis Oligohydramnios , sampling non probabilistic for convenience is performed , the sample comprises 26 pregnant women who met the inclusion criteria and were selected for convenience.

The technique used was the revision in the book of births and birth center was used as the data- collection instrument data .

The main results were:

It is concluded that for the type of Oligohydramnios was observed that the total of 26 patients , 19 % had Oligohydramnios Leve , 35 % moderate and 46% Oligohydramnios Oligohydramnios Severo , ie the higher percentage of patients Oligohydramnios resulted Severo .

Regarding the birth canal , 73 % ended in abdominal delivery , and 27 % ended in childbirth eutocic . Which means that most patients ended in abdominal delivery.

Of all newborns with Apgar minute, 8% had an Apgar score of 4-6 , 92 % had an Apgar score 7 - 10. Which means that most newborns had a good Apgar at birth at minute and total of newborns with Apgar score at 5 minutes , 4 % had an Apgar score of 4-6 , 96 % had an Apgar score 7 - 10. which means that most newborns had a good Apgar birth to five minutes.

Keywords : Diagnosis Ecographic , Oligohydramnios , Labor and Apgar

INTRODUCCION

La problemática del Oligohidramnios en nuestro medio es relevante pues a diario es necesaria la interrupción de la gestación por métodos convencionales que no están exentos de complicaciones

La mortalidad perinatal está extraordinariamente aumentada por esa causa y tiene variaciones en dependencia de la cuantía del defecto del líquido.

El Oligohidramnios está asociado con múltiples condiciones obstétricas, entre las que se encuentran: sufrimiento fetal crónico dado por el crecimiento intrauterino retardado, embarazo prolongado, malformaciones fetales.

Según estudios encontrados El índice de líquido amniótico tiene valor en la predicción de sufrimiento fetal y puntuación de Apgar del recién nacido.⁽⁶⁾

El Oligohidramnios se asocia a una alta tasa de morbilidad del recién nacido, a pesar de los importantes esfuerzos realizados, la mortalidad materna y neonatal sigue siendo un problema de salud pública en nuestro país

El presente estudio tiene como propósito determinar de qué manera repercute el diagnóstico ecográfico de Oligohidramnios sobre el parto y apgar del recién nacido.

Para ello el estudio está dividido en capítulos:

- II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**
- III. MARCO TEORICO**
- IV. ASPECTOS OPERACIONALES**
- V. MARCO METODOLOGICO**
- VI. RESULTADOS**
 - 5.1 DISCUSION
 - 5.2 CONCLUSION
 - 5.3 RECOMENDACIÓN
- VII. BIBLIOGRAFIA O REFERENCIA BIBLIOGRAFICA**
- ANEXOS**

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 **Fundamentación del problema**

Con los avances que ha alcanzado la medicina fetal y perinatal en la prevención y diagnóstico precoz de patologías que afectan el binomio madre-hijo, se ha logrado transmitir una mayor tranquilidad a los progenitores de la indemnidad fetal a medida que evoluciona el embarazo. Entre ellos la ecografía cumple un rol preventivo y terapéutico por ser un método de diagnóstico de sufrimiento fetal si su evaluación es oportuna y esto es bien aplicado en muchos nosocomios se disminuirá la morbimortalidad perinatal.

La problemática del Oligohidramnios en nuestro medio es relevante pues a diario es necesario la interrupción de la gestación por métodos convencionales que no están exentos de complicaciones. La mortalidad perinatal está extraordinariamente aumentada por esa causa y tiene variaciones en dependencia de la cuantía del defecto del líquido amniótico. La estrategia para lograr una reducción en la morbilidad y mortalidad implica el reconocimiento de la entidad, el posible diagnóstico que la causa y un actuar consecuente para la interrupción de la gestación en un momento oportuno sin lamentar consecuencias desfavorables ⁽¹⁾.

El Oligohidramnios está asociado con múltiples condiciones obstétricas, entre las que se encuentran: sufrimiento fetal crónico dado por el crecimiento intrauterino retardado, embarazo prolongado, malformaciones fetales. También se puede relacionar con condiciones maternas como hipertensión arterial, enfermedades del colágeno, diabetes y la ingestión de drogas inhibidoras de las prostaglandinas y de la enzima convertidora de angiotensina. Produce efectos desfavorables para el producto de la concepción, y uno de ellos es el bajo peso al nacer. La reducción crónica en el aporte de oxígeno al feto produce una caída del flujo sanguíneo pulmonar, de modo que se modificará la actividad fisiológica de éste órgano y por lo tanto, éste se

traducirá en una nueva entidad de movimientos respiratorios fetales, lo cual conllevaría a un cambio en el pH fetal con la consiguiente asfixia, por tanto, se traducirá en un puntaje de Apgar bajo a los 5 minutos de vida. El Oligohidramnios se asocia a una alta tasa de morbilidad del recién nacido, se produce porque en esta afección existe una alteración del endotelio y el sincitiotrofoblasto, lo cual favorece las diferentes alteraciones que se producen en el feto y en el neonato.⁽²⁾

A pesar de los importantes esfuerzos realizados, la mortalidad materna y neonatal sigue siendo un problema de salud pública en nuestro país: cada año mueren más de 400 mujeres (93 por cada 100,000 nacidos vivos) durante el embarazo, parto o puerperio, y alrededor de 4,480 niños y niñas antes del primer mes de vida (10 para cada 1,000 nacidos vivos)⁽³⁾.

Aunque ésta se ha reducido en los últimos años, todavía hay una importante brecha urbano-rural en la mortalidad neonatal: por cada 1,000 nacidos vivos, 8 recién nacidos mueren en las ciudades y 13 en el campo antes de cumplir el primer mes de vida. La mortalidad también es mayor entre los recién nacidos con madres poco educadas (16 por 1,000), frente a los hijos de aquellas que tienen educación superior (7 por 1,000). La mortalidad neonatal en Lima (4 por 1,000) es menor que en la sierra (12 por 1,000) y selva (10 por 1,000), donde los índices de pobreza, analfabetismo y malnutrición son más elevados⁽³⁾.

Según ENDES 2012 se estima que en el Perú .Más de la mitad de las muertes infantiles ocurren el primer mes de vida.

De acuerdo a la información proporcionada por el Subsistema de Vigilancia Epidemiológica Perinatal Neonatal de la Dirección General de Epidemiología (SNVEPN) las principales causas de muerte neonatal son prematuros (29%), infecciones (20%) y asfixia (16%).La primera causa que contribuye a la mortalidad neonatal es la

prematuridad, asociada a la limitada capacidad de los servicios de salud para atender estos casos (8% de los RN registran bajo peso, según ENDES 2012).⁽⁴⁾

Las regiones con menor mortalidad neonatal son La Libertad (5 por 1,000), Lima (7 por 1,000) y Tacna (7 por 1,000), mientras que Tumbes (18 por 1,000), Madre de Dios (17 por 1,000) y Cusco (17 por 1,000), presentan las tasas más altas de mortalidad neonatal en el país. El 82% de las muertes neonatales, cerca de 3,700 niños cada año, ocurre en los primeros siete días, y el 33%, aproximadamente 1,500 niños anualmente, durante las primeras 24 horas.⁽⁴⁾

Según estudios encontrados El índice de líquido amniótico tiene valor en la predicción de sufrimiento fetal y puntuación de Apgar del recién nacido.⁽⁵⁾

En Cuba, a los Oligohidramnios detectados se les realiza asesoramiento genético, interrupción del embarazo según la voluntariedad de la pareja y el tiempo de gestación al momento del diagnóstico u otro tipo de terapéutica y de esta forma no es tan frecuente la aparición de malformaciones congénitas fetales.⁽⁶⁾

En el Hospital La Merced lugar donde se realizó el presente estudio tiene la finalidad de conocer la repercusión del Diagnóstico Ecográfico del Oligohidramnios sobre el Parto y el Apgar del recién nacido, ya que son muchos casos que se presentaron. Es importante el reconocimiento de la entidad porque implica trazar una estrategia para lograr una reducción en la morbi -mortalidad perinatal, el posible diagnóstico que la causa y un actuar consecuente para la interrupción de la gestación en un momento oportuno sin lamentar consecuencias desfavorables.

1.2 Formulación del problema:

PRINCIPAL:

¿De qué manera repercute el Diagnóstico Ecográfico de Oligohidramnios sobre el Parto y el Apgar del recién nacido en el Hospital La Merced – Chanchamayo. Enero - Junio 2015?

SECUNDARIOS:

- ¿Cuáles son los resultados del Diagnóstico Ecográfico del Oligohidramnios de las gestantes en estudio?
- ¿Cuál es la vía del parto en las gestantes con Diagnóstico Ecográfico de Oligohidramnios?
- ¿Cuál es el apgar del recién nacido de las gestantes con Diagnóstico Ecográfico de Oligohidramnios?

1.3 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS

PRINCIPAL:

Determinar las repercusiones del Diagnóstico Ecográfico del Oligohidramnios sobre el parto y el apgar del recién nacido en el Hospital La Merced – Chanchamayo. Enero - Junio 2015

SECUNDARIOS:

- Identificar los resultados del Diagnóstico Ecográfico de Oligohidramnios de las gestantes en estudio
- Identificar la vía del parto en las gestantes con Diagnóstico Ecográfico de Oligohidramnios
- Identificar el apgar del recién nacido de las gestantes con Diagnóstico Ecográfico de Oligohidramnios

1.4 JUSTIFICACION E IMPORTANCIA

Por su relevancia social; la ecografía como herramienta diagnóstica ayuda a todo el equipo de salud de ginecoobstetricia a tomar decisiones adecuadas en la mejora de la salud materna perinatal.

Por su Aporte Científico; la frecuencia del Oligohidramnios es variable y depende de la población, esto oscila entre el 0,5% y el 10%.

La disminución del líquido amniótico a cifras patológicas con un ILA menor o igual a 5 es donde se presenta la mayor morbilidad perinatal, ya que se han encontrado resultados perinatal adversos tales como prematuros, asfixia perinatal, muerte fetal y neonatal, por lo que consideramos que un ILA menor a 2, lo que se define como Oligohidramnios severo presenta aún más estos riesgos fetales, para lograr una reducción en la morbilidad y mortalidad implica el reconocimiento de la entidad, el posible diagnóstico que la causa y un actuar consecuente para la interrupción de la gestación en un momento oportuno sin lamentar consecuencias desfavorables

Por su aporte metodológico; el tipo de estudio y los resultados encontrados del estudio servirán de base para otros estudios similares.

