



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE OBSTETRICIA**

**COMPONENTE PRACTICO DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA  
OBTENCION DEL GRADO ACADEMICO DE OBSTETRIZ/OBSTETRA**

**TEMA PROPUESTO DEL CASO CLINICO:**

**'CONDUCTA OBSTÉTRICA ANTE OLIGOHIDRAMNIOS SEVERO EN  
EMBARAZO DE 21.5 SEMANAS DE GESTACION Y MALFORMACIÓN FETAL'**

**AUTOR:**

JARITZA DAYANA MACIAS CARDENAS

**TUTOR:**

OBST LILIAN MUÑOZ SOLORZANO

**Babahoyo - Los Ríos - Ecuador**

**2021**

## INDICE GENERAL

<b>I AGRADECIMIENTO.....</b>	<b>1</b>
<b>II DEDICATORIA .....</b>	<b>2</b>
<b>III TÍTULO DEL CASO CLÍNICO.....</b>	<b>3</b>
<b>IV RESUMEN.....</b>	<b>4</b>
<b>V ABSTRACT.....</b>	<b>5</b>
<b>VI INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>6</b>
<b>1. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>7</b>
1.1 DEFINICIÓN.....	7
1.2 RIÑONES POLIQUÍSTICOS.....	8
1.3 FACTORES DE RIESGO.....	9
1.4 INCIDENCIA.....	10
1.5 ETIOLOGÍA.....	11
1.6 FISIOLOGÍA.....	12
1.7 FISIOPATOLOGÍA DEL LÍQUIDO AMNIÓTICO POR MALFORMACIÓN FETAL.....	13
1.8 SIGNOS Y SÍNTOMAS.....	14
1.9 DIAGNOSTICO.....	15
1.10 TRATAMIENTO.....	16
1.11 TRATAMIENTO INVASIVO.....	16
1.12 JUSTIFICACIÓN.....	17
1.13 OBJETIVOS.....	18
1.14 DATOS GENERALES.....	19
<b>2. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO.....</b>	<b>20</b>
2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES.....	20
2.2 HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE.....	20
2.3 PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS).....	21
2.4 EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA) .....	22
2.5 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.....	23

2.6 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.....	25
2.7 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.....	26
2.8 INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.....	27
2.9 SEGUIMIENTO.....	29
2.10 REFERENCIA A III NIVEL DE ATENCIÓN.....	34
2.11 OBSERVACIONES.....	36
<b>3. CONCLUSIONES.....</b>	<b>37</b>
<b>4. BIBLIOGRAFÍAS.....</b>	<b>38</b>
<b>5. ANEXOS.....</b>	<b>41</b>

## I. AGRADECIMIENTO

A Dios por permitirme llegar hasta donde estoy, brindarme salud, energía, paciencia y sabiduría para convertirme en una excelente profesional en la carrera que me apasiona.

A mis padres Yadira Cárdenas y Edgar Macías, hermanos Bryan Macias y Adonis Macias por permanecer junto a mí en cada etapa de mi vida con una palabra de aliento, recargándome de valentía que necesitaba para continuar en mis estudios.

A Hernán Lino, mi esposo por brindarme su apoyo incondicional en alcanzar los sueños, objetivos, metas propuestas junto a El y nuestras familias.

Mis abuelas y abuelos, tías, primas, respectivamente, María Álvarez, María Inés Zambrano+, Gumercindo Macias, todos son el pilar fundamental para que esta etapa haya finalizado con éxito.

A maestros, tutores, profesionales que conocí en el internado por brindarme sus conocimientos, reconociendo que estaban compartiendo su sabiduría con una futura colega.

Gracias a todos por creer en mí, por creer en mí talento y profesionalismo porque continuaron fomentando en mí el deseo de superación, espero Dios me continúe bendiciendo con personas tan maravillosas que hay en mi vida.

No fue sencillo, pero puedo decir que lo logré, espero se sientan orgullosos de mí, este logro es gran parte gracias a ustedes, ¡LOS AMO!

Jaritza Macias Cárdenas

## II. DEDICATORIA

A Dios, el que ha forjado mi camino y me ha levantado de mis tropiezos.

Dedico todos estos años de esfuerzo a mi madre Yadira Cárdenas, mi padre Edgar Macias, hermanos Bryan Macias C y Adonis Macias C, esposo Hernán Lino P, abuelas Maria Álvarez y Maria Inés Zambrano +, abuelo Gumercindo Macias, tías, tíos, primas, suegros y cuñadas.

Gracias por formar parte de estos largos años universitarios llenos de esfuerzo, por sus mensajes de aliento por su grandiosa manera de instruirme para afrontar las adversidades de la vida.

Jaritza Macias Cárdenas

### **III. TEMA**

**‘CONDUCTA OBSTÉTRICA ANTE OLIGOHIDRAMNIOS SEVERO EN EMBARAZO DE 21.5 SEMANAS DE GESTACIÓN y MALFORMACIÓN FETAL’**

#### IV. RESUMEN

El líquido amniótico desempeña un papel protector en el embarazo, permite el crecimiento fetal normal, este crea un espacio físico para el movimiento fetal que es necesario para la maduración neuromusculoesquelética. Protege aún más contra la compresión del cordón umbilical y protege al feto del trauma, el líquido amniótico incluso tiene propiedades bactericidas, el oligohidramnios complica aproximadamente del 1 al 2% de los embarazos

Las anomalías del volumen del líquido amniótico puede ser resultado de una patología fetal o placentaria, esto indica una dificultad con la producción de fluidos o su circulación, estos volúmenes desmedidos consiguen estar asociados con un mayor riesgo de un resultado adverso del embarazo, por tal motivo se decidió dar estudio del caso de una paciente de 21 años de edad secundigesta, con oligohidramnios severo más malformación fetal y embarazo de 21.5 semanas, el mismo que se presentó en el Hospital Nicolas Cotto Infante.

La producción fetal de orina se origina entre las 8 y las 11 semanas de gestación, pero esto no se convierte en un componente principal del líquido amniótico hasta el segundo trimestre, lo que explica por qué los fetos con anomalías letales renales pueden no presentar oligohidramnios graves hasta después de las 18 semanas.

La micción fetal es la principal fuente de líquido amniótico en la segunda mitad del embarazo, anomalías renales seleccionadas conducen a la ausencia de la producción de orina fetal, incluyen agenesia renal bilateral, riñón displásico multiquístico bilateral etc.

**Palabras clave:** Oligohidramnios, líquido amniótico, riñón multiquístico bilateral, malformación fetal.

## V. ABSTRACT

Amniotic fluid plays a protective role in pregnancy, it allows normal fetal growth, it creates a physical space for fetal movement that is necessary for neuromusculoskeletal maturation. It further protects against compression of the umbilical cord and protects the fetus from trauma, amniotic fluid even has bactericidal properties, oligohydramnios complicates approximately 1 to 2% of pregnancies

Amniotic fluid volume abnormalities may be the result of fetal or placental pathology, this indicates a problem with fluid production or circulation, these extreme volumes can be associated with an increased risk of adverse pregnancy outcome, for that reason dedicated himself to studying the case of a 21-year-old second-digestive patient with severe oligohydramnios plus fetal malformation and a 21.5-week pregnancy, the same one who presented at the Nicolas Cotto Infante Hospital.

Fetal urine production begins between 8 and 11 weeks of gestation, but this does not become a major component of amniotic fluid until the second trimester, which explains why fetuses with fatal renal anomalies may not manifest severe oligohydramnios until after 18 weeks.

Fetal urination is the main source of amniotic fluid in the second half of pregnancy, selected renal abnormalities lead to the absence of fetal urine production, including bilateral renal agenesis, bilateral multicystic dysplastic kidney, etc.

