

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA**

TÍTULO:

“IMPACTO DEL OLIGOHIDRAMNOS EN LA CALIDAD DEL PARTO Y EL RECIÉN NACIDO, EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA EN EL PERIODO FEBRERO DEL 2015 A AGOSTO DEL 2015”

Tesis previa a la obtención del Título de Médico General

AUTOR

Edgar Danilo Chuquiuanca Carhuapoma

DIRECTOR

Dr. Eduardo Bolívar Samaniego Cárdenas. Mg. Sc

**Loja – Ecuador
2016**



CERTIFICACIÓN

Loja, 04 de Octubre del 2016

Dr. Eduardo Bolívar Samaniego Cárdenas Mg. Sc
DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICA.

Que el presente trabajo de investigación, titulado **“IMPACTO DEL OLIGOHIDRAMNIOS EN LA CALIDAD DEL PARTO Y EL RECIÉN NACIDO, EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA EN EL PERIODO FEBRERO DEL 2015 A AGOSTO DEL 2015”** elaborado por el estudiante **Edgar Danilo Chuquihuanca Carhuapoma** se ha dirigido, asesorado y revisado de modo íntegro por el suscrito, por lo que he podido confirmar que posee todos los requisitos de fondo y de forma establecidos por la Universidad Nacional de Loja y por el Área de la Salud y Titulación de Médico, por lo que autorizo su presentación.

.....
Dr. Eduardo Bolívar Samaniego Cárdenas Mg. Sc

DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

Yo **Edgar Danilo Chuquihuanca Carhuapoma**, declaro ser autor del presente trabajo de Tesis titulada: **“IMPACTO DEL OLIGOHIDRAMNIOS EN LA CALIDAD DEL PARTO Y EL RECIÉN NACIDO, EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA EN EL PERIODO FEBRERO DEL 2015 A AGOSTO DEL 2015”** y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Autor: Edgar Danilo Chuquihuanca Carhuapoma

Firma: 

C.I.45536465

Fecha: 04-10-2016

CARTA DE AUTORIZACIÓN

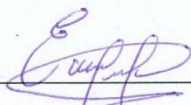
Yo, Edgar Danilo Chuquihuanca Carhuapoma, declaro ser autor de la tesis titulada: **“IMPACTO DEL OLIGOHIDRAMNIOS EN LA CALIDAD DEL PARTO Y EL RECIÉN NACIDO, EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA EN EL PERIODO FEBRERO DEL 2015 A AGOSTO DEL 2015”**. como requisito para cotar al grado de: Médico General, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja que con fines académicos muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los cuatro días del mes de Octubre del dos mil diez y seis, firma el autor:

Firma



Autor: Edgar Chuquihuanca

Cédula: 45536465

Dirección: Las Peñas **Correo Electrónico:** metz_dani_29@hotmail.Com

Celular: 0981795909

DATOS COMPLETOS

Director de Tesis: Dr. Eduardo Bolívar Samaniego Cárdenas. Mg. Sc

Tribunal de Grado: Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustan Mg. Sc.

Dra. Carmelina Esperanza Severino Correa Mg.

Dr. Cristian Alfonso Galarza Sánchez Sc.

DEDICATORIA

En primer lugar a Dios, gracias a él tuve la oportunidad de seguir esta carrera, siempre me acompañó me ilumino en este camino, en segundo lugar a mi madre y hermanas me brindaron todo el apoyo necesario para así culminar con esta carrera, inculcándome valores que me permitieron aprovechar al máximo este sueño, y por ultimo a todos mis familiares y conocidos por que siempre estuvieron pendientes de mí y de antemano les agradezco por que se tomaron el tiempo para darme sus consejos.

Edgar Danilo Chuquihuanca Carhuapoma

AGRADECIMIENTO

En primer lugar quiero agradecer a la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Loja, por haberme acogido como uno más de sus estudiantes, dándome la oportunidad de aprender, ayudándome en mi formación como profesional.

En segundo lugar a los profesionales de esta carrera, por que estuvieron constantemente brindándome todos sus conocimientos, y gracias a ello pude implantar mi base como profesional, a mi Director de tesis Dr. Eduardo Samaniego, por ser el maestro y guía de este sueño, cuya experiencia y conocimientos me incentivaron a culminar este proyecto

Mi agradecimiento al departamento de estadística del Hospital Isidro Ayora, quien facilito la recolección de datos y sin ello no hubiera sido posible la culminación de este proyecto de tesis.

Un agradecimiento muy especial merece la comprensión, paciencia y el ánimo recibidos de mi familia y amigos, quienes fueron los impulsores de mi sueño, constituyeron un pilar fundamental en mi formación, que a pesar de la distancia siempre estuvieron a mi lado, dándome su apoyo incondicional.

Edgar Danilo Chuquihuanca Carhuapoma

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PORTADA	i
CERTIFICACIÓN	ii
AUTORÍA	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
ÍNDICE DE CONTENIDOS	vii
ÍNDICE DE TABLAS	ix
ÍNDICE DE GRÁFICOS	x
1. TÍTULO	1
2. RESUMEN	2
SUMMARY	3
3. INTRODUCCIÓN	4
4. REVISIÓN DE LA LITERATURA.	6
4.1. MARCO GENERAL	6
4.1.1. Modelo de atención integral de salud familiar, comunitario e intercultural....	6
4.2. FISIOLÓGÍA DEL LÍQUIDO AMNIÓTICO.....	8
4.3. OLIGOHIDRAMNIOS	10
4.3.1.1. Fetales.....	10
4.3.1.1.1. Alteraciones cromosómicas.....	10
4.3.1.2. Malformaciones fetales.	10
4.3.1.3. Síndrome de transfusión intergemelar.....	10
4.3.1.4. Muerte fetal.	10
4.3.1.5. Restricción del crecimiento intra uterino.	11
4.3.1.6. Embarazo prolongado.	11
4.3.1.7. Rotura prematura de membranas.....	11
4.3.1.8. Uso de medicamentos.....	11
4.3.1.9. Hidratación materna.	11
4.3.1.10. Maternas.....	11
3.2.1. La Técnica de Phelan.....	11
4.3. EL PARTO	12
4.4. LA CESÁREA	12
4.5. LA EDAD GESTACIONAL	12

4.6.	LAS COMPLICACIONES DEL RECIÉN NACIDO	13
4.6.1.	Las morbilidades del recién nacido.	13
4.6.1.1.	Monitoreo fetal electrónico (MEF).	14
4.6.2.	Mortalidad perinatal.	16
4.6.2.1.	Defunción fetal.	16
4.6.2.2.	Defunción neonatal.	16
4.7.	COMPLICACIONES DEL PARTO	16
4.7.1.	Prolongación del expulsivo.	16
4.7.2.	Corioamnionitis.	17
4.7.3.	Embarazo prolongado.	17
4.8.	EVIDENCIA CIENTÍFICA	17
5.	METODOLOGÍA	20
5.1.	TIPO DE ESTUDIO:	20
5.2.	ÁREA DE ESTUDIO	20
5.3.	EL UNIVERSO	20
5.4.	MUESTRA	20
5.5.	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	20
5.6.	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	20
5.7.	TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS	20
5.8.	FUENTES DE INFORMACIÓN	21
5.9.	ANÁLISIS ESTADÍSTICO	21
5.10.	SOCIALIZACIÓN DE LOS RESULTADOS	21
5.10.1.	Ética.	21
6.	RESULTADOS Y ANÁLISIS.....	22
7.	DISCUSIÓN.....	32
8.	CONCLUSIONES	34
10.	BIBLIOGRAFÍA.....	36
11.	ANEXOS	38
	Anexo 1.....	38
	Anexo 2.....	41
	Anexo 3.....	44
	Anexo 4.....	45

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1. Complicaciones durante el trabajo de parto en gestantes diagnosticadas de oligohidramnios del Hospital Isidro Ayora de Loja.	22
Tabla N° 2. Complicación en el APGAR de los recién nacidos del Hospital Isidro Ayora de Loja.	23
Tabla N° 3. Complicación en el pesode los recién nacidos del Hospital Isidro Ayora de Loja.	24
Tabla N° 4. Recién nacidos con Sufrimiento Fetal Agudo (SFA) del Hospital Isidro Ayora de Loja.	25
Tabla N° 5. Complicaciones del recién nacido del Hospital Isidro Ayora de Loja.	26
Tabla N° 6. Defunción de los recién nacidos del Hospital Isidro Ayora de Loja.	27
Tabla N° 7. Edad gestacional medida por FUM o por ECO del primer trimestre en gestantes diagnosticadas de oligohidramnios en el Hospital Isidro Ayora de Loja.	28
Tabla N° 8. Vía de culminación del embarazo en gestantes diagnosticadas de oligohidramnios en el Hospital Isidro Ayora de Loja.	29
Tabla N° 9 Gestantes diagnosticadas de oligohidramnios en el Hospital Isidro Ayora de Loja.	30
Tabla N° 10. Tipo de oligohidramnios en las gestantes del Hospital Isidro Ayora de Loja.	31

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRAFICO N° 1	22
GRAFICO N° 2	23
GRAFICO N° 3	24
GRAFICO N° 4	25
GRAFICO N° 5	26
GRAFICO N° 6	27
GRAFICO N° 7	28
GRAFICO N° 8	29
GRAFICO N° 9	30
GRAFICO N° 10	31

1. TÍTULO

“IMPACTO DEL OLIGOHIDRAMNIOS EN LA CALIDAD DEL PARTO Y EL RECIÉN NACIDO, EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA EN EL PERIODO FEBRERO DEL 2015 A AGOSTO DEL 2015”

2. RESUMEN

De la presente tesis se ha comprobado, al oligohidramnios asociado con morbilidades neonatales e incluso con la mortalidad del neonato, con el trabajo de parto prematuro, y así mismo como indicador absoluto de cesárea. El objetivo general fue determinar las complicaciones por oligohidramnios en el parto y el recién nacido, en el Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja en el periodo febrero - agosto del 2015. Se realizó una investigación descriptiva, prospectiva y transversal, en el Departamento de Gineco –Obstetricia y Neonatología del Hospital Isidro Ayora de Loja, Se contó con una población de 67 gestantes diagnosticadas de oligohidramnios, se utilizó un formulario de recolección de datos (encuesta), la fuente de información secundaria basada en la historia clínica, el análisis estadístico se realizó a través del programa informático Microsoft Excel 2010. De los resultados se obtuvo que la vía de culminación del embarazo más representativa es la cesárea con un 94%, de los recién nacidos se encontró lo siguiente; la edad gestacional fue en el primer puesto tenemos a los recién nacido a término representando el 42%, tuvieron un APGAR normal representando el 51%, presentaron bajo peso < 2500gr representando en el 55%, el 10 % presento sufrimiento fetal agudo (SFA), el 25% presento complicaciones extrauterinas, el 7% falleció; del total de las gestantes el 28% presento complicaciones en el parto. Las conclusiones que se identificaron fue la asociación del oligohidramnios con la corioamnionitis, con el bajo peso del recién nacido, con el sufrimiento fetal agudo, con la mortalidad neonatal, con el Síndrome de distres respiratorio (SDRN), macrosomia neonatal, prematuridad, y finalmente con la cesárea.

Palabras Claves: oligohidramnios, complicaciones del recién nacido, complicaciones del parto

SUMMARY

In this research work, the oligohydramnios has been associated with neonatal morbidity and even mortality of the newborn, with preterm labor, and likewise as an absolute indicator of the cesarean section. The general objective was to determine the oligohydramnios complications in childbirth and newborn at Isidro Ayora Hospital located in Loja city during the period of time ranging from February to August. A descriptive, prospective and cross-sectional research was conducted at both the Gynecology - Obstetrics and Neonatology Departments respectively at Isidro Ayora Hospital. The present research work was carried out with essential tools such as: a population of 67 pregnant women diagnosed with oligohydramnios, a form of data collection (survey), the source of secondary information based on clinical history, and statistical analysis which was performed using Microsoft Excel software 2010. From the main results obtained, it could be stated that the most representative form of the pregnancy culmination is the cesarean section with 94%, from the newborns there were found the following; the gestational age was in the first place the newborn to term representing the 42%, 51% had a normal APGAR, children who had low weight <2500gr representing 55%, 10% presented acute fetal distress (SFA), 25% showed complications extrauterine, and 7% died; from all pregnant women, 28% had complications during the childbirth. The conclusions identified was the association of oligohydramnios with not only chorioamnionitis, but also with low birth weight, acute fetal distress, neonatal mortality, respiratory distress syndrome (SDRN), neonatal macrosomia, prematurity, and finally with caesarean section. **Keywords:** oligohydramnios, newborn complications, complications of childbirth.

3. INTRODUCCIÓN

Siendo el oligohidramnios una patología de relevancia en el embarazo, se han realizado a nivel mundial varios trabajos del tema, donde se describen incidencias, factores de riesgo, complicaciones y etiologías, las cuales no están aclaradas en su totalidad. Se muestran diferentes resultados, pero en la mayoría de ellos se concluye que la complicación más frecuente en el feto, está asociada con el sufrimiento fetal, por ejemplo en un estudio en Venezuela, en la publicación de una revista sobre “Valor predictivo del índice de líquido amniótico en las complicaciones neonatales” presentan los siguientes datos; en las pacientes del grupo de oligohidramnios, la incidencia de sufrimiento fetal fue de 25%, comparada con 4% de las pacientes del grupo que no presentó oligohidramnios; por lo tanto, en el estudio se concluye que el índice de líquido amniótico tiene valor en la predicción de sufrimiento fetal y puntuación de APGAR (Del Bianco, y otros, 2012)

La frecuencia del oligohidramnios es variable y depende de la población, pero para la mayoría de los estudios reportan una incidencia que oscila entre el 0,4 % y el 5,5 %, según la Sociedad Española de Gineco-Obstetricia (SEGO) reporta un rango de incidencia del 3 al 5% de oligohidramnios (Bajo Arenas & otros, 2007).

Su implicancia se extiende más allá del ámbito fetal, y está catalogado como un factor de riesgo para la adquisición de patologías respiratorias durante la niñez, existiendo una preocupación tanto para los que están inmersos en el ámbito de la salud, así como para la familia. En un estudio de Taiwán sobre “oligohidramnios aumenta el riesgo de hospitalización respiratoria en la infancia” se concluyó la relación entre los niños expuestos al oligohidramnios durante el tercer trimestre del embarazo, muestran un mayor riesgo de hospitalización por causa de enfermedades respiratorias, con una tasa de incidencia del 80 % superior de la insuficiencia respiratoria (Nien Chien, Yi Chiou, Woei Wang, Fu Yeh, & Ming Che, 2014) , dando a entender que el oligohidramnios es una entidad de riesgo para adquirir enfermedades de origen respiratorio, afectando el desarrollo del ser humano. Siendo la principal causa una mayor compresión sobre el abdomen fetal, lo que conlleva a una disminución en el movimiento del diafragma fetal, que puede desencadenar una limitación en el desarrollo del tejido funcional pulmonar, conllevando problemas de transición respiratoria en la vida extrauterina del infante.

Esta entidad afecta por igual a cualquier tipo de embarazo, no discrimina posición social, económica, asentamiento, etnia, raza, ni educación. Se puede derivar tanto de patologías maternas como fetales, en el Ecuador no existe estudios sobre esta patología, de

ahí la importancia de realizar esta investigación, teniendo como objetivo general determinar las complicaciones por oligohidramnios en el parto y el recién nacido, en el Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja en el periodo febrero del 2015 - agosto del 2015 y como objetivos específicos; Identificar las complicaciones maternas durante el trabajo de parto como consecuencia del oligohidramnios; Establecer las complicaciones del neonato como consecuencia del oligohidramnios; Determinar la edad gestacional del embarazo en el momento del parto en las pacientes con oligohidramnios; Identificar el tipo de parto en las pacientes con oligohidramnios, y Elaborar una estrategia para la socialización y difusión de los resultados, de esta manera se contribuirá al manejo adecuado de esta entidad. Puesto que entre más grave, mayor será el compromiso y repercusión en el feto y el recién nacido e incluso tener un pronóstico muy desfavorable y llegar en última instancia a la muerte fetal, siendo este un problema para el normal desarrollo fetal, del neonato y el niño, ya que no solo afecta al recién nacido sino también a los niños, por tal motivo, es que se realizó la presente investigación.