Se realizó la presente investigación para establecer como repercute el Diagnostico Ecográfico del Oligohidramnios sobre el Parto y el Apgar del recién nacido, en pacientes a término sin otra complicación, ya que está documentado que el Oligohidramnios produce un aumento del riesgo de morbilidad y mortalidad perinatal.

Está demostrado que los fetos productos de embarazos con Oligohidramnios tienen más riesgo de complicaciones tales como: tinción meconial y asfixia perinatal.

Actualmente con la cardiotocografía se puede someter a la paciente a un parto vaginal con una monitorización estricta y ante cualquier eventualidad pasar a la paciente a sala de Operaciones

1.5 LIMITACIONES

No se tuvo limitaciones ya que se solicitó el permiso correspondiente para tener acceso y poder revisar el libro de partos, la recolección de datos fue exacta ya que el libro de partos de centro obstétrico estaba llenado correctamente.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

MARCO TEORICO Y CONCEPTUAL

2.1 Antecedentes

2.1.1 Antecedentes Internacionales

Gallardo Ulloa, Kathia Lizet, Panduro-Barón Guadalupe, Camarena EE - Pulido, Quintero-Estrella I.M, Barrios-Prieto Ernesto y Fajardo Sergio (México 2013).

En su estudio sobre: *Repercusiones perinatales en embarazos a término con Oligohidramnios severo; quienes* informaron que la edad promedio de las pacientes fue de 22.4 años. 37.5% fueron menores de 20 años (12 pacientes), dedicándose al hogar la totalidad de las pacientes, así como el 100% tenían como condición social la unión libre. En relación a la paridad el 56.2% eran primigestas (18 pacientes), mientras que 9 pacientes cursaban su segunda o tercera gestación y sólo 5 tenían 4 o 5 embarazos. En relación a la atención médica durante su embarazo, solo 3 pacientes (9.3%) habían tenido un buen control prenatal. Al momento del diagnóstico de Oligohidramnios el índice de líquido amniótico más frecuente fue de 3.1 a 5.0 cm que se encontró en el 90.6% de los casos que correspondió a 29 pacientes. La vía de terminación del embarazo fue cesárea en 25 pacientes (78%), mientras que 7 pacientes tuvieron parto vaginal (22%). La indicación más frecuente de la cesárea fue el Oligohidramnios severo en 14 pacientes que correspondió al 56% de las cesáreas y el anhidramnios en 4 pacientes (16% de las cesáreas).

En relación al sexo de los neonatos 19 (59.4%) fueron masculinos; 97% (30) obtuvieron un puntaje Capurro de 37 a 40 semanas 6 días. El peso más frecuente por grupo fue el de 3.0 a 3.5 Kg que se tuvo en 17 neonatos (53.1%).

En relación a la evaluación del Apgar de los recién nacidos, solo un recién nacido obtuvo un Apgar de 7 al minuto, mientras que todos los demás tuvieron un Apgar de 8 o 9 al minuto, y un Apgar de 9 o 10 a los 5 minutos.

Sobre las características del líquido amniótico solo 2 casos(6.2%) fueron meconiales . No se detectaron malformaciones, ni fue necesario el ingreso a las Unidades de Cuidados Mediatos, todos los neonatos fueron enviados a alojamiento conjunto con sus madres.⁽⁷⁾

Balestena Sánchez Dr. Jorge M, Almeida García Dr. Galia y Balestena Sánchez Dr. Sonia G. En su estudio Resultados del Oligohidramnios en el parto y el recién nacido. Rev. Cubana Obstetricia Ginecología, Año 2005.

En este estudio informaron que en el Hospital Universitario "Abel Santamaría Cuadrado" Pinar del Río. Análisis caso-control, se efectuó un estudio retrospectivo, longitudinal y analítico de corte caso - control en el hospital universitario "Abel Santamaría" entre el 1ro. de mayo de 2001 y el 31 de diciembre de 2002, con el objetivo de identificar la repercusión que tiene el Oligohidramnios sobre el parto y el recién nacido. Se formaron 2 grupos, el de estudio quedó conformado por las pacientes con diagnóstico de Oligohidramnios (ultrasonográficamente) y con más de 27 semanas y el grupo de control se conformó formado aleatoriamente con gestantes que tenían líquido amniótico normal. Se evaluaron variables del parto y el recién nacido, para el análisis estadístico se utilizó la media, la derivación estándar y el Chi cuadrado con diferentes niveles de significación. Se obtuvo asociación entre el Oligohidramnios y la gestación pos término, la inducción del parto, la cesárea, el bajo peso al nacer, el sexo masculino del neonato, el Apgar bajo a los 5 minutos y la morbilidad del recién nacido. La tasa de mortalidad perinatal fue de 0.92 x 1000 NV. Se concluye que el Oligohidramnios es un evento que se presenta negativamente en el parto y el recién nacido.⁽⁸⁾

Del Bianco-Abreu, Dr. Elsa, Reyna- Villasmil Eduardo ,Guerra Mery-Velásquez , Torres- Cepeda Duly , Mejía-Montilla Jorly , Aragon - Charry Jhoan , Santos-Bolívar Joel, Reyna-Villasmil Nadia.(Venezuela)

:Valor predictivo del índice de líquido amniótico en las complicaciones neonatales, año 2012

Se determinó el valor predictivo del índice de líquido amniótico en las complicaciones neonatales. Se seleccionaron 120 embarazadas en las que se evaluó el valor del índice de líquido amniótico, complicaciones neonatales y eficacia diagnóstica. Las pacientes fueron divididas según el punto de corte del índice de líquido amniótico (grupo A: índice de líquido amniótico menor de 60 mm y grupo B índice de líquido amniótico igual o mayor a 60 mm).el ambiente fue en el Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Central “Dr. Urquinaona”. Maracaibo. Estado Zulia. Las pacientes del grupo A presentaron una duración mayor del trabajo de parto y recién nacidos con menos peso al nacer que las pacientes del grupo B ($P < 0,05$). Con respecto a las complicaciones perinatales, la frecuencia de recién nacidos con sufrimiento fetal y con puntuación de Apgar menor o igual de 6 puntos al minuto fue estadísticamente superior en las pacientes del grupo A comparado con aquellas del grupo B ($P < 0,05$). El valor de corte de 60 mm en la predicción de sufrimiento fetal tiene una sensibilidad del 22,2 %, especificidad del 96,4 %, valor predictivo positivo del 72,3 % y valor predictivo negativo del 74,3 %; en la predicción de puntuación de Apgar menor o igual de 6 puntos al minuto tiene una sensibilidad del 25,0 %, especificidad del 96,4 %, valor predictivo positivo del 69,2 % y valor predictivo negativo del 74,7 %. Conclusión: El índice de líquido amniótico tiene valor en la predicción de sufrimiento fetal y puntuación de Apgar⁽⁹⁾.

2.1.2 Antecedentes Nacionales

Ybaseta -Soto Marjorie , Morales-Espinoza Kristel , Ybaseta-Medina Jorge. Perú. VALORACIÓN ULTRASONOGRÁFICA SIMPLIFICADO DEL OLIGOHDRAMNIOS E INDICACIÓN DE CESÁREA POR SUFRIMIENTO FETAL.(Rev. méd. panacea 2011; 1:34-36). Año 2011

Se realizó en la Facultad de Medicina, Universidad Nacional San Luís Gonzaga. Ica, Perú, el objetivo fue: Determinar si el Oligohidramnios medido

con la técnica Ultrasonográfica simplificada del bolsillo vertical mayor de líquido amniótico tiene relación con la indicación de cesárea por sufrimiento fetal. **Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional, transversal y analítico, se incluyeron gestantes de 37 a 41 semanas en quienes se valoró Oligohidramnios mediante la técnica del bolsillo vertical mayor (BVM). **Resultados:** El grupo de Oligohidramnios medido por BVM \leq 2cm presentó frecuencias estadísticamente significativas para trazados cardiotocográficos patológicos ($p=0,002$), parto por cesárea ($p=0,001$), líquido amniótico meconial ($p=0,0001$), score de Apgar menor de siete al minuto ($p=0,03$) y a los cinco minutos ($p=0,003$) e ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales ($p=0,008$). **Conclusión:** Se encontró relación entre el Oligohidramnios valorado mediante la técnica ultrasonográfica del bolsillo vertical mayor y la indicación de cesárea por sufrimiento fetal. ⁽¹⁰⁾

Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima. Perú. Resultados perinatales en embarazo prolongado con evidencia ultrasonografía de calcificaciones placentarias y Oligohidramnios. Instituto Nacional Materno Perinatal. Año 2006

El objetivo del estudio fue determinar las principales diferencias en los resultados perinatales entre gestantes con embarazo prolongado y evidencia ultrasonográfica de calcificaciones placentarias y Oligohidramnios en comparación con gestantes con embarazo prolongado sin evidencia ultrasonográfica de calcificaciones placentarias y Oligohidramnios. En el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima – Perú se realizó un estudio observacional, retrospectivo y transversal comparando 50 gestantes con embarazo prolongado con evidencia ultrasonográfica de calcificaciones placentarias y Oligohidramnios con 70 gestantes con embarazo prolongado sin evidencia ultrasonográfica de calcificaciones placentarias y Oligohidramnios. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS. La

incidencia de embarazo prolongado fue 0,73%. El 41,7% de gestantes con embarazo prolongado tuvo evidencia ultrasonográfica de calcificaciones placentarias y Oligohidramnios. El 38,3% (n igual 46) de gestantes con embarazo prolongado presentó resultado perinatales adversos. Existió mayor riesgo de resultados perinatales adversos en embarazos prolongados con evidencia ultrasonográfica de calcificaciones placentarias y Oligohidramnios (OR 4,58; 95% IC 2,74 – 7,65).⁽¹¹⁾

2.2.- Bases teóricas

2.2.1 ECOGRAFIA: Conocida también como ultrasonografía o ecosonografía es un método de información al alcance para obtener imágenes estructurales y funcionales de nuestro cuerpo⁽¹²⁾.