**Keywords:** Oligohydramnios, amniotic fluid, bilateral multicystic kidney



## VI. INTRODUCCION

El oligohidramnios comprende el índice de líquido amniótico  $<5$  cm, esto se considera de alto riesgo por incrementar morbimortalidad fetal, el volumen del líquido amniótico aumenta desde aproximadamente 30 ml a las 10 semanas a 200 ml cerca de las 16 semanas y alcanza 800 ml a medidas del tercer trimestre (Brace & Magann, 1989; 1997)

La producción fetal de orina comienza entre las 8 y las 11 semanas de gestación, pero esto no se convierte en un componente principal del líquido amniótico hasta el segundo trimestre, lo que explica por qué los fetos con anomalías letales renales pueden no manifestar oligohidramnios graves hasta después de las 18 semanas.

Cuando el volumen del líquido amniótico disminuye anormalmente desde el inicio del segundo trimestre, puede reflejar una anomalía fetal que imposibilita la micción normal, se realiza rastreo ecográfico en búsqueda de anomalías fetales y placentarias, si no hay líquido amniótico perceptible más allá de mediados del segundo trimestre debido a una etiología genitourinaria, el pronóstico es desfavorable.

El estudio del caso presenta a una paciente de sexo femenino, secundigesta de 21 años de edad que cursa un embarazo de 20.0 semanas de gestación, presenta sangrado transvaginal en cantidad moderada de aproximadamente 4 horas de evolución, de color negruzco, por examen ecográfico reporta producto único vivo con tórax angosto, abdomen prominente con riñones dilatados y oligohidramnios severo.

## 1. MARCO TEORICO.

### 1.1 DEFINICIÓN

El oligohidramnios es la disminución del líquido amniótico, menor de 500 ml, o un índice de líquido amniótico por ecografía menor de 8cm. (MSP, GPC Ruptura prematura de membranas , 2015) Esto representa un problema para la salud reproductiva de la mujer, se lo conoce como un predictor de morbilidad fetal, este tiene propiedades bacteriostáticas y antiinflamatorias, permite el correcto crecimiento y desarrollo del feto, esta alteración afecta a menos del 10% de las mujeres embarazadas, aunque solo son diagnosticas el 5%.

**Tab. 1 clasificación del índice de líquido amniótico.**

<b>OLIGOHIDRAMNIOS CLASIFICACION</b>	<b>LIQUIDO AMNIOTICO (LA) EN ML</b>	<b>LIQUIDO AMNIOTICO (LA) EN (CM)</b>
<b>NORMAL</b>	<b>500 - 1200 ml</b>	<b>8 – 18 cm</b>
<b>OLIGOHIDRAMNIOS LEVE</b>	<b>500 ml</b>	<b>5 – 8 cm</b>
<b>OLIGOHIDRAMNIOS MODERADO</b>	<b>100 – 500 ml</b>	<b>3 – 5 cm</b>
<b>OLIGOHIDRAMNIOS SEVERO</b>	<b>&lt;100 ml</b>	<b>0 – 2 cm</b>

Fuente: (Salvador, 2020)

**Elaborado por:** Jaritza Macias Cárdenas

Las consecuencias del oligohidramnios son aún más graves si se da en los primeros dos trimestres de la gestación, con el progreso de la gestación, cuatro vías juegan un papel importante en la regulación del líquido amniótico, primero la

micción fetal es la principal fuente de líquido amniótico en la segunda mitad del embarazo, al termino, la producción de orina fetal puede exceder un litro por día.

Definiremos como oligohidramnios como la presencia de un MCV <2cm, siendo considerando como oligohidramnios severo/anhidramnios cuando este sea inferior a 1 cm o un ILA DE <5cm, La medida de la cantidad del líquido amniótico se puede realizar utilizando dos diferentes técnicas durante los controles ecográficos:

**Tab.2 Medición de líquido amniótico**

Máxima columna vertical (MCV)	Índice de líquido amniótico (ILA)
Se realiza midiendo la máxima columna vertebral del liquido libre de las partes fetales y de cordón de manera vertical, el cual se considera normal cuando es superior a 2cm en todas las edades gestacionales y cuando es inferior a 8 cm por debajo de la semana 20 o a 10 cm a partir de la semana 21	Es el valor obtenido a partir de la suma de las máximas columnas verticales de líquido, libre de partes fetales o cordón umbilical, en cada uno de los cuatro cuadrantes que se delimitan por la intersección de dos líneas perpendiculares en el abdomen materno, la línea media longitudinal con la línea transversal media entre la sínfisis púbica y el fondo uterino, se consideran normales valores de ILA de entre 5 y 25 centímetros.

**Fuente:** (Mestre, 2015)

**Elaborado por:** Jaritza Macias Cárdenas.

## 1.2 RIÑONES POLIQUISTICOS.

La enfermedad renal poliquística es hereditaria y su característica sobresaliente son numerosos quistes llenos de fluido que crecen en los túbulos del riñón, se

diagnostica antes del nacimiento o en el periodo neonatal inmediato, esta es una de las enfermedades hereditarias más frecuentes, es un trastorno autosómico recesivo localizado en el cromosoma 16.

**Se clasifica en cuatro tipos:**

- ⇒ El tipo I o perinatal es en la que existe lesión renal grave, nefromegalia simétrica, muerte temprana por insuficiencia respiratoria aguda secundaria a hipoplasia pulmonar y síndrome de Potter
- ⇒ Tipo II o neonatal que es similar a la anterior, pero la muerte ocurre por la insuficiencia renal
- ⇒ Tipo III o infantil y la IV o juvenil en la que se asocia con fibrosis hepática congénita e hipertensión portal.
- ⇒ El síndrome de Potter es la manifestación morfológica fetal secundaria al oligohidramnios agudo, en la que el feto sufre la falta de amortiguación del líquido amniótico, lo que ocasiona la presión ejercida por la pared uterina y esto provoca alteraciones fenotípicas características, a su vez el síndrome de Potter se clasifica en:
  - ⇒ Tipo I o variedad autosómica recesiva en la que existe el crecimiento de ambos riñones, debido a la dilatación de túbulos colectores, además de crecimiento hepático por dilatación e incremento del número de conductos biliares.
  - ⇒ Tipo II se caracteriza por displasia renal segmentaria o, menos frecuente, bilateral que puede acompañarse de otras malformaciones, como; atresia anal, anencefalia, atresia duodenal, mielomeningocele y polidactilia. (GME, 2009)

### **1.3 FACTORES DE RIESGO**

La autora (Orellana, 2020) sostiene en su tesis sobre comorbilidades maternas en pacientes con oligohidramnios que es de suma importancia saber que esta

patología es frecuente y presenta morbilidades que pueden agravar la salud de la madre y el feto por lo cual es indispensable contar con profesionales de salud capacitados y cualificados para un adecuado manejo clínico, entre ellas podemos mencionar:

- ⇒ Pérdidas de bienestar fetal.
- ⇒ Limitación de crecimiento uterino
- ⇒ Ruptura de membranas
- ⇒ Preeclampsia severa
- ⇒ Insuficiencia placentaria

#### **1.4 INCIDENCIA**

Se ha estimado que la incidencia de embarazos complicados por oligohidramnios es de 0.5 a 5.5%, el oligohidramnios severo con índice de líquido amniótico por debajo de 3cm ocurre en aproximadamente 0.7 de embarazos, la cantidad de líquido amniótico disminuida puede atribuirse a varias condiciones, incluyendo anomalías del tracto urinario, insuficiencia placentaria, agenesia renal bilateral, riñón displásico multiquístico bilateral, agenesia renal unilateral con riñón displásico multiquístico.

