



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



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

**Dimensión Práctica del Examen Complexivo previo a la obtención del grado  
académico de Obstetiz**

**TEMA PROPUESTO DEL CASO CLINICO**

**CONDUCTA OBSTÉTRICA EN PRIMIGESTA DE 26 AÑOS CON EMBARAZO  
DE 30.3 SEMANAS CON OLIGOHIDRAMNIOS LEVE**

**AUTORA**

Karen Lizbeth Díaz Nivicela

**TUTOR**

Dra. Aida Agueda Castro Posligua, PhD

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

**2022**



## INDICE

<b>DEDICATORIA .....</b>	<b>3</b>
<b>AGRADECIMIENTO. ....</b>	<b>4</b>
<b>TEMA. ....</b>	<b>5</b>
<b>RESUMEN. ....</b>	<b>6</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>7</b>
<b>INTRODUCCIÓN. ....</b>	<b>8</b>
<b>I. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>9</b>
<b>1.1. Justificación.....</b>	<b>21</b>
<b>1.2. Objetivos.....</b>	<b>22</b>
<b>1.2.1 Objetivo general. ....</b>	<b>22</b>
<b>1.2.2 Objetivos específicos.....</b>	<b>22</b>
<b>1.3. Datos generales.....</b>	<b>23</b>
<b>II. METOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO. ....</b>	<b>23</b>
<b>2.1. Análisis del motivo de la consulta y antecedentes. Historial clínico de la paciente.....</b>	<b>23</b>
<b>2.2 Principales datos clínicos que refiere la paciente sobre la enfermedad actual (Anamnesis). ....</b>	<b>24</b>
<b>2.3 Examen físico (exploración clínica).....</b>	<b>25</b>
<b>2.4 Información de exámenes complementarios realizados. ....</b>	<b>26</b>
<b>2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.....</b>	<b>27</b>
<b>2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.....</b>	<b>28</b>
<b>2.7. Seguimiento.....</b>	<b>28</b>
<b>2.8. Observaciones.....</b>	<b>45</b>
<b>Conclusiones.....</b>	<b>45</b>
<b>Bibliografía.</b>	
<b>Anexos.</b>	



## DEDICATORIA

A Dios, por estar presente en cada uno de mis pasos, por darme la vida, salud que tengo hoy en día, porque gracias a él, apacigué cada uno de mis caminos para no quedarme estancada en ellos.

A mis padres que son el pilar fundamental de este logro, me enseñaron a respetar, a dar dedicación y amor al, que por más pequeña que el mundo te vea, con esos valores sobresales. Su dedicación, hoy en día tiene frutos por saberme guiar, corregir en el momento adecuado, así mantenerme firme, perseverante ante mis sueños.

*Karen Díaz Nivicela*



## **AGRADECIMIENTO.**

Cuando inicie este viaje de mi carrera profesional no pensé que llegaría tan lejos, pero hoy en día le doy gracias a Dios por permitirme seguir con vida.

Son contadas las personas, que desde el inicio de mi carrera creyeron en mí y no se dieron por vencidos, aun así, sabiendo que había momentos en que yo misma me daba por vencida.

Mi familia mi madre Sonia Nivicela, por confiar y creer en mí, mi padre Franco Díaz, con sus sabios consejos, a mi hermano Cristhian Díaz, por el apoyo brindado.

A mis docentes por brindarme su aprendizaje durante estos 5 años de estudios universitarios con el único propósito de formar un buen profesional.

A los profesionales de salud como médicos, enfermeras que conocí en mi año de internado para poner en práctica mis conocimientos adquiridos, y en especial al grupo de 6 personas que nos mantuvimos unidas desde un inicio, con respeto, dedicación y amor.

En este trayecto conocí muchas personas que hoy en día le doy gracias por haber estado presentes en cada momento que podían, haciéndome recordar que en las buenas y en las malas muy pocos amigos están para ti.

*Karen Díaz Nivicela.*



**TEMA.**

**“CONDUCTA OBSTÉTRICA EN PRIMIGESTA DE 26 AÑOS CON EMBARAZO  
DE 30.3 SEMANAS CON OLIGOHIDRAMNIOS LEVE”**



## RESUMEN.

El oligohidramnios es un diagnóstico que se incorporó en el estudio de la obstetricia en las últimas décadas, es una de las principales causas de muerte materno fetal que hoy en día se da en primigestas, o gestantes que presentan poco conocimiento acerca de su embarazo y sus riesgos, se caracteriza por la ausencia del líquido amniótico, siendo este líquido considerado una de las etapas iniciales del embarazo se presenta a partir de las 20 semanas.

Su función es proteger al feto durante todo el embarazo, se encarga del desarrollo, crecimiento y movimientos; además de dar una temperatura adecuada para su entorno. El líquido amniótico presenta alteraciones de baja cantidad (Oligohidramnios) y de alta cantidad (Polihidramnios).

En el presente trabajo describe y realiza seguimiento al caso de una paciente primigesta de 26 años de edad con oligohidramnios leve de 6.46 cm y embarazo de 30.3 semanas, se presentó en el Hospital Nicolás Cotto Infante, evidenciándose una evolución adecuada del embarazo con los controles pertinentes, ecografías, Monitoreos, vigilancia materno fetal y exámenes de laboratorio, realizando el manejo de adecuado en conjunto con personal de salud calificado evitando así complicaciones materno-fetales.

**Palabras Claves:** Líquido Amniótico, Oligohidramnios, Polihidramnios, Ecografía.



## ABSTRACT.

Oligohydramnios is a diagnosis that has been incorporated into the study of obstetrics in recent decades, it is one of the main causes of maternal-fetal death that today occurs in primiparous women, or pregnant women who have little knowledge about their pregnancy and its risks, is characterized by the absence of amniotic fluid, this fluid being considered one of the initial stages of pregnancy, it occurs after 20 weeks.

Its function is to protect the fetus throughout the pregnancy, it is in charge of development, growth and movements; in addition to giving a suitable temperature for its environment. The amniotic fluid presents alterations of low quantity (Oligohydramnios) and high quantity (Polyhydramnios).

This paper describes and follows up the case of a 26-year-old primigravid patient with mild oligohydramnios of 6.46 cm and a pregnancy of 30.3 weeks, who presented at the Nicolás Cotto Infante Hospital, showing an adequate evolution of the pregnancy with the pertinent controls. , ultrasounds, monitoring, maternal-fetal surveillance and laboratory tests, carrying out the appropriate management in conjunction with qualified health personnel, thus avoiding maternal-fetal complications.

**Keywords:** Amniotic Fluid, Oligohydramnios, Polyhydramnios, Ultrasonography.



## INTRODUCCIÓN.

El líquido amniótico permite valorar el volumen que presenta en la edad gestacional, además de valorar el perfil biofísico fetal acompañado de una ecografía obstétrica. El líquido amniótico rodea al feto durante la etapa del embarazo tiene una serie de funciones que son esenciales para el crecimiento y desarrollo (Morgan et al., 2015).

Según la Organización Mundial de Salud (OMS), el oligohidramnios se desarrolla en el 8% de embarazos es decir 4 de cada 100, embarazos en América Latina se producen muertes fetales debido a los oligohidramnios. (Velazquez Rojas, 2020)

Una de las consecuencias, es debido a la compresión del abdomen fetal, que conlleva a la disminución del desplazamiento del diafragma fetal, limitando el desarrollo para el tejido funcional pulmonar, que lleva un cambio de problemas de transición respiratoria (González, 2015).

Los oligohidramnios son una de las causas obstétricas que se presentan durante el embarazo, pudiendo padecer sufrimiento fetal crónico por (Restricción del crecimiento intrauterino) (RCIU), embarazos prolongados, malformaciones. (Velazquez Rojas, 2020).

El oligohidramnios es una alteración del líquido amniótico, con relevancia importante que debe evitarse porque tiene graves consecuencias como la morbilidad fetal, además de un sufrimiento fetal agudo o crónico.

El presente caso clínico se trata de una paciente con oligohidramnios leve primigesta con embarazo de 30.3 semanas que acude a la consulta externa del





Hospital Nicolás Cotto Infante de Vinces, presentando además antecedentes de anemia y amenaza de parto.

## I. MARCO TEÓRICO.

### **Oligohidramnios en el embarazo.**

El oligohidramnios es una disminución en la cantidad de líquido amniótico al nacer, lo que constituye un problema ya que se considera un embarazo de alto riesgo obstétrico y se asocia con complicaciones maternas y fetales. Se diagnostica mediante ecografía obstétrica, que mide la cantidad del líquido amniótico presente. Esto es más común tanto en el desarrollo durante el primer trimestre de embarazo, también puede aparecer en cualquier embarazada en el segundo trimestre. El líquido amniótico permite que el feto se desarrolle, crezca y madure los pulmones (Varas, 2020).