Es una imagen que aparece en la pantalla y es producida por ondas sonoras que son devueltas desde la estructura en estudio. Se aplica corriente alterna a un transductor que contiene cristales piezoeléctricos y así transforma la energía eléctrica en ondas de sonido de alta frecuencia. El gel hidrosoluble aplicado a la piel actúa como agente acoplador, las ondas sonoras pasan por las capas de tejido, se topan con una interface que separan a tejidos de densidades diferentes para devolverlas al transductor. Las Ondas transformadas de nuevo en energía eléctrica son mostradas gráficamente en una pantalla. ⁽¹³⁾

El líquido amniótico es anecoico y genera pocas ondas y en la pantalla tiene color oscuro, La ecografía en obstetricia ha sido de gran utilidad en diversas formas, dos en particular: el cálculo de la fecha de gestación y la detección de anomalías fetales.⁽¹³⁾

Tipos

Ecografía Abdominal: La ecografía abdominal puede detectar tumores en el hígado, vesícula biliar, páncreas y hasta en el interior del abdomen.

Ecografía de Mama: Se utiliza para diferenciar nódulos o tumores que pueden ser palpables o aparecer en la mamografía. Su principal objetivo es detectar si el tumor es de tipo sólido o líquido para determinar su benignidad.

Ecografía Transrectal: La ecografía médica para el diagnóstico del cáncer de próstata consiste en la introducción de una sonda por el recto que emite ondas de ultrasonido que producen ecos al chocar con la próstata. Estos ecos son captados de nuevo por la sonda y procesados por una computadora para reproducir la imagen de la próstata en una pantalla de video. El paciente puede notar algo de presión con esta prueba cuando la sonda se introduce en el recto. Este procedimiento dura sólo algunos minutos y se realiza ambulatoriamente. La ecografía transrectal es el método más usado para practicar una biopsia. Los tumores de próstata y el tejido prostático normal a menudo reflejan ondas de sonido diferentes, por eso se utiliza la ecografía transrectal para guiar la aguja de biopsia hacia el área exacta de la próstata dónde se localiza el tumor. La ecografía transrectal no se recomienda de rutina como prueba de detección precoz del cáncer de próstata. La ecografía transrectal es también imprescindible en el estadiaje del cáncer colorrectal.

Ecografía Doppler: La ecografía doppler o simplemente eco-Doppler, es una variedad de la ecografía tradicional, basada por tanto en el empleo de ultrasonidos, en la que aprovechando el efecto Doppler, es posible visualizar las ondas de velocidad del flujo que atraviesa ciertas estructuras del cuerpo, por lo general vasos sanguíneos, y que son inaccesibles a la visión directa. La técnica permite determinar si el flujo se dirige hacia la sonda o si se aleja de ella, así como la velocidad de dicho flujo. Mediante el cálculo de la variación en la frecuencia del volumen de una muestra en particular, por ejemplo, el de un flujo de sangre en una válvula del corazón, se puede determinar y visualizar su velocidad y dirección. La impresión de

una ecografía tradicional combinada con una ecografía Doppler se conoce como ecografía dúplex

La información Doppler se representa gráficamente con un Doppler espectral, o bien como una imagen usando Doppler direccional o un power Doppler (Doppler no-direccional). La frecuencia Doppler cae en el rango audible y puede escucharse utilizando altavoces estéreo, produciendo un sonido pulsátil distintivo.

2.2.2 OLIGOHIDRAMNIOS: Definido como un índice de líquido amniótico de 5cm o menor .Gagno (2002) descubrió que la insuficiencia placentaria grave crónica causaba disminución del volumen de líquido amniótico no atribuible a una menor producción de orina en el feto. El riesgo de compresión de cordón, y a su vez, el de sufrimiento fetal aumentan conforme disminuye el volumen del líquido en todos los trabajos de parto.(5).

Alteración fisiopatológica que se caracteriza por la disminución en la cantidad del líquido amniótico .Es un término médico que significa *poco líquido amniótico*. Afecta a menos del 10% de los embarazos, y aunque es más común que se desarrolle en el primer trimestre, puede aparecer en cualquier nivel del embarazo.. Es un trastorno que se diagnostica durante un ultrasonido revelando un índice de líquido amniótico menor de 5 cm y debe ser tratado por un profesional de la salud especializado .La evaluación del sistema genitourinario fetal es de primordial importancia, ya que casi el 20% de malformaciones congénitas, afectan el sistema genito urinario, incluyendo las letales, se pueden identificar prenatalmente durante el examen.

El inicio de la producción de orina comienza alrededor de la semana 11 de gestación, pero no es sino hasta las semanas 18 de gestación cuando los riñones fetales comienzan a ser el principal contribuyente para la producción de líquido amniótico, por esta razón será evidente cuando afectan las

malformaciones renales la función de los riñones y porque no siempre se pueden detectar hasta la segunda mitad del embarazo, ya que los ultrasonidos normales del primer y segundo trimestre no necesariamente descartan las malformaciones congénitas renales. La vejiga fetal se puede visualizar al final del primer trimestre como un área redondeada sonolucida situada centralmente en la pelvis a nivel del sacro

A las semanas 16 de gestación, la vejiga se debe ver rutinariamente y su ausencia, especialmente si está asociada con disminución del volumen de líquido amniótico.(7).El uso de Oligohidramnios como predictor de complicaciones gestacionales es aún controversial. La tasa bruta de mortalidad es alta en el Oligohidramnios. La falta de líquido amniótico permite la compresión del abdomen del feto, lo que limita el movimiento de su diafragma. Además de la fijación de la pared torácica, la falta de líquido amniótico que fluye dentro y fuera del pulmón fetal lleva a hipoplasia pulmonar. Oligohidramnios también se asocia con manchas de meconio sobre el líquido amniótico, anomalías de la conducción eléctrica del corazón fetal, la compresión del cordón umbilical, la mala tolerancia durante el trabajo de parto, la reducción de las puntuaciones del Test de Apgar, y acidosis fetal. En los casos de restricción del crecimiento intrauterino, el grado de Oligohidramnios es a menudo proporcional a la restricción del crecimiento fetal, con frecuencia refleja la magnitud de la disfunción placentaria y se asocia con un aumento correspondiente en la ruptura prematura de membranas.

No existe tratamiento específico para esta complicación por lo que la asistencia se basa en la vigilancia y terapéutica de la causa que lo originó y la edad gestacional en la que se encuentra.

El método de mayor sensibilidad es sin duda la ultrasonografía - Índice de líquido amniótico con técnica de phelan

CLASIFICACION DEL OLIGOHIDRAMNIOS H. L.M

- ✓ Oligohidramnios Leve: 7-8
- ✓ Oligohidramnios Moderado: < 7
- ✓ Oligohidramnios Severo: < 5

2.2.3 PARTO: Expulsión o extracción completa de un feto de la madre, independientemente de si el cordón se ha cortado o la placenta esta fija (8). El parto también llamado nacimiento, es la culminación del embarazo humano, hasta el periodo de salida del bebé del útero materno. Es considerado por muchos el inicio de la vida de una persona. La edad de un individuo se define por este suceso en muchas culturas. Se considera que una mujer inicia el parto con la aparición de contracciones uterinas regulares, que aumentan en intensidad y frecuencia, acompañadas de cambios fisiológicos en el cuello uterino.

El proceso del parto humano natural se categoriza en tres fases: el borramiento y dilatación del cuello uterino, el descenso y nacimiento del bebé y el alumbramiento de la placenta. En algunos embarazos catalogados como de riesgo elevado para la madre o el feto, el nacimiento ocurre por cesárea: la extracción del bebé a través de una incisión quirúrgica en el abdomen.

La tasa de mortalidad materna sin asistencia médica (que incluye el embarazo, parto y puerperio, siendo el parto el momento de mayor riesgo) es de alrededor de 1 en 150. Por su parte, la tasa de mortalidad neonatal sin asistencia médica es mucho mayor y a tasa de morbilidad para ambos, es decir, enfermedad y secuelas, es evidentemente aún más elevada. Esto se constata observando las estadísticas históricas previas a la introducción de las técnicas de asepsia y antisepsia, así como el uso de líquidos intravenosos, transfusiones, antibióticos, oxitocina , antihipertensivos, cirugía y muchos otros procedimientos médicos.

Desafortunadamente estas elevadísimas tasas de mortalidad persisten en los partos naturales sin ninguna asistencia médica que siguen sucediendo en numerosos países debido a la falta de acceso a los recursos sanitarios o por razones ideológicas

.Parto vaginal espontáneo: En el parto natural, el bebé nace cruzando por la vagina de la madre, con la asistencia de poca o ninguna tecnología y sin la ayuda de fármacos. En la mayoría de los centros asistenciales el parto vaginal ocurre en una posición ginecológica, con la gestante en posición decúbito dorsal, es decir, acostada sobre su espalda y sus pies sostenidos a la altura de los glúteos con el objetivo de favorecer la comodidad del personal médico. Se conoce con el nombre de *posición de litotomía*, y ha sido usada durante años como rutina en el nacimiento. Sin embargo, es una posición controvertida, pues el parto puede ocurrir naturalmente en posición vertical por ejemplo agachada en el cual la gravedad ayuda a la salida natural del niño. En la litotomía existe más probabilidad de descensos lentos, expulsivos prolongados, sufrimiento fetal y desgarros perineales maternos. Idealmente, el entorno de la madre en el momento del parto debería ser de tranquilidad, sin prisas, intimidación y confianza: luz suave, pocas personas y pertenecientes a su entorno íntimo, una posición cómoda elegida por ella, tal vez música o flores o aromas si a ella le gustan. También existe el parto en agua caliente, en el propio hogar, en hospitales o en centros privados.

Etapas del Parto : Se desconocen cuáles son las causas que precipitan el parto, pero se cree que determinadas sustancias producidas por la placenta, la madre o el feto, y de factores mecánicos como el tamaño del bebé y su efecto sobre el músculo uterino contribuyen al parto. Por lo tanto los efectos coordinados de todos estos factores son probablemente la causa de la aparición del trabajo del parto. Se habla de inicio del parto cuando se conjugan varias situaciones como son las contracciones uterinas, el borramiento (o acortamiento de la longitud del cérvix) y la dilatación del

cuello uterino. La fase activa del parto suele iniciarse a partir de los 4 cm de dilatación del cuello uterino.