4. REVISIÓN DE LA LITERATURA.

4.1. MARCO GENERAL

4.1.1. Modelo de atención integral de salud familiar, comunitario e intercultural.

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS- FCI) es el conjunto de estrategias, normas, procedimientos, herramientas y recursos que al complementarse, organiza el Sistema Nacional de Salud para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad el entorno, permitiendo la integralidad en los niveles de atención en la red de salud (MSP ECUADOR, 2012)

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural tiene como desafío consolidar la implementación del modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar, Comunitario e Integral, trabajar con las familias, desarrollar nuevas formas relacionales, ubicar al usuario en el centro de la atención, instalando buenas prácticas, desarrollando intervenciones orientadas hacia resultados de impacto social. Desde la convicción de que el enfoque biopsicosocial, multidisciplinario e intercultural, son la alternativa para responder de manera más efectiva a las necesidades de las personas, familias y comunidades, contribuyendo a mejorar su calidad de vida. El MAIS-FCI asume el concepto de salud dado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Constitución de 1948, define salud como el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

La salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales (MSP ECUADOR, 2012)

Según Cap. II Sección 7 Art. 32: “DERECHOS DEL BUEN VIVIR” La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad,

solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional” (MSP ECUADOR, 2012)

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS- FCI) brinda un CONJUNTO DE PRESTACIONES POR CICLOS DE VIDA, en el recién nacido se destacan las siguientes prestaciones de promoción; **información educación a padres o cuidadores:** Promover la autoconfianza de los padres en el cuidado del niño/a y fortalecer el vínculo afectivo. Informar a padres y/o cuidadores de la importancia de la vacunación, lactancia materna exclusiva, estimulación Psicomotriz. Generar mecanismos de motivación para que acuda a los controles en la unidad operativa. Comunicar a los padres y/o cuidadores acerca de variaciones benignas y comunes en el desarrollo del niño/a así como en el comportamiento del recién nacido, y, cuando corresponda, confirmarles la salud satisfactoria del niño/a. **Determinación de riesgos utilizando la ficha familiar riesgo biológico:** a) Bajo peso al nacer: < 2 500 g. b) Peso al nacer 2500 a 3000g. c) Parto pre termino, edad gestacional < a 37 semanas. d) Gemelar o más. e) Desnutrición. f) Antecedentes de enfermedad aguda grave en la madre o en el R. N. g) Antecedentes de enfermedad crónica en la madre. h) Enfermedades diarreicas y respiratorias frecuentes en el R.N. i) Dificultades o rechazo a la lactancia. **Riesgo socio-económico:** a) Muerte evitable. b) Pobreza. c) Madre adolescente. d) Madre soltera. e) Embarazo no deseado. f) Baja escolaridad de padres o cuidadores. g) Violencia intrafamiliar, maltrato infantil h) Consumo de alcohol y otras drogas. i) Hábito de fumar o fumador pasivo. j) Riesgo de accidentes. k) Desempleo. l) Hacinamiento. m) Otros que el equipo de salud considere. **Riesgo Ambiental** a) Condiciones ambientales insalubres, marginales y poco seguras. b) Animales dentro de la vivienda. c) Agua insegura d) Contaminación e) Mal manejo de desechos. **Prestaciones de prevención:** Atención de R.N. según normas AIEPI menores de dos meses Atención Integral del Niño Sano (evaluar Nutrición, desarrollo neuromuscular y psicomotriz, lactancia materna, crecimiento y desarrollo de acuerdo a normas del MSP). Inmunización según la edad: Vacunación BCG y Hepatitis B Salud mental. Detección de conflictos de pareja, consumo de sustancias psicoactivas, tabaquismo en padres. Detección de la agudeza visual y ceguera en niños. Detección, prevención y consejería de ITS y VIH/SIDA. Desnutrición: suplemento de micronutrientes, según metas en grupos de edad (MSP ECUADOR, 2012)

La salud se plantea desde una mirada intersectorial que busca garantizar condiciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades que garanticen el adecuado fortalecimiento de las capacidades de las personas para el mejoramiento de su

calidad de vida. Se incluyen los hábitos de vida, la universalización de servicios de salud, la consolidación de la salud intercultural, la salud sexual y reproductiva, los modos de alimentación y el fomento de la actividad física. La tasa de mortalidad en general fue de 4,3 muertes por cada mil habitantes, lo que muestra una ligera mejora con respecto al año 2000 (4,6 por cada mil habitantes). En el caso de la tasa de mortalidad materna, esta fue de 69,5 muertes por cada 100 mil nacidos vivos, en 2010; sin embargo, no se ha logrado impactar en este indicador, que ha oscilado entre 48,5 y 69,7 entre 2001 y 2010. En el caso de la mortalidad infantil, esta se ha reducido de 18,5 por mil nacidos vivos, en el año 2000, a 13,3 en 2006 y a 11,0 en 2010 (INEC, 2010c) (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2013)

4.2. FISIOLÓGÍA DEL LÍQUIDO AMNIÓTICO.

El origen del líquido amniótico (LA), a los 12 días post-fecundación, se forma una hendidura adyacente a la lámina embrionaria, que crece rápidamente. El amnios envolvente se fusiona, primero con el tallo corporal y luego con el corion, formándose el saco amniótico, lleno de líquido incoloro, a las 9 semanas, la cavidad amniótica está totalmente formada, y el LA rodea al feto, el LA mantiene constante intercambio con las circulaciones materna y fetal, hasta las 20 semanas, la participación materna es fundamental en la formación del LA, con algunas secesiones fetales, digestivas y respiratorias, y escasa participación de la membrana amniótica. Existe, a esta edad gestacional (EG), una gran similitud entre el LA y el plasma materno, que puede considerarse una diálisis materna, a partir de las 20 semanas, comienza la participación fetal en la formación del LA, cada vez más relevante, fundamentalmente a través de los riñones y pulmones. Aumenta conforme avanza el embarazo hasta casi la semana 34, cuando ocurre una declinación de su volumen. Al término de la gestación, el volumen promedio es de casi 1 000 ml. (Cunningham, 2011).

En el embarazo temprano, el origen del líquido amniótico (LA), a los 12 días post-fecundación, se forma una hendidura adyacente a la lámina embrionaria, que crece rápidamente. El amnios envolvente se fusiona, primero con el tallo corporal y luego con el corion, formándose el saco amniótico, lleno de líquido incoloro, a las 9 semanas, la cavidad amniótica está totalmente formada, y el LA rodea al feto, el LA mantiene constante intercambio con las circulaciones materna y fetal, hasta las 20 semanas, la participación materna es fundamental en la formación del LA, con algunas secesiones fetales, digestivas y respiratorias, y escasa participación de la membrana amniótica. Existe,

a esta edad gestacional (EG), una gran similitud entre el LA y el plasma materno, que puede considerarse una diálisis materna, a partir de las 20 semanas, comienza la participación fetal en la formación del LA, cada vez más relevante, fundamentalmente a través de los riñones y pulmones. Para el inicio del segundo trimestre, consta sobre todo de líquido extracelular, que se difunde a través de la piel fetal y así refleja la composición del plasma del feto. Después de la semana 20, la cornificación de la piel fetal impide su difusión y el líquido amniótico se compone sobre todo de orina fetal. Los riñones del feto empiezan a producir orina a la semana 12 y para la 18 excretan 7 a 14 ml/día. La orina fetal contiene más urea, creatinina y ácido úrico que el plasma en el feto. (Cunningham, 2011)

El líquido amniótico está compuesto de 1) Agua: entre el 98 al 99 %, 2) Solutos: del 1 al 2 %, por partes iguales orgánicos e inorgánicos, 3) Turbidez: aumenta con el tiempo de gestación, 4) Peso Específico: en promedio 1,0078, 5) Valor Crioscópico: de alrededor de 0,504 grados C, 6) Presión Osmótica: de alrededor de 6,072 atmósferas a 0 grado C, 7) Gases: $pO_2 = 4$ a 43 mm Hg y $pCO_2 = 38$ a 50 mm Hg, 8) pH: desciende, de 7.13 antes de las 32 semanas, a 7.08 desde esa EG en adelante, 9) Componentes Inorgánicos: no varían el Zn, Cu, St, Mn, Fe, 10) Componentes Orgánicos: proteínas, aminoácidos, lípidos, carbohidratos, componentes nitrogenados, vitaminas, enzimas, también contiene células fetales descamadas, vernix, lanugo y diversas secreciones. Puesto que son hipotónicas, su efecto neto es la disminución de la osmolalidad del líquido amniótico conforme avanza la gestación. El líquido pulmonar contribuye con un pequeño porcentaje del volumen amniótico y el líquido que se filtra a través de la placenta aporta el resto. El volumen de líquido amniótico para cada semana de gestación es muy variable. En general, aumenta 10 ml por semana a la octava y hasta 60 ml a la 21, para declinar después de forma gradual hasta estabilizarse a la semana 33. (Cunningham, 2011)

El líquido amniótico sirve para proteger al feto, permitir su desarrollo muscular esquelético y amortiguar los traumatismos. También conserva la temperatura y tiene una mínima función nutritiva. Los factores de crecimiento epidérmico (epidermal growth factor, EGF) y el similar a EGF, como el factor de transformación de crecimiento b, están presentes en el líquido amniótico. La ingestión de este líquido hacia el tubo digestivo y su inhalación a los pulmones pueden promover el crecimiento y la diferenciación de esos tejidos. (Cunningham, 2011)

Estudios en animales han demostrado que se puede producir hipoplasia pulmonar por drenaje del líquido amniótico, drenaje crónico de líquido pulmonar a través de la tráquea y por impedimento físico de los movimientos torácicos prenatales que simulan la

respiración. Por consiguiente, la formación de líquido intrapulmonar y, al menos de tanta importancia, la salida y retención alternas de líquido en los pulmones por los movimientos respiratorios son indispensables para el desarrollo pulmonar normal.(Cunninghan, 2011)

4.3. OLIGOHIDRAMNIOS

Definido como la disminución del líquido amniótico con un volumen menor a 500cc entre las semanas 32 a 36, que está asociado a morbimortalidad perinatal y complicaciones del parto, su fisiopatogenia está relacionada con una secuencia de acontecimientos que se inician con una mayor compresión del abdomen fetal y que finalmente conlleva a complicaciones en la transición respiratoria en la vida extrauterina del infante (Gallardo K. , y otros, 2013)

4.3.1. Etiología.

4.3.1.1. Fetales.

4.3.1.1.1. Alteraciones cromosómicas.

Triploidias, trisomía 18, síndrome de Turner.

4.3.1.2. Malformaciones fetales.

- Renales: Agenesia renal, atresia o agenesia ureteral, displasias renales, extrofia vesical, poliquistosis renal, válvula uretral posterior, patología obstructiva severa.
- Cardíacas: Hídrops, tetralogía de Fallot, coartación de Aorta, defectos septales.
- Esqueléticas: Secuencia de Potter.(Lara & Ruiz, 2013)

4.3.1.3. Síndrome de transfusión intergemelar.

Se observa sólo en gemelos monocoriónicos como resultado del paso continuo de sangre de un gemelo hacia el otro a través de anastomosis interplacentarias unidireccionales del tipo A-V.(Lara & Ruiz, 2013)

4.3.1.4. Muerte fetal.

Cualquier causa que genera la muerte fetal in útero conllevará a la aparición de oligoamnios por lo anteriormente citado en este documento, no se debe descartar que esta entidad clínica sea la principal causa *per se* del evento.(Lara & Ruiz, 2013)

4.3.1.5. Restricción del crecimiento intra uterino.

Generalmente, se debe a una hipoxia fetal prolongada que lleva a una redistribución del flujo sanguíneo a favor del corazón y el cerebro en detrimento de la perfusión pulmonar y renal, lo que produce una disminución del flujo urinario.(Lara & Ruiz, 2013)

4.3.1.6. Embarazo prolongado.

Estos casos tienen un aumento de la incidencia de morbi-mortalidad perinatal. Se ha determinado que durante este periodo, el líquido amniótico disminuye aproximadamente un 30% por semana.(Lara & Ruiz, 2013)

4.3.1.7. Rotura prematura de membranas.

Es una de las causas más comunes. Con una incidencia del 10%.(Lara & Ruiz, 2013)

4.3.1.8. Uso de medicamentos.

Los que con mayor frecuencia lo producen son los inhibidores de la prostaglandina sintetasas y los inhibidores de la enzima angiotensina convertasa.(Lara & Ruiz, 2013)

4.3.1.9. Hidratación materna.

Recientemente se ha señalado la relación que existe entre el volumen intravascular materno y la cantidad de líquido amniótico. Consumir una cantidad de líquido suficiente. La “National Academy of Sciences” de Estados Unidos explica que la ingesta alimentaria de agua total en 24 horas de 2,7 L para mujeres de 57 kg.(Lara & Ruiz, 2013)

4.3.1.10. Maternas.

Insuficiencia placentaria, hipertensión arterial, diabetes, enfermedad del colágeno(Lara & Ruiz, 2013)

3.2.1. La Técnica de Phelan

Es una técnica que hoy en día está considerada como el estándar de oro para la evaluación ultrasonográfica del líquido amniótico. Consiste en la medición del índice del líquido amniótico (ILA) mediante la suma de los cuatro cuadrantes, resultando de la máxima profundidad medida en sentido vertical.

Según esta técnica se lo puede clasificar al oligohidramnios en:

- Leve: 5,1-8 cm
- Severo: menor de 5 cm (Nieto, Hernandez, & Galindo, 2007)

4.3. EL PARTO

Es la vía por la que se produce la expulsión del feto, la placenta y sus anexos, se caracteriza por contracciones uterinas que producen dilatación cervical y hacen que el feto descienda por el conducto del parto.

El líquido amniótico ayuda en la acomodación del feto al canal del parto, cuando la bolsa está intacta, cuando se rompe lubrica el canal del parto, está claro que el inicio del trabajo del parto representa la culminación de una serie de cambios bioquímicos en el útero y el cuello uterino (Cunningham & otros, 2011)

4.4. LA CESÁREA

Se define como el nacimiento del feto a través de incisiones en las paredes abdominal (laparotomía) y uterina (histerotomía). Esa definición no incluye la extracción del feto de la cavidad abdominal en caso de rotura del útero o de un embarazo en esa localización. Las cesáreas repetidas y las que se efectúan por distocias han constituido las principales indicaciones de dicha intervención. Más del 85% se realiza por antecedentes de cesárea, distocia, sufrimiento fetal o presentación pélvica (Cunningham & otros, 2011)

4.5. LA EDAD GESTACIONAL

Son las semanas o días de embarazo, la cual es calculada por medio de dos formas diferentes, la primera es a través de la fecha última de menstruación (FUM); la cual se basa en la suma de 7 días desde el primer día de la última menstruación hasta el último día de embarazo, y la segunda es por ECO del primer trimestre del embarazo (Generalmente se acepta que las mediciones ultrasonográficas del diámetro biparietal y/o la longitud femoral, longitud céfalo-caudal y la circunferencia abdominal realizadas antes de la 18ª a 20ª semanas de gestación mejoran considerablemente las estimaciones de la EG) (Grandi & López, 2005).

A su vez podemos determinar la edad del niño en el momento del parto y clasificarlos de la siguiente manera:

- Prematuro grave: Recién nacido con edad gestacional menor a 32 semanas.

- Prematuro moderado: Recién nacido con edad gestacional de 32 – 34 semanas, 6 días.
- Prematuro leve: Recién nacido con edad gestacional de 35 – 36 semanas, 6 días.
- Término: Recién nacido con edad gestacional de 37-41,6 semanas.
- Posttérmino: Recién nacido con edad gestacional de > 42 semanas (Ministerio de Salud Pública, 2008)

4.6. LAS COMPLICACIONES DEL RECIÉN NACIDO

Son afecciones coexistentes del recién nacido desencadenadas por alguna entidad patológica, entre las complicaciones tenemos morbilidades del recién nacido y mortalidad perinatal.

4.6.1. Las morbilidades del recién nacido.

- APGAR: técnica que mide la adaptación del recién nacido a la vida extrauterina, en la cual se evalúan cinco aspectos; frecuencia cardíaca, esfuerzo respiratorio, color de piel, tono muscular y reflejo de irritabilidad, teniendo un valor de cada uno de estos que oscila entre 0 y 2, evaluándose inicialmente al minuto y luego a los cinco minutos, clasificándose finalmente de la siguiente manera:
 - > 7 : bienestar
 - 4-6: moderadamente deprimido
 - 0-3: severamente deprimido (MSP Ecuador, 2008)
- Bajo peso: se considera bajo peso en el recién nacido al que está por debajo de los límites de la normalidad de 2500gr, es un indicador de las probabilidades de supervivencia, de crecimiento, y salud a largo plazo, se lo puede clasificar de la siguiente manera:
 - Bajo peso < 2500
 - Muy bajo peso <1500
 - Bajo peso extremo < 1000 (MSP ECUADOR, 2008)
- Sufrimiento fetal agudo (SFA): no existe un consenso definido de esta entidad, pero hace referencia al riesgo de compromiso de bienestar fetal, esto debido a una perturbación metabólica en el intercambio feto-materno, que aparece durante la labor de parto en fase de dilatación o expulsión. Una de las formas de diagnosticarla es a través del monitoreo fetal en el cual se evidencia las siguientes variabilidades:
 - DIPS II
 - Desaceleraciones variables graves

4.6.1.1. Monitoreo fetal electrónico (MEF).

El objetivo del monitoreo fetal electrónico (MEF) es intentar valorar la oxigenación fetal durante el parto. La oxigenación fetal engloba la transferencia de oxígeno desde el entorno al feto y la respuesta fisiológica fetal si se interrumpe la transferencia de oxígeno. Hay tres principios básicos para interpretar la FCF intraparto:

1. Toda deceleración clínicamente significativa (variable, tardía, o prolongada) refleja una interrupción de la transferencia de oxígeno desde el entorno al feto, en uno o más puntos
2. La variabilidad moderada y/o las aceleraciones, predicen fiablemente la ausencia de acidemia fetal metabólica en el momento de la observación.
3. La interrupción aguda de la oxigenación fetal intraparto no produce lesión neurológica (parálisis cerebral) si no hay acidemia metabólica fetal significativa (Hospital Universitario Donostia, 2013)

Al valorar un trazado cardiotocográfico (CTG) se han de tener en cuenta los siguientes aspectos:

1. Contracciones uterinas
2. Frecuencia cardíaca fetal de la línea de base
3. Variabilidad de la FCF de la línea de base
4. Presencia de aceleraciones
5. Deceleraciones periódicas o episódicas
6. Cambios o tendencias de los patrones de FCF a lo largo del tiempo

La Clasificación de los Patrones de Monitoreo Fetal Según el ACOG clasificó, en su Boletín en Diciembre del 2005, de la siguiente manera a los diversos patrones de monitoreo fetal●

- Categoría I (tranquilizante)
 - Línea de base: 110-160 latidos por minuto.
 - Variabilidad moderada.
 - Ausencia de desaceleraciones variables o tardías.
 - Presencia o ausencia de desaceleraciones tempranas.
 - Aceleraciones presentes o ausentes.
- Categoría II: (intranquilizante)
 - Línea de base: bradicardia con variabilidad normal o taquicardia.

Variabilidad: mínima, ausente sin desaceleraciones recurrentes o marcada.

Aceleraciones: ausencia de aceleraciones posterior a estímulo.

Desaceleraciones: desaceleraciones variables recurrentes con variabilidad mínima o moderada, desaceleraciones prolongadas no más de 10 minutos, desaceleraciones tardías recurrentes con variabilidad moderada.

- Categoría III: (patológico u ominoso)

Variabilidad ausente con: desaceleraciones tardías recurrentes, desaceleraciones variables recurrentes, bradicardia.