Las anomalías urinarias también pueden dar como resultado oligohidramnios debido a la obstrucción de la salida de la vejiga fetal. Ejemplos de estos son las válvulas uretrales posteriores, atresia uretral o estenosis. Complejas anomalías genitourinarias fetales, el oligohidramnios secundario severo a una anomalía renal generalmente tiene un pronóstico letal. (Cunningham, William Obstetricia edición 25a, 2019)

## 1.5 ETIOLOGIA

Podemos distribuir las causas del oligohidramnios en diferentes grupos, ya sean fetales, maternas, placentarias, coligadas a medicación e idiopáticas.

**Tab.3 Causas del oligohidramnios**

Causas fetales	Anormalidades cromosómicas, anomalías congénitas renales bilaterales (Agenesia o hipoplasia renal, poliquistosis renal), del tracto urinario (Obstrucción uretral bilateral, valvas uretrales posteriores y defectos del tubo neural, embarazo postérmino, óbito fetal, restricción de crecimiento intrauterino.
Causas placentarias-membranas	Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, síndrome de transfusión Intergemelar, ruptura prematura de membranas.
Causas maternas	Insuficiencia uteroplacentaria, hipertensión crónica, diabetes gestacional, elevación de los niveles de alfa-proteínas, preeclampsia, anticuerpos antifosfolipídicos, hipovolemia materna,
Coligadas a medicación	Inhibidores de prostaglandinas (Ibuprofeno, indometacina) inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina

	(Captopril, enalapril)
Idiopáticas	Enfermedad de origen desconocido.

**Fuente:** (Caicedo, 2017)

**Elaborado por:** Jaritza Macías Cárdenas

## 1.6 FISILOGIA

Al principio del embarazo, la cavidad amniótica está llena de un líquido que es similar en composición al líquido extracelular. Durante la primera mitad del embarazo, la transferencia de agua y otras moléculas pequeñas tiene lugar a través del amnios flujo transmembranosa; a través de los vasos fetales en la superficie de la placenta, flujo intramembranoso; y a través de la piel fetal flujo transcutáneo.

La producción fetal de la orina empieza entre las 8 y 11 semanas de gestación, pero este no se convierte en un componente principal del líquido amniótico hasta el segundo trimestre, lo que explica porque los fetos con anomalías letales renales pueden no manifestar oligohidramnios graves hasta después de las 18 semanas.

El transporte de agua a través de la piel del feto continua hasta que la queratinización ocurra de las 22 a 25 semanas. Esto explica porque los recién nacidos extremadamente prematuros logran experimentar pérdida significativa de líquidos a través de su piel. Con el avance de la gestación cuatro vías son importantes ya que intervienen en la regulación del volumen del líquido amniótico: (Cunningham, Williams Obstetricia)

La cavidad amniótica aparece el séptimo día después de la fecundación, durante las primeras semanas el líquido amniótico es esencialmente ultrafiltrado del plasma materno. Entre las 10 y 20 semanas su composición es isotónica con

respecto al suero materno y fetal, esto se debe a los intercambios que se producen a través de la piel fetal.

Las dos principales vías de producción son la diuresis fetal y las secreciones pulmonares. En paralelo existen dos vías de reabsorción, la predominante es la vía intravenosa y la deglución fetal. (H. Madar, 2006)

### **1.7 FISIOPATOLOGÍA DEL LIQUIDO AMNIÓTICO POR MALFORMACIÓN FETAL**

Desde el punto de vista embriológico a los 12 días post fecundación, se forma una hendidura adyacente a la lámina embrionaria, que crece rápidamente. El amnios envolvente se fusiona, primero con el tallo corporal y luego con el corion, formándose el saco amniótico lleno de líquido incoloro, ya a las 9 semanas de gestación la cavidad amniótica está completamente formada y el líquido amniótico rodea al feto.

El líquido amniótico mantiene constante intercambio con la circulación materna y fetal, hasta las 20 semanas, la participación materna es fundamental en la formación del líquido amniótico, a esta edad gestacional existe una gran similitud entre el líquido amniótico y el plasma materno. El funcionamiento renal comienza hacia las 14 semanas.

El diagnóstico ecográfico incluye la ausencia de vejiga, ausencia bilateral de los riñones fetales y oligohidramnios severo, en ocasiones puede ser difícil de documentar debido a la baja calidad de las imágenes, esto es relacionado con la existencia de oligohidramnios severo. (Acosta, 2017)



La enfermedad renal poliquística es hereditaria y su característica sobresaliente son numerosos quistes llenos de fluidos que crece en los túbulos del riñón, el síndrome de Potter es la manifestación morfológica fetal secundaria al oligohidramnios agudo, en la que el feto sufre la falta de amortiguación del líquido amniótico lo que ocasiona que la presión ejercida de la pared uterina provoque alteraciones fenotípicas características.

Este síndrome de Potter se clasifica en tipo I o variedad autosómica recesiva en la que existe un crecimiento de ambos riñones, debido a la dilatación de los túbulos conectores, además de crecimiento hepático por dilatación e incremento del número de conductos biliares, el tipo II se caracteriza por displasia renal segmentaria o menos frecuente.

En la enfermedad renal poliquística los dos riñones tienen aumento de tamaño debido a la existencia de quistes en la corteza y medula que representan dilataciones de los túbulos colectores, fibrosis intersticial y atrofia tubular asociado con quistes hepáticos. El curso clínico in útero se manifiesta con disminución de orina fetal que, a su vez, conduce a oligohidramnios.

La falta de este líquido comprime al útero hacia la caja torácica y, en conjunto con la nefromegalia, provocan hipoplasia pulmonar, la muerte suele ocurrir por la combinación de insuficiencia renal y respiratoria aguda. La enfermedad renal poliquística se origina por la unión de padres portadores heterocigotos sanos, por esto es difícil encontrar algún antecedente patológico familiar con esta enfermedad.

El anhidramnios puede ocasionar síndrome de Potter, que no es más que el resultado de la compresión fetal intrauterina que se manifiesta con alteraciones como la que en este caso observamos por ecografía de rastreo, Tórax angosto, deformidades faciales, debido al agrandamiento de la masa renal hay

anhidramnios, la histología, la dilatación de los túbulos colectores y la muerte temprana o intrauterina apoyan el diagnóstico de síndrome de Potter tipo I o enfermedad renal poliquística (Torcida GME, 2009)

### 1.8 SIGNOS Y SINTOMAS

SIGNOS	
⇒	Líquido amniótico reducido en ecografías de rutina o de rastreo
⇒	Medidas uterinas más pequeño de lo normal para la edad gestacional

La  
insuf  
icien  
cia  
de  
líqui  
do  
amni  
ótico  
pued

o ocasionar problemas graves para el feto en función a la etapa del embarazo en la que se encuentre, en la mayoría de casos el oligohidramnios no presenta ningún síntoma por lo tanto en muchas ocasiones solo debe ser diagnosticado mediante ecografía. Si hubiere Ruptura prematura de membranas el único signo que presentaría la mujer sería pérdida de líquido amniótico.

Tab.4 signos del oligohidramnios.

