



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD  
CARRERA DE OBSTÉTRICA**



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA DE SALUD  
CARRERA DE OBSTETRICIA**

Componente Practico del Examen Complexivo previo a la obtención del grado de  
Obstetriz/Obstetra

**TEMA PROPUESTO DEL CASO CLINICO**

“Conducta Obstétrica en secundigesta de 25 años de edad Embarazada de 28  
semanas con Oligoamnios Severo”

**AUTOR**

Génesis Gabriela Lombeida Salazar

**TUTOR**

Obst. Liliam Muñoz Solórzano

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

2021



## INDICE

I. AGRADECIMIENTO.....	4
II. DEDICATORIA.....	5
III. TEMA .....	6
IV. RESUMEN.....	7
V. ABSTRACT .....	8
VI. INTRODUCCIÓN.....	9
1. MARCO TEORICO.....	10
1.1.1.Conducta Obstétrica.....	10
1.1.2.Mortalidad Neonatal.....	11
1.1.3.Salud Materna. ....	11
1.1.4.Índice de líquido amniótico en el II trimestre del embarazo .....	14
1.1.5.Etiología.....	14
1.1.6.Fisiopatología.....	15
1.1.7.Factores de riesgos maternos. ....	17
1.1.8.Diagnóstico clínico .....	19
1.1.9.Tratamiento .....	20
1.2.JUSTIFICACIÓN .....	22
1.3.OBJETIVOS .....	23
1.3.1.Objetivo General .....	23
1.3.2.Objetivo Específicos.....	23
1.4.DATOS GENERALES .....	24
2.METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO .....	25
2.1.ANALISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA.....	25
2.2.HISTORIAL CLINICO DEL PACIENTE .....	25
2.3.ANAMNESIS .....	26
2.4.EXPLORACION CLINICA .....	26
2.5.INFORMACION DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS .....	27



<b>2.6. FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO. ....</b>	<b>29</b>
Diagnóstico Presuntivo .....	29
Diagnóstico Diferencial .....	29
Diagnóstico Definitivo .....	29
<b>2.7. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR. ....</b>	<b>29</b>
<b>2.8. SEGUIMIENTO .....</b>	<b>29</b>
<b>3. OBSERVACIONES .....</b>	<b>42</b>
<b>4. CONCLUSIONES .....</b>	<b>43</b>
<b>5. BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>44</b>
<b>6. ANEXOS .....</b>	<b>47</b>



## **I. AGRADECIMIENTO**

Quiero expresar mi sincero agradecimiento, a Dios por brindarme salud, fortaleza y capacidad para cumplir con mis metas propuestas, no tengo palabras para expresar mi amor y gratitud por mis padres, hermanos y mi prima por su fe, su generosidad y su incansable ayuda en todo momento. Gracias a ustedes por demostrarme que “El verdadero amor no es otra cosa que el deseo inevitable de ayudar al otro para que este se supere”.

Mi agradecimiento a la Universidad Técnica de Babahoyo por permitirme ser parte de ella, a mi tutora por ser nuestra guía en este proyecto investigativo, gracias a cada docente quienes con su apoyo y enseñanza constituyen la base de mi vida profesional.

Agradezco a mis compañeros de clase ya que gracias al compañerismo, amistad y apoyo moral hemos podido afrontar las adversidades en el transcurso de este camino.

Génesis Lombeida S.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD  
CARRERA DE OBSTÉTRICA**



## **II. DEDICATORIA**

A Dios porque ha estado presente en cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar, a mis padres, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento. Depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad. Es por ellos quien soy ahora. A mis hermanos y mi prima por estar siempre presentes, por todas sus bendiciones y colaboración en todo momento.

Génesis Lombeida S.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD  
CARRERA DE OBSTÉTRICA**



**III. TEMA**

**“CONDUCTA OBSTETRICA EN SECUNDIGESTA DE 25 AÑOS DE EDAD  
EMBARAZADA DE 28 SEMANAS CON OLIGOAMNIOS SEVERO”**



#### IV. RESUMEN

El líquido amniótico desempeña un papel protector en el embarazo, permite el crecimiento fetal normal, el desarrollo de los órganos, al término de la gestación, protege al feto de las compresiones del cordón umbilical durante los movimientos fetales o las contracciones uterinas.

El Oligoamnio Severo es un trastorno del líquido amniótico que produce una disminución del volumen de líquido amniótico de menos de 100 ml para la edad gestacional en la que se encuentra el feto. Cuando el volumen de líquido amniótico disminuye anormalmente desde el inicio del segundo trimestre, puede reflejar una anomalía fetal que imposibilita la micción normal, o puede representar una anomalía placentaria suficientemente grave para perjudicar la perfusión, en cualquier circunstancia, el pronóstico es malo. Se presentó el caso de una paciente de 25 años de edad secundigesta, Embarazo de 28 semanas con Oligoamnios Severo.

El propósito de este estudio es investigar causas de oligoamnios severo, atención en salud materna en embarazos con esta patología, conocer la tasa de mortalidad con oligoamnios severo e inferir sobre conducta Obstétrica en el caso presentado.

**Palabras claves.**, Oligoamnios severo, salud materna, mortalidad neonatal, Conducta obstétrica



## V. ABSTRACT

Amniotic fluid plays a protective role in pregnancy, allows normal fetal growth, organ development, at the end of gestation, protects the fetus from umbilical cord compressions during fetal movements or uterine contractions.

Severe Oligoamnio is an amniotic fluid disorder that produces a decrease in the volume of amniotic fluid of less than 100 ml for the gestational age of the fetus. When the volume of amniotic fluid decreases abnormally from the beginning of the second trimester, it may reflect a fetal abnormality that makes normal urination impossible, or it may represent a placental abnormality severe enough to impair perfusion, in any circumstance, the prognosis is poor. The case of a 25-year-old patient was presented, with a 28-week pregnancy with Severe Oligoamnios.

The purpose of this study is to investigate causes of severe oligoamnios, maternal health care in pregnancies with this pathology, to know the mortality rate with severe oligoamnios and to infer about obstetric behavior in the case presented.

**Keywords.** Severe oligoamnios, maternal health, neonatal mortality, Obstetric behavior





## VI. INTRODUCCIÓN

El oligoamnio es una disminución del volumen de líquido amniótico en relación con la edad gestacional, este problema puede ser leve, moderado o severo. El líquido amniótico es el producto de procesos fisiológicos fetales, placentarios complejos y dinámicos (Morgan F. et al, 2015).

El presente estudio de caso propone describir los factores de riesgos que desencadenaron Oligoamnios Severo en paciente secundigesta de 25 años de edad con embarazo de +/-28 semanas, caso que se presentó en el Centro de Salud “Las Piñas” en la Ciudad de Milagro.

Por lo que este trabajo tiene como finalidad explicar la evolución del caso tomado, donde paciente acude al primer nivel de atención al control prenatal durante su inicio y transcurso de embarazo en el que Obstetras y médicos especialista hacen seguimiento y evaluación luego de un control previo, para después ser referida al segundo nivel de atención médica en el “Hospital León Becerra Camacho” por segunda ocasión (primer ingreso paciente pide alta petición) en el cual fue atendida por el área de emergencia Gineco-Obstétrica donde fue ingresada y se toman las medidas necesarias para evitar complicaciones en el desarrollo del producto y la evolución de la madre.



## 1. MARCO TEORICO

### 1.1. DEFINICIÓN.

#### 1.1.1. Conducta Obstétrica.

El alcance de las funciones de un obstetra abarca desde el cuidado de la madre y su bebé durante el embarazo y el parto hasta inmediatamente después del mismo. Durante el embarazo, este debe realizar numerosas pruebas y procedimientos de diagnóstico por imágenes, como análisis de sangre y ecografías, para garantizar que el feto esté sano y se desarrolle correctamente (Global Pre-Meds, 2014). También ayudan a las futuras madres a comprender qué esperar durante el parto y aconsejar sobre las opciones de estilo de vida que promueven la salud de los bebés.

En casos como el estudiado en este trabajo la conducta obstétrica se basa en la realización de evaluaciones a la paciente con la finalidad de medir las condiciones fetales a lo largo del proceso de gestación. (Dulay A., 2020)

La conducta de interrupción de embarazo es un proceso que tiende a presentarse cuando es necesario que la gestación no llegue a su terminación normal y se considera útil para precautelar la vida materna y en varios casos cuando hay madurez fetal.

La ética médica se basa en cuatro principios fundamentales:

**Beneficencia:** implica el accionar en beneficio de los otros siempre, dejando de lado prejuicios y haciendo prevalecer los derechos del prójimo. Al paciente desconocer la medicina, el médico está obligado a actuar de la mejor manera para procurarle su bien

**No maleficencia:** implica la abstención de aquellas acciones que puedan provocar daños directos o perjudicar de alguna manera a los otros.

**Autonomía:** capacidad de imponerse normas y no caer en presiones del exterior, consiste en que el paciente otorgue su permiso y aceptación por escrito ante la inminencia de una práctica médica. Esa aceptación marcará su conocimiento de los pros y contras de la práctica a la que se someterá.



**Justicia:** tratar a cada cual como es debido sin que medien discriminaciones por diversas condiciones, es decir, todos los pacientes deben recibir el mismo trato.

### 1.1.2. Mortalidad Neonatal.

La mortalidad neonatal permite manifestar el nivel de desarrollo que tiene el recién nacido en una área geográfica específica (Cuevas L, 2012). Esta se divide en:

**Tabla 1.** Tipo de Mortalidad Neonatal

	<b>Definición</b>
<b>Muerte Neonatal Precoz</b>	Son las que ocurren durante los primeros 7 días de vida.
<b>Muerte Neonatal Tardía</b>	Son aquellas que ocurren después del séptimo día antes de los 28 días completos de vida.