El oligohidramnios generalmente es causado por una anomalía producida por obstrucción del tracto urinario fetal, restricción del crecimiento intrauterino, excepto causas placentarias como ruptura prematura de membranas (RPM) en el segundo trimestre del embarazo (Varas, 2020).

### **Líquido amniótico.**

#### **Fisiología del líquido amniótico.**

Se caracteriza por ser un líquido claro y ligeramente amarillento que rodea al feto dentro de la cavidad uterina, en el tiempo de gestación. Permite el desarrollo del sistema respiratorio, gastrointestinal, urinario y musculo esquelético, lo cual es producida y reabsorbida (Marín, 2013).

El líquido amniótico varía con la edad gestacional mientras el feto es pequeño el líquido es menor, si es grande el líquido será mayor. Durante el inicio de la gestación el feto tendrá mayor volumen, en las últimas semanas del



embarazo el líquido amniótico comienza a descender (Bermudez & Chérrez, 2019).

### **Componentes del líquido amniótico.**

Durante el primer trimestre del embarazo está compuesto por plasma sanguíneo de la madre, lípidos, proteínas, carbohidratos y fosfolípidos (Velazquez Rojas, 2020)

El líquido amniótico se resume:

- Agua, entre 98% al 99%
- Solutos, del 1% al 2 % por partes iguales
- pH: de 7.13 a 7.08
- Componentes inorgánicos, ni varían el Zinc, cobre, magnesio y hierro
- Peso específico (en promedio 1.0078).

### **Volumen del líquido amniótico.**

Durante la gestación el líquido modifica, el volumen de acuerdo a las semanas de gestación. Es producto de orina, secreciones traqueo bronquiales, deglución fetal e intercambio trans parietofuncular. El volumen del ILA: aumenta a 30 mililitros hasta las 10 semanas, 450 mililitros hasta las 20 semanas y de 800 a 1000 mililitros hasta las 36 o 38 semanas de gestación, el volumen es reemplazado cada 3 horas (Pérez & Donoso, 2011).

**Tabla 1.** Volumen de líquido amniótico de acuerdo a las semanas de gestación.

<b>Semanas de gestación</b>	<b>Volumen del líquido amniótico (ml )</b>
14	100
20	400
25	600
32-34	1000

*Elaborado por: Karen Díaz Nivicela.*

El volumen normal del líquido amniótico es de 8 a 24 cm.

### **Reabsorción del líquido amniótico.**



El líquido amniótico tiene dos fuentes principales que desencadena un mecanismo para la reabsorción, conocido como: deglución fetal y la absorción a la sangre fetal de la superficie fetal de la placenta (vía intramembranosa). A partir de la semana 16 hasta el término del embarazo deglute de 7 a 20 ml/hora, presenta otra modalidad de absorción del líquido amniótico mediante el cordón umbilical, membranas corioamnioníticas, tracto respiratorio y la piel fetal (Cifuentes, 2013).

### **Funciones del líquido amniótico.**

- Proteger al feto de golpes y amortiguar caídas.
- Mantiene una temperatura adecuada para su desarrollo en la cavidad uterina.
- Le permite el desarrollo de los pulmones.
- Al desarrollo y crecimiento del feto.
- Le permite moverse en el útero.
- Tiene capacidad antibiótica.
- Protege al feto de las compresiones en las contracciones uterinas.
- Protege al feto de traumatismos.
- Desarrollo del sistema musculo-esquelético, tracto respiratorio y gastrointestinal.
- Permite el intercambio de sustancias bioquímicas, controla y regula el Ph.

### **Valoración del líquido amniótico.**

Para saber la medición del volumen del líquido amniótico se puede realizar utilizando técnicas distintas, mediante la exploración ecográfica a partir de las 24 semanas de gestación (González et al., 2001).

- **Máxima columna vertical (MCV):** se mide el diámetro vertical de la columna, libre de líquido amniótico. Lo normal es de 2-8 cm en todas las edades gestacionales (Eixarch & Figueras, 2014).
- **Índice de líquido amniótico (ILA):** consiste en dividir el útero en cuatro cuadrantes libre de partes fetales o cordón umbilical, cada uno de los cuadrantes se delimita en dos líneas perpendiculares opuestas en el



abdomen materno; una línea media longitudinal con la línea transversal entre la sínfisis púbica y el fondo uterino (Hospital Materno Infantil Vall d'Hebrón, s.f.).

El transductor se coloca de posición sagital y lo más cerca posible al vientre de la madre. La suma de los cuatros cuadrantes de líquido amniótico (ILA), se considera valores normales entre 5-25 centímetros.

### **Alteración del líquido amniótico.**

La alteración del líquido amniótico se da por la producción o la circulación del líquido, este puede ser por una anomalía fetal o placentaria subyacente, diabetes gestacional, anomalías congénitas o embarazos múltiples. Por lo siguiente tenemos 2 alteraciones: Oligohidramnios y Polihidramnios (González, 2015).

El índice normal del líquido amniótico en el embarazo es de 8 – 24 cm

- Oligohidramnios: la baja cantidad de líquido amniótico
- Polihidramnios: la mayor cantidad de líquido amniótico (Borja, 2016).

### **Polihidramnios.**

El Polihidramnios es el aumento excesivo del líquido amniótico es decir es el doble de lo normal del líquido amniótico que rodea al feto en el útero, se asocia con una patología perinatal (Segovia, 2021).

Los casos de polihidramnios son leves se dan en la segunda semana de embarazo, el polihidramnios grave da como causa: trabajo de parto prematuro, dificultad para respiratoria. De un 50% a 60% prevalecen por causas idiopáticas y el restante lo produce por causas maternas, fetales y ovulares (Santos, 2018).

### **Causas de polihidramnios.**

#### **1. Maternas**

- Diabetes gestacional.
- RH (-) sensibilizada.



- Embarazo gemelar.

## 2. Fetales

- Malformación digestiva: esofágica y duodenal.
- Malformación de tubo neural: Cráneo y columna.

## 3. Ovulares.

- Tumor placentario (coriangiomas).

### Los signos y síntomas de polihidramnios son:

- Disnea
- Edema
- Actividad uterina
- Distocia de presentación

*Tabla 2. Tipos de severidad para el diagnóstico de polihidramnios.*

<b>Diagnóstico de polihidramnios</b>	
ILA LEVE	18 – 25
ILA MODERADO	25-32
ILA SEVERO	>32

*Elaborado por: Karen Díaz Nivicela.*

### Oligohidramnios.

El oligohidramnios es el bajo volumen del líquido amniótico; se relaciona con causas fetales y placentarias. El diagnóstico es mediante una valoración ecográfica, esto es más común que se desarrolle en los dos primeros trimestres del embarazo, aunque puede aparecer en cualquier trimestre del embarazo, para ello debe incluirse los controles necesarios con su médico (Palero, 2018).

El saco amniótico se compone principalmente de agua proveniente de la madre, a partir de las 20 semanas el líquido está conformado por orina fetal. A partir de las 32 semanas el volumen del líquido amniótico aumenta, después de ese tiempo se mantiene estable el líquido hasta el punto que el feto este maduro y el embarazo este a término (37 y 40 semanas) (Palero, 2018).



No se puede predecir la disminución del líquido amniótico de forma directa y segura. El índice de líquido amniótico es la totalidad de la profundidad vertical del líquido estimado en cada uno de los cuadrantes del útero (Sante & Silva, 2016).

El líquido amniótico tiene circunstancias que lo acompañan:

- Malformaciones congénitas en el tracto urinario, particularmente en los riñones.
- No se desarrolla ni crece adecuadamente el feto.
- La placenta no funciona adecuadamente (no se puede desarrollo el feto tanto como se espera).

El personal de salud puede sospechar de un bajo volumen de líquido amniótico cuando el útero es demasiado pequeño para la edad del embarazo.

### **Clasificación de Oligohidramnios.**

Se clasifica en: Oligohidramnios leve, moderado y severo.

- Oligohidramnios leve: se considera oligohidramnios leve cuando la disminución del líquido amniótico se encuentra entre 6 y 7 cm.
- Oligohidramnios moderado: esta alteración se presenta cuando el volumen del líquido amniótico esta entre 4 y 5 cm.
- Oligohidramnios severo: consiste en un volumen del líquido menor a 3 cm.