Prodrómico o preparto: Es un periodo excluido del trabajo del parto el cual no tiene un inicio definido, comienza con la aparición progresiva de un conjunto de síntomas y signos que le servirán a la madre para darse cuenta que se aproxima el momento del parto, aunque no siempre en forma inmediata. Este periodo puede durar hasta dos semanas y finaliza con la dilatación del útero. No todas las embarazadas perciben que están pasando por la etapa del preparto, por tanto, comienzan directamente con las contracciones rítmicas características del trabajo de parto. Durante este periodo se produce un incremento progresivo de la frecuencia e intensidad de las contracciones, se expulsa a veces el tapón mucoso y se incrementan las molestias a nivel de la pelvis

a) Dilatación: El primer período de parto tiene como finalidad dilatar el cuello uterino. Se produce cuando las contracciones uterinas empiezan a aparecer con mayor frecuencia, aproximadamente cada 3 - 15 minutos, con una duración de 30 s o más cada una y de una intensidad creciente.⁷ Las contracciones son cada vez más frecuentes y más intensas, hasta una cada dos minutos y producen el borramiento o adelgazamiento y la dilatación del cuello del útero, lo que permite denominar a este período como *período de dilatación*. La duración de este periodo es variable según si la mujer ha tenido trabajos de parto anteriores (en el caso de las primerizas hasta 18 horas) y se divide en: fase latente, fase activa y fase de desaceleración. La etapa termina con la dilatación completa (10 centímetros) y borramiento del cuello uterino. Usualmente entre la dilatación completa y la fase de nacimiento se da un corto periodo de latencia en el que las contracciones desaparecen por completo.

b) Nacimiento o expulsión: También llamada *período expulsivo* o *período de pujar* y termina con el nacimiento del bebé. Es el paso del recién nacido a

través del canal del parto, desde el útero hasta el exterior, gracias a las contracciones involuntarias uterinas y a poderosas contracciones abdominales o pujos maternos. En el período expulsivo o segundo período distinguimos dos fases: la fase temprana no expulsiva, en la que la dilatación es completa, y no existe deseo de pujar ya que la presentación fetal no ha descendido y la fase avanzada expulsiva, en la que al llegar la parte fetal al suelo de la pelvis, se produce deseo de pujo materno. Es deseable no forzar los pujos hasta que la madre sienta esta sensación, para no interferir con el normal desarrollo del parto.

c) Alumbramiento: Comienza en la expulsión de la placenta, el cordón umbilical y las membranas; esto lleva entre 5 y 30 minutos. El descenso del cordón umbilical por la vulva después del parto es una indicación del desprendimiento final de la placenta, cuanto más sale el cordón, más avanza la placenta hacia fuera de la cavidad uterina. Ese movimiento natural del cordón umbilical proporcional al descenso de la placenta se conoce con el nombre de *signo de Ahlfeld*

El desprendimiento de la placenta ocurre en dos posibles mecanismos. El primero el desprendimiento ocurre en el centro de la unión útero-placentaria, mecanismo conocido como *mecanismo de Baudelocque-Schultze* y por lo general son cerca del 95% de los casos. Menos frecuente es cuando la placenta se desgarran inicialmente de los lados de la unión útero-placentaria, conocido como el *mecanismo de Baudelocque -Duncan*. Las contracciones uterinas continúan durante el descenso de la placenta, las cuales ayudan a comprimir los vasos terminales del miometrio que pierden su utilidad después del parto, proceso que se conoce en obstetricia como las *ligaduras vivas de Pinard*.

Para muchos autores en el alumbramiento termina el período del parto, pero otros consideran un cuarto período que sería el de recuperación inmediata y

que finaliza dos horas después del alumbramiento. En este período denominado "puerperio inmediato", la madre y el niño deben estar juntos para favorecer el inicio de la lactancia, la seguridad del niño y su tranquilidad. En este sentido, se emplea el concepto "alojamiento conjunto" para designar la permanencia del bebé en el mismo cuarto que su progenitora,

mientras se encuentran en el hospital o lugar del alumbramiento. Para favorecer ese "alojamiento conjunto" e instaurar una lactancia exitosa es de vital importancia el descanso y la tranquilidad de la madre y el recién nacido, por lo que se deberían reducir en número y duración las visitas por parte del entorno durante los primeros días.

.Parto abdominal: Cerca del 20% de los partos en países desarrollados como los Estados Unidos, se realizan quirúrgicamente mediante una operación abdominal llamada *cesárea*. No todas las cesáreas son por indicación médica en casos de partos de alto riesgo, un porcentaje de ellos son electivos, cuando la madre elige por preferencia que su bebé nazca vaginal.

2.2.4 RECIEN NACIDO : Nacimiento de un bebe que respire de manera espontánea o muestre cualquier otro signo de vida ,como un latido cardiaco o un movimiento espontaneo.(8)

Un neonato (del latín *neo nato*) o recién nacido es un bebé que tiene 27 días o menos desde su nacimiento, bien sea por parto o por cesárea. La definición de este período es importante porque representa una etapa muy corta de la vida; sin embargo, en ella suceden cambios muy rápidos que pueden derivar en consecuencias importantes para el resto de la vida del recién nacido. El término se ajusta a nacidos pre término, a término o pos término.

Durante los primeros 30 días de vida, se pueden descubrir la mayoría de los defectos congénitos y genéticos. No todas las anomalías genéticas se

manifiestan por su clínica en el momento del nacimiento, pero con el manejo adecuado, se pueden descubrir, prevenir y tratar gran parte de las enfermedades del nuevo ser humano.

El recién nacido puede presentar aspectos muy diferentes atendiendo a numerosos factores propios, de su madre o del periodo gestacional. Por otra parte, existen numerosos fenómenos transicionales, derivados de la adaptación del neonato al nuevo entorno en el que se desenvuelve. Este hecho conlleva una serie de cambios, la mayoría predecibles, que establecen la norma del desarrollo y crecimiento infantil y que tienden a señalar la aparición de signos patológicos.

CUIDADOS DE UN NEONATO: Medidas generales

- Se deben conocer las características normales del recién nacido para valorar eficazmente su estado. Se deben registrar con exactitud las observaciones sobre el comportamiento y su estado fisiológico.
- Correcta identificación del niño, para evitar confusiones. Por ejemplo mediante pulseras de radiofrecuencia.
- Control apropiado del cordón umbilical. Al nacimiento, el cordón umbilical debe prensarse con instrumento esterilizado a no menos de 10 cm del bebé. Se realiza un corte entre las prensas y se liga. El cordón se cae entre los 7 y los 10 días de vida del neonato. Deben tenerse cuidados meticulosos del mismo para evitar infecciones; no obstante, es importante recordar que el uso de soluciones yodadas está contraindicado, porque conllevan riesgo de hipotiroidismo iatrogénico.
- Ambiente térmico neutro.
- Lo primordial que se tiene que hacer al nacer el producto es: La aspiración de flemas, primero se aspira la faringe y luego la nariz, esto al salir la cabeza; después se completa la aspiración cuando el

recién nacido está completamente afuera y esto a su vez sirve de estímulo induciéndolo al llanto, con el objetivo de mantener libre las secreciones las vías aéreas para mantener una adecuada ventilación pulmonar y con esto una buena oxigenación lo que proporcionara a neonato un mejor desarrollo.

2.2.5 APGAR: Se mide mediante un test, es un método rápido y práctico para evaluar objetiva y sistemáticamente al recién nacido inmediatamente luego del nacimiento, y su propósito es ayudar a identificar a aquellos que requieran resucitación y predecir su supervivencia en el período neonatal.

- Test de Apgar: Es un examen clínico de neonatología , empleado en la recepción pediátrica en donde se realiza una prueba sobre el recién nacido para obtener una primera valoración clínica sobre el estado general del neonato después del parto,
- El test se realiza al minuto y a los cinco minutos siendo el resultado normal esperado entre 7 – 9.

En la tabla a continuación se detallan los signos a tomar en cuenta:

	0	1	2
Frecuencia cardiaca	Ausente	< 100 lat/min	≥ 100 lat/min
Esfuerzo respiratorio	Ausente	Débil, irregular	Intenso, llanto enérgico
Tono Muscular	Flácido	Alguna flexión de extremidades	Movimientos activos extremidades bien flexionadas
Irritabilidad	Ninguna	Mueca, algún movimiento	Llanto vigoroso, tos o estornudo
Color	Azul pálido	Cuerpo rosado extremidades azules.	Completamente rosado.

Paro cardiaco : Puntaje 0
Depresión grave : Puntaje 1 a 3.
Depresión moderada : Puntaje 4 a 6.
Normal : Puntaje 7 a 10.

2.3.- DEFINICION DE TERMINOS

Ecografía:

Una ecografía es un examen mediante una imagen lograda por ultrasonidos, con finalidad diagnóstica. Para realizar una ecografía se utiliza un aparato parecido a un micrófono, llamado transductor, que emite ondas de ultrasonidos.

Diagnóstico: análisis que se realiza para determinar cualquier situación y cuáles son las tendencias. Esta determinación se realiza sobre la base de datos y hechos recogidos y ordenados sistemáticamente, que permiten juzgar mejor qué es lo que está pasando.

Apgar: es el examen clínico que se realiza al recién nacido después del parto.

Oligohidramnios: Se conoce como Oligohidramnios a la disminución en la cantidad de líquido amniótico. Trae como consecuencia inconvenientes para la madre o el feto. A veces, también, es una señal de la presencia de otros inconvenientes. Sin embargo, en la mayoría de los casos el bebé nace sano.

Paciente: el paciente es alguien que sufre dolor o malestar (muchas enfermedades causan molestias diversas, y un gran número de pacientes también sufren dolor)

Parto: es la culminación del embarazo humano, el periodo de salida del bebé del útero materno. Se considera que una mujer inicia el parto con la aparición de contracciones uterinas regulares, que aumentan en

intensidad y frecuencia, acompañadas de cambios fisiológicos en el cuello uterino .el borramiento y dilatación del cuello uterino, el descenso y nacimiento del bebé y el alumbramiento de la placenta.

Parto abdominal: una incisión quirúrgica en el abdomen (laparotomía) y el útero de la madre para extraer uno o más bebés. Suele practicarse cuando un parto vaginal podría conducir a complicaciones médicas.

Recién nacido: se refiere al inicio de la vida de un ser vivo.

Repercusiones: Consecuencia indirecta de un hecho o decisión: Acción y efecto.

CAPITULO III

ASPECTOS OPERACIONALES

3.1 HIPOTESIS

HIPOTESIS PRINCIPAL

El Diagnostico Ecográfico de Oligohidramnios repercute significativamente en la determinación de la vía del parto y el apgar del recién nacido

SUB HIPOTESIS

- El Diagnostico Ecográfico de Oligohidramnios Si repercute significativamente en la determinación de la vía del parto
- El Diagnostico Ecográfico de Oligohidramnios Si repercute significativamente en el apgar del recién nacido.