⇒ Caída repentina de la frecuencia cardiaca fetal
⇒ Ausencia de movimientos fetales
⇒ Restricción de crecimiento fetal intrauterino
⇒ Se pueden palpar fácilmente las partes fetales

**Fuente:**  
(Bur  
d,  
2019  
)

**Elaborado por:** Jaritza Macias Cárdenas

### 1.9 DIAGNOSTICO

El oligohidramnios puede sospecharse debido al tamaño del útero ya que es menor de lo esperado para la edad gestacional. en muchas ocasiones los movimientos fetales están ausentes o han disminuido, se confirma o se diagnostica mediante ecografía obstétrica de rastreo o incidental, si se sospecha de oligohidramnios se debe cuantificar el líquido amniótico en cm teniendo en cuenta que el rango del índice del líquido amniótico oscila entre >5 y <24cm considerando que <5 cm se considera oligohidramnios (Dulay, 2020)

### 1.10 TRATAMIENTO

#### MEDIDAS GENERALES

Inicialmente, una evaluación de las anomalías y el crecimiento del feto son esenciales. En un embarazo complicado por oligohidramnios y restricción del crecimiento fetal, es importante mantener una estrecha vigilancia fetal debido a la morbilidad y mortalidad asociada. El oligohidramnios detectado antes de las 36 semanas de gestación, en presencia de una anatomía fetal normal y el crecimiento, por lo general se maneja de forma expectante con un aumento de la vigilancia de la función fetal. (Cunningham, Williams Obstetricia Edición 25, 2019)

El manejo del oligohidramnios depende principalmente de la causa del mismo, así como de la edad gestacional al momento del diagnóstico.

Otras indicaciones para tratar la falta del líquido amniótico comprenden:

- ⇒ Hidratación
- ⇒ Control ecográfico exhaustivo
- ⇒ Reposo absoluto o parcial
- ⇒ Monitoreo Fetal
- ⇒ Control de perfil Biofísico

El objetivo del tratamiento es mantener a la paciente gestante el mayor tiempo posible mientras este sea seguro para madre e hijo.

### **1.11 TRATAMIENTO INVASIVO**

Amnioinfusion: Se puede realizar con el objetivo de evitar la compresión fetal y para favorecer la visualización de las estructuras fetales, también ayuda a prevenir secuelas fetales del oligohidramnios, según la guía de práctica clínica (MSP, Ruptura prematura de membranas , 2015) la Amnioinfusion es una técnica empleada que consiste en introducir suero fisiológico a 37 °C en el interior de la cavidad amniótica, no se recomienda el uso de este en mujeres con ruptura prematura de membranas.

### **1.12 JUSTIFICACION**

El presente caso clínico se basa en información obtenida de una paciente de 21 años de edad que acudió al área de emergencia obstétrica del hospital Dr. Nicolas Cotto Infante con 21.5 semanas de gestación este tipo de casos no es frecuente en esta casa de salud ya que es un hospital de segundo nivel con limitada capacidad resolutive por tal motivo el trabajo de los profesionales de salud se vio

intensificado dando referencia a un tercer nivel de atención con el objetivo de evitar complicaciones en el binomio Madre-Hijo.

Este estudio se realizó con el objetivo de analizar la evolución del embarazo con oligohidramnios y malformación fetal en una paciente de 22 años, exponer los factores de riesgo, el tratamiento adecuado y el manejo oportuno, el oligohidramnios detectado a tiempo ayuda a disminuir las complicaciones materno fetales.

A nivel mundial el oligohidramnios se presenta en un 10% de los embarazos. Se asocia con un incremento de la morbilidad y mortalidad perinatal a cualquier edad gestacional y aún más marcada en el II trimestre de la gestación. Según datos de 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)

### **1.13 OBJETIVOS**

#### **OBJETIVO GENERAL**

- ⇒ Revisar la conducta obstétrica ante oligohidramnios severo en embarazo de 21.5 semanas de gestación y malformación fetal.

#### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- ⇒ Determinar el factor de riesgo asociado a oligohidramnios severo en embarazo de 21.5 semanas de gestación con malformación fetal en paciente de 22 años.

- ⇒ Caracterizar el compromiso fetal de la gestación de 21.5 semanas de gestación con oligohidramnios severo y malformación congénita.
- ⇒ Valorar el estado materno en paciente de 22 años de edad con oligohidramnios severo y malformación fetal de 21,5 semanas de gestación

#### 1.14 DATOS GENERALES

**Tab. 6 datos generales de la paciente**

<b>Código:</b> PLVENOVI	<b>Fecha de nacimiento:</b> No refiere
<b>Género:</b> Femenino	<b>Ocupación:</b> Ama de casa
<b>Nacionalidad:</b> Ecuatoriana	<b>Grupo cultural:</b> Mestizo
<b>Nivel de instrucción:</b> Básica	<b>Nivel socioeconómico:</b> Bajo
<b>Religión:</b> cristiana	<b>Hospital:</b> Dr. Nicolas Cotto Infante
<b>Domicilio:</b> Bagatela	<b>Fecha de ingreso:</b> 14/09/2021

<b>Edad:</b> 21 años	<b>Estado civil:</b> Unión libre
<b>FUM:</b> 15/04/2021	<b>Seguro social:</b> Ninguno

**Fuente:** Historia clínica de la paciente

**Elaborado por:** Jaritza Macias Cárdenas.

## 2. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

### 2.1 ANALISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de 21 años de edad, secundigesta, orientada en tiempo, espacio y persona acude a esta casa de salud por el área de emergencia obstetricia por sus propios medios, paciente colabora con el interrogatorio, llega en compañía de su pareja sentimental. Paciente refiere embarazo de +/- 21.5 semanas de gestación por fecha de ultima menstruación (FUM) acompañado de sangrado transvaginal

en abundante cantidad hace aproximadamente 4 horas de evolución sin ningún otro síntoma aparente.

Estudio ecográfico reporta, producto único vivo, pelviano, placenta grado 0, con oligohidramnios severo, feto con tórax angosto, abdomen prominente y riñones dilatados.

## 2.2 HISTORIAL CLINICO DE LA PACIENTE

**Tab. 7 antecedentes personales y familiares**

<b>ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES Y FAMILIARES</b>	
<b>Antecedentes patológicos personales:</b>	No refiere
<b>Antecedentes patológicos familiares:</b>	No refiere
<b>Antecedentes quirúrgicos:</b>	No refiere
<b>Alergias:</b>	No refiere
<b>Hábitos:</b>	No Alcohol - No drogas

**Fuente:** Historia clínica de la paciente

**Elaborado por:** Jaritza Macias C.

**Tab.8 Antecedentes Gineco- obstétricos.**

<b>ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS</b>	
<b>Menarquia:</b> 12 años	<b>Ciclos menstruales:</b> 28 días
<b>Planificación familiar:</b> No	<b>Inicio de vida sexual:</b> 15 años
<b>Parejas sexuales:</b> 1	<b>Gestas:</b> 1 <b>Partos:</b> 0 <b>Cesáreas:</b> 0 <b>Abortos:</b> 1
<b>Fecha de ultima menstruación</b>	<b>Controles prenatales:</b> Ninguno



<b>(FUM):</b> 15/04/2021	
<b>Vacunas:</b> Ninguna	<b>Ecografías en Centro de salud:</b> Ninguna
<b>Periodo Intergenésico (PIG):</b> No refiere	<b>Infección de transmisión sexual (ITS):</b> No

**Fuente:** Historia clínica de la paciente

**Elaborado por:** Jaritza Macias C.

### 2.3 ANAMNESIS

Paciente de sexo femenino de 21 años de edad, secundigesta con embarazo de aproximadamente 21.5 semanas de gestación por fecha de última menstruación, acude a esta casa de salud por el área de emergencia obstétrica el día 14/09/2021 a las 8:45 AM acompañada de su pareja por referir sangrado transvaginal en cantidad abundante hace más o menos 4 horas de evolución, paciente colabora con el interrogatorio.

Sin controles prenatales sin exámenes ni ecografías, a la revisión obstétrica, tacto se observa cérvix sin modificaciones, sangrado transvaginal en escasa cantidad de aspecto negruzco.