Elaborado por: Génesis Gabriela Lombeida Salazar

### 1.1.3. Salud Materna.

Para la (OMS, s.f.) La salud es un estado de determinado confort físico, mental y social, y no únicamente la falta de dolencia o anomalías de la salud es la oportunidad de avance humano, de disfrute de la vida y desarrollo.

Salud materna biológica, es la salud de las mujeres a lo largo del embarazo, el parto y tiempo posparto se encuentra dentro de las primordiales intranquilidades que debemos tener para dar al avance humano en la sociedad, se comprender entonces que la salud materna comienza desde el primer instante que una mujer tiene planeado tener un hijo lo cual no significa que cuando no sea premeditado sea tarde para llevarlo a cabo, es decir la idealización familiar, preconcepción, precaución prenatal y posparto para disminuir la morbilidad y mortabilidad materna (OPS, 2020).

#### 1.3.1. Salud psicológica/mental

Para la mujer embarazada la pérdida de su bebe es desbastadora bajo cualquier circunstancia por la que podría sentir diversas emociones como: negación, culpa, ira, depresión, envidia y anhelo (Mayo Clinic, 2020).

Muchas mujeres sienten que han fracasado como madres, responsables de lo sucedido. Esta reacción generalmente se desvanece con el tiempo con



intervención psicológica o sino presenta ansiedad o depresión. La ira es una parte muy natural del dolor. Muchos padres dirigen esto hacia el hospital y, en otras ocasiones, hacia amigos y familiares. Para algunas mujeres es una ira generalizada por la inmerecida injusticia, "¿Por qué yo?"

La investigación sobre el impacto del duelo como trauma ha enfatizado importantes resultados psicológicos y de salud negativos. Por ejemplo, (Estroboscópico M., et al, 2005) en su investigación sobre el duelo en padres se encontró que las personas en duelo, especialmente aquellas con extrema soledad emocional y síntomas depresivos severos, corren el riesgo de tener ideas suicidas (Laursen L., et al , 2005).

De tal manera esto demuestra que la población tiene conceptos establecidos propios y fundamentados sobre la vida, muerte y como conllevar el duelo por la pérdida de un ser querido influenciado por la religión en la que se encuentran inmersos.

### **1.3.2. Salud social**

La salud social es la habilidad para la adaptación y la autogestión ante los cambios y desafíos del entorno, así como la capacidad para desarrollar relaciones satisfactorias con otras personas. Según el censo realizado por (INEC, 2012) muestra que 8 de cada 10 ecuatorianos tienden a una filiación religiosa, es decir que el 91,95% de la población tiene una religión de la cual el 80,4% es Católica, 11,3% Evangélica, 1,92% Testigo de Jehová y el 6,96% pertenece a otra religión.

Para la fe evangélica la interrupción del embarazo o el aborto inducido es algo que se aparta de lo correcto o justo y falta a lo debido, pues para ellos 'Dios quiere la vida y no la muerte' (Noemi J, 2007). Por este motivo plantear la idea de un aborto a una paciente creyente es ponerla en conflicto entre sus creencias y lo que la ciencia cree, haciendo que en varios casos la paciente no se predisponga a recibir ayuda médica por miedo a complicaciones que la lleven a perder a su hijo.

### **1.3.3. Oligoamnio Severo.**



El Oligoamnio es una afección a lo largo del embarazo en la que hay líquido amniótico más bajo de lo deseado en torno al feto para su edad gestacional. El Oligoamnio está asociado con diversas condiciones obstétricas, en medio de las que se hallan: incremento intrauterino retardado causando el sufrimiento fetal crónico y generando un embarazo extendido, malformaciones fetales, considerando las afecciones de tipo renal, respiratorio y gastrointestinal, entre otras (Ulloa KL. et al. , 2013). Con respecto a su clasificación en la reducción de líquido amniótico se establece la siguiente tabla cuyo eje es la directriz de los Oligoamnios y el rango de disminución en miligramos (ml) y centímetros (cm).

**Tabla 2.** Clasificación de rango de disminución de líquido Amniótico.

	<b>RANGO DE DISMINUCIÓN</b>	
<b>Oligoamnios</b>	<b>Líquido Amniótico (LA) en ml.</b>	<b>Índice de Líquido Amniótico (ILA) en cm.</b>
<b>Leve</b>	500 ml	5 a 8 cm
<b>Moderado</b>	100 a 500 ml	3 a 5 cm
<b>Severo</b>	< a 100 ml	< a 2 cm

**Elaborado por:** Génesis Gabriela Lombeida Salazar

Es en el segundo trimestre del embarazo donde puede aparecer el Oligoamnio severo y generar anomalías fetales por la coacción que ejecuta la pared uterina al feto (Krishna, 2016).

El Instituto Nacional de Estadísticas y Censo “INEC” del Ecuador en el año 2014 registra la tasa de mortalidad materna por alteraciones del líquido amniótico en cifras que ascienden el 1.20%, marcando el rango más frecuente de casos presentados en las edades de 20 a 29 años y en mujeres primigestas a diferencia de las multigestas cuya incidencia es más baja (Jimenez Figueroa & Neira Tircio, 2018).

El líquido amniótico también puede eliminarse potencialmente mediante un flujo masivo continuo (es decir, mediante fuerzas hidrostáticas y oncóticas). El intercambio de líquido puede tener lugar en la placa coriónica, donde la exposición del líquido amniótico relativamente hipotónico a la superficie fetal de la



placenta puede provocar una reabsorción neta de agua por parte del feto (hasta 80 ml / día).

El transporte a través del amnios puede ocurrir a través de canales intercelulares entre las células epiteliales amnióticas y puede estar modulado por los niveles de prolactina en el líquido amniótico. Hebertson y sus colegas proporcionaron presuntas pruebas del papel regulador del epitelio amniótico en el transporte de líquido. Observaron cambios ultra estructurales en el amnios de embarazos complicados por trastornos del volumen de líquido amniótico.

#### 1.1.4. Índice de líquido amniótico en el 2do trimestre del embarazo

Desde el segundo trimestre el feto empieza a tragar el líquido amniótico y produce la orina, esto lo realiza numerosas ocasiones al día por consiguiente el 90% del líquido amniótico está conformado por orina fetal (Rovati, L., 2014). Existen 2 formas de medir el Índice de líquido amniótico (ILA o AFI) o el bolsillo vertical máximo (BVM o MPV).

Tabla 3. Limitación de líquido amniótico en el embarazo.

	Definición	Índice
<b>ILA</b>	El índice del líquido amniótico es aquel que contrasta que profundidad tiene el líquido amniótico en 4 superficies del útero, estas proporciones de suman.	Si su índice AFI es de menos de 5 cm la paciente presenta Oligoamnios.
<b>BVM</b>	Mide el sector más profundo del útero para comprobar el nivel del líquido amniótico.	Si su bolsillo vertical máximo es de menos de 2 cm la paciente presenta Oligoamnios.

Elaborado por: Génesis Gabriela Lombeida Salazar

#### 1.1.5. Etiología

El Oligoamnio es primordialmente una demasía en la falta de líquido o una reducción de la excreción fetal de orina. Se estima que la disminución del oxígeno al feto crónico produce un revuelco en el flujo sanguíneo renal y pulmonar los cuales son esenciales en la producción del líquido amniótico. (Cárdenas & Martínez , 2006). Están divididos en tres importantes causas:

**Tabla 4.** Causas de los Oligoamnios.

<b>C A U S A S</b>	<b>FETALES</b>	<p>Se debe al:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Crecimiento intrauterino restringido (CIR)</li> <li>● Gestación cronológicamente prolongada (GCP)</li> <li>● Infección fetal por citomegalovirus (CMV)</li> <li>● Obstrucción tracto urinario</li> <li>● Patología renal</li> <li>● Defectos tubo neural</li> </ul>
	<b>PLACENTARIAS MEMBRANAS</b>	Esto se debe a la rotura prematura de las membranas.
	<b>MATERNAS</b>	Por la medicación en proceso de gestación.

Elaborado por: Génesis Gabriela Lombeida Salazar

### 1.1.6. Fisiopatología

El volumen de líquido amniótico está determinado en última instancia por el volumen de líquido que entra y sale del saco amniótico. La micción fetal, el líquido pulmonar y la deglución hacen contribuciones importantes al movimiento de líquidos al final de la gestación, con contribuciones mínimas de otras fuentes. Los trastornos fetales que afecten a cualquiera de estos procesos afectarán el volumen de líquido amniótico. Por ejemplo, los fetos con crecimiento restringido pueden redistribuir el flujo sanguíneo fuera de los riñones, lo que disminuye la producción de orina fetal y produce oligoamnios.

Los mecanismos homeostáticos, como la absorción intramembranosa (transferencia de líquido amniótico a través del amnios hacia la circulación fetal), también existen y funcionan para mantener el volumen de líquido amniótico. Estos mecanismos parecen tener más éxito en limitar el exceso de volumen de líquido que en prevenir la reducción del volumen de líquido. La fisiología de la producción normal de líquido amniótico y la regulación del volumen se analizan por separado.

#### 1.1.6.1. Factores de riesgos fetales

El síndrome de Potter es un trastorno congénito fatal que se caracteriza por los cambios en la apariencia física del recién nacido debido al oligoamnio causado por la agenesia y el deterioro renal. Pero la secuencia de Potter describe más



específicamente la disminución del líquido amniótico independientemente de la causa. Este síndrome se clasifica según la causa de las anomalías renales. La agenesia renal bilateral es clásica del síndrome de Potter.