3.2 VARIABLES:

DIAGNOSTICO ECOGRAFICO DEL OLIGOHDAMNIOS

Variable Independiente

VIA DEL PARTO Y APGAR DEL RECIEN NACIDO

Variable Dependiente

Operacionalizacion de variables (anexo 2)

CAPITULO IV

MARCO METODOLÓGICO

4.1. DIMENSION ESPACIAL Y TEMPORAL

El presente estudio se realizó en el Hospital La Merced, que fue creado el 14 de julio en el año 1904, con el nombre de Hospital de palúdicos, se encuentra ubicado en la av. Pampa del Carmen, del Distrito de Chanchamayo, Provincia de Chanchamayo, Departamento de Junín, el hospital pertenece a la red de salud Chanchamayo y es un hospital de referencia con alta capacidad resolutive, ya que se solucionan todas las emergencias de toda la provincia de Chanchamayo. Los ambientes del servicio de Ginecoobstetricia están divididos en Emergencia, Centro obstétrico, Hospitalización y consultorios externos. Cuentan con cardiotocografos, Ecógrafos y con otros equipos, Todo sido debidamente equipados pensando en la salud sexual y reproductiva de la población de Chanchamayo.

El tiempo para la realización del estudio fue de 6 meses, de enero a junio 2015.

4.2 TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Según el análisis y alcance de los resultados

- **Descriptivo:** Porque en el estudio se describe los datos ya que explica con mayor claridad el grado de asociación causal que existe entre las variables
- Correlacional porque se relacionan dos variables ,por que mide el grado de relación o asociación que existe entre dos variables

Según la ocurrencia de los hechos y registros:

- **Retrospectivo:** Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de información pertenece al tipo Retrospectivo, porque el estudio se realizó de enero a junio del 2015.

Según el período de secuencia de los hechos:

- **Transversal:** La etapa de recojo de información de los hechos se hizo en un solo momento, siendo de esta manera estudiada simultáneamente las variables en un solo momento; es decir en un tiempo único haciendo un corte en el tiempo

4.3 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

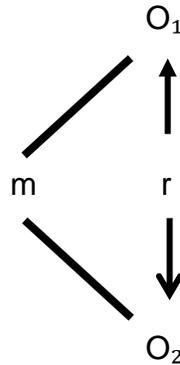
El presente estudio es de diseño Correlacional, CON EL ESQUEMA SIGUIENTE;

M= muestra

O₁= observación de variable independiente

R= relación entre variables

O₂= observación de la variable dependiente



4.4 DETERMINACION DE LA POBLACIÓN

Estuvo constituida por todas las gestantes con Diagnostico Ecográfico de Oligohidramnios con ecografías realizadas en el Hospital La Merced – Chanchamayo y que terminaron en parto Institucional .Siendo un total de 56 gestantes comprendido en el Periodo Enero – Junio 2015

4.5 SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Fue conformada por 26 gestantes con Diagnostico Ecográfico de Oligohidramnios que cumplieron con los criterios de inclusión y fueron atendidas en el Hospital La Merced - Chanchamayo en el periodo de enero – junio 2015

MUESTREO : El muestreo que se utilizo fue el No Probabilístico y por Conveniencia de la Investigadora.

Unidad de Análisis : Una Gestante con Diagnostico ecográfico de Oligohidramnios.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Gestantes con edad gestacional de 38 – 40 semanas de embarazo
- Gestantes con Ecografías realizadas en la institución
- Gestantes con Oligohidramnios sin ninguna otra patología asociada (Sufrimiento fetal, cesárea anterior, etc)
- Feto vivo único
- Parto atendido en el Hospital La Merced durante el periodo de enero a junio 2015.
- Se incluyen a todos los recién nacidos de madres que tuvieron como único diagnostico Oligohidramnios por ecografía

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Todos aquellos recién nacidos con las siguientes características:

- Embarazos múltiples
- Con malformaciones congénitas
- Pacientes con Hipertensión Gestacional

- Gestantes diabéticas
- Gestantes con enfermedad tiroidea
- Infección del tracto urinario
- Ruptura prematura de membranas
- Gestantes fumadoras
- Gestantes con tuberculosis
- Todos los pacientes que no cumplan con los criterios de inclusión

4.6 FUENTES, TÉCNICAS O INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La fuente de información primaria. Son las historias clínicas

Fuentes secundarias; tenemos para ellos los textos bibliográficos y los estudios de investigación que sirvieron para contrastar los resultados encontrados.

Técnicas; se usó la observación y el análisis documental

Instrumentos; está conformada por la historia clínica, libro de partos, resultados ecográficos, ficha de recolección de datos elaborado por la investigadora.

4.7 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO, ANALISIS DE DATOS Y

PRESENTACION DE DATOS

- Para realizar el presente trabajo se solicitó permiso a la Dirección para así poder tener acceso al servicio de Centro Obstétrico.
- Se realizó la coordinación respectiva con la obstetra de capacitación, se tuvo una entrevista con un médico que designo el hospital para que de las observaciones del proyecto.

- Se obtuvo el permiso correspondiente para sacar los datos del libro de partos de centro obstétrico
- Se coordinó con la obstetra de turno para tener acceso del libro de partos.
- Realizamos la recolección de datos revisando el libro de centro obstétrico donde sacamos la lista de las pacientes atendidas con diagnóstico de Oligohidramnios
- Se vacearon los datos a nuestra ficha de recolección de datos (ver anexo 4)
- Se codificaron los instrumentos y se verifico que las fichas estén llenas correctamente.
- Seleccionamos nuestra de acuerdo a nuestros criterios de inclusión y exclusión
- Tabulamos datos de acuerdo a nuestro interés de estudio.
- Con los datos obtenidos en la hoja de recolección de datos, se realizó el paloteo simple, mediante el procedimiento de tabulación de datos y procesados en Excel , se realizaron cuadros y gráficos para el análisis estadístico para luego ser presentados en tablas en Word valorando la correlación existente entre las variables

Sobre el análisis de datos se realizó de la manera siguiente:

- Se interpretó y analizo cada una de las tablas teniendo en cuenta las bases teóricas y los antecedentes de investigación relacionados al tema, para su comprobación o no.

CAPITULO V

RESULTADOS SEGÚN OBJETIVOS ESPECIFICOS

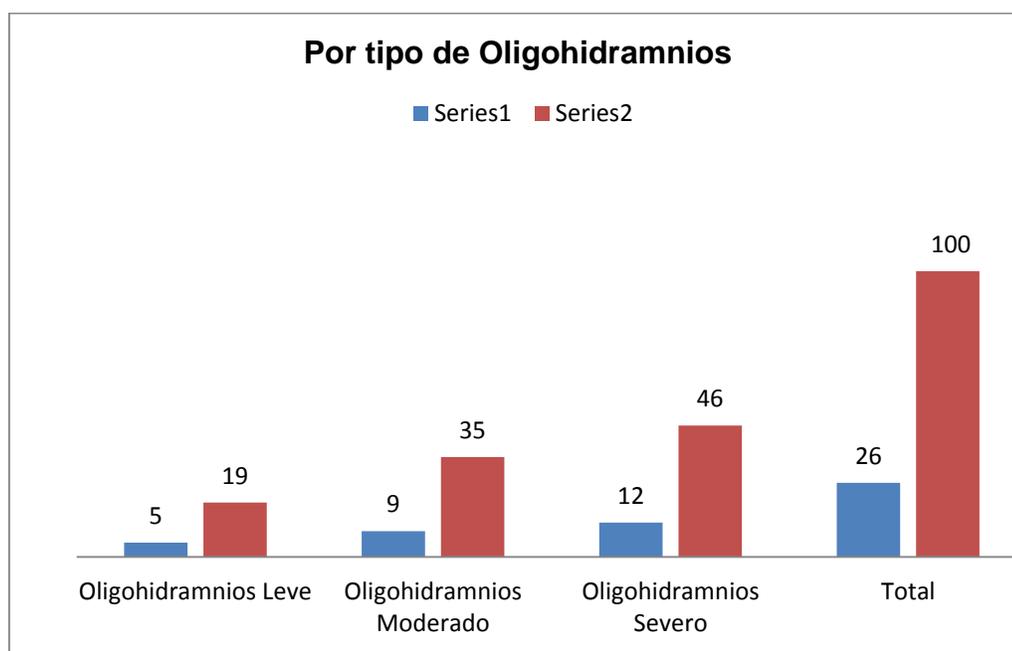
A) Resultados del Diagnostico Ecográfico de Oligohidramnios

TABLA N° 1
 REPERCUSION DEL DIAGNOSTICO ECOGRAFICO DEL
 OLIGOHIDRAMNIOS SOBRE EL PARTO Y EL APGAR DEL RECIEN NACIDO
 .SEGÚN RESULTADOS DE OLIGOHIDRAMNIOS. HOSPITAL LA MERCED –
 CHANCHAMAYO. ENERO– JUNIO 2015

Tipo de Oligohidramnios	fi	%
Oligohidramnios Leve	5	19
Oligohidramnios Moderado	9	35
Oligohidramnios Severo	12	46
Total	26	100

Fuente: Ficha de recolección de datos – Libro de Centro Obstétrico – Hospital La Merced

GRAFICO 1



Interpretación y análisis

En esta tabla respecto al tipo de Oligohidramnios se observó que del total de 26 pacientes, 19% presentaron Oligohidramnios Leve, 35% Oligohidramnios moderado y el 46% Oligohidramnios Severo. Lo que concluye que el mayor porcentaje de las gestantes tuvieron como resultados Oligohidramnios Severo.