Patrón Sinusoidal. (CHANGO SOSA, 2014)

- Síndrome de distress respiratorio (SDRN): Es un cuadro clínico con comienzo agudo, dinámico y explosivo que aparece como resultado de una reacción inflamatoria difusa y severa del parénquima pulmonar. El daño ocurre a nivel de la membrana alveolar (unidad alvéolo-capilar) ocasionado por una alteración de la permeabilidad capilar, con la formación de un edema exudativo rico en proteínas. El SDRA se caracteriza en su comienzo, como se ha dicho, por un daño agudo de la membrana alvéolo capilar con aumento de la permeabilidad vascular. De esta forma, la alteración inicial consiste en la ocupación alveolar por un líquido rico en proteínas. Esta ocupación reduce la superficie alveolar disponible para el intercambio gaseoso. A medida que el SDRA progresa, se producen fenómenos vasculares que alteran significativamente el intercambio gaseoso. La situación se agrava por la aparición de zonas con nula ventilación debido al desarrollo de atelectasias en diferentes áreas del pulmón y, en definitiva al shunt intrapulmonar. Todos estos factores configuran el cuadro de hipoxemia refractaria al aumento de la fracción inspirada de oxígeno (FiO₂) característica de esta entidad clínica. (González, 2008)
- Cardiopatía congénita: conjunto de anomalías cardíacas que implican un riesgo para el neonato cuya clasificación dependen en si son cianóticas o acianóticas, entre las anomalías más comunes tenemos: tetralogía de fallot, persistencia del conducto arterioso, trasposición de los grandes vasos, síndrome de la aurícula y ventrículo izquierdo hipoplásticos y atresia pulmonar.
- Macrosómico: La definición de macrosomía fetal es compleja y los factores implicados en su patogenia muy variados. Tradicionalmente, la macrosomía ha sido definida por el peso al nacimiento (4.000-4.500 g) o por el peso al nacimiento en relación con la edad

gestacional, considerándose el P 90 como el valor que delimitaría a esta población de recién nacidos (RN). Lo sustancial en la definición de este concepto se debe a que lo sustancial es diferenciar los recién nacidos con un riesgo perinatal aumentado y susceptibles de un cuidado especial, de aquellos neonatos probablemente normales y por tanto con un riesgo similar al resto de los recién nacidos (Asociación Española de Pediatría, 2008)

4.6.2. Mortalidad perinatal.

4.6.2.1. Defunción fetal.

La muerte fetal ha sido definida por la OMS como aquella que ocurre antes de la expulsión o extracción completa del producto de la concepción, independientemente de la duración del embarazo. Se llama muerte fetal temprana a la que se produce antes de cumplirse 20 semanas de gestación. Muerte fetal intermedia es la que se presenta en las semanas 20 a 27, y muerte fetal tardía a la que ocurre >28 semanas de gestación.

4.6.2.2. Defunción neonatal.

La Organización Mundial de Salud (OMS) define la mortalidad neonatal como la muerte producida entre el nacimiento hasta los 28 días de vida. Se puede subclasificar de la siguiente manera.

Defunción neonatal precoz: entre el día 1 hasta el día 7

Defunción neonatal tardía: entre el día 7 hasta el día 27 (Gallardo, Calvillo, & Hernández, 2008)

4.7. COMPLICACIONES DEL PARTO

4.7.1. Prolongación del expulsivo.

El Período expulsivo es el segundo estadio del parto y comprende el intervalo de tiempo que transcurre entre la dilatación y el borramiento cervical completo (10cm y 100% respectivamente), y el nacimiento del neonato. Su duración promedio es de 50 minutos para las nulíparas y de 20 minutos para las multíparas, pero esto es realmente variable. Según el ACOG el expulsivo prolongado (segundo estadio del parto prolongado) se define de cuando su duración sobrepasa en las nulíparas las 3 horas con epidural, y las 2 horas sin epidural; y en gestantes multíparas, su duración es mayor de 2 horas con epidural, y 1 hora sin epidural (Vergara, 2006)

4.7.2. Corioamnionitis.

Actualmente, la infección intraamniótica se define como la presencia de un cultivo positivo en líquido amniótico obtenido por amniocentesis, y se denomina corioamnionitis o infección ovular clínica a la presencia de síntomas en una paciente que tiene una infección intraamniótica, El cuadro clásico de corioamnionitis clínica sigue siendo una situación que observamos con cierta frecuencia en nuestra práctica médica, sin embargo, recientes investigaciones permitió conocer una serie de fenómenos que ocurren previamente a este evento que más bien parece ser el fin de una larga secuencia fisiopatológica, donde esta involucrada la infección intraamniótica, y cuya consecuencia es la finalización del embarazo sin tomar en cuenta la edad gestacional, ya sea por inicio espontáneo del trabajo de parto o por indicación médica (Koch, Martín, Jara, & Dra.Sciangula, 2008)

4.7.3. Embarazo prolongado.

La definición de gestación prolongada es la que dura más de 42 semanas (> 294 días), o 14 días después de la fecha probable de parto (FPP).

Tanto el parto como el RN de una gestación prolongada se debe considerar de alto riesgo y la gestante sometida a pruebas de monitorización antenatal encaminadas a detectar el bienestar fetal, las que nos indicaran el modo de finalizar el parto. El neonatólogo informado de los antecedentes y del peso fetal estimado, todo debe estar previsto para una reanimación profunda, por la mayor frecuencia de hipoxia fetal ante e intraparto en estos RN postmaduros. (Guzmán, Carrasco, Gómez, Herrainz, & Tofé, 2008)

4.8. EVIDENCIA CIENTÍFICA

Según (Gallardo K. , y otros, 2013) en su estudio sobre “*Repercusiones perinatales en embarazos a término con oligohidramnios severo que se atienden en el Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca en el periodo de enero a diciembre de 2011*”. Se evidencio como resultados, 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, la mayoría de las pacientes no tuvieron una atención prenatal adecuada (90.7%), se realizó interrupción del embarazo por vía cesárea (78%), siendo la indicación más frecuente el oligohidramnios severo, además se concluyó que el pronóstico del embarazo va a depender directamente de la causa del oligohidramnios.

Según (Dra. Amador & otros, 2013) En su estudio sobre “*Oligohidramnios: medidor de salud fetal en el Hospital Ginecobstétrico Docente Provincial Ana Betancourt de Mora. Camagüey. Cuba*”. Se evidencio los siguientes resultados prevaleció el parto eutócico, pero el parto distócico en este tipo de comienzo del parto fue de un 41,5 %. La cesárea primitiva fue la más frecuente en el estudio y la inducción como forma de comienzo del parto por ser portadoras de un oligohidramnios severo. Se concluyó que con los años se incrementó el número de inducciones por este diagnóstico, el oligohidramnios se presentó en la mayoría de las nulíparas, el tipo de parto que prevaleció fue el distócico por cesárea primitiva y el diagnóstico de mayor incidencia de estas, el estado fetal intranquilizante, en la morbilidad fetal se encontró el bajo peso al nacer, ya sea por prematuridad o por crecimiento intrauterino retardado.

En relación con el índice de líquido amniótico (ILA) y la técnica de Pelhan, según (Shanks & otros., 2011) se evidencia en su estudio sobre “*La evaluación de la definición óptima de oligohidramnios asociados con los resultados neonatales adversos, durante el periodo 1998-2008, Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Washington*” se obtuvieron los siguientes resultados, Los pacientes con un ILA de menos de 5 cm tuvieron una tasa de admisión UCIN 16,03% en comparación con el 7,3% de los pacientes con un ILA superior a 5 cm y se concluye que el oligohidramnios definidos como ILA menos de la quinta percentil mejor predice los fetos en riesgo de resultados perinatales adversos en comparación con un ILA de menos de 5 cm.

Según (Ybaseta, Morales, & Ybaseta, 2011) en su estudio sobre “*valoración ultrasonografía simplificada del oligohidramnios e indicación de cesárea por sufrimiento fetal*” tuvo como resultados que la media de edad gestacional al momento de parto fue de 38,9 semanas. Del total de recién nacidos (46,6%) fueron de sexo masculino y (55,9%) femenino. El grupo de oligohidramnios, aquel con Bolsillo Vertical Mayor ≤ 2 cm. (14 pacientes), presentó frecuencias estadísticamente significativas para: trazados cardiotocográficos patológicos, parto por cesárea, líquido amniótico meconial; score de Apgar menor de siete al minuto (21.43%) y a los cinco minutos (21.43%) e ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales (35.71%) y se concluye que el diagnóstico de sufrimiento fetal relacionado con oligohidramnios implica presencia de trazados patológicos del ritmo cardiaco fetal principalmente desaceleraciones variables y está asociado a resultados adversos como APGAR menor a 7 al minuto y a los cinco minutos, líquido amniótico meconial e ingreso a la unidad de cuidados intensivos.

Según (Nien, Yi, Woei, Fu, & Ming, 2014)³ en su estudio de *“oligohidramnios aumenta el riesgo de hospitalización respiratoria en la infancia”* donde se obtuvo como resultados que los niños con exposición oligohidramnios eran más propensos a tener un peso bajo al nacer, nacer de madres de baja paridad , tener padres jóvenes , y de tener madres con hipertensión gestacional , la diabetes o la dermatitis atópica durante el embarazo, Los niños con un historial de oligohidramnios tenían más probabilidades de ser hospitalizados por enfermedad respiratoria que los que no tienen un historial de oligohidramnios. Las tasas de incidencia fueron 6,51 %.

5. METODOLOGÍA

5.1. TIPO DE ESTUDIO:

Se realizó una investigación transversal.

5.2. ÁREA DE ESTUDIO

El área donde se llevó a efecto el trabajo de investigación fue en el Departamento de Gineco – Obstetricia y Neonatología, ubicados el segundo piso, del Hospital Isidro Ayora de la ciudad Loja, siendo una entidad pública donde se brinda servicios de salud de segundo nivel.

5.3. EL UNIVERSO

Gestantes ingresadas al Hospital Isidro Ayora.

5.4. MUESTRA

Se contó con una muestra de 67 gestantes diagnosticadas de oligohidramnios.

5.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Gestantes diagnosticadas de oligohidramnios.

Gestantes con un embarazo mayor de 20 semanas.

5.6. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Gestantes con un embarazo menor de 20 semanas.

5.7. TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

- Se utilizó un formulario de recolección de datos.
- Se redactó un oficio dirigido al director de la Institución del “Hospital Isidro Ayora” para realizar la recolección de la información.
- La recolección de la Información se obtuvo mediante la revisión de la historia clínica
- Se realizó los análisis y porcentajes respectivos de los datos obtenidos del formulario de recolección de datos.
- Se reportó los resultados obtenidos en una hoja de registro de resultados pre elaborada.

5.8. FUENTES DE INFORMACIÓN

Fuente de información secundaria basada en la historia clínica.

5.9. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis estadístico se realizó a través del programa informático Microsoft Excel 2010, mediante la elaboración de tablas de frecuencia simple, que serán representadas en graficas porcentuales.

5.10. SOCIALIZACIÓN DE LOS RESULTADOS

La socialización de los resultados de la investigación se realizó afiches y se difundió a gestantes, estudiantes, docentes de la facultad de Medicina del Área de la Salud Humana.

5.10.1. Ética.

Los datos obtenidos fueron recolectados en lo mayor de lo posible en preservar la confidencialidad y privacidad de los pacientes. La información contenida en el expediente clínico será manejada con discreción y confidencialidad

Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen;

Se pidió todos los permisos correspondientes a las diferentes instituciones para la recolección de la información y se llevó a cabo cuando se obtuvo la autorización del titular de la institución de atención a la salud.

Prevaleció el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

6. RESULTADOS Y ANÁLISIS.

Objetivo: Identificar las complicaciones maternas durante el trabajo de parto como consecuencia del oligohidramnios.

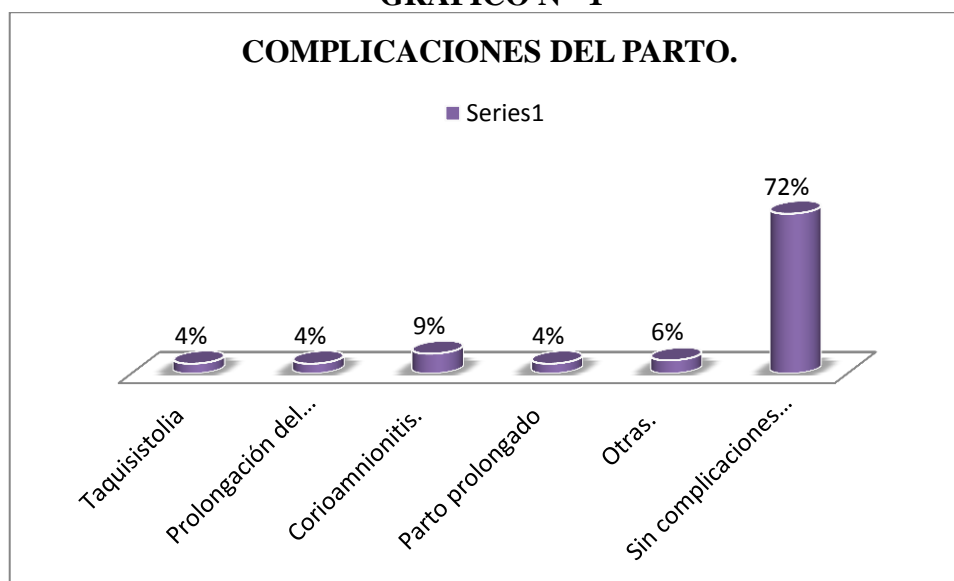
Tabla N° 1. Complicaciones durante el trabajo parto en gestantes diagnosticadas de oligohidramnios del Hospital Isidro Ayora de Loja en el periodo febrero del 2015 - agosto del 2015.

	Frecuencia	Porcentaje
Taquisistolia.	3	4%
Prolongación del expulsivo.	3	4%
Corioamnionitis	6	9%
Embarazo prolongado	3	4%
Otras.	4	6%
Sin complicaciones en el parto.	48	72%
Total	67	100%

Fuente: Historias clínicas del departamento de estadística del HGIAL.

Elaborado por: Danilo Chuquihuanca

GRAFICO N° 1



Fuente: Historias clínicas del departamento de estadística del HGIAL.

Elaborado por: Danilo Chuquihuanca

Interpretación: En las gestantes con diagnóstico de oligohidramnios se evidenció que el 9%(n=6) curso con corioamnionitis, seguida de triple empate entre la Taquisistolia, prolongación del expulsivo, y un parto prolongado representado cada una de ellas el 4% (n=3) respectivamente. Además se evidencia que del total de las gestantes el 28%(n=19) presentó complicaciones, mientras que el 72%(n=48) no lo hizo.

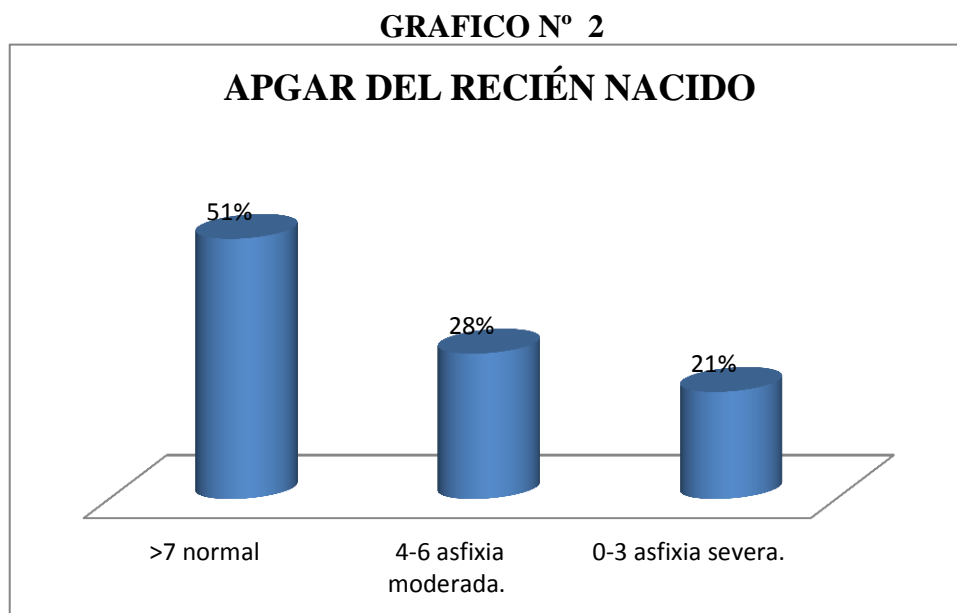
Objetivo: Establecer las complicaciones del neonato como consecuencia del oligohidramnios.

Tabla N° 2. Complicación en el APGAR de los recién nacidos del Hospital Isidro Ayora de Loja en el periodo febrero del 2015 - agosto del 2015.

	Frecuencia	Porcentaje
> 7 normal	34	51%
4-6 asfixia moderada.	19	28%
0-3 asfixia severa	14	21%
Total	67	100%

Fuente: Historias clínicas del departamento de estadística del HGIAL.

Elaborado por: Danilo Chuquiuanca



Fuente: Historias clínicas del departamento de estadística del HGIAL.

Elaborado por: Danilo Chuquiuanca

Interpretación: Los recién nacidos que padecieron oligohidramnios tuvieron un APGAR normal representando el 51%(n=34), seguida de un APGAR con asfixia moderada representando el 28%(n=19) y un APGAR con asfixia severa representando el 21%(n=14).

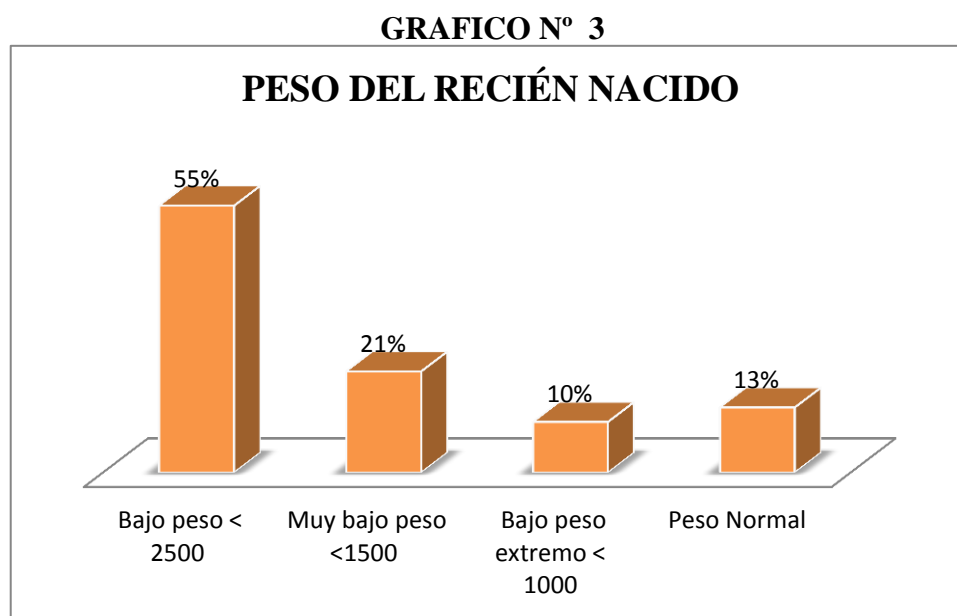
Objetivo: Establecer las complicaciones del neonato como consecuencia del oligohidramnios.