**Tabla 5.** Subtipos del Síndrome de Potter

<b>S U B T I P O</b>	<b>CLASIFICACIÓN</b>	<b>DEFINICIÓN</b>
	<b>I</b>	Se relaciona con el riñón poliquístico autosómico recesivo
	<b>II</b>	Se debe a la displasia renal
	<b>III</b>	Se debe al riñón poliquístico autosómico dominante
	<b>IV</b>	Se relaciona con la obstrucción del uréter o la pelvis que causa hidronefrosis.

**Elaborado por:** Génesis Gabriela Lombeida Salazar

La agenesia o hipoplasia renal es la causa más común de oligoamnio debido a la incapacidad de producción de orina que determina el volumen de líquido amniótico. La ingestión continua de líquido amniótico por parte del feto y la ausencia de excreción urinaria conduce a una disminución del volumen de líquido amniótico correspondiente a la edad gestacional que se denomina oligoamnio. El aporte urinario de líquido amniótico es más prominente en el segundo y tercer trimestre. El oligoamnios causa compresión fetal en el útero al limitar los movimientos del feto que conduce a deformidades de las estructuras físicas fetales (Bhandari J, et al, 2021).

Si el feto presenta síndrome de Potter a menudo se requiere un cuidado de apoyo significativo para supervivencia del recién nacido. Los bebés diagnosticados con este síndrome rara vez sobreviven, sin embargo se debe recordar que la tasa de supervivencia depende en gran medida de la causa subyacente. Los bebés que sobreviven suelen experimentar resultados graves a largo plazo, en este caso el feto estudiado a través de un rastreo ecografía se evidenció que presentó líquido amniótico en sus pulmones, malformaciones congénitas como labio leporino, puente de la nariz plano y microtia grado II que para la autora (Armata N, 2020) son malformaciones en causas fetales asociadas al síndrome de Potter, que genera deformidades faciales y estructurales.





### 1.1.7. Factores de riesgos maternos.

La autora (Lazo M., 2020) en su tesis sobre Comorbilidades maternas en pacientes con oligoamnios asegura que llegan a mostrarse con frecuencia debido a que en su estudio se concluye que nueve de cada diez pacientes presentaron morbilidad asociada, siendo en el contexto obstétrico las siguientes:

- Pérdida de bienestar fetal.
- Limitación de crecimiento intrauterino.
- Rotura prematura de membrana.
- Insuficiente placentaria. (Lazo M., 2020)

A lo que respecta en la paciente la falta de líquido amniótico puede ser causada en muchas ocasiones en consecuencia de otras anomalías o enfermedades ya presentes, entre las más frecuentes esta: la insuficiencia placentaria, hipertensión arterial, anticuerpos anti-fosfolípidos, enfermedades de colágenos, diabetes, Hipovolemia, uso de medicamentos. Estas serán definidas a continuación:

#### 1.1.7.1. Insuficiencia placentaria

Conocida como difusión útero-placentaria, debido a que la placenta no se desarrolla de la forma que habitualmente se espera. Es decir la insuficiencia placentaria es aquella que impide contribuir en los sustentos y en el oxígeno que requiere el feto habitualmente para expresarse de manera adecuada (Clinica Los Condes , 2021)

#### 1.1.7.2. Hipertensión arterial

Las mujeres en gestación padecen alteraciones en la hipertensión arterial a lo largo de toda esta etapa, la misma empieza a bajar a finales del periodo de los tres primeros meses y continua variando todo la fase siguiente que comprende el segundo trimestre del embarazo, finalmente en el tercer trimestre este consigue tener su nivel normal. En el caso de que la paciente tenga historial clínico de



padecer hipertensión arterial antes del embarazo o presentarlo en las primeras 20 semanas de gestación se la denomina como Hipertensión crónica (Tisiana, 2021). La hipertensión arterial alta durante la gestación es conocida también como preeclampsia y en países en vías del desarrollo es considerado como una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en las pacientes (Ulanowicz G., et al, 2005).

#### **1.1.7.3. Anticuerpos anti-fosfolípidos**

El síndrome anti-fosfolípido es un desbarajuste determinado por incidentes ordinarios tromboembólicos venosos que causa trombosis venosa insondable e incluso embolias pulmonares en las pacientes por la coagulación de la sangre, aumentando la probabilidad de morbilidades en la gestación. (Lawson A., et al, 2015). Las pacientes con antecedentes a sucesos tromboembólicos quienes poseen anticuerpos anti-fosfolípidos muestran peligro de recurrencia en embarazos posteriores.

#### **1.1.7.4. Enfermedades de colágenos**

Enfermedades tales como: Lupus eritematoso sistémico, Artritis reumatoidea, Esclerodermia y Miastenia grave son algunas de los trastornos considerados peligrosos para la gestación correcta, causando en varios casos Insuficiencia útero placentaria, problemas graves en densidad ósea y de la piel, retrasos del crecimiento intrauterino, en ocasiones prematuridad e incluso pueden llegar a producir el aborto del feto. (Anonimo, 2007).

#### **1.1.7.5. Diabetes**

Sucede que al menos el mayor o igual al 6% de las pacientes en gestación tienen diabetes mellitus en el 8,5% de las embarazadas, esto sigue incrementando mientras aumenta las cantidades de obesidad. Uno de los factores de riesgo de la diabetes gestacional es la pérdida fetal inexplicable. (Artal-Mittelmark, 2020)



#### 1.1.7.6. Hipovolemia

El autor (Spataro G., 2018) considera que la hipovolemia es la reducción del volumen circulante de sangre y otros líquidos cardiovascular, en caso del que la paciente en gestación tenga hipovolemia los profesionales deben actuar rápidamente aumentando la circulación de la sangre y normalizar el pulso para evitar un shock, ya que un shock hipovolémico afecta al cerebro y corazón, al no enviar el suficiente aporte sanguíneo poniendo en riesgo al paciente y al feto.

#### 1.1.7.7. Fármacos

Digerir algunos medicamentos que sean inhibidores de la enzima convertidor de angiotensina (IECA), entre ellos Captopril o Enalapril, a lo largo del segundo y tercer trimestres del embarazo tienen la posibilidad de ocasionar que exista bastante o poco líquido amniótico. (Chacón, E., 2018)

#### 1.1.8. Diagnóstico clínico

Aunque la gestante no presente ni signos ni síntomas físicos que manifiesten el padecimiento de oligoamnio severos, si se evidencio a través de ecografías un ILA de 1 a 0 cm, así mismo malformaciones congénitas como: labio leporino, secuelas de Potter. De tal manera que los factores que desencadenaron oligoamnio severos en este caso fue por causas fetales en las que se abarcan: crecimiento intrauterino restringido, anomalías del tracto genitourinario (agenesia renal, nefropatía obstructiva), anomalías cromosómicas, embarazos prolongados y muerte fetal.

El pronóstico para los fetos cuyo oligoamnio severo es causado por defectos congénitos que afecten el riñón y la vejiga dependerán de la función de los riñones después del nacimiento. Si los niveles del líquido amniótico fueron muy bajos durante el periodo del segundo trimestre cuando el desarrollo pulmonar alcanza su punto máximo, es posible que el feto no desarrolle suficiente tejido pulmonar y presentar problemas durante el parto, sin embargo si el nivel bajo de líquido amniótico se presenta después de la 23 a 24 semana el feto podría



generar el tejido pulmonar adecuado incluso si los niveles de líquido se vuelven más bajos en la última etapa del embarazo.

El (Hospital Materno-Infantil Vall D´Hebron , 2020) en su informe sobre las Variaciones del líquido amniótico: análisis y tratamiento asegura que el diagnóstico de oligoamnio en pacientes también se puede realizar por técnicas semicuantitativos explicadas en el siguiente cuadro.

**Tabla 6.** Técnicas semicuantitativos para medir el líquido amniótico.

<b>TÉCNICAS SEMICUANTITATIVOS</b>	
<b>ÍNDICE DE LA (PHELAN)</b>	El resultado de este técnica es la suma de las columnas máximas autónomas de feto y cordón de los cuatro cuadrantes uterinos
<b>COLUMNA MÁXIMA</b>	Orden de la depresión de la columna más grande.
<b>VENTANA MÁXIMA</b>	Se multiplican los diámetros antero-posterior y transversos del lago máximo libre de feto y cordón.

**Fuente:** Protocolos UMF Vall Hebrón

**Elaborado por:** Génesis Gabriela Lombeida Salazar

### 1.1.9. Tratamiento

El tratamiento y el pronóstico del oligoamnio varían mucho según la etiología subyacente, la edad gestacional en el momento del diagnóstico y la gravedad del oligoamnio. Es más probable que el diagnóstico de oligoamnio durante el segundo trimestre se asocie con anomalías fetales o maternas, mientras que es más probable que el diagnóstico en el tercer trimestre sea de origen inexplicable.