B) Vía del parto

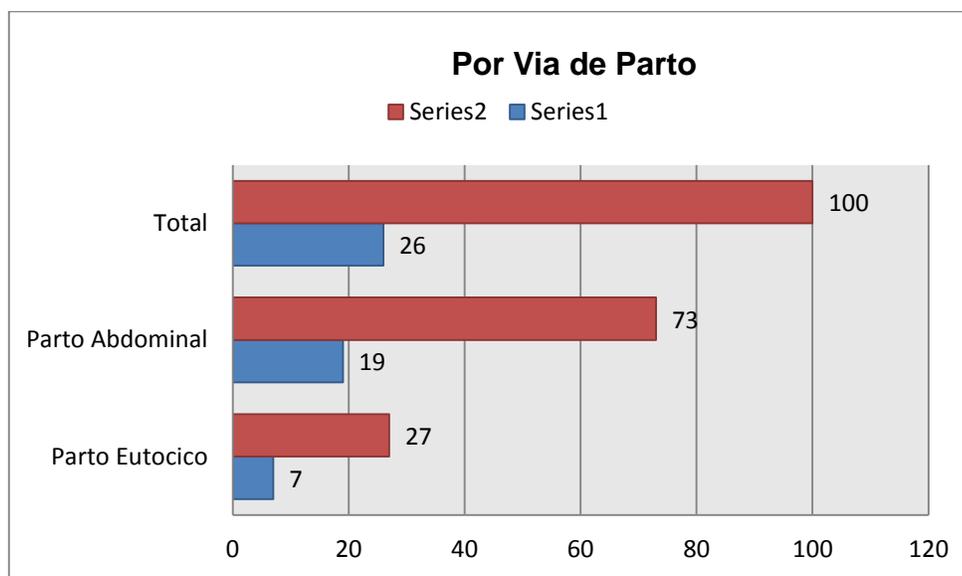
TABLA 2

REPERCUSION DEL DIAGNOSTICO ECOGRAFICO DEL OLIGOHIDRAMNIOS SOBRE EL PARTO Y EL APGAR DEL RECIEN NACIDO SEGÚN VIA DEL PARTO. HOSPITAL LA MERCED – CHANCHAMAYO.ENERO– JUNIO 2015

Según Vía del Parto	fi	%
Parto Eutócico	7	27
Parto Abdominal	19	73
Total	26	100

Fuente: Ficha de recolección de datos – Libro de Centro Obstétrico – Hospital La Merced

GRAFICO 2



Interpretación y Análisis

En la presente tabla respecto a la vía del parto, 19 (73%) terminaron en parto Abdominal, y 7 (27%) terminaron en parto Eutócico. Lo que significa que la mayoría de pacientes terminaron en parto abdominal

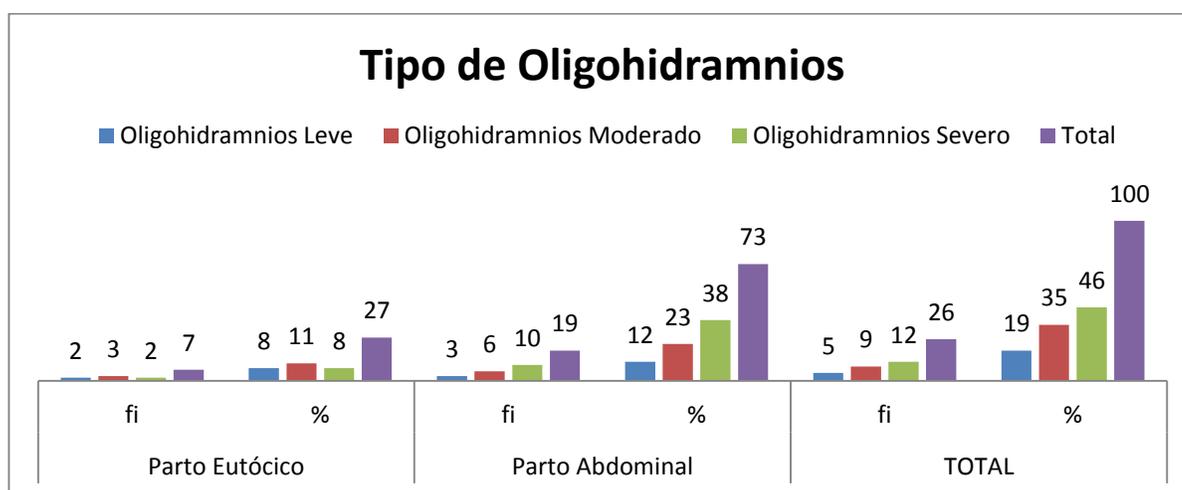
TABLA 3

REPERCUSION DEL DIAGNOSTICO ECOGRAFICO DEL OLIGOHIDRAMNIOS SOBRE EL PARTO Y EL APGAR DEL RECIEN NACIDO .SEGÚN TIPO DE OLIGOHIDRAMNIOS Y VIA DEL PARTO. HOSPITAL LA MERCED – CHANCHAMAYO.ENERO – JUNIO 2015

Tipo Oligohidramnios	Parto Eutócico		Parto Abdominal		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%
Oligohidramnios Leve	2	8	3	12	5	19
Oligohidramnios Moderado	3	11	6	23	9	35
Oligohidramnios Severo	2	8	10	38	12	46
Total	7	27	19	73	26	100

Fuente: Ficha de recolección de datos – Libro de Centro Obstétrico – Hospital La Merced

GRAFICO 3



Interpretación y análisis:

En esta tabla, se observa que de 26 (100%) gestantes, 19% presentaron Oligohidramnios leve de los cuales 8% terminaron en parto eutócico y 12% en parto abdominal, 35% presentaron Oligohidramnios moderado de los cuales 11% terminaron en parto eutócico y 23% en parto abdominal; 46% presentaron Oligohidramnios severo, de los cuales 8% terminaron en parto eutócico y 38% en parto abdominal. Lo que se concluye que el 46% presentaron Oligohidramnios severo y el 73% de todas las gestantes terminaron en parto abdominal.

C) Según Apgar del Recién Nacido

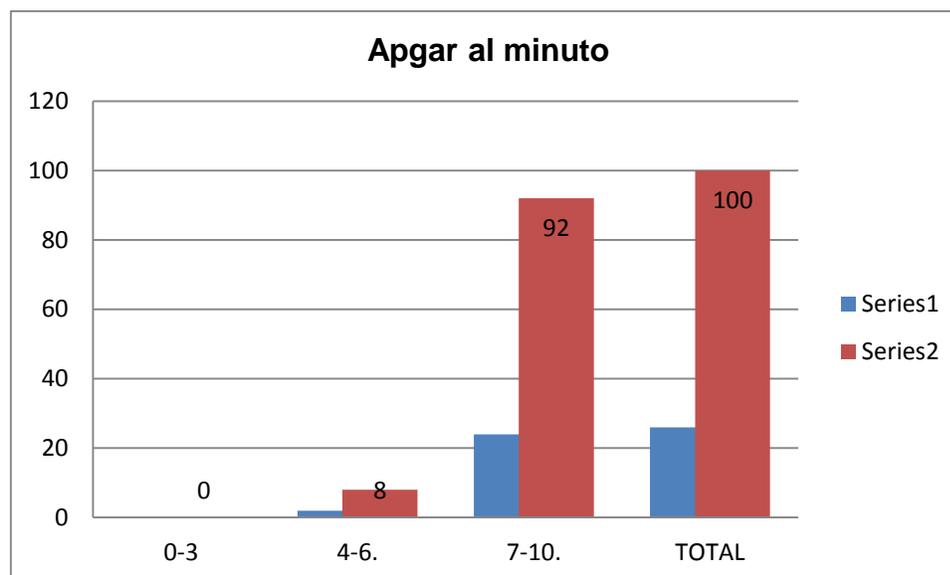
TABLA 4

REPERCUSION DEL DIAGNOSTICO ECOGRAFICO DEL OLIGOHIDRAMNIOS SOBRE EL PARTO Y EL APGAR DEL RECIEN NACIDO .SEGÚN APGAR DEL RECIEN NACIDO AL MINUTO. HOSPITAL LA MERCED – CHANCHAMAYO. ENERO– JUNIO 2015.

Según del	Apgar Recién Nacido	Al minuto	
		fi	%
Apgar	0-3	0	0
	4-6	2	8
	7-10	24	92
	TOTAL	26	100

Fuente: Ficha de recolección de datos – Libro de Centro Obstétrico – Hospital La Merced

GRAFICO 4



Interpretación y análisis

Del total de recién nacidos con apgar al minuto 2(,8%) presentaron un apgar de 4 – 6 y 24 (92%) presentaron un apgar de 7 – 10. Lo que significa que la mayoría de recién nacidos presentaron un buen apgar al nacer.

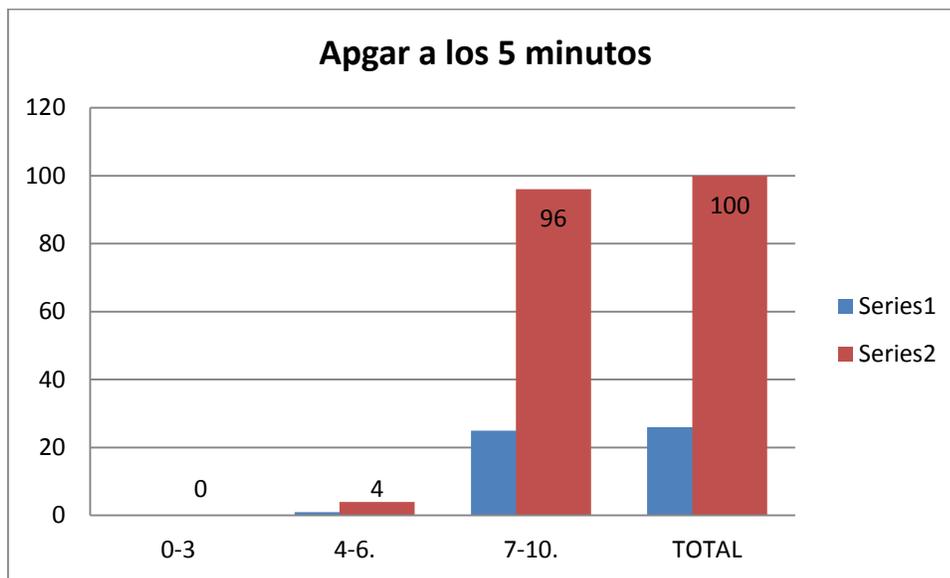
TABLA 5

REPERCUSION DEL DIAGNOSTICO ECOGRAFICO DEL OLIGOHIDRAMNIOS SOBRE EL PARTO Y EL APGAR DEL RECIEN NACIDO .SEGÚN APGAR DEL RECIEN NACIDO A LOS CINCO MINUTOS HOSPITAL LA MERCED – CHANCHAMAYO. ENERO– JUNIO 2015.