Tabla N° 3. Complicación en el peso de los recién nacidos del Hospital Isidro Ayora de Loja en el periodo febrero del 2015 - agosto del 2015.

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo peso < 2500 gr	37	55%
Muy bajo peso <1500 gr	14	21%
Bajo peso extremo < 1000 gr	7	10%
Peso Normal	9	13%
Total	67	100%

Fuente: Historias clínicas del departamento de estadística del HGIAL.

Elaborado por: Danilo Chuquihuanca



Fuente: Historias clínicas del departamento de estadística del HGIAL.

Elaborado por: Danilo Chuquihuanca

Interpretación: Una de las complicaciones de los recién nacidos fue el bajo peso < 2500gr representando el 55%(n=37), seguida de muy bajo peso<1500gr representando el 21%(n=14) y finalmente un bajo peso extremo < 100gr representando el 10%(n=7). Además se realiza una comparación entre peso bajo y normal, siendo el 87%(n=58) de peso bajo y 13% (n=9) de peso normal.

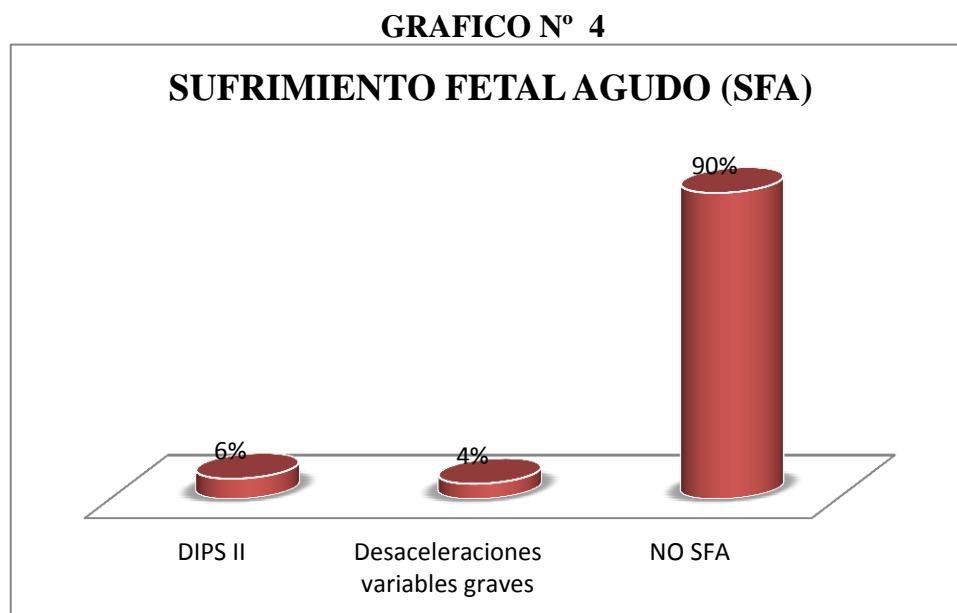
Objetivo: Establecer las complicaciones del neonato como consecuencia del oligohidramnios.

Tabla N° 4. Recién nacidos con Sufrimiento Fetal Agudo (SFA) del Hospital Isidro Ayora de Loja en el periodo febrero del 2015 - agosto del 2015.

	Frecuencia	Porcentaje
DIPS II	4	6%
Desaceleraciones variables graves	3	4%
No sufrimiento fetal agudo	60	90%
Total	67	100%

Fuente: Historias clínicas del departamento de estadística del HGIAL.

Elaborado por: Danilo Chuquiuanca



Fuente: Historias clínicas del departamento de estadística del HGIAL.

Elaborado por: Danilo Chuquiuanca

Interpretación: Los recién nacidos que presentaron sufrimiento fetal agudo, el 6%(n=4) tuvo DIPS II y un 4%(n=3) tuvo desaceleraciones variables graves, además se evidencia que del 100%(n=67) el 10 %(n=7) presento sufrimiento fetal agudo y el 90%(n=60) no presento sufrimiento fetal agudo.

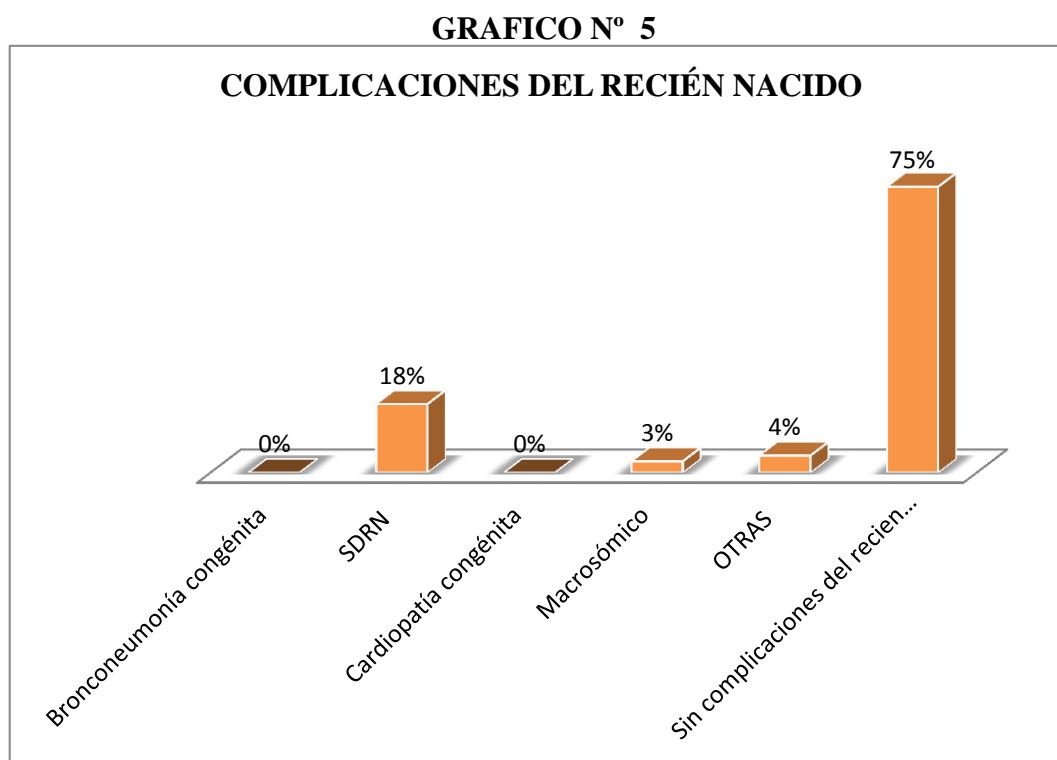
Objetivo: Establecer las complicaciones del neonato como consecuencia del oligohidramnios.

Tabla N° 5. Complicaciones del recién nacido del Hospital Isidro Ayora de Loja en el periodo febrero del 2015 - agosto del 2015.

	Frecuencia	Porcentaje
Bronconeumonía congénita.	0	0%
Síndrome de distres respiratorio del recién nacido	12	18%
Cardiopatía congénita	0	0%
Macrosómico	2	3%
Otras	3	4%
Sin complicaciones del recién nacido	50	75%
Total	67	100%

Fuente: Historias clínicas del departamento de estadística del HGIAL.

Elaborado por: Danilo Chuquihuanca



Fuente: Historias clínicas del departamento de estadística del HGIAL.

Elaborado por: Danilo Chuquihuanca

Interpretación: las complicaciones más frecuentes en el recién nacido fueron, en primer lugar tenemos con un 18% (n=12) al Síndrome de distres respiratorio del recién nacido y en el último lugar tenemos a los recién nacidos macrosómicos representando el 4% (n=2), además se evidencia que el 75% (n=50) del total de recién nacidos no presentó complicaciones mientras que el 25% (n=17) presentó complicaciones.

Objetivo: Establecer las complicaciones del neonato como consecuencia del oligohidramnios.

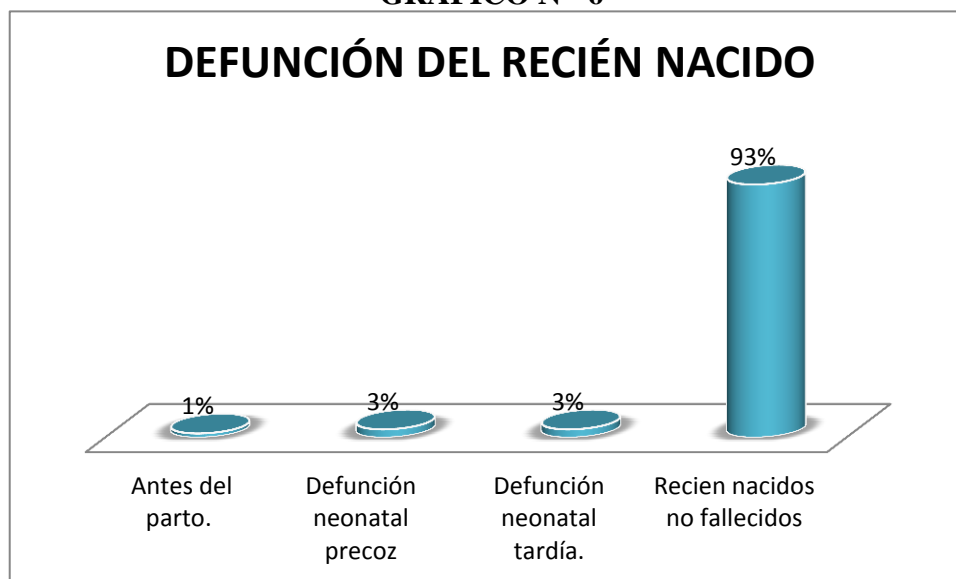
Tabla N° 6. Defunción de los recién nacidos del Hospital Isidro Ayora de Loja en el periodo febrero del 2015 - agosto del 2015.

	Frecuencia	Porcentaje
Defunción fetal.	1	1%
Defunción neonatal precoz	2	3%
Defunción neonatal tardía.	2	3%
Recién nacidos no fallecidos	62	93%
Total	67	100%

Fuente: Historias clínicas del departamento de estadística del HGIAL.

Elaborado por: Danilo Chuquihuanca

GRAFICO N° 6



Fuente: Historias clínicas del departamento de estadística del HGIAL.

Elaborado por: Danilo Chuquihuanca

Interpretación: Los recién nacidos que fallecieron como complicación del oligohidramnios, el 3%(n=2) tuvo una defunción neonatal precoz, el 1%(n=1) fallecieron antes del parto y el 3%(n=2) tuvo una defunción neonatal tardía. Del 100%(n=62) de recién nacidos, el 7%(n=5) falleció, mientras que el 93%(n=62) no lo hizo.

Objetivo: Determinar la edad gestacional del embarazo en el momento del parto en las pacientes con oligohidramnios.

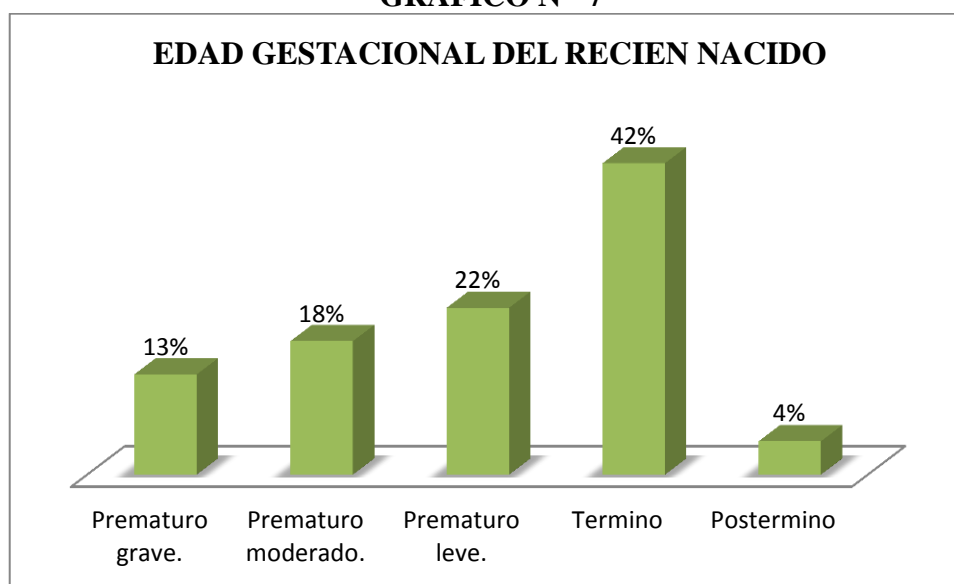
Tabla N° 7. Edad gestacional medida por FUM o por ECO del primer trimestre en gestantes diagnosticadas de oligohidramnios en el Hospital Isidro Ayora de Loja en el periodo febrero del 2015 - agosto del 2015.

	Frecuencia	Porcentaje
Prematuro grave. (<32 semanas)	9	13%
Prematuro moderado (32-34,6 semanas)	12	18%
Prematuro leve (35-36,6 semanas)	15	22%
Termino (37-41,6 semanas)	28	42%
Posttermino (>42 semanas)	3	4%
Total	67	100%

Fuente: Historias clínicas del departamento de estadística del HGIAL.

Elaborado por: Danilo Chuquihuanca

GRAFICO N° 7



Fuente: Historias clínicas del departamento de estadística del HGIAL.

Elaborado por: Danilo Chuquihuanca

Interpretación: La edad gestacional de los recién nacidos que padecieron oligohidramnios fue; en el primer puesto tenemos al recién nacido a término representando el 42%(n=28), seguido del prematuro leve representado el 21%(n=15) y como último lugar tenemos al pos-terminó representando el 4%(n=3).

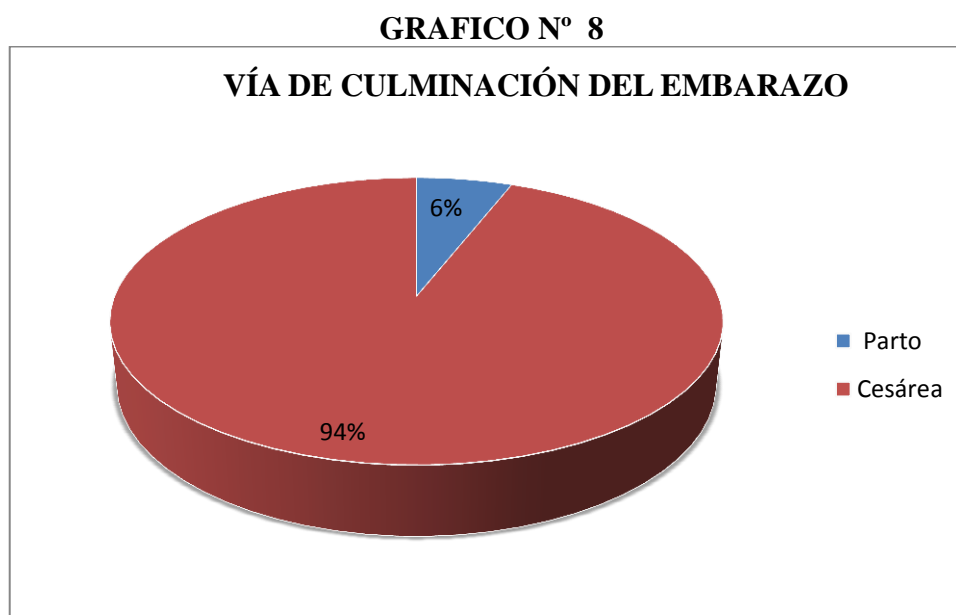
Objetivo: Identificar el tipo de parto en las pacientes con oligohidramnios.

Tabla N° 8. Vía de culminación del embarazo en gestantes diagnosticadas de oligohidramnios en el Hospital Isidro Ayora de Loja en el periodo febrero del 2015 - agosto del 2015.

	Frecuencia	Porcentaje
Parto vaginal.	4	6%
Cesárea	63	94%
Total	67	100%

Fuente: Historias clínicas del departamento de estadística del HGIAL.

Elaborado por: Danilo Chuquihuanca



Fuente: Historias clínicas del departamento de estadística del HGIAL.

Elaborado por: Danilo Chuquihuanca

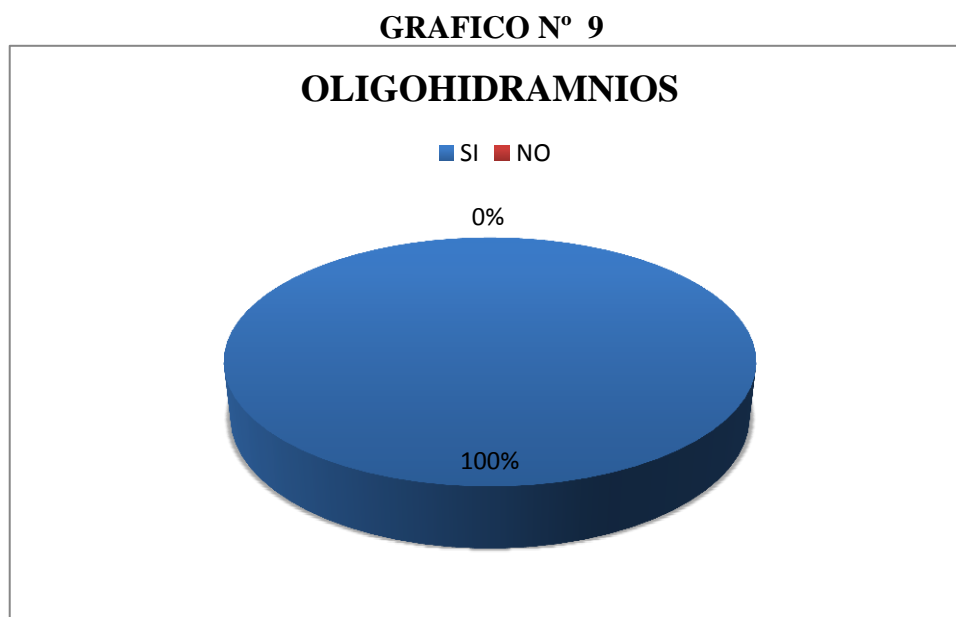
Interpretación: la vía de culminación del embarazo más representativa en una paciente diagnosticada con oligohidramnios es la cesárea con un 94%(n=63) y un 6%(n=4) es el parto vaginal

Tabla N° 9. Gestantes diagnosticadas de oligohidramnios en el Hospital Isidro Ayora de Loja en el periodo febrero del 2015 - agosto del 2015.