*Tabla 3. Principales causas de oligohidramnios.*

<b>Causas fetales</b>	<b>Causas placentarias</b>	<b>Causas maternas</b>
Malformación congénita genito-urinarias	Desprendimiento placentario	Hipertensión arterial crónica
Cromosómicas	Transfusión general	Vasculopatía diabética
Muerte fetal	Rotura de membranas	Hipovolemia materna
Restricción del crecimiento	Síndrome de banda amniótica	Enfermedad hipertensiva del embarazo



---

*Elaborado por: Karen Díaz Nivicela.*

## Factores de riesgo

Un factor de riesgo aumenta la posibilidad de contraer una enfermedad o afección, incluyen:

- **Edad Materna:** madre adolescente (10-19 años) o tiene una edad mayor (40 años) el recién nacido tiene más probabilidad de presentar morbilidad y mortalidad (Romero et al., 2009)
- **Hábito de fumar:** se relaciona en un 10% los pesos perinatales debido a ciertos componentes; por ejemplo: alquitrán, nicotina y monóxido de carbono. Esto provoca en el bebé RCIU (ruptura de crecimiento intrauterino) y el bajo peso al nacer (Sante & Silva, 2016).
- **Alcoholismo:** en el feto está relacionado con los niveles de consumo, la edad gestacional, el tiempo de embarazo y la afectividad del tejido fetal que afecta la separación y desarrollo celular. El feto produce una serie de trastornos como impedimentos en el desarrollo pre y postnatal, complicaciones inusuales y anomalías faciales (Sante & Silva, 2016).
- **Patología médica previa:** cardiopatías maternas, hipertensión crónica, anemia, diabetes, etc. (Senado, 1999).

## Etiología:

Existen condiciones asociadas con el oligohidramnios, que pueden ser:

### 1. Malformación cromosómica:

- Síndrome de Turner.
- Trisomía 18.

### 2. Malformaciones congénitas:

- Genitourinarias: agenesia renal, displasia renal, obstrucción uretral, extrofia vesical.
- Disgenesia cloacal.
- Hidroma quístico.



- Hipotiroidismo.
- Esqueléticas: siringomielia, agenesia sacra.
- Transfusión gemelo-gemelar.
- SNC: holoprosencefalia, meningocele, encefalocele.
- Cardíacas: tetralogía de Fallot, defectos del tabique.

### **3. Fetales:**

- Anomalías cromosómicas.
- Anomalías congénitas.
- Restricción del crecimiento.
- Embarazo pos término.
- Membranas rotas.

### **4. Placentarios:**

- Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.

### **5. Maternas:**

- Insuficiencia útero-placentaria.
- Hipertensión.
- Preeclampsia.
- Diabetes.

### **6. Debidas a fármacos:**

- Inhibidores de las prostaglandinas sintetasa.
- Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (captopril, enalapril).

### **7. Idiopáticas.**

## **Complicaciones del oligohidramnios.**

Se debe tener en cuenta que las complicaciones de oligohidramnios durante el embarazo se debe a la cantidad del líquido amniótico:

- Muerte fetal.
- Restricción del crecimiento fetal.
- Compresión del cordón umbilical.
- Presencia de meconio en el líquido amniótico.





- Depresión neonatal, sufrimiento fetal crónico.
- Desarrollo pulmonar tardío.

### Perfil biofísico.

Esta es una prueba no invasiva para ayudar a evaluar la salud del feto, se realiza a partir de la semana 32. Evalúa 5 parámetros (movimiento respiratorio, movimiento corporal, tono respuesta fetal, líquido amniótico), se le asigna una puntuación de 0 o 2, un parámetro se realiza con monitoreo fetal, los siguientes parámetros con ultrasonido, la prueba se realiza fácilmente bajo la supervisión de un médico. Se determina si hay riesgo o hipoxia fetal (Marín, 2013).

Se debe realizar un perfil biofísico en pacientes con embarazos prolongados (pasada la fecha del parto), embarazos múltiples, disminución de los movimientos fetales, aumento del líquido amniótico (Polihidramnios) o disminución del líquido (Oligohidramnios) (Eixarch & Figueras, 2014)

Interpretación:

- 8-10 puntos; feto normal. Bajo riesgo de asfixia.
- 4-6 puntos; sospecha de asfixia crónica.
- 0-2 puntos; fuerte sospecha de asfixia crónica.

*Tabla 4. Perfil biofísico fetal*

PARAMETRO	NORMAL (2 PUNTOS)	ANORMAL (0 PUNTOS)
Movimientos respiratorios	1 respiración en 30 seg durante 30 minutos de observación.	Ausencia o menor de 30 seg.
Movimientos corporales	3 o más movimientos durante un periodo de observación de 30 minutos.	Menos de 3.
Tono	1 o más movimientos de flexión-extensión (tronco o miembros)	Ausencia extensión-flexión parcial.
Reactividad fetal	Al menos un episodio de aceleración asociadas a movimientos fetales durante 10 minutos	Menos de 2 aceleraciones.



Líquido amniótico

Más de 2 cm.

Menos de 2 cm.

---

*Elaborado por: Karen Díaz Nivicela.*

### **Signos y síntomas.**

El oligohidramnios durante el embarazo se manifiesta como disminución del movimiento fetal, el feto parece estar comprimido por parte de la pared uterina, lo que posiblemente cause dolor a la palpación y las medidas de la altura uterina son más bajas de lo esperado para la edad gestacional. Muchas veces no presenta ningún síntoma materno evidente que nos haga sospechar o advertir de un desarrollo fetal reducido. Por ello presenta un signo de alarma al observar pérdida de líquido amniótico o una consistencia de color amarilla verdosa (Amador et al., 2013).

### **Diagnóstico.**

El oligohidramnios se diagnostica de la siguiente manera:

- Una ecografía obstétrica que lo recomendable, son 3 ecografías durante el embarazo, siempre y cuando el medico lo amerite. Valorando el volumen del líquido amniótico y malformaciones fetales (Segovia, 2021).
- Estudios basados en causas maternas que se sospechen clínicamente ya sea por pérdida de líquido amniótico evidente, por disminución de altura uterina para la edad gestacional y por la fácil palpación de partes fetales al realizar maniobras de Leopold.
- Un doppler fetal.

Si se sospecha oligohidramnios, se debe evaluar estudios cuantitativos de líquido amniótico utilizando las técnicas de medición existentes: medir longitudes individuales o índices de los cuatro cuadrantes de la cavidad uterina (Andrés et al., 2016). Al diagnosticar oligohidramnios, las pruebas que acompañan y deben realizarse son:



- Descartar ruptura prematura de membranas: a través de la anamnesis y examen físico, si no hay salida de líquido amniótico característico por genitales.
- Descartar retardo de crecimiento intrauterino: con la valoración del peso fetal acorde a la edad gestacional mediante una ecografía doppler.
- Descartar malformaciones fetales: para decidir la conducta de anomalías nefrourológicas y del tubo neural.
- Descartar contaminación fetal estándar por citomegalovirus: serologías maternas (inmunoglobulinas G y M), marcadores fetales por ultrasonido (microcefalia, ventriculomegalia).

### Tratamiento.

- El tratamiento oportuno para los oligohidramnios es lo siguiente:
  - Una ecografía obstétrica, para valorar la cantidad del líquido amniótico y monitorear el crecimiento fetal.
  - Valorar el bienestar fetal (perfil biofísico).
  - El manejo clínico de oligohidramnios depende de las prescripciones y tratamientos del especialista, esto puede incluir lo siguiente:
  - Reposo parcial o absoluto durante este periodo, se tendrá un control y visitas sucesivas del médico (Kurjak & Chervenak, 2014).
1. **Manejo ante parto:** se tendrá un control semanal valorando el perfil biofísico y doppler fetal hasta las 36.6 semanas y 37 semanas, evaluando el peso fetal cada dos semanas (Gallarreta et al., 2009).
  2. **Finalización de la gestación:** Si el embarazo llega a término (39 semanas), se puede inducir el parto, sobre todo si hay sufrimiento fetal (Gallarreta et al., 2009).
  3. **Ruptura de membranas:** En el caso de ruptura de membranas, la administración de líquidos por vía endovenosa (Aragón, 2018).
  4. **Amnioinfusión:** es un método invasivo que consiste en aumentar la cantidad de líquido amniótico en el útero, se introduce un catéter en la cavidad uterina y bombear agua salada estéril (solución salina), hacia el



saco amniótico de forma recurrente, con el fin de restituir la falta de niveles de líquido amniótico y mejorar el diagnóstico, se lo realiza únicamente en el parto (Norma, s.f.).

5. **Medicamentos:** En caso que sea por causa de medicamentos se deberá interrumpir el embarazo de forma inmediata; si la paciente ha consumido Inhibidores de las prostaglandinas (DeCherney et al., 2014).
6. **Malformaciones:** En aquellos casos que el feto presente una malformación congénita, que puede ser hipoplasia pulmonar, los progenitores decidirán si continuar con el embarazo o interrumpir (DeCherney et al., 2014).
7. **Idiopáticas:** los pacientes con oligohidramnios por causas idiopáticas no tienen casos desafortunados de líquido amniótico (Palero, 2018).

#### **Manejo según nivel de complejidad y capacidad resolutive.**

1. Historia clínica
2. Descartes rotura prematura de membranas, diabetes o hipertensión gestacional, tratar según requerimiento médico.
3. Ecografía de control dentro de 7 días.
4. Ecografía obstétrica que confirme oligohidramnios.
  - Descartar malformaciones.
  - Evaluar crecimiento fetal.
  - Evaluar bienestar fetal.
5. Interrumpir el embarazo si se observa alguna malformación que no esté compatible con la vida.
6. Hospitalización materna con el debido tratamiento de hidratación o amnioinfusion si hay pérdida de líquido amniótico.
7. Inducción del trabajo de parto solo a las 39 semanas de gestación en caso de sufrimiento fetal.