Según del	Apgar Recién Nacido	A los 5 minutos	
		fi	%
Apgar	0-3	0	0
	4-6	1	4
	7-10	25	96
	TOTAL	26	100

Fuente: Ficha de recolección de datos – Libro de Centro Obstétrico – Hospital La Merced

GRAFICO 5



Interpretación y análisis

Del total de recién nacidos con apgar a los 5 minutos, 1(4%) presento un apgar de 4 – 6 y 25 (96%) presentaron un apgar de 7 – 10. Lo que significa que la mayoría de recién nacidos presentaron un buen apgar al nacer a los cinco minutos

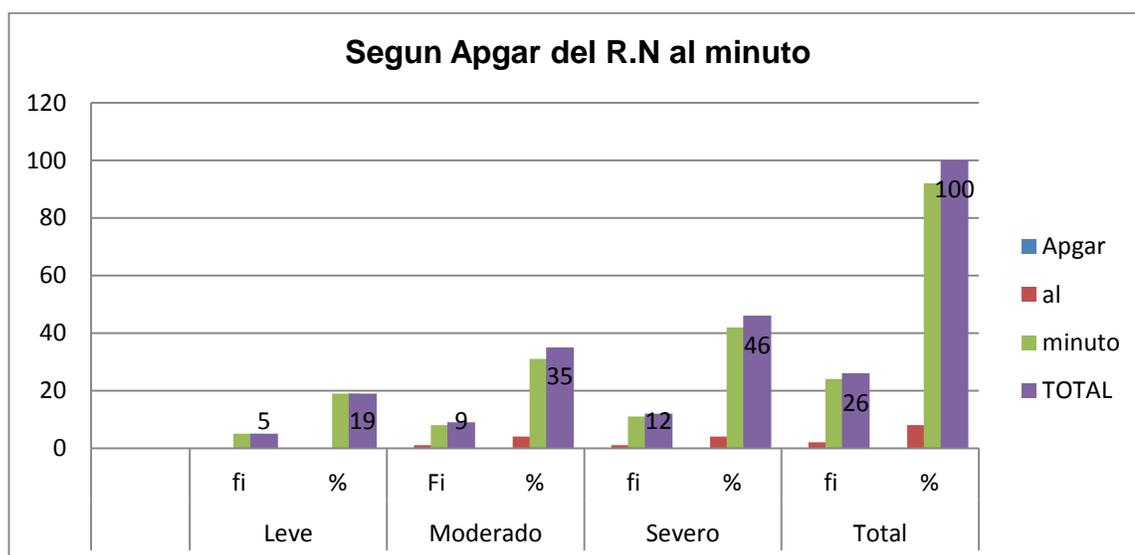
TABLA 6

REPERCUSION DEL DIAGNOSTICO ECOGRAFICO DEL OLIGOHIDRAMNIOS SOBRE EL PARTO Y EL APGAR DEL RECIEN NACIDO. SEGÚN TIPO DE OLIGOHIDRAMNIOS Y APGAR DEL R.N AL MINUTO .HOSPITAL LA MERCED – CHANCHAMAYO.ENERO– JUNIO 2015

Tipo de Oligohidramnios		Leve		Moderado		Severo		Total	
		fi	%	Fi	%	fi	%	fi	%
Apgar al minuto	0-3	0	0	0	0	0	0	0	0
	4-6	0	0	1	4	1	4	2	8
	7-10	5	19	8	31	11	42	24	92
TOTAL		5	19	9	35	12	46	26	100

Fuente: Ficha de recolección de datos – Libro de Centro Obstétrico – Hospital La Merced

GRAFICO 6



Interpretación y análisis

Del total de recién nacidos 26 (100%),19% presentaron Oligohidramnios leve y presentaron un apgar de 7 – 10 al minuto, 35% presentaron Oligohidramnios moderado de los cuales 4% presentaron un apgar de 4 – 6 al minuto y 31% un apgar de 7 – 10 al minuto, 46% presentaron Oligohidramnios severo de los cuales 4% presentaron un apgar de 4 -6 al minuto y 42% presentaron un apgar de 7 – 10 minuto, lo que significa que de todos los recién nacidos con Oligohidramnios el 92% presentaron un buen apgar al nacimiento.

5.1 DISCUSION

Siendo la disminución de líquido amniótico un riesgo de compresión de cordón y a su vez el sufrimiento fetal.

Gagno (2002) descubrió que la insuficiencia placentaria grave crónica causaba disminución del volumen de líquido amniótico no atribuible a una menor producción de orina en el feto.

Afecta a menos del 10% de los embarazos, y aunque es más común que se desarrolle en el primer trimestre, puede aparecer en cualquier nivel del embarazo .Es un trastorno que se diagnostica durante un ultrasonido revelando un índice de líquido amniótico menor de 5 cm y debe ser tratado por un profesional de la salud especializado. Se pueden identificar prenatalmente durante el examen.

Según Gallardo Ulloa (7) La vía de terminación del embarazo fue cesárea en 25 pacientes (78%), mientras que 7 pacientes tuvieron parto vaginal (22%). La indicación más frecuente de la cesárea fue el Oligohidramnios severo en 14 pacientes que correspondió al 56% de las cesáreas y el anhidramnios en 4 pacientes (16% de las cesáreas). (7), en nuestro estudio según el cuadro 1 se observa que el 46 % de pacientes tuvieron Oligohidramnios severo y en el cuadro 2 el mayor porcentaje término en parto abdominal.

Según Gallardo Ulloa , en relación a la evaluación del Apgar de los recién nacidos, solo un recién nacido obtuvo un Apgar de 7 al minuto, mientras que todos los demás tuvieron un Apgar de 8 o 9 al minuto, y un Apgar de 9 o 10 a los 5 minutos(7), en nuestro estudio en el cuadro 3 se observa que 2 recién nacidos presentaron un apgar de 4 – 6 al minuto , y 24 presentaron un apgar de 7 – 10 al minuto, en el cuadro 4 solo 1 recién nacido presento un apgar de 4 al nacer.

Según Barena ⁽⁸⁾ Se obtuvo asociación entre el Oligohidramnios y la gestación pos término, la inducción del parto, la cesárea, el bajo peso al nacer, el sexo masculino del neonato, el Apgar bajo a los 5 minutos y la morbilidad del recién nacido. La tasa de mortalidad perinatal fue de 0.92 x 1000 NV. Se concluye que el Oligohidramnios es un evento que se presenta negativamente en el parto y el recién nacido. ⁽⁸⁾. En nuestro estudio en el cuadro 2 fueron 19 las pacientes que terminaron en parto abdominal y los recién nacidos presentaron un buen apgar al nacer tanto al minuto como a los cinco minutos. nuestro estudio no coincide con Barena⁽⁸⁾

Según Del Bianco ⁽⁹⁾. El índice de líquido amniótico tiene valor en la predicción de sufrimiento fetal y puntuación de Apgar. En nuestro estudio en la tabla 3 encontramos solo 2 casos de apgar de 4 – 6 , y en la tabla 4 solo 1 caso de apgar de 4- 6 por lo cual no coincidimos con Del Bianco ⁽⁹⁾ Se obtuvo un caso donde no se recuperó el recién nacido ya que tenía una malformación congénita.

Según nuestro estudio las decisiones oportunas de la resolución del embarazo traerán menos consecuencias en nuestros recién nacidos.

5.2 CONCLUSION

- Respecto al diagnóstico Ecográfico de Oligohidramnios en las gestantes en estudio, se observó que del total de 26 pacientes, 19% presentaron Oligohidramnios Leve, 35% Oligohidramnios moderado y el 46% Oligohidramnios Severo. Lo que se concluye que el mayor porcentaje de las pacientes tuvieron como resultado Oligohidramnios Severo.
- Respecto a la vía del parto de las gestantes en estudio, 73% terminaron en parto Abdominal, y 27% terminaron en parto Eutócico. Lo que significa que la mayoría de pacientes terminaron en parto abdominal.
- Respecto a los Recién Nacidos de las Gestantes con Diagnostico Ecográfico de Oligohidramnios se concluye que de los recién nacidos con apgar al minuto, 8% presentaron un apgar de 4 – 6, 92% presentaron un apgar de 7 – 10. Lo que significa que la mayoría de recién nacidos presentaron un buen apgar al nacer y del total de recién nacidos con apgar a los 5 minutos, 4% presentaron un apgar de 4 – 6, 96% presentaron un apgar de 7 – 10. Lo que significa que la mayoría de recién nacidos presentaron un buen apgar al nacer a los cinco minutos.
- Por lo que se Concluye : Que realizado el estudio sobre la Repercusión del Oligohidramnios sobre el parto y el apgar del recién nacido, se encuentra que hay una repercusión significativa toda vez que del 100% del total de gestantes con Oligohidramnios , 73 % culminaron por vía abdominal, por lo que se aprueba la hipótesis que dice que el Diagnostico Ecográfico del Oligohidramnios si repercute en la determinación de la vida del parto
- Asimismo se Concluye: Que realizado el estudio sobre la Repercusión del Oligohidramnios sobre el parto y el apgar del recién nacido, se encontró que no repercute el Oligohidramnios en el apgar del recién nacido ya que del 100% de recién nacidos 92% presentaron un apgar de 7 – 10 al minuto.

5.3 RECOMENDACIÓN

1. Promover más trabajos de investigación similares al tema, considerando otros indicadores, con fines de mejorar la atención de las gestantes y de los recién nacidos
2. Establecer un protocolo de manejo para las pacientes que presenten Oligohidramnios sin ninguna otra complicación.
3. Solicitar a todas las gestantes una ecografía de control a las 38 semanas para que antes del parto se pueda evaluar y diagnosticar a la gestante.
4. Resolución del embarazo por vía vaginal siempre y cuando no exista ninguna contraindicación materna o fetal.
5. Todas las pacientes con el diagnóstico de Oligohidramnios por ecografía en el trabajo de parto deberían de tener un monitoreo intraparto para que así podamos actuar ante cualquier eventualidad.