	Frecuencia	Porcentaje
SI	67	100%
NO	0	0%
Total	67	100%

Fuente: Historias clínicas del departamento de estadística del HGIAL.

Elaborado por: Danilo Chuquiuanca



Fuente: Historias clínicas del departamento de estadística del HGIAL.

Elaborado por: Danilo Chuquiuanca

Interpretación: Del estudio se evidencio un total de 67 gestantes diagnosticadas con oligohidramnios las cuales representan el 100%.

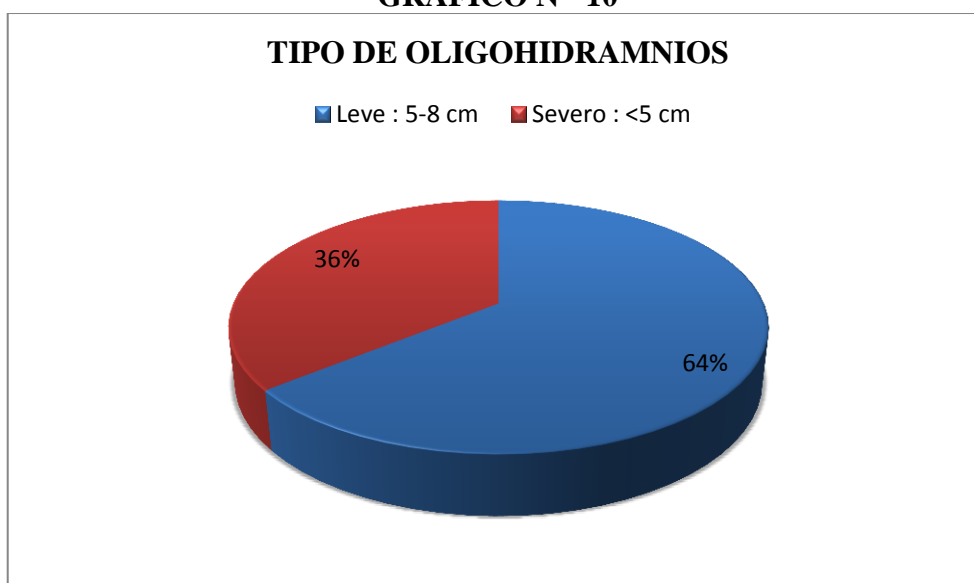
Tabla N° 10. Tipo de oligohidramnios en las gestantes del Hospital Isidro Ayora de Loja en el periodo febrero del 2015 - agosto del 2015.

	Frecuencia	Porcentaje
Leve : 5-8 cm	43	64%
Severo : <5 cm	24	36%
Total	67	100%

Fuente: Historias clínicas del departamento de estadística del HGIAL.

Elaborado por: Danilo Chuquihuanca

GRAFICO N° 10



Fuente: Historias clínicas del departamento de estadística del HGIAL.

Elaborado por: Danilo Chuquihuanca

Interpretación: del 100% de las gestantes que tuvieron oligohidramnios un 64%(n=43) fue leve y un 36%(n=24) fue severo.

7. DISCUSIÓN

Las complicaciones maternas que se identificaron durante el trabajo de parto fueron la corioamnionitis, taquisistolia, prolongación del expulsivo, y un parto prolongado sin embargo estas en conjunto se presentaron en el 28% de la población estudiada, reflejando una asociación con el oligohidramnios. La corioamnionitis enfermedad que ocupa el primer lugar de las complicaciones, se presentó en el 9% de las gestantes, siendo este un porcentaje menor en comparación con un estudio realizado en Seúl – Corea, sobre “significación clínica de oligohidramnios en pacientes con trabajo de parto prematuro y membranas intactas”(KIM, ROMERO, Mi LEE, & otros, 2011), en este estudio se observa una mayor frecuencia de la inflamación intra-amniótica en las pacientes con un índice de líquido amniótico ≤ 5 cm (86 % de los casos), evidenciándose una mayor asociación del oligohidramnios con la corioamnionitis.

De las complicaciones del neonato como consecuencia del oligohidramnios, se evidencia que si hay repercusiones en la salud del neonato, tanto en su vida intrauterina presentando sufrimiento fetal agudo (10% de los casos), y extrauterina presentando defunción del recién nacido (7% de los casos), Síndrome de distres respiratorio del recién nacido (3% de los casos), macrosomia fetal (18% de los casos), bajo peso (87% de los casos), y alteración en el APGAR (49% de los casos), la cual al contrastarse con otros estudios se corrobora la asociación del oligohidramnios con múltiples complicaciones, por ejemplo, en Venezuela en la publicación de una revista sobre “Valor predictivo del índice de líquido amniótico en las complicaciones neonatales” presentan los siguientes datos; en lo recién nacidos del grupo de oligohidramnios la incidencia de sufrimiento fetal fue del 25%, así mismo se evidencia un APGAR de 6 o menos al minuto en el 22,2% de los recién nacidos y un APGAR de 6 o menos a los 5 minutos en el 5,5% de los recién nacidos, el 5,5% de los recién nacidos fallecieron (Del Bianco, y otros, 2012). En Perú, en una investigación sobre “valoración ultrasonografía simplificada del oligohidramnios e indicación de cesárea por sufrimiento fetal” se encontró que 21% de los recién nacidos presentaban un score de APGAR menor de 7 al minuto y el 21% a los 5 minutos e ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales 35% (Ybaseta, Morales, & Ybaseta, 2011), otro estudio donde muestra alteración en el APGAR es en Nicaragua en una investigación sobre “Incidencia de oligoamnios en embarazadas atendidas en el Hospital Primario de Siuna” En la población estudiada se encontró que el APGAR bajo (menor de

7) al primer minuto fue del 6% y del 2% a los 5 minutos, esto sugiere una recuperación del estado de asfixia de un buen porcentaje de los neonatos afectados (Lara & Ruiz, 2013).

La edad gestacional del embarazo en el momento del parto en las pacientes con oligohidramnios, se evidencio que hubo un 54% de recién nacidos prematuros siendo este bastante representativo, versus un 42% de recién nacidos a término la cual al compararla con los otros estudios estos no muestran asociación con la prematurez y si con los recién nacidos a términos, por ejemplo en Cuba (BALESTENA SANCHEZ, ALMEIDA GARCIA, & BALESTENA SANCHEZ, 2005), en su estudio sobre “Resultados del oligohidramnios en el parto y el recién nacido” donde se revela dentro de sus resultados la edad gestacional al nacimiento predominaron en aquellas gestantes entre 37 y 41 semanas representando el 68.5%, en aquellas gestantes entre 28 y 36 semanas representan el 6.9% aunque no se observa mucha diferencia, se evidenciaría una leve asociación entre el oligohidramnios y la prematurez, además en aquellas con edad gestacional >42 semanas representaron el 24.5% de las gestantes, en este estudio se evidencia una gran asociación con el embarazo prolongado, en otro estudio donde igualmente se evidencia una correlación del oligohidramnios con los recién nacidos a término es en México, es un estudio sobre “Repercusiones perinatales en embarazos a término con oligohidramnios severo” (Gallardo K. , y otros, 2013), el 97% obtuvieron una edad gestacional calculada por Capurro de 37 a 40 semanas 6 días, la cual no es evidenciada en recién nacidos del Hospital Isidro Ayora de Loja donde la tendencia es hacia la prematurez.

El tipo de parto que se encontró en este estudio en pacientes diagnosticadas de oligohidramnios al igual que en muchos estudios demuestran una fuerte asociación entre el oligohidramnios y la cesárea, siendo esta un porcentaje que se presentó en el 94% de los casos un ejemplo en el que se contrasta es en México, es un estudio sobre “Repercusiones perinatales en embarazos a término con oligohidramnios severo” se encontró que en 25 pacientes se realizó interrupción del embarazo por vía cesárea (78%), siendo la indicación más frecuente el oligohidramnios severo (Gallardo K. , y otros, 2013).

8. CONCLUSIONES

Se concluye la asociación del oligohidramnios con complicaciones maternas que se presentaron durante el trabajo de parto evidenciándose en primer lugar la corioamnionitis, reflejando una leve asociación debido a que se presentó en menor porcentaje en comparación con estudios internacionales donde la asociación es mucho mayor, de las otras complicaciones la taquisistolia, la prolongación del expulsivo, y un parto prolongado las cuales representan una asociación frágil con el oligohidramnios, pero en pacientes que padecen esta entidad no se debería dejar de pensar en estas patologías.

Los recién nacidos que tuvieron expuestos al oligohidramnios presentaron múltiples complicaciones la cual se concluye que se presentó una fuerte asociación con esta entidad, la cuales contrastada por estudios internacionales, evidenciándose mayor compromiso en el APGAR y el peso presentándose por arriba de los 2/3 de los recién nacidos, y en menor compromiso presentaron sufrimiento fetal agudo, defunción neonatal, Síndrome de distres respiratorio del recién nacido y macrosomia, presentándose en menos de 1/3 de los recién nacidos.

Se concluye la asociación entre la prematurez y el oligohidramnios donde la edad gestacional del embarazo en el momento del parto en las pacientes con oligohidramnios, con más representación fueron los recién nacidos prematuros, seguida de los recién nacidos a término y como último lugar los recién nacidos pos-termino, al compararla con otros estudios no se muestra la misma tendencia, evidenciándose mayor asociación con los recién nacidos a término.

Se concluye que la vía de culminación del embarazo más representativa en una paciente diagnosticada con oligohidramnios es la cesárea, reflejando una fuerte asociación, siendo este el método más correcto para preservar la vida del recién nacido

9. RECOMENDACIONES

Se recomienda educar a las pacientes embarazadas, trabajadores de la salud, sobre las complicaciones maternas que se pueden presentar durante el trabajo de parto como consecuencia del oligohidramnios, puesto que si llegan a presentarse una de estas complicaciones se podrá afrontar de la mejor manera y así evitar posibles repercusiones.

Se recomienda informar a las pacientes, que el embarazo que cursa con oligohidramnios puede presentar múltiples complicaciones en el neonato, desde algún tipo de enfermedad hasta fallecimiento del recién nacido, por lo cual es necesario que asista a sus controles programados obligatoriamente.

Se recomienda informar a la mujeres embarazadas sobre la asociación que hay entre el oligohidramnios y la prematurez del recién nacido, y la probabilidad de que su producto este propenso a padecer esta complicación, y así poder buscar los métodos necesarios para conservar la vida del paciente.

Se recomienda preparar a la embarazada que padece oligohidramnios tanto mental como psicológicamente para la cesárea, e informándole que esta será la forma más correcta de conservar la vida del recién nacido e incluso prevenir posibles complicaciones.

10. BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Española de Pediatría. (2008). Recién nacido de peso elevado. En A. Aguirre Unceta-Barrenechea, A. Aguirre Conde, & A. Pérez Legórburu, *Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología* (págs. 85-90). Bilbao.
- Bajo Arenas, J., & otros. (2007). Fundamentos de Obstetricia. En *Sociedad Española de Gineco-Obstetricia* (pág. 1162). Madrid: Grupo ENE publicidad S.A.
- BALESTENA SANCHEZ, J., ALMEIDA GARCIA, G., & BALESTENA SANCHEZ, S. (2005). Resultados del oligohidramnios en el parto y el recién nacido. Análisis caso-control. *Rev Cubana Obstet Ginecol*, 1-8.
- CHANGO SOSA, P. E. (2014). VALOR PREDICTIVO DEL MONITOREO FETAL ANTEPARTO PARA DETERMINAR. QUITO, ECUADOR.
- Cunningham, F., & otros. (2011). operacion cesarea e hysterectomia periparto. En *Obstetrica de williams* (pág. 544). Mexico DF: McGraw-Hill Companies.
- Cunningham, F. G. (2011). Crecimiento y desarrollo fetal. En *Obstetrica de Willians* (págs. 88-89). Mexico: Mc Graw Hill.
- Del Bianco, E., Reyna, E., Guerra, M., Torres, D., Mejía, J., Aragon, J., . . . Reyna, N. (2012). Valor predictivo del índice de líquido amniótico en las complicaciones neonatales. *Rev Obstet Ginecol Venez*, 227-232.
- Dra. Amador, C., & otros, y. (2013). Oligohidramnios: medidor de salud fetal. En H. G. Mora., *Articulos Originales* (págs. 702-716). Camaguey-Cuba.
- Gallardo, C., Calvillo, V., & Hernández, J. (2008). Mortalidad neonatal y factores asociados. En S. d. Tabasco.. Mexico.
- Gallardo, K., Panduro, J., Camarena, E., Quintero, I., Barrios, E., & Fajardo, S. (2013). Repercusiones perinatales en embarazos a término con oligohidramnios severo. *Revista Médica MD*, 245-250.
- González, S. (2008). Síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) y Ventilación Mecánica (VM). *Revista ByPC.*, 21-31.
- Grandi, C., & López, F. (2005). Estimación de la edad gestacional: Revisión de la literatura. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 138-143.
- Guzmán, J., Carrasco, S., Gómez, E., Herrainz, C., & Tofé, I. (2008). Embarazo prolongado. RN postmaduro. En A. E. Pediatría., *Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología* (págs. 91-100). Cordova.
- Hospital Universitario Donostia. (2013). *Guía de Monitorización Electrónica Fetal Intraparto*. Donostia: Komunikazio Unitatea.

- KIM, B. J., ROMERO, R., Mi LEE, S., & otros. (2011). CLINICAL SIGNIFICANCE OF OLIGOHYDRAMNIOS IN PATIENTS WITH PRETERM LABOR AND INTACT MEMBRANES. *NIH Public Access*, 131–136.
- Koch, M., Martín, R., Jara, M., & Dra.Sciangula, S. (2008). CORIOAMNIONITIS. *Revista de Posgrado de la Vla Cátedra de Medicina. N° 180*, 21-23.
- Lara, L., & Ruiz, L. (2013). *Incidencia de oligoamnios en embarazadas atendidas en el Hospital Primario de Siuna*. Siuna-Nicaragua.
- Ministerio de Salud Publica. (2008). Recién Nacido Prematuro. En *Protocolos, Componente Normativo Materno Neonatal* (págs. 45-65). Quito, Ecuador.
- Ministerio de Salud Publica de Ecuador. (2013). *Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017*. Quito, Ecuador: Senplades.
- MSP ECUADOR. (2008). BAJO PESO AL NACER. En *Protocolos, Componente Normativo Neonatal* (págs. 66-76). Quito.
- MSP Ecuador. (2008). recepcion del recién nacido. En *Protocolos, Componente normativo neonatal* (págs. 12-30). QUITO.
- MSP ECUADOR. (2012). MODELO DE ATENCION INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL (MAIS-FCI). *Dirección Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública*, 1-210.
- Nien Chien, L., Yi Chiou, H., Woei Wang, C., Fu Yeh, T., & Ming Che, C. (2014). oligohydramnios increases the risk of respiratory hospitalization in childhood. *Pediatric ReSeARCh*, 576-581.
- Nieto, O., Hernandez, J., & Galindo, A. (2007). CONTROL DEL CRECIMIENTO FETAL. CARACTERISTICAS ECOGRAFICAS. En A. Bajo, & M. Melchor, *FUNDAMENTOS DE OBSTETRICIA SEGO* (pág. 299). Madrid: Gráficas Marte, S.L.
- Shanks, A., & otros., y. (2011). Assessing the Optimal Definition of Oligohydramnios Associated With Adverse Neonatal Outcomes. *J Ultrasound Med*, 303-307.
- Vergara, G. (2006). PROTOCOLO DIAGNOSTICO Y MANEJO DE LAS ANOMALÍAS DEL DESCENSO. *E.S.E CLINICA DE MATERNIDAD RAFAEL CALVO C*, 1-14.
- Ybaseta, M., Morales, K., & Ybaseta, J. (2011). VALORACIÓN ULTRASONOGRÁFICA SIMPLIFICADA DEL OLIGOHIDRAMNIOS E INDICACIÓN DE CESÁREA POR SUFRIMIENTO FETAL. *Rev.méd.panacea*, 34-36.

11. ANEXOS

Anexo 1



N°__

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
 ÁREA DE LA SALUD HUMANA
 CARRERA DE MEDICINA HUMANA

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TEMA

“Impacto del Oligohidramnios en la calidad del parto y el Recién Nacido, en el Hospital Isidro Ayora de la Ciudad de Loja en el periodo febrero del 2015 – agosto 2015”

Objetivo

Determinar las complicaciones por oligohidramnios en el parto y el recién nacido, en el hospital isidro ayora de la ciudad de Loja en el periodo febrero del 2015 - agosto del 2015
 Dirigido a recién nacidos y gestantes en el área de Gineco-obsterica y neonatología del Hospital Isidro Ayora De Loja.

1. DATOS GENERALES:

HC N° _____ Fecha Y Hora Del Llenado: _____

Responsable Del Llenado: _____

Edad de la madre: _____ Edad del recién nacido: _____

2. Reporte de ECO.

Diagnóstico de oligohidramnios por ECO:

SI	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

NO	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

En caso de ser positivo:

Grado (índice de Phelan)	
✓ Leve : 5-8 cm	
✓ Severo : <5 cm	

ECO reporta malformación congénita

¿Cuál? _____

3. Parto

Vía de culminación del embarazo.	
✓ Parto	
✓ Cesárea	

4. Edad gestacional

Al momento del parto; por FUM o por ECO del primer trimestre

Prematuro grave.	<32 semanas.	
Prematuro moderado.	32-34,6 semanas	
Prematuro leve.	35-36,6 semanas.	
Termino	37-41,6 semanas.	
Posttermino	>42 semanas.	