No existe hasta el momento ningún tratamiento a largo plazo y eficaz para el control de oligoamnios severo en casos de pacientes que cruce el segundo trimestre de gestación, solo es posible encontrar ciertas mejoras a corto plazo del volumen de líquido amniótico en pacientes con embarazo a término completo o que su padecimiento de oligoamnio se encuentre en rango leve o moderado y se puede considerar en determinadas circunstancias, como cuando se necesita un examen anatómico fetal. En casos investigados los tratamientos que se utilizan son los siguientes:



#### 1.1.9.1. Tratamiento conservador.

Hidratación Materna: la hidratación oral es un medio para aumentar transitoriamente el volumen de líquido amniótico y es menos invasiva que la amnioinfusión. La hidratación con agua oral reduce la amoralidad plasmática materna y la concentración de sodio, lo que resulta en un flujo de agua materno-fetal impulsado osmóticamente. El aumento del volumen de flujo sanguíneo placentario, la diuresis fetal y la posible disminución de la reabsorción de líquido amniótico a través de la deglución o el flujo intramembranosa aumentan el volumen de líquido amniótico. (Beloosesky R. et al, 2011)

#### 1.1.9.2. Tratamiento invasivo

Amnioinfusión: Acrecienta temporalmente el volumen de líquido amniótico. Se ha utilizado en los siguientes entornos:

- Para mejorar la detección de anomalías fetales.
- Para facilitar la versión cefálica.
- Para prevenir las secuelas fetales del oligoamnios.

Este tratamiento de amnioinfusión profiláctica se basa en aumentar el volumen de acuosidad en la cavidad amniótica y se ejecuta durante el alumbramiento donde se introduce un catéter por el orificio del cuello uterino para la inserción de líquido que se constituye de un suero fisiológico estéril (Marin A., 2020). Sin embargo, el Colegio Real de Obstetras y Ginecólogos no recomienda esto para las mujeres con rotura prematura de membranas.



## 1.2. JUSTIFICACIÓN

Para el año 2010 el índice de muerte neonatal tubo un aumento del 4% en correlación al año 1990 cuyo porcentaje mundial responde al 37%, cuyas causas principales son infecciones, prematuridad y asfixia perinatal.

A nivel mundial el oligoamnios se presenta aproximadamente en un 10% de los embarazos. Se asocia con un incremento de la morbilidad y mortalidad perinatal a cualquier edad gestacional y más acentuado en el II trimestre de la gestación. Según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censo “INEC” en el Ecuador en el año 2014 se registró una tasa de 1.20% de mortalidad materna por alteraciones del líquido amniótico. (INEC, 2014)

El Oligoamnios severo se asocia a un 15% de anomalías congénitas, a un 25-40% de retraso del crecimiento intrauterino y a una tasa de mortalidad del 133 por 1000 nacidos vivos.

Los casos de oligoamnio asociado a diversas patologías obstétricas son: sufrimiento fetal crónico, embarazo prolongado, malformaciones renales, problemas pulmonares, estómago e intestinos (Sánchez, 2005), lo cual es una causa predominante de muerte neonatal que para el Ecuador este tipo de decesos ascienden el 21.5% (Caicedo C., 2014)

La probabilidad de supervivencia en niños con oligoamnios que presentan malformaciones y otros cuadros clínicos como el síndrome de Potter están relacionados a una esperanza de vida 3 años, debido a que el 100% de la población estudiada presentó enfermedades renales crónicas llegando a una insuficiencia renal terminal que requiere de diálisis y trasplantes. Además en este grupo de estudio se concluyó que una pequeña parte presentó retraso del crecimiento ( Laurence K et all, 2021).



### **1.3. OBJETIVOS**

#### **1.3.1. Objetivo General**

- Inferir la conducta obstétrica en paciente secundigesta de 25 años de edad con embarazo de 28 semanas de gestación más oligoamnios severo en Distrito 09D17

#### **1.3.2. Objetivo Especificos.**

- Describir el caso clínico de paciente secundigesta de 25 años de edad con embarazo de 28 semanas de gestación más Oligoamnios severo.
- Investigar causas de oligoamnios severo en embarazo de 28 semanas de gestación
- Analizar la conducta obstétrica en embarazos de 28 semanas de gestación con Oligoamnio severo en distrito 09D17



#### 1.4. DATOS GENERALES

<b>Código:</b> XXXXXXXXX	<b>Edad:</b> 25 años
<b>Género:</b> Femenino	<b>Fecha de nacimiento:</b> 04/01/96
<b>Nacionalidad:</b> Ecuatoriana	<b>Ocupación:</b> Ama de casa
<b>Nivel de estudio:</b> 4to Colegio	<b>Raza:</b> Mestizo
<b>Religión:</b> Evangélica	<b>Nivel socioeconómico:</b> Bajo
<b>Domicilio:</b> Milagro	<b>Hospital:</b> Hospital “León Becerra Camacho”

**Fuente:** Historia clínica del paciente

**Elaborado por:** Génesis Gabriela Lombeida Salazar

#### SEGUIMIENTO

##### Control en el I nivel de atención centro de Salud “LAS PIÑAS”

Paciente de 25 años de edad FUM: 14/09/2021 acude al primer control prenatal con embarazo de 4.5 semanas de gestación, durante su primer trimestre de embarazo presento Infección de Vías Urinarias y Candidiasis Vulvovaginal al comienzo del segundo trimestre, donde se brindó tratamiento adecuado y específico según Historial Clínico, se registraron 5 controles prenatales, 3 visitas domiciliarias. Paciente acude al Centro de Salud con resultado de ecografía enviada el 17/02/2021 donde se evidencia pérdida de Líquido Amniótico (ILA) 1 con diagnóstico de embarazo de +/-23.1 semanas de gestación + Oligoamnios Severo. Obstetra explica los riesgos y complicaciones de dicha patología se envía hoja de referencia para segundo nivel de atención en el “Hospital León Becerra Camacho” donde paciente acude por área de emergencia de Ginecología donde se decide el ingreso para tratamiento y seguimiento oportuno en bienestar materno fetal .Paciente en su primer día de ingreso pide alta petición a pesar de las explicaciones brindadas por parte de personal médico sobre riesgos y complicaciones que pueden desencadenar a raíz de esta patología .

Mediante visita domiciliaria por parte de Médico y Obstetra del Centro de Salud se logra contactar a la paciente y se da hincapié del motivo de su salida del Hospital donde se encontraba ingresada, una vez más se profundizo sobre los grandes





riesgos, causas y complicaciones de esta patología esta vez en compañía de su esposo y demás familiares, esta visita se realizó con el propósito que paciente retome nuevamente su tratamiento. Se realiza hoja de referencia por segunda ocasión al segundo nivel de atención en el Hospital “León Becerra Camacho” donde es recibida por el área de emergencia de Ginecología para su tratamiento y seguimiento especializado en bienestar Materno Fetal.

## REFERENCIA AL II NIVEL DE ATENCIÓN

### 2. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

#### 2.1. ANALISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de 25 años de edad, acude a esta casa de salud referida de Centro de Salud “LAS PIÑAS” por presentar patología de Oligoamnios Severo con Embarazo de +/-25 semanas de gestación, con indicación para consulta por el área de emergencia de Ginecológica por manifestar embarazo de alto riesgo debido a patología de base.

#### 2.2. HISTORIAL CLINICO DEL PACIENTE

ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES	
Antecedentes patológicos personales:	No refiere
Antecedentes patológicos familiares:	Papa Hipertenso Abuelo Materna con Diabetes Mellitus
Antecedentes quirúrgicos:	No refiere
Antecedentes alérgicos:	No refiere
Hábitos:	No alcohol, no drogas

El Fuente: Historia clínica del paciente  
Elaborado por: Génesis Gabriela Lombeida Salazar



ANTECEDENTES GINECO- OBSTÉTRICOS	
<b>Menarquia:</b> 12 años	<b>Ciclos menstruales:</b> 28 días
<b>Planificación familiar:</b> Si	<b>Inicio de vida sexual:</b> 15 años
<b>Parejas sexuales:</b> 1	<b>Gestas:</b> 2 P:2 A:0 C:0
<b>FUM:</b> 14/ Septiembre/2020	<b>Controles prenatales:</b> 5 CS. "Las Piñas".
<b>Vacunas:</b> 2	<b>Ecografía en Cs:</b> 5
<b>PIG:</b> 4 años 3 meses	<b>ITS:</b> ninguno

**Fuente:** Historia clínica del paciente  
**Elaborado por:** Génesis Gabriela Lombeida Salazar

### 2.3. ANAMNESIS

Paciente de sexo femenino de 25 años de edad, secundigesta hemodinámicamente estable. Sin signos ni síntomas neurológicos aparentes, es referida del Centro de Salud "Las Piñas" al área de emergencia de Ginecología siguiendo las normas y protocolo de referencia de las guías práctica clínica del Ministerio de Salud Pública, por presentar Oligoamnios Severo de +/- 2 semanas de evolución con diagnóstico de Embarazo de +/- 25 semanas de gestación más Oligoamnios Severo. Paciente es atendida por Ginecología en el área de emergencia al ser referida del primer nivel de atención junto exámenes de laboratorios y reporte ecográfico, al interrogatorio paciente activa electiva, no refiere ni signos, ni síntomas agregados. Paciente manifiesta que tuvo una atención previa en primer nivel de atención en sus controles prenatales, también menciona que estuvo ingresada anteriormente en esta casa de salud pero no cumplió con tratamiento especificado por Alta petición. Se decide el ingreso al área de Ginecología para seguimiento y tratamiento adecuado en bienestar materno fetal.

### 2.4. EXPLORACION CLINICA

#### Examen Físico

**General:** Paciente orientada en tiempo, espacio y persona, hemodinámicamente estable, sin signos ni síntomas neurológicos, Glasgow 15/15.



**Cabeza:** normo cefálica, conjuntivas normales, vías aéreas permeables, facie tranquila, pabellón auditivo sin patología mucosas orales

**Cuello:** simétrico, sin adenopatías

**Tórax:** expandible, simétrico, mamas asimétricas no nódulos, campos pulmonares bien ventilados, corazón rítmico, no soplos cardiacos.