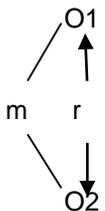
VI REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Oligohidramnios: epidemiología de un grave problema de la obstetricia moderna .Revista de Ciencias Médicas del Pinar del Rio . Cuba Junio 2009.Carlos Romero Díaz, Migdalia de las M Peña Abraham, Nelsa Gutiérrez Valdés, Eddy González Ungo, Yordanis Álvarez Rivera
2. Hipertensión Gestacional. consideraciones generales, efectos sobre la madre y el producto de la concepción maría gabriela ulanowicz, karina elizabeth parra, gisela Verónica Rozas.Dra. Lourdes Tisiana Monzón. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina - N° 152 – diciembre 2005 Pág. 19-22
3. *Equipo Técnico del Grupo Impulsor .Iniciativa Ciudadana Inversión en la Infancia .Perú MARZO 2013 Salud Materno Neonatal “Todos los niños y niñas y todas las madres cuentan*
4. Dirección: General de Epidemiología .MINSA .Perú año 2013.Mortalidad neonatal en el Perú y sus departamentos. 2011 – 2012
5. Drs. Elsa Del Bianco-Abreu, Eduardo Reyna-Villasmil, Mery Guerra-Velásquez, Duly Torres- Cepeda, Jorly Mejía-Montilla, Jhoan Aragon-Charry, Joel Santos-Bolívar, Nadia Reyna-Villasmil.(Venezuela) :Valor predictivo del índice de líquido amniótico en las complicaciones neonatales
6. Marta del C. Valladares Hernández¹, Migdalia de las M. Peña Abraham², Manuel Piloto Morejón³, José Sanabria Negrín⁴, Norma Santoyo Reina⁵. EXPANSIÓN VOLUMÉTRICA Y COMPORTAMIENTO DEL OLIGOAMNIOS. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río *versión On-line* ISSN 1561-3194.Rev Ciencias Médicas v.13 n.4 Pinar del Río oct.-dic. 2009

7. Gallardo Ulloa, Kathia Lizet, Panduro-Barón Guadalupe, Camarena EE - Pulido, Quintero-Estrella I.M, Barrios-Prieto Ernesto y Fajardo Sergio (México 2013).
8. Balestena Sánchez Dr. Jorge M, Almeida García Dr. Galia y Balestena Sánchez Dr. Sonia G. En su estudio Resultados del Oligohidramnios en el parto y el recién nacido. Rev. Cubana Obstetricia Ginecología, Año 2005.
9. Del Bianco-Abreu, Dr. Elsa, Reyna- Villasmil Eduardo ,Guerra Mery-Velásquez , Torres- Cepeda Duly , Mejía-Montilla Jorly , Aragon - Charry Jhoan , Santos-Bolívar Joel, Reyna-Villasmil Nadia.(Venezuela) :Valor predictivo del índice de líquido amniótico en las complicaciones neonatales, año 2012
10. Ybaseta -Soto Marjorie , Morales-Espinoza Kristel , Ybaseta-Medina Jorge. Perú. VALORACIÓN ULTRASONOGRÁFICA SIMPLIFICADO DEL OLIGOHIDRAMNIOS E INDICACIÓN DE CESÁREA POR SUFRIMIENTO FETAL.(*Rev. méd. panacea 2011; 1:34-36*). año 2011
11. Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima. Perú. Resultados perinatales en embarazo prolongado con evidencia ultrasonografía de calcificaciones placentarias y Oligohidramnios. Instituto Nacional Materno Perinatal. Año 2006
12. *Donal School Ultrasonido en ginecología y Obstetricia. Baldredeen Ahmed. Abdallah Adra – Zehra Nese Kavak.*
13. *Obstetricia de Williams, F.Gary Cunningham. Kenneth J.Leveno. Steven L.Bloom .Jhon C.Hauth. Larry C.Gilstrap III.Katharine D. Wenstrom.*

ANEXO

ANEXO 1
REPERCUSION DEL DIAGNÓSTICO ECOGRAFICO DELOLIGOHIDRAMNIOS SOBRE EL PARTO Y EL
RECIEN NACIDO. HOSPITAL LA MERCED. ENERO – JUNIO 2015
MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLES	POBLACION MUESTRA	DISEÑO METODOLOGICO	TECNICAS E INSTRUMENTOS
GENERAL	GENERAL	PRINCIPAL Hi	VI			
¿De qué manera repercute el diagnóstico ecográfico del Oligohidramnios sobre el parto y el apgar del recién nacido en el Hospital La Merced de Enero a junio del 2015?	Determinar las repercusiones del diagnóstico ecográfico del Oligohidramnios sobre el parto y el recién nacido en el Hospital La Merced de Enero a junio 2015	El diagnostico ecográfico de Oligohidramnios repercute en la determinación de vía del parto y apgar del recién nacido	Diagnóstico ecográfico del Oligohidramnios Indicadores: Placenta Liquido A. Peso Fetal Biometría Fetal	Población: Todas las gestantes con diagnostico de Oligohidramnios por ecografía realizadas en el Hospital La Merced y que terminaron en parto Institucional .en el Periodo Enero – Junio 2015. CRITERIOS DE INCLUSIÓN .Gestantes con edad gestacional de 38 – 40 semanas de embarazo .Gestantes con Ecografías realizadas en la institución .Gestantes con Oligohidramnios sin ninguna otra patología asociada (Sufrimiento fetal, cesárea anterior, etc) .Feto vivo único .Parto atendido en el Hospital La Merced durante el periodo de	-Descriptivo - Retrospectivo - Transversal - Correlacional DISEÑO 	.Historia clínica .Ficha de recolección de datos.
ESPECIFICOS	ESPECIFICOS	ESPECIFICAS	VD			
1.-¿Cuáles son los resultados ecográficos de gestantes con Oligohidramnios? 2. -¿Cuál es la vía	Identificar los resultados ecográficos en gestantes con Oligohidramnios Identificar la vía del	.El diagnostico ecográfico de Oligohidramnios si repercute en la determinación de vía del parto .El diagnostico ecográfico de	.Vía del Parto .Apgar del Recién nacido			

<p>del parto en gestantes con diagnóstico ecográfico de Oligohidramnios?</p> <p>3. ¿Cuál es el apgar del recién nacido de las gestantes con diagnóstico de Oligohidramnios?</p>	<p>parto en las gestantes con diagnóstico ecográfico de Oligohidramnios</p> <p>Identificar el apgar del recién nacido de las gestantes con diagnóstico ecográfico del Oligohidramnios</p>	<p>Oligohidramnios si repercute significativamente en el apgar del recién nacido</p>		<p>enero a junio 2015.</p> <p>.Se incluyen a todos los recién nacidos de madres que tuvieron como único diagnóstico Oligohidramnios por ecografía</p> <p>CRITERIOS DE EXCLUSION</p> <p>.Embarazos múltiple</p> <p>.malformaciones congénitas</p> <p>.Gestantes con hipertensión inducida por el embarazo</p> <p>.Gestantes diabéticas</p> <p>.Gestantes con enfermedad tiroidea</p> <p>.Infección del tracto urinario</p> <p>.Ruptura prematura de membranas</p> <p>.Gestantes fumadoras</p> <p>.Gestantes con tuberculosis</p> <p>Todos los pacientes que no cumplan con los criterios de inclusión</p> <p>MUESTRA DE ESTUDIO:</p> <p>Todas las gestantes con diagnóstico de Oligohidramnios.</p> <p>Tipo de Muestra: No Probabilístico intencional</p>		
---	---	--	--	--	--	--

ANEXO 2
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES
REPERCUSION DEL DIAGNÓSTICO ECOGRAFICO DEL OLIGOHIDRAMNIOS SOBRE EL PARTO Y EL
RECIEN NACIDO. HOSPITAL LA MERCED.
ENERO – JUNIO 2015

VARIABLE	DIMENSIONES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	CATEGORIAS	NATURALEZA	ESCALA DE MEDICION	TECNICAS E INSTRUMENTOS
DX.ECOGRAFICO DEL OLIGOHIDRAMNIOS	Dx .ecográfico	Método no invasivo de diagnóstico, intervencionista, y también terapéutico, que ha alcanzado un gran desarrollo	Tabla de Shepard Tabla de Hadlock	Placenta Líquido A. Peso Fetal Biometría Fetal	Grado 0 ,I,II,III Oligohidramnios polidramnios RCIU Macrosomico longitud cráneo-caudal Biometría cefálica Biometría abdominal Extremidades	Cuantitativo	Ordinal	Historia Clínica Libro de Partos Archivo de ecografía
	Oligohidramnios	Es la disminución de líquido amniótico, de 5cm o menos, que es	Polidramnios Anhidramnios	Leve Moderado	6 y 7cm 4 y5 cm 0-3cm	Cuantitativa	Ordinal	Historia clínica Libro de Partos

		evidente cuando hay obstrucción de las vías urinarias o agenesia renal fetal.		Severo				Archivo de ecografía
PARTO Y RECIEN NACIDO	Parto Recién Nacido	Expulsión o extracción completa de un feto de la madre, independientemente de si el cordón umbilical se ha cortado o la placenta está fija Nacimiento de un recién nacido que respire de manera espontánea o muestre cualquier otro signo de vida, como un latido cardíaco o un movimiento espontáneo.	VAGINAL ABDOMINAL R.N Vivo Óbito Fetal	Eutócico Distócico CSTP CSTI Apgar	Desgarro 1º grado Desgarro 2º grado Desgarro 3º grado Desgarro 4º grado Complicado No complicado . Al Minuto . A los 5 Minutos Esfuerzo respiratorio .Frecuencia cardíaca .Tono muscular .Reflejos .Color de la piel	Cualitativa Cualitativa	Ordinal ordinal	Historia clínica Libro de Partos Historia clínica Libro de Partos

ANEXO 3

ANEXO 5

REPERCUSION DEL DIAGNOSTICO ECOGRAFICO DEL OLIGOHIDRAMNIOS SOBRE EL PARTO Y EL APGAR DEL RECIEN NACIDO .SEGÚN APGAR DEL R.N AL MINUTO Y VIA DE PARTO.HOSPITAL LA MERCED – CHANCHAMAYO.ENERO– JUNIO 2015

Según del	Apgar recién Nacido	Parto Eutócico		Parto Abdominal		TOTAL	
		fi	%	fi	%	fi	%
Al Minuto	0-3	0	0	0	0	0	0
	4-6	1	4	1	4	2	8
	7-10	6	23	18	69	24	92
TOTAL		7	27	19	73	26	100

ANEXO 6

REPERCUSION DEL DIAGNOSTICO ECOGRAFICO DEL OLIGOHIDRAMNIOS SOBRE EL PARTO Y EL APGAR DEL RECIEN NACIDO SEGÚN APGAR DEL R.N A LOS CINCO MINUTOS Y VIA DE PARTO.HOSPITAL LA MERCED – CHANCHAMAYO.ENERO– JUNIO 2015

Según del	Apgar recién Nacido	Parto Eutócico		Parto Abdominal		TOTAL	
		fi	%	fi	%	fi	%
A Los 5 minutos	0-3	0	0	0	0	0	0
	4-6	0	0	1	5	1	4
	7-10	7	7	18	88	25	96
TOTAL		7	7	19	93	26	100