### 2.4 EXPLORACION CLINICA

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

#### Examen Físico:

##### Cabeza:

Normocéfalo, conjuntivas normales, vías aéreas permeables, nabellón

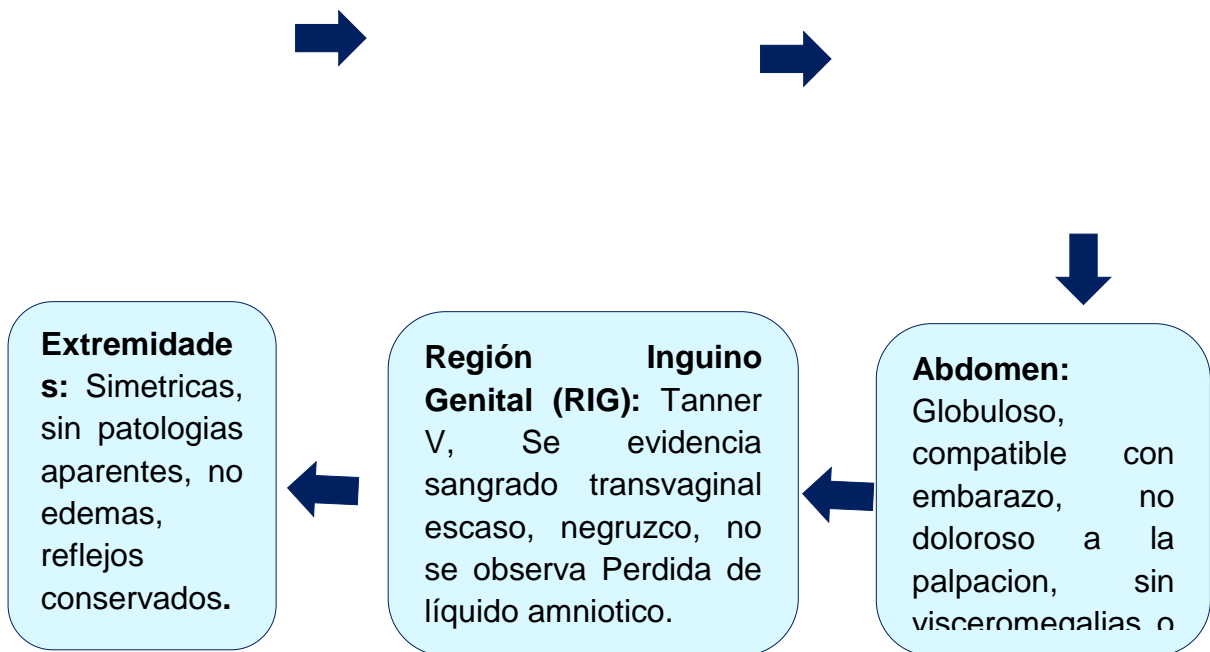
##### Cuello:

Sin adenopatias, simétrico,

Sin

##### Torax:

Expandible, simétrico, mamas asimétricas, no nodulos, campos pulmonares bien ventilados,



**Fuente:** Historia clínica de la paciente  
**Elaborado por:** Jaritza Macias Cárdenas

Score mama de 0 a razón de los siguientes valores:

**Tab. 9. Clasificación Score Mama**

Clasificación del score mama	Parámetros de la paciente
Sistólica:	100

<b>Diastólica:</b>	70
<b>Frecuencia cardiaca:</b>	80
<b>Frecuencia respiratoria:</b>	20
<b>Temperatura:</b>	36.7
<b>Saturación de oxígeno:</b>	99%
<b>Estado de conciencia:</b>	Alerta
<b>Proteinuria:</b>	Negativa (-)

**Fuente:** Historia clínica de la paciente

**Elaborado por:** Jaritza Macias Cárdenas

## 2.5 INFORMACION DE EXAMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

**Tab. 10 ecografía preingreso**

<b>FECHA DE ECOGRAFIA (14/09/2021)</b>
Al rastreo ecográfico: Producto único vivo con tórax angosto, abdomen prominente, riñones dilatados y oligohidramnios severo.
Aproximadamente 20 semanas de gestación por ecografía, placenta fúndica, grado 0, FCF: 134, Presentación: pelviano.
<b>ID: Embarazo de +/- 20 semanas de gestación más oligohidramnios severo y malformación fetal.</b>

**Fuente:** Historia clínica de la paciente

**Elaborado por:** Jaritza Macias Cárdenas

**Tab.11 Exámenes complementarios al ingreso de la paciente**

<b>BIOMETRIA HEMATICA COMPLETA</b>	
<b>Hemoglobina:</b>	14.5 g/dl
<b>Hematocrito:</b>	42.6 %
<b>Hematíes:</b>	4.45 mm <sup>3</sup> /μL

<b>Leucocitos:</b>	7.71 10/uL
<b>Plaquetas:</b>	219 10/uL
<b>Linfocitos:</b>	14.0 %
<b>Neutrófilos:</b>	82.0 %
<b>Eosinófilos:</b>	1.0%
<b>TIPIFICACION SANGUINEA</b>	
<b>Grupo sanguíneo: O</b>	
<b>Factor Rh: Positivo</b>	
<b>QUIMICA</b>	
<b>Creatinina:</b>	0,60
<b>Ácido Úrico:</b>	2,72
<b>AUTOINMUNES E INFECCIOSA</b>	
<b>HIV:</b>	Negativo
<b>VDRL:</b>	Negativo
<b>SARS COVID:</b>	Negativo

**Fuente:** Historia clínica de la paciente

**Elaborado por:** Jaritza Macias Cárdenas

**Tab.12 Medidas generales y terapéuticas que se aplico a la paciente**

<b>MEDIDAS GENERALES Y TERAPÉUTICAS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Control de signos vitales</li> <li>⇒ Cuidados de enfermería</li> <li>⇒ Cloruro de sodio 1000cc IV 30 gotas por minuto</li> <li>⇒ Dieta General</li> </ul>

- ⇒ Control de frecuencia cardiaca fetal.
- ⇒ Control de sangrado transvaginal y modificaciones cervicales

**Fuente:** Historia clínica de la paciente

**Elaborado por:** Jaritza Macias Cárdenas.

## 2.6 FORMULACION DEL DIAGNOSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.

**Tab. 13 diagnostico presuntivo, diferencial, definitivo**

<b>Diagnostico Presuntivo:</b>	Amenaza de aborto
<b>Diagnostico Diferencial:</b>	Embarazo de 21.5 semanas de gestación más amenaza de parto prematuro debido a oligohidramnios severo
<b>Diagnóstico Definitivo:</b>	Embarazo de 21.5 semanas de gestación por fecha de ultima menstruación y 20.0 semanas por ecografía de rastreo más oligohidramnios severo y malformación fetal.

**Elaborado por:** Jaritza Macias Cárdenas

## 2.7 ANALISIS Y DESCRIPCION DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR

Paciente secundigesta con embarazo de 21.5 semanas de gestación, de bajos recursos económicos además de difícil acceso a un centro de salud, paciente que depende de su pareja sentimental por lo tanto no tiene controles prenatales, en interrogatorio refiere que presenta una perdida gestacional pero no se registra

fecha de periodo intergenésico ni semanas de gestación de la pérdida anterior, no se encuentra ningún signo de alarma, debido a su bajo nivel económico no tienen la posibilidad de realizarse una ecografía particular.