**Extremidades:** simétricas, sin patología aparente, no edemas, reflejos conservados.

**Abdomen:** globuloso compatible con embarazo de +/- 25 semanas por altura de fondo uterino, no doloroso a la palpación.

**RIG:** Tanner V, no se evidencia sangrado ni perdida de líquido por vía vaginal, no se evidencia secreción vaginal.

## 2.5. INFORMACION DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

Ecografías obstétricas presentadas en el área de emergencia al momento del ingreso:

### FECHA DE ECOGRAFÍA (19/02/2021):

Al rastreo ecográfico: se reporta feto único vivo, presentación: pelviano, dorso izquierdo FCF de 155 Lx, ILA de 1, PLACENTA: fundica grado 0, OCI: cerrado

**ID: Embarazo de 23.2 semanas de gestación + oligoamnios severo.**

Ecografía obstétrica institucional (HLBC) al momento del ingreso

### FECHA DE ECOGRAFÍA (13/03/2021):

Al reporte ecográfico: se reporta feto único vivo presentación: pelviano, dorso izquierdo FCF de 155 Lx, ILA de 1. PLACENTA: fundica posterior grado II, OCI: cerrado

**ID: Embarazo de 25.5 semanas de gestación + oligoamnios severo**

Exámenes complementarios institucionales (HLBC) al momento del ingreso

### BIOMETRIA HEMATICA COMPLETA

<b>Hemoglobina</b>	11.40 g/dl
<b>Hematocrito</b>	33.3%



<b>Hematíes</b>	4.05 mm <sup>3</sup> /uL
<b>Leucocitos</b>	10.29/uL
<b>Plaquetas</b>	206/uL
<b>Linfocitos</b>	23.4%
<b>Neutrófilos</b>	68.9%
<b>Eosinófilos</b>	2.0%
<b>TIPIFICACION SANGUINEA RH (D)</b>	
<b>Grupo sanguíneo: B</b>	
<b>Factor Rh: positivo</b>	
<b>COAGULACION</b>	
<b>Tiempo parcial de tromboplastina (TTP): 28.70 sg</b>	
<b>Tiempo de protrombina (TP): 19.3 sg</b>	
<b>QUIMICA</b>	
<b>Glucosa en Ayunas</b>	87.3 mg/dl
<b>Urea</b>	10.0 mg/dl
<b>Creatinina</b>	2.18 mg/dl
<b>TGO</b>	19.0 U/L
<b>TGP</b>	13.0 U/L
<b>AUTOINMUNES E INFECCIOSAS</b>	
<b>HIV 1-2 generación: no reactivo</b>	
<b>VDRL: negativo</b>	
<b>TORCH: negativo</b>	

Fuente: Historia clínica del paciente  
Elaborado por: Génesis Gabriela Lombeida Salazar

<b>Medidas generales y terapéuticas</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>● Control de signos vitales</li><li>● Valoración Obstétrica</li><li>● Valoración de vitalidad fetal</li><li>● Exámenes de Laboratorio</li><li>● Ecografía Obstétrica de control</li><li>● Lactato de Ringer 1.000 cc pasar a 30 gotas por minuto</li></ul>

Fuente: Historia clínica del paciente  
Elaborado por: Génesis Gabriela Lombeida Salazar



## 2.6. FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.

Diagnóstico Presuntivo: Embarazo de +/-25 semanas de gestación más ruptura prematura de membrana

Diagnóstico Diferencial: Embarazo de +/-25.4 semanas de gestación más oligoamnios severo ( ILA 1)

Diagnóstico Definitivo: Paciente secundigesta de 25 años de edad embarazo de +/-28 semanas de gestación con Oligoamnios Severo.

## 2.7. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.

El manejo del oligoamnios depende de la edad gestacional en que se encuentre, de evidenciarse compromiso fetal como patología severa del embarazo, hipertensión, diabetes o restricción del crecimiento intrauterino entre otras. Se debe indicar la maduración pulmonar con corticoides (betametasona 12 mg 01 I.M. /24 horas durante 2 días) entre las 24 y las 34 semanas

## 2.8. SEGUIMIENTO

### Consultas Ginecológicas en el Hospital “León Becerra Camacho”

#### PRIMER DIA DE HOSPITALIZACION (14/03/21)

NOTA DE EVOLUCION	INDICACIONES
Paciente de sexo femenino con embarazo de +/-25.5 semanas de gestación, orientada en tiempo y espacio, hemodinámicamente estable, sin signos ni síntomas neurológicos,	<ul style="list-style-type: none"><li>● Cuidados de enfermería</li><li>● Control de signos vitales</li><li>● Valoración Obstétrica</li><li>● Valoración de vitalidad fetal</li><li>● Reposo Absoluto.</li></ul>



<p>Glasgow 15/15.</p> <p><b>SIGNOS VITALES</b></p> <p>Score mama: TA: 110/68; FC: 82; FR: 20; T: 36.5 C, SPO2: 99%; Proteinuria: (-) consciente/alerta. Score mama (0 )</p> <p><b>EXAMEN FISICO</b></p> <p><b>Cabeza:</b> normo cefálica, conjuntivas normales, vías aéreas permeables, pabellón auditivo sin patología, mucosas orales húmedas.</p> <p><b>Cuello:</b> simétrico, sin adenopatías</p> <p><b>Tórax:</b> expandible, simétrico, mamas asimétricas no nódulos, campos pulmonares bien ventilados, corazón rítmico no soplos cardiacos</p> <p><b>Abdomen:</b> abdomen gestante feto único vivo, movimientos fetales activos percibidos, FCF 148 Lx, no doloroso a la palpación</p> <p><b>RIG:</b> Tanner V, no se evidencia sangrado ni pérdida de líquido por vía vaginal, no se evidencia secreción vaginal.</p> <p><b>Extremidades:</b> simétricas, sin patología aparente, no edemas, reflejos conservados</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Comunicar novedades</li></ul> <p><b>TRATAMIENTO</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>● Lactato ringer 1000 cc pasar IV 30 gotas x' minuto</li></ul> <p><b>EXAMENES DE LABORATORIO</b></p> <p><b>RBC:</b> 3.63 mm<sup>3</sup></p> <p><b>HTCO:</b> 33.3 %</p> <p><b>HGB:</b> 11.40 mm</p> <p><b>PLT:</b> 206 mm<sup>3</sup></p> <p><b>WBC:</b> 10.76 mm<sup>3</sup></p> <p><b>NEU:</b> 77.0%</p> <p><b>LYM:</b> 18,3%</p> <p><b>EOS:</b> 1,1%</p> <p><b>UREA:</b> 31 mg/dl</p> <p><b>CREATININA:</b> 1.51 mg/dl</p>
--	--

**Fuente:** Historia clínica del paciente  
**Elaborado por:** Génesis Gabriela Lombeida Salazar



SEGUNDO DIA DE HOSPITALIZACION (15/03/21)

NOTA DE EVOLUCION	INDICACIONES
<p>Paciente de sexo femenino con embarazo de +/-25.6 semanas de gestación, orientada en tiempo y espacio, hemodinámicamente estable, sin signos ni síntomas neurológicos, Glasgow 15/15.</p> <p><b>SIGNOS VITALES</b></p> <p>Score mama: TA: 115/68; FC: 82; FR: 20; T: 36.3 C, SPO2: 98%; Proteinuria: (-) consciente/alerta. Score mama (0 )</p> <p><b>EXAMEN FISICO</b></p> <p><b>Cabeza:</b> normo cefálica, conjuntivas normales, vías aéreas permeables, pabellón auditivo sin patología, mucosas orales húmedas.</p> <p><b>Cuello:</b> simétrico, sin adenopatías</p> <p><b>Tórax:</b> expandible, simétrico, mamas asimétricas no nódulos, campos pulmonares bien ventilados, corazón rítmico no soplos cardiacos</p> <p><b>Abdomen:</b> abdomen gestante feto único vivo, movimientos fetales activos percibidos, FCF 149 Lx, no doloroso a la palpación</p> <p><b>RIG:</b> Tanner V, se evidencia sangrado ni perdida de líquido por vía vaginal, no se evidencia secreción vaginal.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Control de signos vitales</li><li>● Cuidados de enfermería</li><li>● Vigilancia Obstétrica</li><li>● Valoración de vitalidad fetal</li><li>● Control de ingestas y excretas</li><li>● Reposo Absoluto.</li><li>● Comunicar novedades</li></ul> <p><b>TRATAMIENTO</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>● Lactato ringer 1000 cc pasar IV 30 gotas x' minuto</li></ul>



<p><b>Extremidades:</b> simétricas, sin patología aparente, no edemas, reflejos conservados</p>	
---	--

**Fuente:** Historia clínica del paciente  
**Elaborado por:** Génesis Gabriela Lombeida Salazar

### TERCER DIA DE INGRESO HOSPITALARIO (16/03/21)

NOTA DE EVOLUCION	INDICACIONES
<p>Paciente de sexo femenino con embarazo de +/-26 semanas de gestación, orientada en tiempo y espacio, hemodinámicamente estable, sin signos ni síntomas neurológicos, Glasgow 15/15.</p> <p><b>SIGNOS VITALES</b></p> <p>Score mama: TA: 119/74; FC: 85; FR: 20; T: 36.1C, SPO2: 99%; Proteinuria: (-) consciente/alerta. Score mama (0 )</p> <p><b>EXAMEN FISICO</b></p> <p><b>Cabeza:</b> normo cefálica, conjuntivas normales, vías aéreas permeables, pabellón auditivo sin patología, mucosas orales húmedas.</p> <p><b>Cuello:</b> simétrico, sin adenopatías</p> <p><b>Tórax:</b> expandible, simétrico, mamas asimétricas no nódulos, campos pulmonares bien ventilados, corazón rítmico no soplos cardiacos</p> <p><b>Abdomen:</b> abdomen gestante feto único vivo, movimientos fetales</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Cuidados de enfermería</li> <li>● Control de signos vitales</li> <li>● Vigilancia Obstétrica</li> <li>● Valoración de vitalidad fetal</li> <li>● Deambulacion temprana</li> <li>● Comunicar novedades</li> </ul> <p><b>TRATAMIENTO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Lactato ringer 1000 cc pasar IV 30 gotas x' minuto</li> <li>● Amoxicilina + Acido clavulánico 500mg +125 mg cada 8 horas</li> </ul>