### **1.1. Justificación.**

El oligohidramnios es un problema que se presenta durante el embarazo que puede producir alteraciones en el desarrollo para el crecimiento del feto por lo que el caso presentado constituye de gran importancia dada su complejidad, por lo que es necesario realizarlo con la finalidad de identificar las posibles causas, que de acuerdo a la literatura médica se establece que son de origen fetal, materno y placentaria para de esta manera -determinar el tratamiento adecuado y basado en lo que propone el Ministerio de Salud Pública (Mantilla, 2021).

Consecuentemente es imperativo que los profesionales de salud logren aplicar métodos de diagnóstico que permitan atender estos casos de manera oportuna que permitan bienestar al binomio madre-hijo.



## **1.2. Objetivos.**

### **1.2.1 Objetivo general.**

- Describir la conducta obstétrica aplicada a la paciente primigesta de 26 años de edad con 30.3 semanas de gestación con diagnóstico de oligohidramnios leve.

### **1.2.2 Objetivos específicos.**

- Analizar las principales causas que conllevan al desarrollo de oligohidramnios.
- Detallar el procedimiento obstétrico utilizado y los resultados obtenidos en la paciente.



### 1.3. Datos generales

- **Código:** CAESMOSO
- **Edad:** 26 años
- **Fecha de nacimiento:** 26/10/1996
- **Género:** Femenino
- **Nacionalidad:** ecuatoriana
- **Raza:** Mestizo
- **Ocupación:** Ama de casa
- **Nivel de estudio:** Bachillerato
- **Religión:** católica
- **Nivel socioeconómico:** Bajo
- **Domicilio:** Vinces- sucre y el oro
- **Hospital:** Básico Nicolás Cotto Infante

## II. METOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO.

### 2.1. Análisis del motivo de la consulta y antecedentes. Historial clínico de la paciente.

Paciente de sexo femenino primigesta de 26 años de edad cursa con un embarazo de +/- 30.3 semanas de gestación según fecha de última menstruación, acude por el área de emergencia refiriendo cuadro clínico caracterizado por dolor en el hipogastrio de moderada intensidad, paciente refiere ausencia de movimientos fetales.

#### Funciones bilógicas:

- **Apetito:** Conservado.
- **Sed:** Conservado.
- **Deposiciones:** Normales.
- **Orinas:** Normales.
- **Sueño:** Conservado.



No refiere antecedentes patológicos personales ni quirúrgicos, antecedentes patológicos familiares: madre hipertensa, niega hábitos tóxicos y nocivos.

---

<b>Menarquia:</b> 12 años	<b>Ciclos menstruales:</b> 28 días
<b>Planificación familiar:</b> Ninguna	<b>Inicio de vida sexual:</b> 18 años
<b>Parejas sexuales:</b> 1	<b>Gestas:</b> 1 P:0 A:1 C:0
<b>FUM:</b> 10/02/2021	<b>Controles prenatales:</b> Ninguno
<b>VACUNAS:</b> Ninguna	<b>Ecografía:</b> Ninguna
<b>PIG:</b> No aplica	<b>ITS:</b> Se desconoce

---

**Tabla 5.** Antecedentes Gineco-obstétricos.

*Fuente:* Historia Clínica de la paciente

*Elaborado por:* Karen Díaz Nivicela.

**Tabla 6.** Datos de la preparación en la primera atención de la paciente

---

<b>Peso:</b> 48,3 kg	<b>Talla:</b> 153 cm
<b>Score mama:</b> 0	<b>TA:</b> 127/72
	<b>FC:</b> 80 Lx'
	<b>T:</b> 36,7 C
	<b>FR:</b> 19 Rx'
	<b>SPO2:</b> 98%
	<b>ESTADO DE CONCIENCIA:</b> alerta
	<b>PROTEINURIA:</b> negativa

---

*Fuente:* Historia Clínica de la paciente

*Elaborado por:* Karen Díaz Nivicela.

## 2.2 Principales datos clínicos que refiere la paciente sobre la enfermedad actual (Anamnesis).

Paciente de sexo femenino de 26 años de edad, primigesta orientada en tiempo, espacio y persona. Sin signos ni síntomas neurológicos aparentes, llega a la atención por emergencia en condiciones aparentemente estables con diagnóstico de oligohidramnios leve, Ila de 6.46 cm mediante una ecografía obstétrica. No presenta antecedentes patológicos personales, presenta antecedentes familiares, madre hipertensa. Paciente acude a centro de salud en





el cual refiere dolor en el hipogastrio de moderada intensidad que se irradia a la región lumbosacra, acompañado de ausencia de movimientos fetales hace +/- 4 horas de evolución.

### 2.3 Examen físico (exploración clínica).

#### Cabeza:

- **Cráneo:** normocefalica, no tumoraciones, ni cicatrices.
- **Ojos:** negros, simétricos, escleróticas limpias, conjuntivas palpebrales ligeramente pálidas, visión conservada.
- **Nariz:** normorrinea, fosas nasales permeables, sentido del olfato conservado.
- **Oídos:** pabellones auriculares externo (PAE) bien implantados, simétricos, conductos auditivos externos (CAE) permeables, audición conservada.
- **Boca:** central, mucosas orales húmedas, lengua central, móvil, sentido del gusto conservado.
- **Oro faringe:** no congestiva, amígdalas normales, úvula, central.
- **Piezas dentarias:** completas, sin caries.
- **Cuello:** central, móvil, no se palpan adenopatías.
- **Tórax:** simétrico.
- **Mamas:** simétricas, no presenta cicatrices, no retracciones, no se palpan tumoraciones, pezones bien conformados.

#### Cardiovascular:

- **Corazón:** ruidos cardiacos presentes, no soplos, pulsos periféricos presentes.
- **Abdomen:** globuloso ocupado por útero.
- **Se palpa útero gestante, Latidos cardiacos fetales (LCF):** 145x” ,  
Dinamia uterina (DU): negativa.
- **Genitales externos:** femenino de primigesta.
- **Ano y recto:** permeable.



- **Neurológico:** Glasgow 15/15, déficit motor: no, sensibilidad: si; signos meníngeos: no.

**Impresión diagnóstica:**

- Gestación de 30 semanas 3 días por FUM
- Oligohidramnios leve

**2.4 Información de exámenes complementarios realizados.**

*Tabla 7. Reporte de ecografía.*

<b>ECOGRAFIA DEL H.B.N.C.I (10/09/2021)</b>	
Presentación:	Cefálico
Dorso:	Derecho
DBP:	7.56 cm
LF:	5.88 cm
Placenta:	Fundica
Maduración:	1/3
Líquido amniótico:	6.46 cm

*Fuente: Historia Clínica de la paciente*

*Elaborado por: Karen Díaz Nivicela.*

Al reporte ecográfico: se reporta feto único vivo con movimientos fetales activos, embarazo de 30.3 semanas.

*Tabla 8. Reporte de exámenes bioquímicos.*

<b>BIOMETRÍA HEMÁTICA COMPLETA</b>	
Hemoglobina	11.0 g/dl
Hematocrito	25.2 %
Hematíes	379.000 10/uL
Leucocitos	9.650/uL
Plaquetas	341.000 10/uL
Linfocitos	21.0%
Neutrófilos	69.1%
Eosinófilos	2.9%

**TIPIFICACIÓN SANGUÍNEA RH (D)**



---

Grupo sanguíneo: O

Factor Rh: positivo

---

**COAGULACION**

---

Tiempo parcial de tromboplastina (TTP): 30 sg

Tiempo de protrombina (TP): 9sg

---

**AUTOINMUNES E INFECCIOSAS**

---

HIV 1-2 generación: no reactivo

VDRL: negativo

TORCH: negativo

---

**PRUEBAS ESPECIALES**

---

Sar-Covid-19 Ag/Test PCR Rapido: Negativo

---

*Fuente: Historia Clínica de la paciente*

*Elaborado por: Karen Díaz Nivicela.*

**Medidas generales y terapéuticas:**

- Reposo absoluto.
- Se indica signos de alarma materno- fetal.
- Dieta y alimentación recomendada.
- Interconsulta con ginecólogo.
- Cloruro de sodio 1000 cc, pasar (iv) a 30 gotas
- Paracetamol 1 gr (vo).

**2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.**

- **Diagnostico Presuntivo:** Embarazo de +/- 30.3 semanas, Oligohidramnios leve.
- **Diagnóstico Diferencial:** Dolor de moderada intensidad en el hipogastrio, Actividad uterina.
- **Diagnóstico definitivo:** Oligohidramnios leve con embarazo de 30.3 semanas.