5. Complicaciones del recién nacido.

a) Morbilidades del neonato.

APGAR	✓ > 7 normal	
	✓ 4-6 asfixia moderada.	
	✓ 0-3 asfixia severa.	
Bajo peso	✓ Bajo peso < 2500	
	✓ Muy bajo peso <1500	
	✓ Bajo peso extremo < 1000	
SFA	✓ DIPS II	
	✓ Desaceleraciones variables graves	
Bronconeumonía congénita.		
Síndrome de distres respiratorio del recién nacido		
Cardiopatía congénita		
Macrosómico		
Otras.		

b) Mortalidad perinatal

Defunción fetal.	✓ Antes del parto.	
Defunción neonatal precoz	✓ 0 – 6 días.	
Defunción neonatal tardía.	✓ 7 – 27 días.	

6. Complicaciones del parto.**a) Morbilidades de la madre.**

Taquisistolia.	
Prolongación del expulsivo.	
Corioamnionitis.	
Parto prolongado	
Otras.	

Anexo 2

**FOLLETO INFORMATIVO
DE OLIGOHIDRAMNIOS Y
SUS COMPLICACIONES.**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE
LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA**



“IMPACTO DEL OLIGOHIDRAMNIOS EN LA CALIDAD DEL PARTO Y EL RECIÉN NACIDO, EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA”.



AUTOR

Edgar Chuquiwanca.

Loja, Ecuador 2016

INTRODUCCIÓN

Definido como la disminución del líquido amniótico con un volumen menor a 500cc, que está asociado a morbimortalidad perinatal y complicaciones del parto, la frecuencia del oligohidramnios es variable para la mayoría de los estudios reportan una incidencia que oscila entre el 0,4 % y el 5,5 %, según la (SEGO).



Su implicancia se extiende más allá del ámbito fetal, y está catalogado como un factor de riesgo para la adquisición de patologías respiratorias durante la niñez.



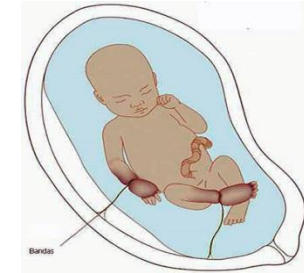
Esta entidad afecta por igual a cualquier tipo de embarazo, no discrimina posición social, económica, asentamiento, etnia, raza, ni educación. Se puede derivar tanto de patologías maternas como fetales.

En nuestro país no existe estudios sobre esta patología, de ahí la importancia de realizar esta investigación, con el objetivo de identificar sus complicaciones en el parto y el recién nacido, de esta manera contribuir al manejo adecuado de esta entidad.



De la presente tesis se ha comprobado, al oligohidramnios asociado con morbilidades neonatales e incluso con la mortalidad del neonato, con el trabajo de parto prematuro, y así mismo como indicador absoluto de cesárea.

Se contó con una población de 67 gestantes diagnosticadas de oligohidramnios, la fuente de información secundaria basada en la historia clínica



LAS CONCLUSIONES

Las complicaciones maternas que se presentaron durante el trabajo de parto como consecuencia del oligohidramnios fueron 19 pacientes de las cuales el 32% curso con corioamnionitis, seguida de triple empate entre las que presentaron taquisistolia, prolongación del expulsivo, y un parto prolongado representado cada una de ellas el 16% respectivamente.

Las complicaciones del neonato como consecuencia del oligohidramnios fueron;

Primero: de los 67 recién nacidos, el 28% presentaron un APGAR con asfixia moderada y el 21% un APGAR con asfixia severa.



Segundo: de 58 recién nacidos con peso bajo, el 64% tuvo bajo peso calificado como <2500gr, el 24% como muy bajo peso calificado como <1500gr y finalmente el 12% con un bajo peso extremo calificado como <1000g.



Tercero: de los 7 recién nacidos que presentaron sufrimiento fetal agudo, el 57% tuvo DIPS II y un 43% tuvo desaceleraciones variables graves.

Cuarto: de los 5 recién nacidos que fallecieron como complicación del oligohidramnios, el 3% tuvo una defunción neonatal precoz, el 1% fallecieron antes del parto y el 3% tuvo una defunción neonatal tardía.

Quinto: se encontró que 12 de los recién nacidos tuvo SDRN y 2 fueron macrosómicos.



La edad gestacional del embarazo en el momento del parto en las pacientes con oligohidramnios, el más representativo fue el recién nacido a término con el 42%, a continuación el prematuro leve representado el 21%, y como último lugar tenemos al pos-terminó representando el 4%, además se evidencia una asociación leve entre la prematuridad y el oligohidramnios.

La vía de culminación del embarazo más representativa en una paciente diagnosticada con oligohidramnios

es la cesárea con un 94% y un 6% es el parto vaginal.



RECOMENDACIONES

Se recomienda educar a las pacientes embarazadas, trabajadores de la salud, sobre las complicaciones maternas que se pueden presentar durante el trabajo como consecuencia del oligohidramnios, ya que si es que llegasen a presentarse poder afrontarlos de la mejor manera.



Se recomienda informar a las pacientes, que el embarazo que cursa con oligohidramnios puede presentar múltiples complicaciones en el neonato, desde algún tipo de

enfermedad hasta fallecimiento del recién nacido, por lo cual es necesario que asista a sus controles programados obligatoriamente.



Se recomienda informar a las mujeres embarazadas sobre la asociación que hay entre el oligohidramnios y la prematuridad del recién nacido, y la probabilidad de que su producto este propenso a padecer esta complicación, y así poder buscar los métodos necesarios para conservar la vida del paciente.

Se recomienda preparar a la embarazada que padece oligohidramnios tanto mental como psicológicamente para la cesárea, e informándole que esta será la forma más correcta de conservar la vida del recién nacido.

Anexo 3

Autorización del Hospital Isidro Ayora para la recolección de datos.



Ministerio
de Salud Pública



HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA
Dirección Médica Asistencial

Memorando Nro. MSP-CZ7-HIAL-DI-2015-0160-M

Loja, 16 de junio de 2015

PARA: Sra. Mgs. Ana Teresa de Jesus Soto
Encargada del departamento de Estadística del HIAL

ASUNTO: Autorización

De mi consideración:

Por medio del presente me dirijo a usted, con la finalidad de solicitarle muy comedidamente, brinde las facilidades con el acceso a las historias clínicas, de acuerdo a las condiciones de su departamento, a los estudiantes de décimo módulo de la Escuela de Medicina: Javier Alexander Rivera Salas (junio a septiembre) pero los datos los tomará desde marzo, Edgar Danilo Chuquiuanca Carhuapoma (junio a agosto) pero los datos los tomará desde febrero y Jairo Michael Ureña Hernández (junio a septiembre pero los datos los tomará desde marzo).

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Dra. Lilia Dora Ruilova Davila
COORDINADORA DE DOCENCIA E INVESTIGACION (E)

Copia:
Sr. Dr. Daniel Alfredo Pacheco Montoya
Coordinador de Docencia e Investigación

HOSPITAL GENERAL
ISIDRO AYORA
COORDINACIÓN DE DOCENCIA
E INVESTIGACIÓN


Avenida Manuel Agustín Aguirre y Juan José Samaniego
Teléfono: 2570540 ext. 7275
<http://instituciones.msp.gob.ec/dps/loja/>

Anexo 4

CERTIFICACIÓN DEL RESUMEN EN INGLÉS.**CERTIFICACIÓN****Miriham Del Carmen Salas Paucar**LICENCIADA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN MENCIÓN IDIOMA INGLÉS
SENESCYT Nro. De Registro 1008-02-153897**CERTIFICA:**

Que el resumen del presente Trabajo Investigativo titulado: **“IMPACTO DEL OLIGOHDDRAMNIOS EN LA CALIDAD DEL PARTO Y EL RECIEN NACIDO, EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA EN EL PERIODO FEBRERO DEL 2015^a AGOSTO DEL 2015,** y desarrollado bajo la autoría del estudiante universitario: **Edgar Danilo Chuquihuanca Carhuapoma, CI. 45536465. HA SIDO TRADUCIDO DE SU IDIOMA DE ORIGEN, ESPAÑOL AL IDIOMA ESTANDARIZADO INGLÉS** bajo mi entera responsabilidad.

Loja, 30 Septiembre del 2016.

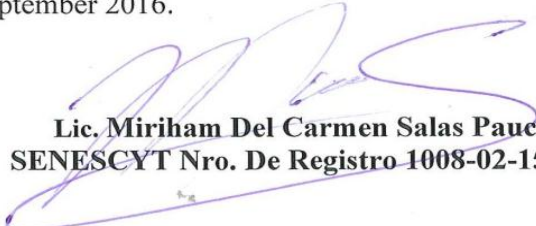


Lic. Miriham Del Carmen Salas Paucar
SENESCYT Nro. De Registro 1008-02-153897

CERTIFICATION**Miriham Del Carmen Salas Paucar**BA in EDUCATIONAL SCIENCES MAJOR ENGLISH LANGUAGE
SENESCYT Register Number 1008-02-153897**CERTIFIES:**

That the summary of the research work entitled: **OLIGOHYDRAMNIOS IMPACT ON QUALITY OF CHILDBIRTH AND NEWBORN IN THE HOSPITAL ISIDRO AYORA LOJA CITY IN THE PERIOD FEBRUARY 2015 TO AUGUST 2015,** and developed under the authorship of the college student **Edgar Danilo Chuquihuanca Carhuapoma, CI. 45536465. HAS BEEN TRANSLATED INTO ITS ORIGIN LANGUAGE, SPANISH TO THE STANDARDIZE LANGUAGE, ENGLISH** under my entire responsibility.

Loja, 30 September 2016.



Lic. Miriham Del Carmen Salas Paucar
SENESCYT Nro. De Registro 1008-02-153897

Anexo 5

PROYECTO DE TESIS




**UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA**



PROYECTO DE TESIS

**“IMPACTO DEL OLIGOHIDRAMNIOS EN LA CALIDAD DEL PARTO Y EL
RECIÉN NACIDO, EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA
EN EL PERIODO FEBRERO DEL 2015 A AGOSTO DEL 2015”.**

ALUMNO:

 **Edgar Danilo Chuquihuanca Carhuapoma .**

Loja-Ecuador

2015

ÍNDICE

TEMA.....	50
PROBLEMÁTICA.....	51
JUSTIFICACIÓN.....	54
OBJETIVOS.....	55
REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	56
1. MARCO GENERAL.....	56
1.1. MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR, COMUNITARIO E INTERCULTURAL.....	56
2. OLIGOHIDRAMNIOS.....	59
2.1. Etiología.....	59
2.2. La Técnica de PHELAN.....	60
3. El Parto.....	61
3.1. La Cesárea.....	61
4. La Edad gestacional.....	61
5. Las Complicaciones del recién nacido.....	62
5.1. Las Morbilidades del recién nacido.....	62
5.2. Mortalidad perinatal.....	64
Defunción fetal.....	64
Defunción neonatal.....	64
6. Complicaciones del parto.....	64
Prolongación del expulsivo.....	64
Corioamnionitis.....	64
Embarazo prolongado.....	65
7. Evidencia científica.....	65
METODOLOGÍA.....	68
Tipo de estudio.....	68
Área de estudio.....	68
El universo.....	68
Técnicas y procedimientos.....	68
Fuentes de información.....	68
Análisis estadístico.....	69

Uso de los resultados	69
Riesgo	69
Ética	69
OPERALIZACION DE VARIABLES.	70
RECURSOS	72
SUPERVISIÓN Y COORDINACIÓN:	72
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	73
BIBLIOGRAFÍA	75

TEMA

“IMPACTO DEL OLIGOHIDRAMNIOS EN LA CALIDAD DEL PARTO Y EL
RECIEN NACIDO”

PROBLEMÁTICA.

Estudios sobre oligohidramnios exponen que la entidad está asociada con un incremento de la morbilidad y mortalidad del recién nacido. Siendo la principal causa una mayor compresión sobre el abdomen fetal, lo que conlleva a una disminución en el movimiento del diafragma fetal, que puede desencadenar una limitación en el desarrollo del tejido funcional pulmonar, conllevando problemas de transición respiratoria en la vida extrauterina del infante.

La frecuencia del oligohidramnios es variable y depende de la población, pero para la mayoría de los estudios reportan una incidencia que oscila entre el 0,4 % y el 5,5 %. La sociedad española de Gineco-obstetricia (SEGO) reporta un rango de incidencia del 3 al 5% de oligohidramnios, tomaron distintos criterios de inclusión, siendo el más significativo las semanas de gestación, incluyendo a las pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas (Bajo Arenas & otros, 2007)

Es así que a continuación se muestra evidencia a nivel mundial de la relación entre el oligohidramnios, el recién nacido y el parto, como por ejemplo; en un estudio realizado en Corea del Sur sobre “significación clínica de oligohidramnios en pacientes con trabajo de parto prematuro y membranas intactas”; se observa una mayor frecuencia de la inflamación intra - amniótica en los pacientes con un índice de líquido amniótico ≤ 5 cm (86 % de los casos), que aquellos con un índice de líquido amniótico > 5 cm (30 % de los casos) (KIM, ROMERO, Mi LEE, & otros, 2011)

Se ha observado que el oligohidramnios, tiene implicancia no solo en los recién nacidos, sino también en la niñez, un estudio de Taiwán sobre “oligohidramnios aumenta el riesgo de hospitalización respiratoria en la infancia” se concluyó la relación entre los niños expuestos al oligohidramnios durante el tercer trimestre del embarazo, muestran un mayor riesgo de hospitalización por causa de enfermedades respiratorias, con una tasa de incidencia del 80 % superior de la insuficiencia respiratoria (Nien Chien, Yi Chiou, Woei Wang, Fu Yeh, & Ming Che, 2014), dando a entender que el oligohidramnios es una entidad de riesgo para adquirir enfermedades de origen respiratorio, afectando el desarrollo del ser humano.

Latinoamérica no es ajena a esta patología, por ello se reportan estudios como en Perú, una investigación sobre “valoración ultrasonográfica simplificada del oligohidramnios e indicación de cesárea por sufrimiento fetal” se encontró los siguientes datos; frecuencias estadísticamente significativas para trazados cardiotocográficos patológicos 57%, parto por cesárea 60%, líquido amniótico meconial 57%, score de Apgar menor de 7 al minuto 21% y a los 5 minutos 21% e ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales 35%; se concluye la relación entre el oligohidramnios valorado mediante la técnica ultrasonografía y la indicación de cesárea por sufrimiento fetal (Ybaseta, Morales, & Ybaseta, 2011)

En Perú, en la investigación de “Resultados perinatales en embarazo prolongado con evidencia ultrasonografía de calcificaciones placentarias y oligohidramnios” se concluye que el riesgo de sufrimiento fetal, monitoreo electrónico fetal patológico, muerte fetal intrauterina súbita y parto por cesárea, fue significativamente mayor en gestantes con embarazo prolongado, evidencia ultrasonografía de oligohidramnios y calcificaciones placentaria, en comparación aquellas con que no presentaron (Yaranga & Dios, 2007)

Pavón (2007), en el Hospital Bertha Calderón en Managua - Nicaragua, encontró patologías asociadas durante el embarazo como: Síndrome hipertensivo, cérvico-vaginitis, infección de vías urinarias y anemia entre otras. En un 69% de los casos se reportó oligohidramnios y malformaciones fetales asociadas, en un 30.61% de los casos de pacientes con oligohidramnios no se registró anomalías fetales aunque si estaban presentes al momento del nacimiento (Pavón & Nestor, 2007)

En Venezuela, en la publicación de una revista sobre “Valor predictivo del índice de líquido amniótico en las complicaciones neonatales” presentan los siguientes datos; en las pacientes del grupo de oligohidramnios, la incidencia de sufrimiento fetal fue de 25%, comparada con 4% de las pacientes del grupo que no presentó oligohidramnios; por lo tanto, en el estudio se concluye que el índice de líquido amniótico tiene valor en la predicción de sufrimiento fetal y puntuación de Apgar (Del Bianco, y otros, 2012)

En México, un estudio sobre “Repercusiones perinatales en embarazos a término con oligohidramnios severo” se encontró que 25 pacientes se realizó interrupción del embarazo por vía cesárea (78%), siendo la indicación más frecuente el oligohidramnios severo (Gallardo K. , y otros, 2013)

El pronóstico perinatal asociado a oligohidramnios es extremadamente alarmante y se ha demostrado un aumento 13 veces en la mortalidad perinatal cuando la ausencia de líquido amniótico es la regla. Los anhidramnios se asocian a 40 veces mayor el riesgo de complicaciones y mortalidad perinatal. Según el INEC, reporto que en Ecuador en el 2013 hubo 2.928 de defunciones en menores de un año, en Loja hubo también 65 casos de defunciones en menores de un año y 30 casos de defunciones de menores de un mes, presentándose con mayor incidencia en la población de asentamiento urbano. Una de las consecuencias son problemas en la transición respiratoria en la vida extrauterina del infante, ocupando el segundo lugar a nivel nacional de causa de defunción con 282 casos, aun no determinándose la causa principal de esta patología, lo cual probablemente este asociada con el oligohidramnios (Usiña & Carrera, 2013)

En el Ecuador no se ha encontrado estudios sobre la relación entre el oligohidramnios, el parto y el recién nacido, siendo este un problema para el normal desarrollo fetal, del neonato y el niño, ya que no solo afecta al recién nacido sino también a los niños, por tal motivo, es de suma importancia averiguar *¿cuál es el impacto del oligohidramnios en la calidad del parto y el recién nacido?* Por lo cual la presente investigación se realizara en el hospital Isidro Ayora de la ciudad Loja, con una duración de 7 meses, llevándose a cabo durante el periodo febrero – agosto 2015, se contara con una población aproximada de 45 gestantes, la población a investigar es básicamente de medio a bajo recursos económicos, donde la recolección de datos se hará mediante una ficha de recolección de datos.

JUSTIFICACIÓN.

Siendo el oligohidramnios una patología de relevancia en el embarazo, se han realizado a nivel mundial varios trabajos del tema, donde se describen incidencias, factores de riesgo, complicaciones y etiologías, las cuales no están aclaradas en su totalidad. Se muestran diferentes resultados, pero en la mayoría de ellos se concluye que la complicación más frecuente en el feto, está asociada con el sufrimiento fetal.