<p>activos percibidos, FCF 150 Lx, no doloroso a la palpación</p> <p><b>RIG:</b> Tanner V, no se evidencia sangrado ni pérdida de líquido por vía vaginal, no se evidencia secreción vaginal.</p> <p><b>Extremidades:</b> simétricas, sin patología aparente, no edemas, reflejos conservados</p>	
---	--

**Fuente:** Historia clínica del paciente  
**Elaborado por:** Génesis Gabriela Lombeida Salazar

#### CUARTO DIA DE HOSPITALIZACION (17/03/21)

NOTA DE EVOLUCION	INDICACIONES
<p>Paciente de sexo femenino con embarazo de +/-26.1 semanas de gestación, orientada en tiempo y espacio, hemodinámicamente estable, sin signos ni síntomas neurológicos, Glasgow 15/15.</p> <p><b>SIGNOS VITALES</b></p> <p>Score mama: TA: 118/72; FC: 82; FR: 19; T:36.6 C, SPO2: 99%; Proteinuria: (-) consciente/alerta. Score mama (0)</p> <p><b>EXAMEN FISICO</b></p> <p><b>Cabeza:</b> normo cefálica, conjuntivas normales, vías aéreas permeables, pabellón auditivo sin patología, mucosas orales húmedas.</p> <p><b>Cuello:</b> simétrico, sin adenopatías</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Control de signos vitales</li> <li>● Cuidados de enfermería</li> <li>● Control de Score mama</li> <li>● Deambulacion temprana</li> <li>● Reposo</li> <li>● Comunicar novedades.</li> </ul> <p><b>TRATAMIENTO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Lactato ringer 1000 cc pasar IV 30 gotas x' minuto</li> <li>● Amoxicilina + Acido clavulánico 500mg +125 mg cada 8 horas</li> </ul> <p><b>EXAMEN DE LABORATORIO</b></p> <p><b>RBC:</b> 3.73 mm<sup>3</sup></p> <p><b>HTCO:</b> 33.3%</p> <p><b>HGB:</b> 10,90 mm</p> <p><b>PLT:</b> 205 mm<sup>3</sup></p> <p><b>WBC:</b> 8.28 mm<sup>3</sup></p>



<p><b>Tórax:</b> expandible, simétrico, mamas asimétricas no nódulos, campos pulmonares bien ventilados, corazón rítmico no soplos cardiacos</p> <p><b>Abdomen:</b> abdomen gestante feto único vivo, movimientos fetales activos percibidos, FCF 148 Lx, no doloroso a la palpación</p> <p><b>RIG:</b> Tanner V, no se evidencia sangrado ni perdida de líquido por vía vaginal, no se evidencia secreción vaginal.</p> <p><b>Extremidades:</b> simétricas, sin patología aparente, no edemas, reflejos conservados</p>	<p><b>NEU:</b> 66.0%</p> <p><b>LYM:</b> 21.1%</p> <p><b>EOS:</b> 1.7%</p> <p><b>UREA:</b> 35 mg/dl</p> <p><b>CREATININA:</b> 1.00 mg/dl</p>
--	---

**Fuente:** Historia clínica del paciente

**Elaborado por:** Génesis Gabriela Lombeida Salazar

### QUINTO DIA DE HOSPITALIZACION (18/03/21)

NOTA DE EVOLUCION	INDICACIONES
<p>Paciente de sexo femenino con embarazo de +/-26.2 semanas de gestación, orientada en tiempo y espacio, hemodinámicamente estable, sin signos ni síntomas neurológicos, Glasgow 15/15.</p> <p><b>SIGNOS VITALES</b></p> <p>Score mama: TA: 120/68; FC: 82; FR: 20; T: 36.9 C, SPO2: 99%;            Proteinuria: (-) consciente/alerta.            Score mama (0 )</p> <p><b>EXAMEN FISICO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Control de signos vitales</li> <li>● Cuidados de enfermería</li> <li>● Control de Score mama</li> <li>● Deambulacion temprana</li> <li>● Comunicar novedades.</li> </ul> <p><b>TRATAMIENTO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Lactato ringer 1000 cc pasar IV 30 gotas x' minuto</li> <li>● Amoxicilina + Acido clavulánico 500mg +125 mg cada 8 horas</li> </ul>



<p><b>Cabeza:</b> normo cefálica, conjuntivas normales, vías aéreas permeables, pabellón auditivo sin patología, mucosas orales húmedas.</p> <p><b>Cuello:</b> simétrico, sin adenopatías</p> <p><b>Tórax:</b> expandible, simétrico, mamas asimétricas no nódulos, campos pulmonares bien ventilados, corazón rítmico no soplos cardiacos</p> <p><b>Abdomen:</b> abdomen gestante feto único vivo, movimientos fetales activos percibidos, FCF 148 Lx, no doloroso a la palpación</p> <p><b>RIG:</b> Tanner V, no se evidencia sangrado ni pérdida de líquido por vía vaginal, no se evidencia secreción vaginal.</p> <p><b>Extremidades:</b> simétricas, sin patología aparente, no edemas, reflejos conservados</p>	
--	--

Fuente: Historia clínica del paciente  
Elaborado por: Génesis Gabriela Lombeida Salazar

### SEXTO DIA DE HOSPITALIZACION (19/03/21)

NOTA DE EVOLUCION	INDICACIONES
Paciente de sexo femenino con embarazo de +/-26.3 semanas de gestación, orientada en tiempo y espacio, hemodinámicamente estable, sin signos ni síntomas neurológicos,	<ul style="list-style-type: none"><li>● Alta medica</li><li>● Referencia al III nivel de atención</li></ul>



Glasgow 15/15.	
<p><b>SIGNOS VITALES</b></p> <p>Score mama: TA: 116/65; FC: 82; FR: 20; T: 36.5 C, SPO2: 99%;Proteinuria: (-) consciente/alerta. Score mama (0 )</p> <p><b>EXAMEN FISICO</b></p> <p><b>Cabeza:</b> normo cefálica, conjuntivas normales, vías aéreas permeables, pabellón auditivo sin patología, mucosas orales húmedas.</p> <p><b>Cuello:</b> simétrico, sin adenopatías</p> <p><b>Tórax:</b> expandible, simétrico, mamas asimétricas no nódulos, campos pulmonares bien ventilados, corazón rítmico no soplos cardiacos</p> <p><b>Abdomen:</b> abdomen gestante feto único vivo, movimientos fetales activos percibidos, FCF 148 Lx, no doloroso a la palpación</p> <p><b>RIG:</b> Tanner V, no se evidencia sangrado ni perdida de líquido por vía vaginal, no se evidencia secreción vaginal.</p> <p><b>Extremidades:</b> simétricas, sin patología aparente, no edemas, reflejos conservados</p>	

**Fuente:** Historia clínica del paciente  
**Elaborado por:** Génesis Gabriela Lombeida Salazar



### REFERENCIA AL III NIVEL DE ATENCIÓN

Paciente de 25 años de edad, secundigesta, acude a consulta ginecológica en un hospital de III nivel de atención referida de establecimiento de salud de II nivel acude acompañada de su mamá con papeles de referencia el cual la ecografía obstétrica reporta: Embarazo de 27.6 Semanas + Oligoamnios severo .Mediante el estudio y análisis correspondientes se decide el ingreso de la paciente para tratamiento y seguimiento oportuno en base a Normas y protocolo del Ministerio de Salud Pública.

### Examen de laboratorio realizado en el área de emergencia al momento del ingreso

PRUEBA	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
Hemoglobina	10.0	12-16
Hematocrito	30.7	36.0-45.0 %
Leucocitos	9.12	4-12
Neutrófilos	67.8	50-70
Linfocitos	23.4	20-40
Plaquetas	170	100-300
MCV	76.2	80-100
MCH	24.8	27-34

**Fuente:** Historia clínica del paciente  
**Elaborado por:** Génesis Gabriela Lombeida Salazar



PRIMER DIA DE HOSPITALIZACION (02/04/2021)