## **2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.**

El oligohidramnios en pacientes obstétricas, en varias ocasiones suele desarrollarse por infecciones provenientes del aparato genital. Todas las patologías obstétricas se originan en este sitio, lo que puede conducir a un oligohidramnios muy complicado, en este caso clínico de oligohidramnios leve en embarazo de 30.3 semanas; al recabar información, a través de entrevistas, es posible identificar que la gestante por desconocimiento para prevenir embarazo de alto riesgo no acude a las consultas periódicas y por ello la falta de seguimiento de la misma desde la primera semana.

Cabe señalar que el embarazo y la salud materno-fetal son primordiales para todos los profesionales de la salud, de manera especial en el campo de la ginecología y obstetricia, apegados a las practicas estándares y a los protocolos del MSP, además que se debe incrementar la atención materna al primer nivel de atención, se logra reducir la tasa de mortalidad materno perinatal por estas condiciones patológicas.

## **2.7. Seguimiento.**

La paciente es ingresada al área de Hospitalización Ginecológica en el II Nivel de Atención.

Paciente gestante de 26 años de edad FUM: 10/02/2021, edad gestacional:30.3 por FUM, AGO: G 1; P: 0; C: 0; A: 1, PIG: no aplica; APP: no refiere; APF: madre hipertensa, AQX: no refiere, Alergias: no refiere. Paciente acude a emergencia obstétrica acompañada de su pareja. Se encuentra lucida, vigil, consciente, orientada en tiempo, espacio y persona, hemodinámica mente estable, colabora con interrogatorio, con fascie tranquila, buena mecánica respiratoria. Acude por cuadro clínico caracterizado por dolor a nivel del hipogastrio que se irradia a la región lumbo sacra de moderada intensidad y ausencia de movimientos fetales.



Al momento paciente con cuadro febril 36.7°C, carnet de controles prenatales: no refiere, ecografía: diagnóstico, oligohidramnios leve.

### Examen físico:

- **Cabeza:** normo cefálica, fascie tranquila, conjuntivas normales, vías aéreas permeables, pabellón auditivo sin patología, mucosas orales húmedas.
- **Cuello:** simétrico, sin adenopatías.
- **Tórax:** expandible, simétrico, mamas normales, simétricas no nódulos, campos pulmonares bien ventilados, corazón rítmico.
- **Abdomen:** globuloso, compatible con útero gestante, con feto único vivo cefálico dorso lateral derecho, FCF: 145x" latidos por minuto.
- **Genitales:** al tacto vaginal; cérvix: Dilatación 0cm; borramiento:0%; membranas integras.
- **Extremidades:** sin edema de miembros inferiores.

### Indicaciones:

- Cuidados de enfermería
- Control de signos vitales
- Monitoreo materno fetal
- Valoración obstétrica
- Aseo e higiene
- Exámenes complementarios
- Comunicar novedades a médico de guardia

### Signos vitales

- **TA:** 127/72
- **FC:** 80 Lx'
- **T:** 36,7 C
- **FR:** 19 Rx'
- **SPO2:** 98%
- **Estado de conciencia:** alerta
- **Proteinuria:** negativa



- **Score mama:** (0)

#### **Tratamiento:**

- Cloruro de sodio 0.9% de 1000 cc, pasar (iv) a 30 gotas
- Paracetamol 1 gr (vo)

#### **Diagnóstico:**

- Embarazo de +/- 30.3 semanas de gestación
- Oligohidramnios leve.

#### **Segundo día de hospitalización.**

Paciente femenina que cursa su segundo día de hospitalización en el área de Gineco-Obstetricia, con embarazo de +/- 30.3 semanas de gestación por FUM. Al momento del pase de visita consciente, orientada en tiempo y espacio, colaboradora con interrogatorio con cuadro clínico caracterizado por dolor pélvico, cefalea de moderada intensidad que fue ingresada con Diagnóstico de Oligohidramnios leve.

#### **Examen físico:**

- **Cabeza:** normo cefálica, fascie tranquila, conjuntivas normales, vías aéreas permeables, pabellón auditivo sin patología, mucosas orales húmedas.
- **Cuello:** simétrico, sin adenopatías.
- **Tórax:** expandible, simétrico, mamas normales, simétricas no nódulos, campos pulmonares bien ventilados, corazón rítmico.
- **Abdomen:** globuloso, compatible con útero gestante, con feto único vivo cefálico dorso lateral derecho, FCF: 141x" latidos por minuto.
- **Genitales:** al tacto vaginal; cérvix: Dilatación 0cm; borramiento:0%; membranas integrales.
- **Extremidades:** sin edema de miembros inferiores.

#### **Indicaciones:**

- Cuidados de enfermería
- Reposo absoluto



- Control de signos vitales
- Monitoreo materno fetal
- Valoración obstétrica
- Aseo e higiene
- Exámenes complementarios
- Comunicar novedades a médico de guardia

### Signos vitales

- **TA:** 115/60
- **FC:** 80 Lx'
- **T:** 36,8 C
- **FR:** 20 Rx'
- **SPO2:** 99%
- **Estado de conciencia:** alerta
- **Proteinuria:** negativa
- **Score mama:** (0)

### Tratamiento:

- Solución salina 1000 cc pasar 30 gotas por minuto (iv)
- Paracetamol 1 gr (vo)

### Diagnóstico:

- Embarazo de +/- 30.3 semanas de gestación
- Oligohidramnios leve.

### Tercer día de hospitalización.

Paciente femenina que cursa su tercer día de hospitalización en el área de Gineco-Obstetricia, con embarazo de +/- 30.3 semanas de gestación por FUM. Al momento del pase de visita consciente, orientada en tiempo, espacio y persona, colaboradora con interrogatorio con cuadro clínico caracterizado por dolor pélvico, al examen obstétrico feto único con movimientos fetales activos, presenta actividad uterina.



### Examen físico:

- **Cabeza:** normo cefálica, fascie tranquila, conjuntivas normales, vías aéreas permeables, pabellón auditivo sin patología, mucosas orales húmedas.
- **Cuello:** simétrico, sin adenopatías.
- **Tórax:** expandible, simétrico, mamas normales, simétricas no nódulos, campos pulmonares bien ventilados, corazón rítmico.
- **Abdomen:** globuloso, compatible con útero gestante, con feto único vivo cefálico dorso lateral derecho, FCF: 130x" latidos por minuto.
- **Genitales:** al tacto vaginal; cérvix: Dilatación 1cm; borramiento: 10%; membranas integras.
- **Extremidades:** sin edema de miembros inferiores.

### Indicaciones:

- Cuidados de enfermería
- Reposo absoluto
- Control de signos vitales
- Monitoreo materno fetal
- Valoración obstétrica
- Aseo e higiene
- Exámenes complementarios
- Comunicar novedades a médico de guardia

### Signos vitales

- **TA:** 100/60
- **FC:** 80 Lx'
- **T:** 36,6 C
- **FR:** 20 Rx'
- **SPO2:** 99%
- **ESTADO DE CONCIENCIA:** alerta
- **PROTEINURIA:** negativa
- **Score mama:** (0)





### Tratamiento:

- Solución salina 1000 cc pasar 30 gotas por minuto (iv)
- Nifedipino capsula 10 mg 3 dosis cada 15 minutos (vo)
- Paracetamol 1 gr (vo)

### Diagnóstico:

- Embarazo de +/- 30.3 semanas de gestación
- Oligohidramnios leve.
- Amenaza de parto.

### Cuarto día de hospitalización.

Paciente femenina que cursa su cuarto día de hospitalización en el área de Gineco-Obstetricia, con embarazo de +/- 30.3 semanas de gestación por FUM. Al momento del pase de visita consciente, orientada en tiempo, espacio y persona, colaboradora con interrogatorio con cuadro clínico caracterizado por dolor pélvico, al examen obstétrico: al tacto vaginal se observa leucorrea de color blanco; feto único vivo con movimiento fetales activos, actividad uterina negativa.

### Examen físico:

- **Cabeza:** normo cefálica, fascie tranquila, conjuntivas normales, vías aéreas permeables, pabellón auditivo sin patología, mucosas orales húmedas.
- **Cuello:** simétrico, sin adenopatías.
- **Tórax:** expandible, simétrico, mamas normales, simétricas no nódulos, campos pulmonares bien ventilados, corazón rítmico.
- **Abdomen:** globuloso, compatible con útero gestante, con feto único vivo cefálico dorso lateral derecho, FCF: 140x" latidos por minuto.
- **Genitales:** al tacto vaginal; cérvix: Dilatación 1cm; borramiento:10%; membranas integrales.
- **Extremidades:** sin edema de miembros inferiores.