Su implicancia se extiende más allá del ámbito fetal, y está catalogado como un factor de riesgo para la adquisición de patologías respiratorias durante la niñez, existiendo una preocupación tanto para los que están inmersos en el ámbito de la salud, así como para la familia.

Esta entidad afecta por igual a cualquier tipo de embarazo, no discrimina posición social, económica, asentamiento, etnia, raza, ni educación. Se puede derivar tanto de patologías maternas como fetales, en nuestro país no existe estudios sobre esta patología, de ahí la importancia de realizar esta investigación, con el objetivo de identificar sus complicaciones en el parto y el recién nacido, de esta manera contribuir al manejo adecuado de esta entidad. Puesto que entre más grave, mayor será el compromiso y repercusión en el feto y el recién nacido e incluso tener un pronóstico muy desfavorable y llegar en última instancia a la muerte fetal

Los resultados y conclusiones obtenidas se darán a conocer a la población tanto involucrada en el ámbito de la medicina, así como a la población en general, y así sentar precedentes para que un futuro se continúe haciendo nuevas investigaciones sobre el oligohidramnios.

OBJETIVOS.

Objetivo general

Determinar las complicaciones por oligohidramnios en el parto y el recién nacido, en el hospital isidro ayora de la ciudad de Loja en el periodo febrero del 2015 - agosto del 2015

Objetivos específicos.

1. Identificar las complicaciones maternas durante el trabajo de parto como consecuencia del oligohidramnios.
2. Establecer las complicaciones del neonato como consecuencia del oligohidramnios.
3. Determinar la edad gestacional del embarazo en el momento del parto en las pacientes con oligohidramnios.
4. Identificar el tipo de parto en las pacientes con oligohidramnios.
5. Elaborar una estrategia para la socialización y difusión de los resultados.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

1. MARCO GENERAL.

1.1. MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR, COMUNITARIO E INTERCULTURAL

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS- FCI) es el conjunto de estrategias, normas, procedimientos, herramientas y recursos que al complementarse, organiza el Sistema Nacional de Salud para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad el entorno, permitiendo la integralidad en los niveles de atención en la red de salud (MSP ECUADOR, 2012)¹⁰

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural tiene como desafío consolidar la implementación del modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar, Comunitario e Integral, trabajar con las familias, desarrollar nuevas formas relacionales, ubicar al usuario en el centro de la atención, instalando buenas prácticas, desarrollando intervenciones orientadas hacia resultados de impacto social. Desde la convicción de que el enfoque biopsicosocial, multidisciplinario e intercultural, son la alternativa para responder de manera más efectiva a las necesidades de las personas, familias y comunidades, contribuyendo a mejorar su calidad de vida. El MAIS-FCI asume el concepto de salud dado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Constitución de 1948, define salud como el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales (MSP ECUADOR, 2012)

Según Cap. II Sección 7 Art. 32: “DERECHOS DEL BUEN VIVIR” La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a

programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional” (MSP ECUADOR, 2012)

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS- FCI) brinda un CONJUNTO DE PRESTACIONES POR CICLOS DE VIDA, en el recién nacido se destacan las siguientes prestaciones de promoción; información educación a padres o cuidadores: Promover la autoconfianza de los padres en el cuidado del niño/a y fortalecer el vínculo afectivo. Informar a padres y/o cuidadores de la importancia de la vacunación, lactancia materna exclusiva, estimulación Psicomotriz. Generar mecanismos de motivación para que acuda a los controles en la unidad operativa. Comunicar a los padres y/o cuidadores acerca de variaciones benignas y comunes en el desarrollo del niño/a así como en el comportamiento del recién nacido, y, cuando corresponda, confirmarles la salud satisfactoria del niño/a. Determinación de riesgos utilizando la ficha familiar riesgo biológico: a) Bajo peso al nacer: < 2 500 g. b) Peso al nacer 2500 a 3000g. c) Parto pre termino, edad gestacional < a 37 semanas. d) Gemelar o más. e) Desnutrición. f) Antecedentes de enfermedad aguda grave en la madre o en el R. N. g) Antecedentes de enfermedad crónica en la madre. h) Enfermedades diarreicas y respiratorias frecuentes en el R.N. i) Dificultades o rechazo a la lactancia. Riesgo socio- económico: a) Muerte evitable. b) Pobreza. c) Madre adolescente. d) Madre soltera. e) Embarazo no deseado. f) Baja escolaridad de padres o cuidadores. g) Violencia intrafamiliar, maltrato infantil h) Consumo de alcohol y otras drogas. i) Hábito de fumar o fumador pasivo. j) Riesgo de accidentes. k) Desempleo. l) Hacinamiento. m) Otros que el equipo de salud considere. Riesgo Ambiental a) Condiciones ambientales insalubres, marginales y poco seguras. b) Animales dentro de la vivienda. c) Agua insegura d) Contaminación e) Mal manejo de desechos. Prestaciones de prevención: Atención de R.N. según normas AIEPI menores de dos meses Atención Integral del Niño Sano (evaluar Nutrición, desarrollo neuromuscular y psicomotriz, lactancia materna, crecimiento y desarrollo de acuerdo a normas del MSP). Inmunización según la edad: Vacunación BCG y Hepatitis B Salud mental. Detección de conflictos de pareja, consumo de sustancias psicoactivas, tabaquismo en padres. Detección de la agudeza visual y ceguera en niños. Detección, prevención y consejería

de ITS y VIH/SIDA. Desnutrición: suplemento de micronutrientes, según metas en grupos de edad (MSP ECUADOR, 2012)

Según la Organización mundial de la Salud los recién nacidos pretérmino más que aquellos con peso bajo al nacer, son los que más contribuyen a la mortalidad neonatal. En países con altas tasas de natalidad promover el espaciamiento de los nacimientos podría reducir en un tercio las muertes maternas y en un 10% la mortalidad infantil. Administración periconcepcional de ácido fólico: previene los nacidos pretérmino y defectos del tubo neural. La administración de ácido fólico y multivitaminas previene los nacimientos pretérmino. La progesterona, en mujeres con historia de nacimientos pretérmino espontáneos, reduce significativamente los nacimientos antes de las 37 y antes de las 34 semanas de gestación. En mujeres con cuello uterino corto (<15 mm), la progesterona disminuye los nacimientos pretérmino antes de las 34 semanas de Edad Gestacional, así como la sepsis neonatal. La eritromicina u otros antibióticos (ampicilina, bencilpenicilina o clindamicina) en ruptura prematura de membranas en menores de 37 semanas de edad gestacional reduce significativamente los nacimientos dentro de las 48 horas y dentro de los primeros 7 días las infecciones maternas y neonatales, así como los requerimientos de oxígeno y surfactante. El calcio, en embarazadas con alto riesgo de preeclampsia, disminuye significativamente los nacimientos pretérmino, el peso bajo al nacer y la mortalidad neonatal (Ministerio de Salud Pública, 2008)

La salud se plantea desde una mirada intersectorial que busca garantizar condiciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades que garanticen el adecuado fortalecimiento de las capacidades de las personas para el mejoramiento de su calidad de vida. Se incluyen los hábitos de vida, la universalización de servicios de salud, la consolidación de la salud intercultural, la salud sexual y reproductiva, los modos de alimentación y el fomento de la actividad física. La tasa de mortalidad en general fue de 4,3 muertes por cada mil habitantes, lo que muestra una ligera mejora con respecto al año 2000 (4,6 por cada mil habitantes). En el caso de la tasa de mortalidad materna, esta fue de 69,5 muertes por cada 100 mil nacidos vivos, en 2010; sin embargo, no se ha logrado impactar en este indicador, que ha oscilado entre 48,5 y 69,7 entre 2001 y 2010. En el caso de la mortalidad infantil, esta se ha reducido de 18,5 por mil nacidos vivos, en el año 2000, a 13,3 en 2006 y a 11,0 en 2010 (INEC, 2010c) (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2013)

2. OLIGOHIDRAMNIOS

Definido como la disminución anormal del líquido amniótico asociado a morbimortalidad perinatal y complicaciones del parto, su fisiopatogenia está relacionada con una secuencia de acontecimientos que se inician con una mayor compresión del abdomen fetal y que finalmente conlleva a complicaciones en la transición respiratoria en la vida extrauterina del infante (Gallardo K. , y otros, 2013)

2.1. Etiología

Fetales:

- **Alteraciones cromosómicas:**
triploidias, trisomía 18, síndrome de Turner.
- **Malformaciones fetales:**
 - **Renales:**
Agenesia renal, atresia o agenesia ureteral, displasias renales, extrofia vesical, poliquistosis renal, válvula uretral posterior, patología obstructiva severa.
 - **Cardíacas:**
Hídrops, tetralogía de Fallot, coartación de Aorta, defectos septales.
 - **Esqueléticas:**
Secuencia de Potter.
- **Síndrome de transfusión intergemelar.**
Se observa sólo en gemelos monocoriónicos como resultado del paso continuo de sangre de un gemelo hacia el otro a través de anastomosis interplacentarias unidireccionales del tipo A-V.
- **Muerte fetal:**
Cualquier causa que genera la muerte fetal in útero conllevará a la aparición de oligoamnios por lo anteriormente citado en este documento, no se debe descartar que esta entidad clínica sea la principal causa *per se* del evento.

Restricción del crecimiento intra uterino:

Generalmente, se debe a una hipoxia fetal prolongada que lleva a una redistribución del flujo sanguíneo a favor del corazón y el cerebro en detrimento de la perfusión pulmonar y renal, lo que produce una disminución del flujo urinario.

Embarazo prolongado:

Estos casos tienen un aumento de la incidencia de morbi-mortalidad perinatal. Se ha determinado que durante este periodo, el líquido amniótico disminuye aproximadamente un 30% por semana.

Rotura prematura de membranas:

Es una de las causas más comunes. Con una incidencia del 10%.

Uso de medicamentos:

Los que con mayor frecuencia lo producen son los inhibidores de la prostaglandina sintetasas y los inhibidores de la enzima angiotensina convertasa.

Hidratación materna:

Recientemente se ha señalado la relación que existe entre el volumen intravascular materno y la cantidad de líquido amniótico. Consumir una cantidad de líquido suficiente. La “National Academy of Sciences” de Estados Unidos explica que la ingesta alimentaria de agua total en 24 horas de 2,7 L para mujeres de 57 kg.

Maternas:

Insuficiencia placentaria, hipertensión arterial, diabetes, enfermedad del colágeno (Lara & Ruiz, 2013)

2.2. La Técnica de PHELAN

Es una técnica que hoy en día está considerada como el estándar de oro para la evaluación ultrasonográfica del líquido amniótico. Consiste en la medición del índice del líquido amniótico (ILA) mediante la suma de los cuatro cuadrantes, resultando de la máxima profundidad medida en sentido vertical.

Según esta técnica se lo puede clasificar al oligohidramnios en:

- Leve: 5,1-8 cm
- Severo: menor de 5 cm (Nieto, Hernandez, & Galindo, 2007)

3. El Parto

Es la vía por la que se produce la expulsión del feto, la placenta y sus anexos

Se caracteriza por contracciones uterinas que producen dilatación cervical y hacen que el feto descienda por el conducto del parto.

Los procesos fisiológicos que regulan el parto y el inicio del trabajo del parto todavía siguen en definición. Sin embargo, está claro que el inicio del trabajo del parto representa la culminación de una serie de cambios bioquímicos en el útero y el cuello uterino (Cunningham & otros, Operación cesárea e histerectomía periparto, 2006)

3.1. La Cesárea

Se define como el nacimiento del feto a través de incisiones en las paredes abdominal (laparotomía) y uterina (histerectomía). Esa definición no incluye la extracción del feto de la cavidad abdominal en caso de rotura del útero o de un embarazo en esa localización. Las cesáreas repetidas y las que se efectúan por distocias han constituido las principales indicaciones de dicha intervención. Más del 85% se realiza por antecedentes de cesárea, distocia, sufrimiento fetal o presentación pélvica (Cunningham & otros, Operación cesárea e histerectomía periparto, 2006)

4. La Edad gestacional

Son las semanas o días de embarazo, la cual es calculada por medio de dos formas diferentes, la primera es a través de la fecha última de menstruación (FUM); la cual se basa en la suma de días desde el primer día de la última menstruación hasta el último día de embarazo, y la segunda es por ECO del primer trimestre del embarazo (Generalmente se acepta que las mediciones ultrasonográficas del diámetro biparietal y/o la longitud femoral, longitud céfalo-caudal y la circunferencia abdominal realizadas antes de la 18ª a 20ª semanas de gestación mejoran considerablemente las estimaciones de la EG) (Grandi & López, Estimación de la edad gestacional: Revisión de la literatura, 2005).

A su vez podemos determinar la edad del niño en el momento del parto y clasificarlos de la siguiente manera:

- Prematuro grave: Recién nacido con edad gestacional menor a 32 semanas.

- Prematuro moderado: Recién nacido con edad gestacional de 32 – 34 semanas, 6 días.
- Prematuro leve: Recién nacido con edad gestacional de 35 – 36 semanas, 6 días.
- Término: Recién nacido con edad gestacional de 37-41,6 semanas.
- Posttérmino: Recién nacido con edad gestacional de > 42 semanas (Ministerio de Salud Pública, 2008)

5. Las Complicaciones del recién nacido

Son afecciones coexistentes del recién nacido desencadenadas por alguna entidad patológica, entre las complicaciones tenemos morbilidades del recién nacido y mortalidad perinatal.

5.1. Las Morbilidades del recién nacido

- ✓ **APGAR:** técnica que mide la adaptación del recién nacido a la vida extrauterina, en el cual se evalúan cinco aspectos; frecuencia cardíaca, esfuerzo respiratorio, color de piel, tono muscular y reflejo de irritabilidad, teniendo un valor de cada uno de estos que oscila entre 0 y 2, evaluándose inicialmente al minuto y luego a los cinco minutos, clasificándose finalmente de la siguiente manera:
 - ✚ > 7 : bienestar
 - ✚ 4-6: moderadamente deprimido
 - ✚ 0-3: severamente deprimido (MSP Ecuador, 2008)¹⁷
- ✓ **Bajo peso:** se considera bajo peso en el recién nacido al que está por debajo de los límites de la normalidad de 2500gr, es un indicador de las probabilidades de supervivencia, de crecimiento, y salud a largo plazo, se lo puede clasificar de la siguiente manera:
 - ✚ Bajo peso < 2500
 - ✚ Muy bajo peso <1500
 - ✚ Bajo peso extremo < 1000 (MSP ECUADOR, 2008)
- ✓ **Sufrimiento fetal agudo (SFA):** no existe un consenso definido de esta entidad, pero hace referencia al riesgo de compromiso de bienestar fetal, esto debido a una perturbación metabólica en el intercambio feto-materno, que aparece durante la labor de parto en fase de dilatación o expulsión. Una de las formas de diagnosticarla es a través del monitoreo fetal en el cual se evidencia las siguientes variabilidades:

✚ DIPS II

✚ Desaceleraciones variables graves

- ✓ **Síndrome de distres respiratorio (SDRN):** Es un cuadro clínico con comienzo agudo, dinámico y explosivo que aparece como resultado de una reacción inflamatoria difusa y severa del parénquima pulmonar. El daño ocurre a nivel de la membrana alveolar (unidad alvéolo-capilar) ocasionado por una alteración de la permeabilidad capilar, con la formación de un edema exudativo rico en proteínas. El SDRA se caracteriza en su comienzo, como se ha dicho, por un daño agudo de la membrana alvéolo capilar con aumento de la permeabilidad vascular. De esta forma, la alteración inicial consiste en la ocupación alveolar por un líquido rico en proteínas. Esta ocupación reduce la superficie alveolar disponible para el intercambio gaseoso. A medida que el SDRA progresa, se producen fenómenos vasculares que alteran significativamente el intercambio gaseoso. La situación se agrava por la aparición de zonas con nula ventilación debido al desarrollo de atelectasias en diferentes áreas del pulmón y, en definitiva al shunt intrapulmonar. Todos estos factores configuran el cuadro de hipoxemia refractaria al aumento de la fracción inspirada de oxígeno (FiO₂) característica de esta entidad clínica. (González, 2008)
- ✓ **Cardiopatía congénita:** conjunto de anomalías cardíacas que implican un riesgo para el neonato cuya clasificación dependen en si son cianóticas o acianóticas, entre las anomalías más comunes tenemos: tetralogía de fallot, persistencia del conducto arterioso, trasposición de los grandes vasos, síndrome de la aurícula y ventrículo izquierdo hipoplásticos y atresia pulmonar.
- ✓ **Macrosómico:** La definición de macrosomía fetal es compleja y los factores implicados en su patogenia muy variados. Tradicionalmente, la macrosomía ha sido definida por el peso al nacimiento (4.000-4.500 g) o por el peso al nacimiento en relación con la edad gestacional, considerándose el P 90 como el valor que delimitaría a esta población de recién nacidos (RN). Lo sustancial en la definición de este concepto se debe a que lo sustancial es diferenciar los recién nacidos con un riesgo perinatal aumentado y susceptibles de un cuidado especial, de aquellos neonatos probablemente normales y por tanto con un riesgo similar al resto de los recién nacidos (Asociación Española de Pediatría, 2008)

5.2. Mortalidad perinatal

Defunción fetal

La muerte fetal ha sido definida por la OMS como aquella que ocurre antes de la expulsión o extracción completa del producto de la concepción, independientemente de la duración del embarazo. Se llama muerte fetal temprana a la que se produce antes de cumplirse 20 semanas de gestación. Muerte fetal intermedia es la que se presenta en las semanas 20 a 27, y muerte fetal tardía a la que ocurre >28 semanas de gestación.

Defunción neonatal

La Organización Mundial de Salud (OMS) define la mortalidad neonatal como la muerte producida entre el nacimiento hasta los 28 días de vida. Se puede subclasificar de la siguiente manera.

Defunción neonatal precoz: entre el día 1 hasta el día 7

Defunción neonatal tardía: entre el día 7 hasta el día 27 (Gallardo, Calvillo, & Hernández, Mortalidad neonatal y factores asociados, 2008)

6. Complicaciones del parto

Prolongación del expulsivo.