NOTA DE EVOLUCION	INDICACIONES
<p>Paciente de sexo femenino con embarazo de +/-27.6 semanas de gestación, orientada en tiempo y espacio, hemodinámicamente estable, sin signos ni síntomas neurológicos, Glasgow 15/15.</p> <p><b>SIGNOS VITALES</b></p> <p>Score mama: TA: 110/68; FC: 82; FR: 20; T: 36.5 C, SPO2: 99%; Proteinuria: (-) consciente/alerta. Score mama (0)</p> <p><b>EXAMEN FISICO</b></p> <p><b>Cabeza:</b> normo cefálica, conjuntivas normales, vías aéreas permeables, pabellón auditivo sin patología, mucosas orales húmedas.</p> <p><b>Cuello:</b> simétrico, sin adenopatías</p> <p><b>Tórax:</b> expandible, simétrico, mamas asimétricas no nódulos, campos pulmonares bien ventilados, corazón rítmico no soplos cardiacos</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Cuidados de enfermería</li><li>● Control de signos vitales</li><li>● Valoración Obstétrica</li><li>● Valoración de vitalidad fetal</li><li>● Reposo Absoluto.</li><li>● Comunicar novedades</li></ul> <p><b>TRATAMIENTO</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>● Cloruro de Sodio de 1000 cc pasar a 30 gotas por minuto</li><li>● Betametasona 12 mg cada 24 horas IM 2 dosis (primera dosis)</li></ul> <p><b>EXAMENES DE LABORATORIO</b></p> <p><b>RBC:</b> 3.63 mm<sup>3</sup></p> <p><b>HTCO:</b> 33.3 %</p> <p><b>HGB:</b> 11.40 mm</p> <p><b>PLT:</b> 206 mm<sup>3</sup></p> <p><b>WBC:</b> 10.76 mm<sup>3</sup></p> <p><b>NEU:</b> 77.0%</p> <p><b>LYM:</b> 18,3%</p> <p><b>EOS:</b> 1,1%</p> <p><b>UREA:</b> 31 mg/dl</p> <p><b>CREATININA:</b> 1.51 mg/dl</p>

**Fuente:** Historia clínica del paciente  
**Elaborado por:** Génesis Gabriela Lombeida Salazar



SEGUNDO DIA DE HOSPITALIZACION (05-04-2021)

NOTA DE EVOLUCION	INDICACIONES
<p>Paciente de sexo femenino con embarazo de +/-28 semanas de gestación, orientada en tiempo y espacio, hemodinámicamente estable, sin signos ni síntomas neurológicos, Glasgow 15/15.</p> <p><b>SIGNOS VITALES</b></p> <p>Score mama: TA: 110/68; FC: 82; FR: 20; T: 36.5 C,SPO2: 99%; Proteinuria: (-) consciente/alerta. Score mama (0 )</p> <p><b>EXAMEN FISICO</b></p> <p><b>Cabeza:</b> normo cefálica, conjuntivas normales, vías aéreas permeables, pabellón auditivo sin patología, mucosas orales húmedas.</p> <p><b>Cuello:</b> simétrico, sin adenopatías</p> <p><b>Tórax:</b> expandible, simétrico, mamas asimétricas no nódulos, campos pulmonares bien ventilados, corazón rítmico no soplos cardiacos</p> <p><b>Abdomen:</b> abdomen gestante feto único vivo, movimientos fetales activos percibidos, FCF 148 Lx, no doloroso a la palpación</p> <p><b>RIG:</b> Tanner V, no se evidencia sangrado ni perdida de líquido por vía vaginal, no se evidencia secreción vaginal.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Cuidados de enfermería</li><li>● Control de signos vitales</li><li>● Valoración Obstétrica</li><li>● Valoración de vitalidad fetal</li><li>● Inducción de trabajo de Parto</li><li>● Comunicar novedades</li></ul> <p><b>TRATAMIENTO</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>● Cloruro de Sodio de 1000 cc pasar a 30 gotas por minuto</li><li>● Betametasona 12 mg cada 24 horas IM 2 dosis (segunda dosis)</li><li>● Misoprostol 25 ug Via vaginal cada 3 horas en 4 dosis</li></ul>



<b>Extremidades:</b> simétricas, sin patología aparente, no edemas, reflejos conservados	
--	--

**Fuente:** Historia clínica del paciente  
**Elaborado por:** Génesis Gabriela Lombeida Salazar

### PACIENTE PASA A SALA DE LABOR DE PARTO

<p><b>Nota de Evolución</b></p> <p>Paciente refiere sensación de pujos por lo que es pasada a sala de parto, se valora al tacto vaginal: paciente con parámetros completos, se realiza asepsia y antisepsia de región vulvoperineal + colocación de campos estériles.</p> <p>Realiza parto eutócico simple, obteniendo recién nacido único vivo sexo masculino, Apgar 3/5, se pinza cordón inmediato, signos vitales inestables.</p> <p><b>MATEP</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Oxitocina 10UI IM a la salida del hombro anterior</li> <li>2. Tracción y contracción controlada y sostenida del cordón umbilical obteniendo placenta y membranas ovulares completas.</li> <li>3. Masaje uterino, útero contraído por debajo de la cicatriz umbilical, pérdida sanguínea cuantificada en funda retrocecal de 200ml.</li> </ol> <p><b>IDx:</b> Parto eutócico simple + puerperio Fisiológico inmediato.</p>	<p><b>Medidas Generales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Control de signos vitales.</li> <li>● Cuidados de enfermería</li> <li>● Control de sangrado. transvaginal cada 15min por 2 horas.</li> <li>● Asesoría de planificación familiar.</li> <li>● Charla de signos de alarma</li> <li>● Comunicar novedades.</li> </ul> <p><b>Recién Nacido</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Profilaxis oftálmica</li> <li>● Profilaxis de cordón umbilical</li> <li>● Vitamina K</li> <li>● RN pasa a sala de neonatología.</li> <li>● Se realiza reanimación neonatal.</li> <li>● Muerte neonatal a los 60 minutos de su nacimiento</li> <li>● Se evidencia malformaciones congénitas como labio leporino ,pie varo equino , microtia grado II y displasia broncopulmonar</li> </ul> <p><b>Indicaciones Terapéuticas.</b></p>
--	--





	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solución Salina 0.9% 1000ml IV 30 gotas por minuto.</li> <li>• Paracetamol 500mg VO cada 6 horas</li> <li>• Amoxicilina 500 mg VO cada 8 horas.</li> </ul>
--	---

**Fuente:** Historia clínica del paciente  
**Elaborado por:** Génesis Gabriela Lombeida Salazar  
**SCORE MAMA**

T/A	FC	FR	T°C	SPO2	E.Conciencia	Proteinuria	Total
110/70	87	19	36.2	98	Alerta	(-)	0

**Fuente:** Historia clínica del paciente  
**Elaborado por:** Génesis Gabriela Lombeida Salazar

**TERCER DIA DE HOSPITALIZACION (03-042021)**

<p><b>Nota de Evolución</b></p> <p>Paciente sexo femenino de 25 años de edad que cursa con +- 24 horas de evolución postparto Al momento hemodinámicamente estable, orientada en tiempo y espacio, afebril</p> <p><b>Al examen físico:</b> Abdomen blando depresible no doloroso a la palpación, útero contraído por debajo de la cicatriz umbilical, loquios escasos,</p> <p><b>IDx: Puerperio fisiológico mediato</b></p>	<p><b>ALTA MEDICA (17:00pm)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asesoría de planificación familiar</li> <li>• Contrarreferencia al centro de Salud.</li> </ul> <p><b>Indicaciones Terapéuticas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Amoxicilina 500mg VO cada 8 horas por 7 días</li> <li>• Paracetamol 500mg VO cada 6 horas por 5 días</li> </ul>
---	--

**Fuente:** Historia clínica del paciente  
**Elaborado por:** Génesis Gabriela Lombeida Salazar

**SCORE MAMA**

T/A	FC	FR	T°C	SPO2	E.Conciencia	Proteinuria	Total
100/60	84	19	36	98	Alerta	(-)	0

**Fuente:** Historia clínica del paciente  
**Elaborado por:** Génesis Gabriela Lombeida Salazar



### 3. OBSERVACIONES

- Paciente ingresada en II nivel atención posterior a último control prenatal , quien solicita alta petición
- Por falta de 2 controles prenatales, se realiza visita domiciliaria, siendo captada en su domicilio y manifiesta temor a intervenciones médicas sobre su embarazo.
- se refiere III nivel de atención, donde se diagnóstica Oligoamnios severo asociado a displasia broncopulmonar.
- Personal médico sugiere culminación del embarazo bajo consentimiento informado de la madre por presentar por malformaciones fetales, oligoamnios severo, lo que rechaza consentimiento informado por religión que profesa.
- Paciente rechaza consentimiento informado para culminar su embarazo y bajo intervención de familiares, la madre acepta la inducción del parto para terminación del mismo.
- Las malformaciones presente en el neonato como labio leporino , pie varo equino ,microtia grado II y displasia broncopulmonar que podría corresponder a síndrome de Potter



#### **4. CONCLUSIONES**

- La educación del paciente antes, durante y después del control prenatal es fundamental para prevención de patologías asociadas al embarazo.
- La guía práctica clínica ayuda a tomar decisiones basadas en evidencias científicas para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la paciente.
- El consentimiento informado es una manifestación de la autonomía del paciente, estableciendo un derecho por parte del paciente y un deber por parte del médico.
- La ética médica une las normas de comportamiento adecuado, bueno o correcto, en el campo de la atención al paciente, como ente concreto.