### Indicaciones:

- Cuidados de enfermería



- Reposo absoluto
- Control de signos vitales
- Monitoreo materno fetal
- Valoración obstétrica
- Aseo e higiene
- Exámenes complementarios
- Comunicar novedades a médico de guardia

### Signos vitales

- **TA:** 110/60
- **FC:** 80 Lx'
- **T:** 37 C
- **FR:** 19Rx'
- **SPO2:** 99%
- **ESTADO DE CONCIENCIA:** alerta
- **PROTEINURIA:** negativa
- **Score mama:** (0)

### Exámenes de laboratorio:

- **Leucocitos:** 9.49
- **Neutrófilos:** 71.8
- **Linfocitos:** 21.5
- **Hemoglobina:** 8.0
- **Plaquetas:** 338

### Tratamiento:

- Solución salina 1000 cc pasar 30 gotas por minuto (iv) +
- 1 ampolla de hierro pasar en 1 hora
- Paracetamol 1 gr (vo)
- Metronidazol óvulos 1 cada noche

### Diagnóstico:



- Embarazo de +/- 30.3 semanas de gestación
- Oligohidramnios leve
- Anemia leve
- Infección genital.

#### **Quinto día de hospitalización.**

Paciente femenina que cursa su quinto día de hospitalización en el área de Gineco-Obstetricia, con embarazo de +/- 30.3 semanas de gestación por FUM. Al momento del pase de visita consciente, orientada en tiempo y espacio, colaboradora con interrogatorio, que fue ingresada con Diagnóstico de Oligohidramnios leve.

#### **Examen físico:**

- **Cabeza:** normo cefálica, fascie tranquila, conjuntivas normales, vías aéreas permeables, pabellón auditivo sin patología, mucosas orales húmedas.
- **Cuello:** simétrico, sin adenopatías.
- **Tórax:** expandible, simétrico, mamas normales, simétricas no nódulos, campos pulmonares bien ventilados, corazón rítmico.
- **Abdomen:** globuloso, compatible con útero gestante, con feto único vivo cefálico dorso lateral derecho, FCF: 130x" latidos por minuto.
- **Genitales:** al tacto vaginal; cérvix: Dilatación 1cm; borramiento:10%; membranas integrales.
- **Extremidades:** sin edema de miembros inferiores.

#### **Indicaciones:**

- Cuidados de enfermería
- Reposo absoluto
- Control de signos vitales
- Monitoreo materno fetal
- Valoración por ginecólogo
- Aseo e higiene
- Exámenes complementarios



- Comunicar novedades a médico de guardia

### Signos vitales

- **TA:** 108/60
- **FC:** 77 Lx'
- **T:** 36.6 C
- **FR:** 19Rx'
- **SPO2:** 99%
- **Estado de conciencia:** alerta
- **Proteinuria:** negativa.
- **Score mama:** (0).

### Tratamiento:

- Solución salina 1000 cc pasar 30 gotas por minuto (iv) +
- 1 ampolla de hierro pasar en 1 hora.
- Paracetamol 1 gr (vo).
- Metronidazol óvulos 1 cada noche.

### Diagnóstico:

- Embarazo de +/- 30.3 semanas de gestación.
- Oligohidramnios leve.
- Anemia leve.
- Infección genital.

### Sexto día de hospitalización.

Paciente femenino al momento del pase de visita consciente, orientada en tiempo y espacio, colaboradora con interrogatorio, que fue ingresada con Diagnóstico de Oligohidramnios leve.

### Examen físico:

- **Cabeza:** normo cefálica, fascie tranquila, conjuntivas normales, vías aéreas permeables, pabellón auditivo sin patología, mucosas orales húmedas.



- **Cuello:** simétrico, sin adenopatías.
- **Tórax:** expandible, simétrico, mamas normales, simétricas no nódulos, campos pulmonares bien ventilados, corazón rítmico.
- **Abdomen:** globuloso, compatible con útero gestante, con feto único vivo cefálico dorso lateral derecho, FCF: 130x” latidos por minuto.
- **Genitales:** al tacto vaginal; cérvix: Dilatación 1cm; borramiento:10%; membranas integras.
- **Extremidades:** sin edema de miembros inferiores.

#### Indicaciones:

- Cuidados de enfermería
- Reposo absoluto
- Control de signos vitales
- Monitoreo materno fetal
- Valoración por obstetricia
- Aseo e higiene
- Exámenes complementarios
- Comunicar novedades a médico de guardia

*Tabla 9. Reporte de rastreo ecográfico.*

<b>ECOGRAFIA DEL H.B.N.C.I</b>	
<b>Presentación:</b>	Cefálico
<b>Dorso:</b>	Izquierdo
<b>DBP:</b>	8.75 cm
<b>LF:</b>	7.16 cm
<b>Placenta:</b>	Posterior
<b>Maduración:</b>	2/3
<b>Líquido amniótico:</b>	10.07 cm

*Fuente: Historia Clínica de la paciente*

*Elaborado por: Karen Díaz Nivicela.*

- Se reporta feto único vivo con movimientos fetales activos, embarazo de 36.2 semanas.

#### Signos vitales

- **TA:** 99/60



- **FC:** 90 Lx'
- **T:** 36.2 C
- **FR:** 19Rx'
- **SPO2:** 99%
- **Estado de conciencia:** alerta
- **Proteinuria:** negativa
- **Score mama:** (0)

#### **Tratamiento:**

- Solución salina 1000 cc pasar 30 gotas por minuto (iv)
- 1 Tableta de hierro cada 12 horas (vo)
- Paracetamol 1 gr (vo)
- Metronidazol óvulos vía vaginal 1 cada noche

Los días hospitalizada bajo control y cuidados de enfermería, la paciente de 26 años de edad, hemodinámicamente estable, activa electiva orientada en tiempo, espacio y persona. Glasgow 15/15.

Abdomen globuloso compatible con edad de gestación, paciente en buenas condiciones, feto único vivo con movimientos fetales activos se procede a dar alta hospitalaria. Dándole a conocer las medidas de alarma en el embarazo.

#### **Segundo ingreso hospitalario.**

Paciente gestante de 26 años de edad FUM: 10/02/2021, edad gestacional:40 por FUM, AGO: G 1; P: 0; C: 0; A: 1, PIG: no aplica; APP: no refiere; APF: madre hipertensa, AQX: no refiere, Alergias: no refiere. Paciente acude a emergencia obstétrica acompañada de su madre. Se encuentra lucida, vigil, consciente, orientada en tiempo, espacio y persona, hemodinámica mente estable, colabora con interrogatorio, con fascie tranquila, buena mecánica respiratoria. Acude por cuadro clínico caracterizado por dolor a nivel del hipogastrio que se irradia a la región lumbo sacra de moderada intensidad tipo contráctil.

#### **Examen físico:**



- **Cabeza:** normo cefálica, fascie tranquila, conjuntivas normales, vías aéreas permeables, pabellón auditivo sin patología, mucosas orales húmedas.
- **Cuello:** simétrico, sin adenopatías.
- **Tórax:** expandible, simétrico, mamas normales, simétricas no nódulos, campos pulmonares bien ventilados, corazón rítmico.
- **Abdomen:** globuloso, compatible con útero gestante, con feto único vivo cefálico dorso lateral izquierdo, FCF: 140x” latidos por minuto.
- **Genitales:** al tacto vaginal; cérvix: Dilatación 3cm; borramiento: 50%; membranas integra abombadas.
- **Extremidades:** sin edema de miembros inferiores.

#### Indicaciones:

- Cuidados de enfermería
- Control de signos vitales
- Monitoreo materno fetal
- Valoración obstétrica
- Aseo e higiene
- Exámenes complementarios
- Comunicar novedades a médico de guardia

#### Signos vitales.

- **T/A:** 110/72.
- **FC:** 85.
- **FR:** 19.
- **TEMP:** 36.9
- **SAT:** 98
- **Est. C:** alerta.
- **Proteinuria:** positiva.
- **Total:** 1

#### Exámenes de laboratorio (16/11/2021).

#### Biometría:



- **RBC:** 4.03 mm<sup>3</sup>
- **HTCO:** 26.9 %
- **HGB:** 8.0 mm
- **PLT:** 332.000 mm<sup>3</sup>
- **WBC:** 10.40 mm<sup>3</sup>
- **NEU:** 71.3%
- **LYM:** 72.2%
- **EOS:** 1.7%

#### **Uroálisis:**

- **Densidad:** 1.030
- **PH:** 5.0
- **Proteinuria:** positiva
- **Leucocitos:** +
- **Leucocitos por campo:** 18.20
- **Eritrocitos por campo:** 6.8
- **Células altas:** +++
- **Moco:** +
- **Color:** amarillo turbio

**Tratamiento:** Trabajo de parto

**Diagnóstico:** Trabajo de parto fase latente y embarazo de 40 semanas de gestación.

#### **Nota postparto.**

Paciente de sexo femenino pasa a sala de parto con parámetros de dilatación completos, con las medidas de asepsia y antisepsia, se realiza episiotomía para evitar desgarro irregular de canal vaginal y periné, se obtiene producto único vivo.