En emergencia obstétrica se realizó la primera ecografía y fue aquí recién que se diagnostica la malformación fetal por ello el oligohidramnios severo, debido a la escasa producción de orina fetal, el desarrollo del sistema urinario está asociado durante los estadios primarios del desarrollo embrionario, el sistema urinario comienza su desarrollo a partir del mesodermo intermedio y la cloaca. (MALDARIAGA, 2020)

La paciente transferida a unidad de mayor complejidad por presentar preeclampsia, en tanto al feto por presentar patología no compatible con la vida fetal y semanas de embarazo se realizó cesárea de emergencia lo que mejoró del estado clínico de la madre con pérdida fetal inmediatamente al momento de nacimiento. .

El oligohidramnios con frecuencia impide una gestación exitosa, el pronóstico perinatal asociado con el oligohidramnios es alarmante y se ha demostrado un aumento 13 veces en la mortalidad perinatal cuando la ausencia del líquido amniótico es la regla según (Amador-de-Varona, 2019)

El manejo del oligohidramnios dependerá de la edad gestacional en la que esta se encuentre. En el embarazo a término, no hay mucha controversia y la solución es la finalización del embarazo. En el embarazo pretérmino, es decir después de las 28 semanas y antes de las 37 semanas el manejo es de más debate ya que se debe evaluar el riesgo de resolver un embarazo pretérmino contra el de prolongarlo a pesar de la disminución de líquido que como ya mencionamos anteriormente se puede deber a varias causas.

Los riñones poliquísticos como patología de base al igual que en otras patologías según varios autores recomiendan que no se lleve a cabo el embarazo. Esto ya que implica un constante estado de alerta para el binomio madre-hijo y podría causar futuras complicaciones.

## **2.8 INDICACION DE LAS RAZONES CIENTIFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES**

La principal contribución para el flujo del líquido amniótico proviene de la diuresis fetal, secreciones pulmonares y deglución, por lo tanto, cualquier malformación congénita que afecte tanto el tracto urinario como el pulmonar podrán cursar con oligohidramnios. En el primer trimestre es un hallazgo ominoso ya que en un 94% culmina en aborto.

Al momento del nacimiento un porcentaje importante de estos niños requerirán soporte ventilatorio inmediato, debido a una hipoplasia pulmonar secundaria a la disminución del líquido amniótico, sobre todo los primeros años de vida, algunos deberán tener un soporte respiratorio domiciliario nocturno para mejorar los parámetros respiratorios.

La realización del trasplante renal esta indicada cuando se alcanza un peso mínimo y unas condiciones clínicas estables, la supervivencia a medio y largo plazo del injerto y las complicaciones asociadas al trasplante renal son similares a otras causas de enfermedad renal terminal en la infancia.

La nutrición en niños con poliquistosis renal es un punto muy conflictivo en el tratamiento no solo por la anorexia que estos presentan, sino por la ocupación importante de la cavidad abdominal que supone los grandes riñones poliquísticos,

para asegurar una adecuada nutrición frecuentemente se debe realizar una gastrostomía.

Resulta difícil estimar una supervivencia real de los fetos afectados debido ha que hoy en día la mayoría de los embarazos en la que se sospecha poliquistosis renal con oligohidramnios progresivo son interrumpidos, pero generalmente los pacientes que sobreviven al periodo neonatal tienen tasa de supervivencia aceptables.

En un estudio reciente se reporto la necesidad de diálisis durante el primer año de vida siendo los factores de riesgo asociados oligohidramnios o anamnios el tamaño real aumentado prenatal, la baja puntuación de Apgar al nacer y la necesidad de soporte ventilatorio al nacer (Domínguez, 2020)

En tanto a la madre, Se administra hidratación oral materna o se realiza Amnioinfusion en los casos que no puede observarse adecuadamente el feto. En el tercer trimestre se asocia a pobres resultados perinatales como restricción de crecimiento intrauterino, parto operatorio y muerte fetal. Existen desacuerdos acerca de cómo manejar estos embarazos especialmente antes de la semana 36. (MA, 2012).

Las manifestaciones clínicas de esta patología se evidencian al nacimiento con enorme nefromegalia, afectación hepática y mínima muerte neonatal, en los casos que llega al mes de vida se añade insuficiencia renal precoz, a los 3-6 meses de vida se registra nefromegalia y hepatomegalia con evidente insuficiencia renal y fibrosis hepática progresiva, los niños que llegan al año de edad registran grave afectación hepática e insuficiencia renal tardía. (Ramirez, 2019)

## **2.9 SEGUIMIENTO**



**Tab. 14 registro de ingreso 14/09/2021**

<b>HOSPITALIZACION PRIMER DIA</b>	
<b>Evolución</b>	<b>Indicaciones</b>
<p>Paciente de 21 años de edad, al momento estable, orientada en tiempo y espacio sin referir ninguna molestia.</p> <p>Sangrado transvaginal en escasa cantidad.</p> <p>Producto único vivo, FCF: 134 Latidos por minuto</p>	<p>⇒ Ecografía de rastreo</p> <p>⇒ Control de signos vitales</p> <p>⇒ Cuidados de enfermería</p>
<b>Signos vitales</b>	<b>Tratamiento</b>
<p>Presión Arterial: 110/70</p> <p>Frecuencia respiratoria: 20 por minuto</p> <p>Frecuencia cardiaca: 80 por minuto</p> <p>Temperatura: 36oc</p> <p>Proteinuria: Negativo</p> <p>Estado de conciencia: Alerta</p> <p>Score mama: (0)</p>	<p>⇒ Cloruro de sodio 1000cc 30 gotas por minuto.</p>

**Fuente:** Historia clínica de la paciente

**Elaborado por:** Jaritza Macias Cárdenas.

**Tab. 15 registro segundo día (15/09/2021)**

<b>HOSPITALIZACION SEGUNDO DIA</b>	
<b>Evolución</b>	<b>Indicaciones</b>
<p>Paciente de 21 años de edad, al</p>	<p>⇒ Ecografía de rastreo</p>

<p>momento estable, orientada en tiempo y espacio sin referir ninguna molestia.</p> <p>Al examen vaginal cérvix cerrado sin modificaciones, se observa sangrado achocolatado en cantidad escasa.</p> <p>Producto único vivo, FCF: 130 Latidos por minuto</p>	<p>⇒ Control de signos vitales</p> <p>⇒ Cuidados de enfermería</p> <p>⇒ Control de sangrado</p>
<b>Signos vitales</b>	<b>Tratamiento</b>
<p>Presión Arterial: 100/70</p> <p>Frecuencia respiratoria: 20 por minuto</p> <p>Frecuencia cardiaca: 80 por minuto</p> <p>Temperatura: 36oc</p> <p>Proteinuria: Negativo</p> <p>Estado de conciencia: Alerta</p> <p>Score mama: (0)</p>	<p>⇒ Cloruro de sodio 1000cc 30 gotas por minuto.</p>

**Fuente:** Historia clínica de la paciente

**Elaborado por:** Jaritza Macias Cárdenas.

**Tab. 15 segundo día (15/09/2021)**

<b>VALORACION POR GINECOLOGIA</b>	
<b>Evolución</b>	<b>Indicaciones</b>

Paciente primer día sin sangrado transvaginal ID: Embarazo de 21.0 semanas de gestación + oligohidramnios severo + producto con malformación fetal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Dieta blanda</li> <li>⇒ Lactato de ringer 1000 cc 30 gotas por minuto</li> <li>⇒ Reportar novedades.</li> <li>⇒ Ecografía de control</li> </ul>
--	--