## 5. BIBLIOGRAFÍA

- Laurence K et all. (23 de julio de 2021). *Potter's Syndrome*. Obtenido de Patient: <https://patient.info/doctor/potters-syndrome>
- Anonimo. (2007). *ENFERMEDADES DEL COLÁGENO Y EMBARAZO*.
- Armata N. (2020). *Potter Syndrome*. Obtenido de osmosis: <https://www.osmosis.org/answers/potter-syndrome>
- Artal-Mittelmark, R. (Septiembre de 2020). *Factores de riesgo para complicaciones durante el embarazo*. Obtenido de Manual Merck : <https://www.merckmanuals.com/es-us/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/embarazo-de-alto-riesgo/factores-de-riesgo-para-complicaciones-durante-el-embarazo>
- Beloosesky R. et al. (2011). *Oligohidramnios*. UptoDate.
- Bhandari J, et al. (14 de agosto de 2021). *Potter Syndrome*. Obtenido de NCBI: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560858/#\\_\\_NBK560858\\_ai\\_\\_](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560858/#__NBK560858_ai__)
- Cárdenas , R. I., & Martínez , C. R. (2006). Evaluación de un método de conducta en el oligohidramnios. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 32.
- Chacón, E. (2018). *¿Qué es Oligohidramnios?* . Obtenido de Drrolandopinilla: <https://www.drrolandopinilla.com/que-es-oligohidramnios/>
- Clinica Los Condes . (10 de Julio de 2021). *¿QUÉ ES LA INSUFICIENCIA PLACENTARIA?* Obtenido de Clinica Los Condes : <https://www.clinicalascondes.cl/BLOG/Listado/Ginecologia/que-es-la-insuficiencia-placentaria>
- Cuevas L. (24 de octubre de 2012). *Mortalidad neonatal*. Obtenido de slidshare: [https://es.slideshare.net/jefe\\_docencia/dra-lidia-cuevas-toribiomortalidad-neonatal-hmijddo-2011](https://es.slideshare.net/jefe_docencia/dra-lidia-cuevas-toribiomortalidad-neonatal-hmijddo-2011)
- Dulay A. (Octubre de 2020). *Oligohidramnios*. Obtenido de Manual MSD version para profesionales : <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/oligohidramnios>



- Estroboscópico M., et al. (2005). *El corazón roto: ideación suicida en duelo*.
- Global Pre-Meds. (2014). El papel de un obstetra-ginecólogo . *Global Pre-Meds*.
- Hospital Materno-Infantil Vall D´Hebron . (2020). *ALTERACIONES DEL LÍQUIDO AMNIOTICO: DIAGNOSTICO Y ALTERACIONES DEL LÍQUIDO AMNIOTICO: DIAGNOSTICO Y*.
- INEC. (15 de agosto de 2012). *INEC presenta por primera vez estadísticas sobre religión*. Obtenido de INEC: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/inec-presenta-por-primera-vez-estadisticas-sobre-religion/>
- INEC. (2014). *Datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censo*.
- Jimenez Figueroa, E. E., & Neira Tircio, D. C. (2018). *OLIGOAMNIOS: MÉTODO ECOGRÁFICO COMO VALOR PREDICTIVO DE COMPLICACIONES MATERNO-FETALES EN GESTANTES DE 25 A 35 AÑOS DE EDAD*. GUAYAQUIL – ECUADOR: Repositorio Universidad de Guayaquil.
- Krishna, L. (2016). *Ecured*. Obtenido de Oligoamnios In Obstetrics Protocols: <https://www.ecured.cu/Oligoamnios>
- Laursen L., et al . (2005). *Hospitalización por enfermedad mental en los padres despues de la muerte de un hijo*.
- Lawson A., et al. (2015). Síndrome Antifosfolípidos en obstetricia. *REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA LXXI (616)*, 607 - 610.
- Lazo M. (2020). *Comorbilidades maternas en las pacientes con oligohidramnios atendidas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Junín 2020* . Obtenido de Repositorio de Universidad Nacional de Huancavelica:  
<http://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/3552/TESIS-SEG-ESP-OBSTETRICIA-2020-LAZO%20ORELLANA.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=Las%20como%20comorbilidades%20obst%C3%A9tricas%20mas%20frecuentes,y%20el%20circulo%20de%20cord%C3%B3n>.



- Marin A. (2020). *La Atención Especializada en la Seguridad del Paciente*. IV CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA.
- Mayo Clinic. (27 de Febrero de 2020). *Pérdida del embarazo: Cómo afrontarla*. Obtenido de Mayo Clinic: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/pregnancy-loss-miscarriage/in-depth/pregnancy-loss/art-20047983>
- Morgan F. et al. (2015). Anatomía y fisiología de la placenta y líquido amniótico. *Revmeduas* , 156 - 164.
- Noemi J. (2007). *Vida y muerte: una reflexión teológico-fundamental*. Obtenido de Scielo: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0049-34492007000100004](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0049-34492007000100004)
- OMS. (s.f.). *La OMS mantiene su firme compromiso con los principios establecidos en el preámbulo de la Constitución*. Obtenido de OMS: <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>
- OPS. (2020). *Salud materna*. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud: <https://www.paho.org/es/temas/salud-materna>
- Rovati, L. (15 de Enero de 2014). *Polihidramnios y oligohidramnios: exceso o poca cantidad de líquido amniótico en el embarazo*. Obtenido de Bebesymas: <https://www.bebesymas.com/embarazo/polihidramnios-y-oligohidramnios-exceso-o-poca-cantidad-de-liquido-amniotico-en-el-embarazo>
- Spataro G. (2018). *¿Qué es la hipovolemia?* Obtenido de Quizzclub: <https://es.quizzclub.com/games/welcome/que-es-la-hipovolemia/answer/1911773/>
- Tisiana, L. (21 de Agosto de 2021). *HIPERTENSION GESTACIONAL*. Obtenido de Cátedra de Medicina: [http://med.unne.edu.ar/revistas/revista152/6\\_152.htm](http://med.unne.edu.ar/revistas/revista152/6_152.htm)



**6. ANEXOS**

**Anexo SEQ Anexo 1\* ARABIC 1.**

**Anexo 2. Formulario de referencias, derivación, contrareferencia y referencia inversa (cuadro clínico de la paciente).**

Dirección: Vargas Torres y Manuel Hidalgo  
Teléfono: 04-2713620  
Milagro - Ecuador

HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PACIENTE:	ANCHUNDIA CARMEN
EDAD:	25 AÑOS

FECHA: 30 DE OCTUBRE DEL 2020

SE REALIZA EXPLORACIÓN PÉLVICA CON TRANSDUCTOR CONVEXO.

ÚTERO GESTANTE MIOMETRIO CON UN COMPONENTE. HOMOGÉNEO. DE SUPERFICIE LISA MIDE 4.66 CM

SE VISUALIZA SACO GESTACIONAL DE BORDES REGULARES SE OBSERVA LA PRESENCIA DEL SACO VITELINO SACO GESTACIONAL MIDE 2.20 CM EQUIVALE A 6.3 SEMANAS SE OBSERVA LA PRESENCIA DE EMBRIÓN AL DOPPLER LATIDOS CARDIACOS PRESENTES CRL (LONGITUD CRÁNEO CAUDAL) 0.70 CM EQUIVALE A 6.4 SEMANAS DE GESTACIÓN.

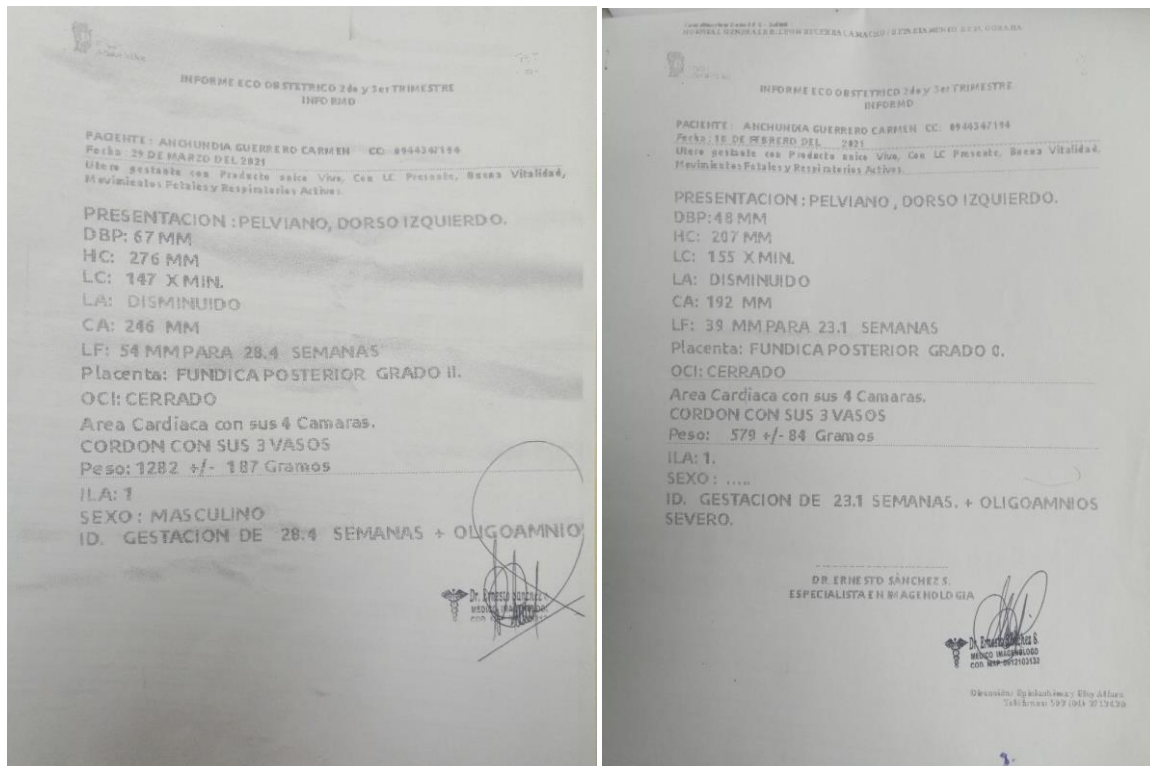
ID: GESTACIÓN DE +/- 6 SEMANAS 4 DÍAS

CONTROL ECOGRÁFICA EN 8 SEMANAS

**Anexo 3. Control de Ecografía (6 semanas)**



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD  
CARRERA DE OBSTÉTRICA



Anexo 4-5. Informe de eco del 2do trimestre de gestación.