- **Sexo:** femenino
- **Apgar 8** al minuto y **9** a los 5 minutos
- **Peso:** 3000 gr





- Se clampea y corta cordón umbilical una vez que han cesado las contracciones.
- Oxitócica 10 ui IM, para el manejo activo de la tercera etapa del trabajo de parto.
- Alumbramiento completo a los 5 minutos se realiza limpieza de la cavidad uterina, se procede a reparar episiotomía con hilo vicryl 1-0 en 3 planos.
- Abdomen blando, útero contraído.
- Loquios escasos normales.

### **Signos vitales.**

- **T/A:** 100/75
- **FC:** 85.
- **FR:** 18.
- **TEMP:** 37
- **SAT:** 98
- **Est. C:** alerta.
- **Proteinuria:** positiva.
- **Total:** 1

### **Medidas generales.**

- Control de signos vitales
- Cuidados de enfermería
- Control de loquios
- Alojamiento conjunto
- Lactancia materna exclusiva
- Consejería de planificación familiar
- Asesoría anticonceptiva

### **Indicaciones terapéuticas:**

- Cefalexina 500mg c/8 horas(vo)
- Paracetamol 1 gr 1/8 horas (vo)

### **Diagnóstico:**



- Parto humanizado eutócico simple.
- Alumbramiento completo.
- Puerperio fisiológico inmediato.

### **Evoluciones post parto.**

Se realiza 8 controles post parto cada 15 minutos en los que evidencian:

Paciente de 26 años sexo femenino orientada en tiempo espacio y persona, alerta, afebril, hemodinamicamente estable, sin signos ni síntomas neurológicos.

Abdomen blando depresible doloroso a la palpación, útero contraído, a nivel de la cicatriz umbilical, loquios escasos.

Diuresis conservada.

#### **Primer control:**

- **T/A:** 128/73
- **FC:** 85.
- **FR:** 19.
- **TEMP:** 36.6
- **SAT:** 99
- **Est. C:** alerta.
- **Proteinuria:** positiva.
- **Total:** 1

#### **Paciente presenta al noveno control**

- **T/A:** 124/77
- **FC:** 84.
- **FR:** 19.
- **TEMP:** 36.6
- **SAT:** 99
- **Est. C:** alerta.
- **Proteinuria:** positiva.
- **Total:** 1

Control de score mama 15 minutos después.



### **Segundo día puerperio fisiológico inmediato.**

Paciente de 26 años sexo femenino orientada en tiempo espacio y persona, alerta afebril, hemodinamicamente estable, sin signos ni síntomas neurológicos.

Abdomen blando depresible, útero contraído bajo cicatriz umbilical, loquios escasos, no retenidos.

#### **Signos vitales.**

- **T/A:** 100/60
- **FC:** 80.
- **FR:** 19.
- **TEMP:** 37
- **SAT:** 98
- **Est. C:** alerta.
- **Proteinuria:** negativa
- **Total:** 0

#### **Medidas generales.**

- Control de signos vitales
- Cuidados de enfermería
- Alojamiento conjunto
- Lactancia materna exclusiva
- Consejería de planificación familiar
- Asesoría anticonceptiva

#### **Indicaciones terapéuticas:**

- Cefalexina 500mg c/8 horas(vo)
- Paracetamol 1 gr 1/8 horas (vo)

#### **Diagnóstico:**

- Puerperio fisiológico inmediato.

#### **Alta hospitalaria.**



Después de dos días de evolución favorable, bajo control, cuidados de enfermería por puerperio fisiológico mediato.

Paciente femenino de 26 años de edad, orientada en tiempo espacio y persona.

Glasgow 15/15. Abdomen blando depresible no doloroso, útero contraído.

### **Signos vitales.**

- **T/A:** 115/72
- **FC:** 80.
- **FR:** 19.
- **TEMP:** 37
- **SAT:** 98
- **Est. C:** alerta.
- **Proteinuria:** negativa
- **Total:** 0

### **Exámenes de laboratorio**

#### **Biometría:**

- **RBC:** 3.180mm<sup>3</sup>
- **HTCO:** 28.9 %
- **HGB:** 9.2 mm
- **PLT:** 320.000 mm<sup>3</sup>
- **WBC:** 9.28 mm<sup>3</sup>
- **NEU:** 75.3%
- **LYM:** 23.2%
- **EOS:** 1.7%

#### **Medidas generales y terapéuticas:**

- Cefalexina 500 mg cada 8 horas por 7 días.
- Paracetamol 500 mg cada 8 horas por 4 días
- Levonogestrel bristel 1 diario a partir del día 40
- Control en consulta externa en 15 días



## 2.8. Observaciones.

Se siguió detalladamente la evolución y medidas aplicadas a la paciente, las mismas que permitieron culminar de forma satisfactoria el embarazo.

En este caso se debe destacar el trabajo en conjunto de los profesionales de salud para la adecuada valoración, manejo y seguimiento de la paciente con oligohidramnios.

Se considera que el oligohidramnios es casi imposible de tratar en el primer nivel, pero se puede tomar decisiones y soluciones para estabilizar al paciente con manejo adecuado a tiempo y lograr que la paciente llegue a feliz término su embarazo.

## Conclusiones.

- La conducta obstétrica aplicada en el caso de la paciente diagnosticada con oligohidramnios fue de acuerdo al criterio médico de ingreso al área de hospitalización y al manejo y seguimiento obstétrico diario durante la estancia hospitalaria, lo cual dio como resultados el evitar el desarrollo de complicaciones materno fetales asociadas.
- De acuerdo a los datos referidos por la paciente y a los estudios complementarios realizados se desconocen las causas que permitieron el desarrollo de la patología, pero se hace una correlación como factor de riesgo al hecho de que la paciente no asistió a sus controles prenatales en el primer nivel de atención.
- El procedimiento que se aplicó a la paciente una vez ingresada fue de acuerdo a las prácticas estándares y a los protocolos del MSP para el manejo de oligohidramnios en embarazo único, esta medida permitió que el embarazo llegue a término, evolucionando favorablemente para un trabajo de parto eutócico con producto único, vivo con APGAR 8 al minuto y 9 a los 5 minutos con medidas antropométricas dentro de parámetros normales, por lo que se prescribió alta hospitalaria más controles postparto.



## Bibliografía.

- Amador de Varona, C. I., Rodríguez Fernández, J. M., Mari Pichardo, A., & Valdés Dacal, S. (2013). Oligohidramnios: medidor de salud fetal. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 17(6), 121-128.
- Andrés, M. P., Zapardiel, I., & Tobajas, J. J. (2016). Manejo de la rotura espontánea de membranas antes del inicio del trabajo de parto en gestantes a término. *Revista Electrónica de Portales Médicos*, 12.
- Aragón Núñez, M. T. (2018). Aumento de Líquido Amniótico. Polihidramnios. *Revista Electrónica de Portales Medicos*.
- Bermudez Alarcón, M., & Chérrez Paredez, I. (2019). *Complicaciones del oligohidramnios en el embarazo y en el recién nacido*. Universidad de Guayaquil. Guayaquil: Repositorio Institucional de la Universidad de la Universidad de Guayaquil. Obtenido de Repositorio Institucional de la Universidad de Guayaquil.
- Borja Caiza, C. E. (2016). *Polihidramnios en Embarazo de 33 Semanas más Hipermadurez Placentaria*. Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias de la Salud . Ambato: Repositorio Digital.
- Cifuentes, R. (2013). *Obstetricia de alto riesgo*. Distribuna.
- DeCherney, A. H., Nathan, L., Laufer, N., & Roman, A. S. (2014). *Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos* (Doceava ed.). McGraw Hill Education Inc.
- Eixarch, E., & Figueras, F. (2014). Guía Clínica: oligohidramnios en gestación única . *Servei de Medicina Materno Fetal*.
- Gallarreta, F., Martins, W., Morais, E., Nicolau, L., Barra, D., & Mauad Filho, F. (2009). Current aspects of oligohydramnios assessed by ultrasound and perinatal outcomes. *Femina*, 37(8), 443-447.