**Fuente:** Historia clínica de la paciente

**Elaborado por:** Jaritza Macias Cárdenas.

**Tab. 16 tercer día (16/09/2021)**

<b>VALORACION POR GINECOLOGIA</b>	
<b>Evolución</b>	<b>Indicaciones</b>
Paciente segundo día sin sangrado transvaginal. Por ecografía de rastreo producto único vivo con malformación fetal. ID: Embarazo de 21.1 semanas de gestación + oligohidramnios severo + producto con malformación fetal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Dieta blanda</li> <li>⇒ Lactato de ringer 1000 cc 30 gotas por minuto</li> <li>⇒ Reportar novedades.</li> <li>⇒ Ecografía de control</li> <li>⇒ Examen de orina solicitado</li> </ul>

<b>HOSPITALIZACION TERCER DIA 06:00 AM</b>	
<b>Evolución</b>	<b>Indicaciones</b>
Paciente de 21 años de edad, al momento estable, orientada en tiempo y espacio sin referir ninguna molestia. Al examen vaginal cérvix cerrado sin modificaciones, se observa sangrado achocolatado en cantidad escasa. Producto único vivo, FCF: 138 Latidos por minuto	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Ecografía de rastreo</li> <li>⇒ Control de signos vitales</li> <li>⇒ Cuidados de enfermería</li> <li>⇒ Control de sangrado</li> </ul>
<b>Signos vitales</b>	<b>Tratamiento</b>
Presión Arterial: 100/68 Frecuencia respiratoria: 20 por	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Cloruro de sodio 1000cc 30</li> </ul>

minuto Frecuencia cardiaca: 90 por minuto Temperatura: 36,8 Estado de conciencia: Alerta Score mama: (0)	gotas por minuto.
--	-------------------

<b>HOSPITALIZACION TERCER DIA 21:00 AM</b>	
<b>Evolución</b>	<b>Indicaciones</b>
<p>Paciente de 21 años de edad, al momento estable, orientada en tiempo espacio y persona.</p> <p>Al interrogatorio refiere cefalea holocraneana de leve a moderada intensidad.</p> <p>Al examen obstétrico vaginal cérvix cerrado sin modificaciones, no se observa sangrado transvaginal ni pérdida de líquido amniótico</p> <p>Producto único vivo, FCF: 141 Latidos por minuto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Ecografía de rastreo</li> <li>⇒ Control de signos vitales</li> <li>⇒ Cuidados de enfermería</li> <li>⇒ Control de sangrado</li> <li>⇒ Control de biometría hemática completa</li> <li>⇒ Score mama cada 30 minutos</li> <li>⇒ Sonda vesical</li> <li>⇒ Plantilla para referir a un tercer nivel de complejidad por limitada capacidad resolutive.</li> </ul>
<b>Signos vitales</b>	<b>Tratamiento</b>
<p>Presión Arterial: 182/123</p> <p>Frecuencia respiratoria: 20 por minuto</p> <p>Frecuencia cardiaca: 66 por minuto</p> <p>Temperatura: 36,7</p> <p>Proteinuria: +++</p> <p>Saturación de oxígeno: 98%</p> <p>Estado de conciencia: Alerta</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Nifedipina 10 mg cada 20 minutos 3 dosis STAT.</li> <li>⇒ Impregnación: Sulfato de magnesio 20ml +80 ml de solución salina pasar en 20 minutos.</li> <li>⇒ Mantenimiento: Sulfato de magnesio 50 ml + 450 cc de solución salina al 0.9% pasar a 17 gotas por minuto</li> </ul>

Score mama: (7)	⇒ Solución salina 1000cc al 0.9% 30 gotas por minuto.
ID: Embarazo de aproximadamente 21.5 semanas + preeclampsia severa+ oligohidramnios severo+ malformación fetal congénita.	

**Fuente:** Historia clínica de la paciente

**Elaborado por:** Jaritza Macias Cárdenas.

**Tab. 16 control de Score Mama (16/09/2021)**

<b>SCORE MAMA 21:30 PM</b>	
<b>Presión arterial:</b>	151/96
<b>Pulso:</b>	83
<b>Temperatura:</b>	36,7
<b>Frecuencia respiratoria:</b>	20 por minuto
<b>Saturación de oxígeno:</b>	98%
<b>Estado de conciencia:</b>	Alerta
<b>Proteinuria:</b>	+++
<b>Score Mama:</b>	5
<b>Impresión Diagnostica:</b>	Embarazo de +/- 21.5 semanas de gestación+ preeclampsia severa + oligohidramnios severo + malformación fetal

<b>SCORE MAMA 22:00 PM</b>	
<b>Presión arterial:</b>	119/79
<b>Pulso:</b>	86
<b>Temperatura:</b>	36,4
<b>Frecuencia respiratoria:</b>	19 por minuto

<b>Saturación de oxígeno:</b>	98%
<b>Estado de conciencia:</b>	Alerta
<b>Proteinuria:</b>	+++
<b>Score Mama:</b>	1
<b>Impresión Diagnostica:</b>	Embarazo de +/- 21.5 semanas de gestación+ preeclampsia severa + oligohidramnios severo + malformación fetal

## 2.10 REFERENCIA AL III NIVEL DE ATENCION

Tab. 17 gestión para referir a paciente a 3er nivel

<b>GESTION PARA TRASLADO A HOSPITAL DE MAYOR COMPLEJIDAD</b>	
Se inicia gestión de paciente y se envía plantilla de caso clínico mediante vía telefónica a gestión de red y a correos correspondientes para solicitud de cupo en unidad de mayor complejidad	En espera de cupo para traslado a tercer nivel

Tab. 18 paciente referida a hospital de mayor complejidad

<b>HOSPITALIZACION TERCER DIA 06:00 AM</b>	
<b>Evolución</b>	<b>Indicaciones</b>
Paciente gestante con 21.5 semanas de gestación +	⇒ Se notifica vía telefónica a gestión de red y se envía

<p>preeclampsia severa egresa de esta casa de salud como código rojo hacia maternidad del Guasmo por complejidad de su cuadro clínico, acompañada de personal médico en ambulancia de esta casa hospitalaria.</p> <p>Al momento del traslado paciente en condiciones inestable, refiere cefalea holocraneana de moderada a gran intensidad + vómitos líquidos en 5 ocasiones</p>	<p>plantilla actualizada a correos pertinentes por falta de respuesta favorable se decide enviar a paciente como código rojo.</p>
<p><b>Signos vitales</b></p>	<p><b>Tratamiento</b></p>
<p>Presión Arterial: 164/118  Frecuencia respiratoria: 20 por minuto  Frecuencia cardiaca: 113 por minuto  Temperatura: 36,2  Estado de conciencia: Alerta  Proteinuria: +++  Score mama: (9)</p>	<p>⇒ Nifedipina 10 mg cada 20 minutos 3 dosis STAT.  ⇒ Impregnación: Sulfato de magnesio 20ml +80 ml de solución salina pasar en 20 minutos.  ⇒ Mantenimiento: Sulfato de magnesio 50 ml + 450 cc de solución salina al 0.9% pasar a 17 gotas por minuto  ⇒ Solución salina 1000cc al 0.9% 30 gotas por minuto.</p>

## 2.11 OBSERVACIONES

- ⇒ El deficiente control prenatal es un factor de riesgo de complicaciones materno fetales
- ⇒ La malformación y sufrimiento fetal, característico de la afectación sistémica por preeclampsia, asociado a la falta de información en pacientes y familiares retrasan los procesos que ponen en riesgo la vida de la madre .
- ⇒ La guía de práctica clínica nos ayuda a tomar decisiones apoyada en evidencias científicas para la prevención de malformaciones fetales, diagnóstico y tratamiento de la paciente.