El Período expulsivo es el segundo estadio del parto y comprende el intervalo de tiempo que transcurre entre la dilatación y el borramiento cervical completo (10cm y 100% respectivamente), y el nacimiento del neonato. Su duración promedio es de 50 minutos para las nulíparas y de 20 minutos para las multíparas, pero esto es realmente variable. Según el ACOG el expulsivo prolongado (segundo estadio del parto prolongado) se define de cuando su duración sobrepasa en las nulíparas las 3 horas con epidural, y las 2 horas sin epidural; y en gestantes multíparas, su duración es mayor de 2 horas con epidural, y 1 hora sin epidural (Vergara, PROTOCOLO DIAGNOSTICO Y MANEJO DE LAS ANOMALÍAS DEL DESCENSO, 2006)

Corioamnionitis.

Actualmente, la infección intraamniótica se define como la presencia de un cultivo positivo en líquido amniótico obtenido por amniocentesis, y se denomina corioamnionitis o infección ovular clínica a la presencia de síntomas en una paciente que tiene una infección intraamniótica, El cuadro clásico de corioamnionitis clínica

sigue siendo una situación que observamos con cierta frecuencia en nuestra práctica médica, sin embargo, recientes investigaciones permitió conocer una serie de fenómenos que ocurren previamente a este evento que mas bien parece ser el fin de una larga secuencia fisiopatológica, donde esta involucrada la infección intraamniótica, y cuya consecuencia es la finalización del embarazo sin tomar en cuenta la edad gestacional, ya sea por inicio espontáneo del trabajo de parto o por indicación médica (Koch, Martín, Jara, & Dra.Sciangula, 2008)

Embarazo prolongado

La definición de gestación prolongada es la que dura más de 42 semanas (> 294 días), o 14 días después de la fecha probable de parto (FPP).

Tanto el parto como el RN de una gestación prolongada se debe considerar de alto riesgo y la gestante sometida a pruebas de monitorización antenatal encaminadas a detectar el bienestar fetal, las que nos indicaran el modo de finalizar el parto. El neonatólogo informado de los antecedentes y del peso fetal estimado, todo debe estar previsto para una reanimación profunda, por la mayor frecuencia de hipoxia fetal ante e intraparto en estos RN postmaduros. (Guzmán, Carrasco, Gómez, Herrainz, & Tofé, 2008)

7. Evidencia científica

Según (Gallardo K. , y otros, 2013) en su estudio sobre “*Repercusiones perinatales en embarazos a término con oligohidramnios severo que se atienden en el Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca en el periodo de enero a diciembre de 2011*”. Se evidencio como resultados, 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, la mayoría de las pacientes no tuvieron una atención prenatal adecuada (90.7%), se realizó interrupción del embarazo por vía cesárea (78%), siendo la indicación más frecuente el oligohidramnios severo, además se concluyó que el pronóstico del embarazo va a depender directamente de la causa del oligohidramnios.

Según (Dra. Amador & otros, Oligohidramnios: medidor de salud fetal, 2013) En su estudio sobre “*Oligohidramnios: medidor de salud fetal en el Hospital Ginecobstétrico Docente Provincial Ana Betancourt de Mora. Camagüey. Cuba*”. Se evidencio los siguientes resultados prevaleció el parto eutócico, pero el parto distócico

en este tipo de comienzo del parto fue de un 41,5 %. La cesárea primitiva fue la más frecuente en el estudio y la inducción como forma de comienzo del parto por ser portadoras de un oligohidramnios severo. Se concluyó que con los años se incrementó el número de inducciones por este diagnóstico, el oligohidramnios se presentó en la mayoría de las nulíparas, el tipo de parto que prevaleció fue el distócico por cesárea primitiva y el diagnóstico de mayor incidencia de estas, el estado fetal intranquilizante, en la morbilidad fetal se encontró el bajo peso al nacer, ya sea por prematuridad o por crecimiento intrauterino retardado.

En relación con el índice de líquido amniótico (ILA) y la técnica de PELHAN, según (Shanks & otros., *Assessing the Optimal Definition of Oligohydramnios Associated With Adverse Neonatal Outcomes*, 2011) se evidencia en su estudio sobre *“La evaluación de la definición óptima de oligohidramnios asociados con los resultados neonatales adversos, durante el periodo 1998-2008, Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Washington”* se obtuvieron los siguientes resultados, Los pacientes con un ILA de menos de 5 cm tuvieron una tasa de admisión UCIN 16,03% en comparación con el 7,3% de los pacientes con un ILA superior a 5 cm y se concluye que el oligohidramnios definidos como ILA menos de la quinta percentil mejor predice los fetos en riesgo de resultados perinatales adversos en comparación con un AFI de menos de 5 cm.

Según (Ybaseta, Morales, & Ybaseta, 2011) en su estudio sobre *“valoración ultrasonografía simplificada del oligohidramnios e indicación de cesárea por sufrimiento fetal”* tuvo como resultados que la media de edad gestacional al momento de parto fue de 38,9 semanas. Del total de recién nacidos (46,6%) fueron de sexo masculino y (55,9%) femenino. El grupo de oligohidramnios, aquel con Bolsillo Vertical Mayor ≤ 2 cm. (14 pacientes), presentó frecuencias estadísticamente significativas para: trazados cardiotocográficos patológicos, parto por cesárea, líquido amniótico meconial; score de Apgar menor de siete al minuto (21.43%) y a los cinco minutos (21.43%) e ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales (35.71%) y se concluye que el diagnóstico de sufrimiento fetal relacionado con oligohidramnios implica presencia de trazados patológicos del ritmo cardiaco fetal principalmente desaceleraciones variables y está asociado a resultados adversos como APGAR menor a 7 al minuto y a los cinco minutos, líquido amniótico meconial e ingreso a la unidad de cuidados intensivos.

Según (Nien, Yi, Woei, Fu, & Ming, 2014) en su estudio de “*oligohidramnios aumenta el riesgo de hospitalización respiratoria en la infancia*” donde se obtuvo como resultados que los niños con exposición oligohidramnios eran más propensos a tener un peso bajo al nacer, nacer de madres de baja paridad , tener padres jóvenes , y de tener madres con hipertensión gestacional , la diabetes o la dermatitis atópica durante el embarazo, Los niños con un historial de oligohidramnios tenían más probabilidades de ser hospitalizados por enfermedad respiratoria que los que no tienen un historial de oligohidramnios. Las tasas de incidencia fueron 6,51 %.

METODOLOGÍA.

Tipo de estudio

Se realizara una investigación descriptiva, prospectiva y transversal.

Área de estudio

El área donde se va a llevar a efecto el proyecto, se halla localizado en el Hospital Isidro Ayora de Loja, en el Departamento de Gineco –Obstetricia y Neonatología ubicados el segundo piso, el Hospital Isidro Ayora de la ciudad Loja, es una entidad pública donde presta servicios de salud de segundo nivel , pertenece al Sistema de Servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública, implementado para prestar atención de salud integral de tipo ambulatorio y de internamiento a la población de la Región Sur del país

El universo

Se contara con una población aproximada de 45 gestantes

Técnicas y procedimientos

Se utilizara un formulario de recolección de datos.

Se redactara un oficio dirigido al Rector de la Institución del “Hospital Isidro Ayora” para poder obtener los permisos y poder realizar la respectiva recolección de la información.

Recolección de la Información se obtendrá mediante el formulario de recolección de datos.

Se realizará los análisis y porcentajes respectivos de los datos obtenidos del formulario de recolección de datos.

Se reportará los resultados obtenidos en una hoja de registro de resultados pre elaborada.

Se realizará un formato de entrega de los resultados, el cual se entregará a la dirección de la facultad del área de la salud humana.

Fuentes de información

Fuente de información secundaria basada en la historia clínica.

Análisis estadístico

El análisis estadístico se realizara a través del programa informático Microsoft Excel 2010, mediante la elaboración de tablas de frecuencia simple, que serán representadas en graficas porcentuales.

Uso de los resultados

El uso se los resultados de la investigación se socializara a los estudiantes, docentes de la facultad de medicina del área de la salud humana.

El propósito esencial de la investigación científica, es generar nuevos conocimientos, encontrar la cura o el alivio de los males que aquejan a la humanidad y promover mediante su aplicación en la tecnología el bienestar del bien humano.

Riesgo

No existe ningún riesgo en la recolección de datos, se tomaran las medidas pertinentes para evitar cualquier riesgo o daño a los sujetos de investigación.

Se suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño a la salud del sujeto en quien se realice la investigación. Asimismo, será suspendida de inmediato cuando el sujeto de investigación así lo manifieste.

Ética

Los datos obtenidos serán recolectados en lo mayor de lo posible en preservar la confidencialidad y privacidad de los pacientes. La información contenida en el expediente clínico será manejada con discreción y confidencialidad

Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen;

No se plagiara los resultados, ni los datos a recolectar.

Se pedirá todos los permisos correspondientes a las diferentes instituciones para la recolección de la información y se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud.

Prevalecerá el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

OPERALIZACION DE VARIABLES.

Variable	Dimensión	Indicador	Escala
Oligohidramnios Estado anormalmente de líquido amniótico	Determinada por técnica de Phelan.	consiste en dividir el útero en cuatro cuadrantes y la sumatoria de estas cuatro medidas en cm	✓ Leve : 5-8 cm ✓ Severo : <5 cm
Parto Expulsión del feto y la placenta.	Vía por la que se produce el nacimiento	✓ Parto vaginal. ✓ Cesárea	✓ Si _ , No _ ✓ Si _ , No _
Edad gestacional. Semana o días de embarazo	Medida por FUM o por ECO del primer trimestre.	✓ Prematuro grave. ✓ Prematuro moderado. ✓ Prematuro leve. ✓ Terminó ✓ Postterminó	✓ <32 semanas. ✓ 32-34,6 semanas ✓ 35-36,6 semanas. ✓ 37-41,6 semanas. ✓ >42 semanas.
		✓ APGAR	✓ > 7 normal ✓ 4-6 asfixia moderada. ✓ 0-3 asfixia severa.
Complicaciones del recién nacido. Patologías coexistentes del recién nacido.	Morbilidades del recién nacido	✓ Bajo peso ✓ SFA	✓ Bajo peso < 2500 ✓ Muy bajo peso <1500 ✓ Bajo peso extremo < 1000 ✓ DIPS II

			<input checked="" type="checkbox"/> Desaceleraciones variables graves
		<input checked="" type="checkbox"/> Bronconeumonía congénita. <input checked="" type="checkbox"/> (SDRN) <input checked="" type="checkbox"/> Cardiopatía congénita <input checked="" type="checkbox"/> Macrosómico <input checked="" type="checkbox"/> Otras.	<input checked="" type="checkbox"/> Si _ , No _ <input checked="" type="checkbox"/> Si _ , No _ <input checked="" type="checkbox"/> Si _ , No _ <input checked="" type="checkbox"/> Si _ , No _
	Mortalidad perinatal	<input checked="" type="checkbox"/> Defunción fetal. <input checked="" type="checkbox"/> Defunción neonatal precoz <input checked="" type="checkbox"/> Defunción neonatal tardía.	<input checked="" type="checkbox"/> Antes del parto. <input checked="" type="checkbox"/> 0 – 6 días. <input checked="" type="checkbox"/> 7 – 27 días.
Complicaciones del parto. Problemas asociados al parto	Morbilidades de la madre.	<input checked="" type="checkbox"/> Prolongación del expulsivo. <input checked="" type="checkbox"/> Corioamnionitis. <input checked="" type="checkbox"/> Embarazo prolongado. <input checked="" type="checkbox"/> Otras.	<input checked="" type="checkbox"/> Si _ , No _ <input checked="" type="checkbox"/> Si _ , No _ <input checked="" type="checkbox"/> Si _ , No _ <input checked="" type="checkbox"/> Si _ , No _

RECURSOS

1. RECURSOS HUMANOS:

Investigador:

- Edgar Danilo Chuquihuanca Carhuapoma

2. RECURSOS INSTITUCIONALES:

- Hospital Isidro Ayora Loja
- Biblioteca del “Área de Salud Humana”

• RECURSOS MATERIALES Y PRESUPUESTO:

Cant.	Articulo	Valor Unitario	Valor Total
5	Lapiceros	\$0.30	\$1.50
10	Horas de Internet	\$0.50	\$5
100	Encuestas	\$0.10	\$10
1	Impresión de borrador	\$5	\$5
1	Anillado	\$2	\$2
1	Impresión de tesis	\$20	\$20
1	Empastados de tesis	\$10	\$10
1	Transporte	\$20	\$20
1	Improvistos	\$20	\$20
SUBTOTAL			\$93.50
TOTAL			\$93.50

SUPERVISIÓN Y COORDINACIÓN:

La supervisión de la investigación está al frente del docente asignado por la Coordinación de la Carrera.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

N°	TIEMPO	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre
	ACTIVIDADES	2016	2016	2016	2016	2016	2016	2016	2016	2016
1	Elaboración del proyecto									
2	Aprobación del proyecto									
3	Solicitud de permiso para recolectar datos									
4	Recopilación información secundaria – elaboración de marco teórico									
5	Recolección de datos									
6	Tabulación y análisis de datos									
7	Elaboración de conclusiones y recomendaciones									
8	Presentación Primer borrador									
9	Corrección del proyecto									
10	Presentación final del proyecto									

BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Española de Pediatría. (2008). Recién nacido de peso elevado. En *Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología* (págs. 85-90). Bilbao.
- Bajo Arenas, J., & otros. (2007). Fundamentos de Obstetricia. En *Sociedad Española de Gineco-Obstetricia* (pág. 1162). Madrid: Grupo ENE publicidad S.A.
- Cunningham, F., & otros. (2006). operación cesarea e histerectomía periparto. En *Obstetrica de williams* (pág. 544). México DF: McGraw-Hill Companies.
- Del Bianco, E., Reyna, E., Guerra, M., Torres, D., Mejía, J., Aragon, J., . . . Reyna, N. (2012). Valor predictivo del índice de líquido amniótico en las complicaciones neonatales. *Rev Obstet Ginecol Venez*, 227-232.
- Dra. Amador, C., & otros, y. (2013). Oligohidramnios: medidor de salud fetal. 702-716.
- Ecuador, Ministerio de Salud Pública. (2014). Lineamientos Operativos del Modelo de Atención Integral en Salud y de la Red Pública Integral de Salud. *Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud, MSP*.
- Gallardo, C., Calvillo, V., & Hernández, J. (2008). *Mortalidad neonatal y factores asociados*. México.
- Gallardo, K., Panduro, J., Camarena, E., Quintero, I., Barrios, E., & Fajardo, S. (2013). Repercusiones perinatales en embarazos a término con oligohidramnios severo. *Revista Médica MD*, 245-250.
- González, S. (2008). Síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) y Ventilación Mecánica (VM). *Revista ByPC*, 21-31.
- Grandi, C., & López, F. (2005). Estimación de la edad gestacional: Revisión de la literatura. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 138-143.
- Guzmán, J., Carrasco, S., Gómez, E., Herrainz, C., & Tofé, I. (2008). Embarazo prolongado. RN postmaduro. En A. E. Pediatría., *Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología* (págs. 91-100). Cordova.
- KIM, B. J., ROMERO, R., Mi LEE, S., & otros. (2011). CLINICAL SIGNIFICANCE OF OLIGOHYDRAMNIOS IN PATIENTS WITH PRETERM LABOR AND INTACT MEMBRANES. *NIH Public Access*, 131-136.
- Koch, M., Martín, R., Jara, M., & Dra.Sciangula, S. (2008). CORIOAMNIONITIS. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*. N° 180, 21-23.
- Lara, L., & Ruiz, L. (2013). *Incidencia de oligoamnios en embarazadas atendidas en el Hospital Primario de Siuna*. Siuna-Nicaragua.
- Ministerio de Salud Pública. (2008). *Recién Nacido Prematuro*. Ecuador.
- Ministerio de Salud Pública de Ecuador. (2013). *Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017*. Quito, Ecuador: Senplades.

- MSP ECUADOR. (2008). BAJO PESO AL NACER. En *Componente Normativo Neonatal* (págs. 66-76). Quito.
- MSP Ecuador. (2008). recepción del recién nacido. En *Componente normativo neonatal* (págs. 12-30). QUITO.
- MSP ECUADOR. (2012). *DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL (MAIS-FCI)*. Quito.
- Nien Chien, L., Yi Chiou, H., Woei Wang, C., Fu Yeh, T., & Ming Che, C. (2014). oligohidramnios increases the risk of respiratory hospitalization in childhood. *Pediatric ReSeARCh*, 576-581.
- Nieto, O., Hernandez, J., & Galindo, A. (2007). CONTROL DEL CRECIMIENTO FETAL. CARACTERÍSTICAS ECOGRÁFICAS. En A. Bajo, & M. Melchor, *FUNDAMENTOS DE OBSTETRICIA SEGO* (pág. 299). Madrid: Gráficas Marte, S.L.
- Pavón, G., & Nestor, J. (2007). *Correlación diagnóstica de malformaciones fetales oligohidramnios reportadas por ultrasonido y confirmación al nacimiento en gestantes atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque durante el periodo 1 julio- 31 diciembre 2007*. Tesis para obtener especialidad, Managua.
- Shanks, A., Tuuli, M., Schaefer, C., Odibo, A., & Rampersad, R. (2010). Assessing the Optimal Definition of Oligohidramnios Associated With Adverse Neonatal Outcome. *American Institute of Ultrasound in Medicine*, 303-307.
- Usiña, J., & Carrera, S. (2013). Anuario de estadísticas vitales nacimientos y defunciones. *Instituto Nacional de Estadística INEC*, 1-527.
- Vergara, G. (2006). PROTOCOLO DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LAS ANOMALÍAS DEL DESCENSO. *E.S.E CLÍNICA DE MATERNIDAD RAFAEL CALVO C*, 1-14.
- Yaranga, A., & Dios, J. d. (2007). *Resultados perinatales en embarazo prolongado con evidencia ultrasonográfica de calcificaciones placentarias y oligohidramnios*. Instituto Nacional Materno Perinatal, año 2006. Tesis Doctoral, FACULTAD DE MEDICINA HUMANA, Lima.
- Ybaseta, M., Morales, K., & Ybaseta, J. (2011). VALORACIÓN ULTRASONOGRÁFICA SIMPLIFICADA DEL OLIGOHIDRAMNIO E INDICACIÓN DE CESÁREA POR SUFRIMIENTO FETAL. *Rev.méd.panacea*, 34-36.