- González de Chirivella, X., Salazar de Dugarte, G., & Faneite, P. (2001). Índice de Líquido Amniótico (ILA): II comparación de dos criterios diagnósticos de oligoamnios y el resultado perinatal. *Rev. obstet. ginecol. Venezuela*, 61(3), 163-168.
- González Guidos, E. A. (2015). *Resultado perinatal de embarazos a término con oligohidramnios de moderado a severo que consultan en el Hospital Nacional de Maternidad "Dr. Raúl Arguello Escolán" entre el período de Enero a Diciembre de 2013*. Universidad de El Salvador. San Salvador: Repositorio Institucional de la Univesidad de El Salvador.
- Hospital Materno Infantil Vall d'Hebrón. (s.f.). *Alteraciones del líquido amniótico: Diagnóstico y tratamiento*. Barcelona, España.
- Kurjak, A., & Chervenak, F. A. (2014). *Ecografía en obstetricia y ginecología* (Segunda ed.). Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Mantilla Jumbo, K. M. (2021). *Conducta Obstétrica en primigesta de 17 años con oligohidramnios severo y embarazo de 24.2 semanas de gestacion*. Universidad Técnica de Babahoyo. Babahoyo: DSpace.
- Marín Sierra, C. D. (2013). *Factores de riesgo asociados a oligohidramnios*. Aguascalientes: Repositorio Bibilográfico de la Universidad Autónoma de Aguascalientes.
- Mora., A. B. (2013). *Oligohidramnios: medidor de salud fetal*. .
- Morgan Ortiz, F., Morgan Ruiz, F. V., Quevedo Castro, E., Gutierrez Jimenez, G., & Báez Barraza, J. (2015). Anatomía y fisiología de la placenta y líquido amniótico. *Rev Med UAS*, 5(4), 156-164.
- Norma Cerviño, G. P. (s.f.). *Obstetricia Moderna/Patología propia del embarazo*. En N. Cerviño, & G. Pagés, *Patología del líquido amniótico*.
- Palero Chambi, M. E. (2018). *Oligohidramnios*. Universidad Católica de Santa María. Arequipa: Repositorio UCSM-Tesis.
- Pérez Sanchez, A., & Donoso Siña, E. (2011). *Obstetricia* (Cuarta ed.). Santiago de Chile: Editorial Mediterraneo.
- PERINATAL.IM. (2014). *Guías Clínicas y Procedimientos en Obstetricia y Perinatología*.



- Romero, C., Peña, M., Gutiérrez, N., González, E., & Álvarez, Y. (2009). Oligoamnios: epidemiología de un grave problema de la obstetricia moderna. *Rev. cienc. medicina Pinar Río*, 13(2), 268-277.
- Sante Farfán, G., & Silva Rado, E. (2016). Oligohidramnios en el Hospital Regional. *Acta Médica Peruana*, 33(2), 165-166.
- Santos Montolla, C. (2018). *Polihidramnios en Paciente de 19 años de edad con embarazo de +/- 36 semanas de gestación*. Univerisdad Técnica de Babahoyo. Babahoyo: DSpace.
- Segovia Ali, S. (2021). *Conducta obstétrica en primigesta adolescente de 13 años de edad embarazada de 36,6 semanas con polihidramnios*. Universidad Técnica de Babahoyo. Babahoyo: DSpace.
- Senado Dumoy, J. (1999). Los factores de riesgo en el proceso salud-enfermedad. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 15(4), 453-560.
- Varas Villafuerte, A. J. (2020). *Asociación entre factores maternos e índice de líquido amniótico anormal en gestantes en el hospital Vitarte en el periodo 2013-2018*. Lima: Repositorio Institucional de la Universidad Ricardo Palma.
- Velazquez Rojas, G. (2020). *Línea de la Investigación*.





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



Anexos.

HOSPITAL BASICO "DR. NICOLAS COTTO INFANTE DE VINCES"  
SERVICIO DE ECOGRAFIA  
ECOGRAFIA OBSTETRICA

NOMBRE: *Camila Moran Sosa*

FUM: \_\_\_\_\_

SOLICITADO POR: *de*

FECHA: *Viernes 10 de Septiembre - 2021*

INFORME

FETO: *UNICO* PRESENTACION: *CEFAICO*

DORSO: *DERECHO* LCF: *INCLINADO* MOV. FET.: *PERMI*

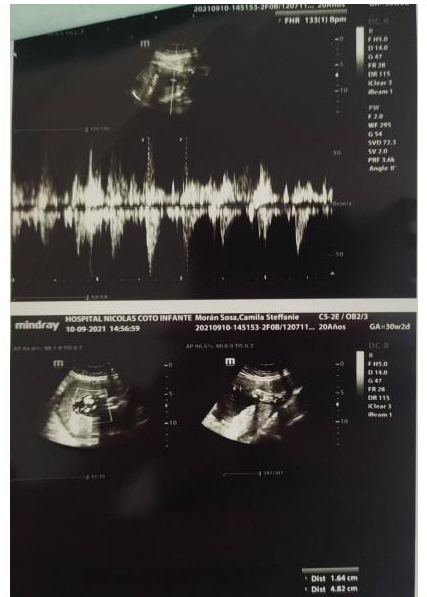
DBP: *78mm* LF: *78mm* DSG: \_\_\_\_\_ LCR: \_\_\_\_\_

PLACENTA: *FUNDICA* MADURACION: *1 / 3*

LIQUIDO AMNIOTICO: *ILN: 6.96cm*

OBSERVACIONES:

DIAGNOSTICO: *EMBARAZO 30,3 semanas GISA  
Oligoamnios leve*



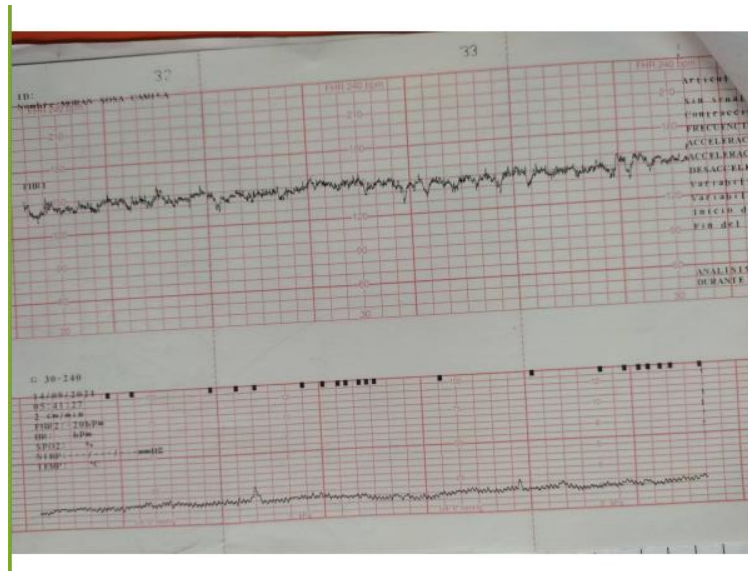
ANEXO 1. Evidencia de la ecografía realizada a la paciente en el II Nivel de atención.

Parameter	Result	Unit	Range of
WBC	9.49	$10^3/\mu\text{L}$	4.00 - 10.00
Neut%	71.8 %		50.0 - 70.0
Lym%	21.5 %		20.0 - 40.0
Mon%	4.5 %		3.0 - 12.0
Eos%	2.1 %		0.5 - 5.0
Bas%	0.1 %		0.0 - 1.0
Neut#	6.82	$10^3/\mu\text{L}$	2.00 - 7.00
Lym#	2.04	$10^3/\mu\text{L}$	0.80 - 4.00
Mon#	0.42	$10^3/\mu\text{L}$	0.12 - 1.20
Eos#	0.20	$10^3/\mu\text{L}$	0.02 - 0.50
Bas#	0.01	$10^3/\mu\text{L}$	0.00 - 0.10
RBC	4.06	$10^6/\mu\text{L}$	3.50 - 5.00
HGB	8.0	g/dL	11.0 - 15.0
HCT	27.1 %		37.0 - 47.0
MCH	66.6 fL		80.0 - 100.0
MCHC	19.6 pg		27.0 - 34.0
MCHC	29.4 g/dL		32.0 - 36.0
RDW-CV	16.2 %		11.0 - 16.0
RDW-SD	45.1 fL		35.0 - 56.0
PLT	338	$10^3/\mu\text{L}$	150 - 450
MPV	9.1 fL		6.5 - 12.0
PDW	15.8		9.0 - 17.0
PCT	0.307 %		0.108 - 0.282
* ALP%	0.4 %		0.0 - 2.0
* LIC%	0.5 %		0.0 - 2.5
* ALP#	0.04	$10^3/\mu\text{L}$	0.00 - 0.20
* LIC#	0.04	$10^3/\mu\text{L}$	0.00 - 0.20

\*\* sólo con la certificación, no para diagnóstico



**ANEXO 2.** Exámenes de laboratorio con los que ingreso la paciente.



**ANEXO 3.** Monitoreo materno fetal

Ministerio de Salud Pública  
AL BÁSICO "DR. NICOLAS COTTO INFANTE DE VINCES"  
SERVICIO DE ECOGRAFIA  
ECOGRAFIA OBSTETRICA

NOMBRE: *Cande Moran Josa*  
FUM: \_\_\_\_\_  
SOLICITADO POR: *[Signature]*  
FECHA: *Viernes, 4 de Noviembre 2021*

**INFORME**

FETO: *UNICO* PRESENTACION: *CEFALICA*  
DORSO: *Izquierda* LCF: *Anterior* MOV. FET: *Activo*  
DBP: *87* LF: *7.6* DSG: \_\_\_\_\_ LCR: \_\_\_\_\_  
PLACENTA: *Posterior* MADURACION: *2*  
LIQUIDO AMNIOTICO: *Índice: 10.02*  
OBSERVACIONES: *RCIU?*  
DIAGNOSTICO: *EMBARAZO 36,2 semanas - 1.5a*



**ANEXO 4.** Seguimiento de control ecográfico