### **3. CONCLUSIONES**



La presencia del oligohidramnios severo en el segundo trimestre es un indicador de mal resultado perinatal y amerita una valoración cuidadosa para descartar patologías fetales como riñones multiquístico, síndrome de Potter o una obstrucción en el tracto de la salida uretral fetal, de no ser tratado registra una mortalidad próxima al 100%. (CENIN-CUARTAS, 2007)

La interrupción del embarazo por complicaciones materna fetal asociadas a preeclampsia es el tratamiento de elección para evitar pérdida materna, para la OMS esta es la segunda causa de complicación materna grave requiriendo internación en cuidados intensivos poniendo en peligro sus vidas y desarrollando secuelas a largo plazo (Lopez, 2017)

La puntuación signos vitales en Score Mama es predictivo de alerta materna, es clave ya que está orientada a la identificación temprana de patologías obstétricas y permite realizar el adecuado manejo para evitar pérdidas maternas por complicaciones obstétricas graves. (Score Mama y claves obstetricas, 2017)

#### **4 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

(Embriologa), Z. S. (10 de 02 de 2020). *Reproduccion Asistida ORG* . Obtenido de <https://www.reproduccionasistida.org/oligohidramnios/>

Acosta, L. B. (2017). *SINDROME DE POTTER*. MANTA .

Amador-de-Varona, D. C. (2019). Hidroterapia materna endovenosa en el oligohidramnios. *Rev Arch Med Camaguey*.

*American college of obstetricians and Gynecologist*. (2016).

Brace. (1989, 1997). *magan*.

Brace, & Magann. (1989; 1997).

Brace, M. (1989- 1997).

Burd, I. M. (3 de 1 de 2019). *Brigham and Women's Hospital*. Obtenido de <https://healthlibrary.brighamandwomens.org/spanish/diseasesconditions/Adult/134,597es>

Caicedo, C. (05 de 2017). *Oligohidramnios*. Obtenido de <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiGtKfzwNr1AhVZSzABHRN7BSwQFnoECAUQAQ&url=http%3A%2F%2Frepositorio.ug.edu.ec%2Fbitstream%2Fredug%2F31954%2F1%2FCD-1550%2520CAICEDO%2520LARA%2520C%2520CAROLINA%2520LISSE>

casey, p. (2000, 2011).

CENIN-CUARTAS. (2007). ALTERACIONES DEL LIQUIDO AMNIOTICO. *REVISTA UDEA*, 59-60.

Cunningham. (2011). *Williams Obstetricia* . En *Williams obstetricia edicion 23* (págs. 490-491). Mexico D.F : Mc Graw Hill.

Cunningham. (2019). *William Obstetricia edicion 25a*. Mc Graw Hill.

Cunningham. (2019). *Williams Obstetricia Edicion 25*. McGraw-Hil.

Cunningham. (s.f.). *Williams Obstetricia*. Mc Graw Hill Education .

- Domínguez, L. M. (2020). Poliquistosis Renal Autosómico. *Otsuka*, 4-5.
- Drugs.com*. (05 de Enero de 2022).
- Dulay, A. T. (10 de 2020). *Main Line Health System*. Obtenido de Manual MSD : <https://www.msmanuals.com/es-ec/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/oligohidramnios>
- (s.f.). *Fisiología y regulación del líquido amniótico*. *SciencDirect*.
- G, C. (2019). *Williams obstetricia 25a edicion*. Mc Graw Hill.
- GME, T. (2009). Diagnostico prenatal de rinones poliquisticos . *Revistas medicas Mexicanas*, 239.
- H. Madar, S. B.-C. (2006). Fisiología y regulación del líquido amniótico,. *SciencDirect*, 1-10.
- INEC. (2014). *Instituto Nacional de Estadísticas y Censo*.
- MA, Á.-V. (2012). Controversias en el manejo medico de las pacientes con Oligohidramnios. *Revista médica de la UAS nueva epoca*, 32-36-38.
- MALDARIAGA, L. (2020). POLIQUISTOSIS RENAL AUTOSOMICA . *Sección de Nefrología Pediátrica*.
- Mestre, C. (17 de 08 de 2015). *Reproduccion Asistida Org*. Obtenido de <https://www.reproduccionasistida.org/polihidramnios-exceso-de-líquido-amniótico/>
- MSP. (2015). GPC Ruptura prematura de membranas .
- MSP. (2015). Ruptura prematura de membranas . En MSP, *Guía de practica clinica* (págs. 10-). ECUADOR .
- Orellana, L. (2020). *Comorbilidades maternas en pacientes con Oligohidramnios*. Peru .
- Ramirez, D. C. (2019). Diagnostico ecografico perinatal de poliquistosis autosomica recesiva . *Revista lationamericana de perinatologia* , 140.

- Ruiz, C. (06 de 09 de 2021). *Pérdida de bienestar fetal*. Obtenido de <https://www.webconsultas.com/embarazo/control-prenatal/perdida-de-bienestar-fetal-como-detectarlo>
- Salvador, Z. (10 de 02 de 2020). *Reproduccion Asistida ORG*. Obtenido de <https://www.reproduccionasistida.org/oligohidramnios/>
- Torcida GME, H. H. (2009). Diagnóstico prenatal de riñones poliquísticos y duplicación mulleriana. *Revistas medicas Mexicanas*, 77(5):238-43.

## **5 ANEXOS**

CLINICA MATERNA PERINATAL - MSP

Nombre del Paciente: *María Virginia*

Edad: *27 años*

Fecha de Ingreso: *15/04/2001*

Diagnóstico: *15/04/2001*

Historia clínica detallada con secciones: ANTECEDENTES, GESTACION ACTUAL, PARTO, ABORTO, etc.

Anexo 1: Historia clínica materna perinatal

BASICO DR. NICOLAS COTTO INFANTE

Registro de control de signos vitales

Nombre del Paciente: *Nicolás Cotto*

Edad: *11 años*

Fecha de Ingreso: *14/02/2011*

Fecha	Hora	Sat O2	Fr	Fc	Ta	T	Estado de conciencia	Score Mama
14/02/11	17:50	98%	79v	109v	36.2°C	37.2°C	Alerta	6
20/03/11	08:00	98%	78v	108v	36.2°C	37.2°C	Alerta	6
20/03/11	08:30	98%	78v	108v	36.2°C	37.2°C	Alerta	6
21/03/11	08:30	98%	78v	108v	36.2°C	37.2°C	Alerta	6
21/03/11	08:30	98%	78v	108v	36.2°C	37.2°C	Alerta	6
22/03/11	08:30	98%	78v	108v	36.2°C	37.2°C	Alerta	6

Handwritten notes: *mat(++)*, *mat(++)*

Anexo 2: Control de Score Mama

Ministerio de Salud Pública

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACION, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

ESTABLECIMIENTO DEL USUARIO/USUARIA: *María Virginia*

1. Datos instruccionales

2. Motivo de la Referencia o Derivacion

3. Resumen del cuadro clínico

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

6. Tratamiento recomendado a seguir en Establecimiento de Salud de menor nivel de complejidad

Anexo 3: Formulario de referencia

RUAS URGENTE

MATRIZ 6 SEVERO

0400 minutos SEVERO

Prudo en UROS TORAX ANGIOS

ARBOLES DENTADA

Reporte de ecografía con descripciones de hallazgos y recomendaciones.

Anexo 4: Reporte de ecografía



## Document Information

---

<b>Analyzed document</b>	CASO CLINICO- FINAL - JARITZA MACIAS.docx (D130975729)
<b>Submitted</b>	2022-03-21T04:24:00.0000000
<b>Submitted by</b>	
<b>Submitter email</b>	jmacias190@fcs.utb.edu.ec
<b>Similarity</b>	7%
<b>Analysis address</b>	limunoz.utb@analysis.orkund.com

**Anexo 5:** Informe del Urkund.