



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE OBSTÉTRICA

CARRERA DE OBSTÉTRICA

**DIMENSIÓN PRÁCTICA DEL EXÁMEN COMPLEXIVO
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE OBSTETRIZ.**

TEMA:

**“ POLIHIDRAMNIOS EN PACIENTE DE 19 AÑOS DE EDAD CON
EMBARAZO DE +/- 36 SEMANAS DE GESTACIÓN”.**

AUTOR:

CINTHIA SANTOS MONTOLLA

TUTOR:

DR. HUGOLINO ORELLANA GAIBOR

BABAHOYO-LOS RÍOS

2018.



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA OBSTETRICIA
UNIDAD DE TITULACIÓN**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

OBST. ANA MARÍA PASOS BAÑO, MSc.
DECANO O DELEGADO (A)

DR. HERMAN ROMERO RAMIREZ, MSc.
**COORDINADOR DE LA CARRERA
O DELEGADO (A)**

Q.F. MAITE MAZACON MORA, MSc.
**COORDINADOR GENERAL DEL CIDE
O DELEGADO (A)**

AB. CARLOS FREIRE NIVELA
SECRETARIA GENERAL (E)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO





UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA
UNIDAD DE TITULACION



APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo, **DR. HUGOLINO ORELLANA GAIBOR**, en calidad de Docente - Tutor del estudiante Srta. **SANTOS MONTOLLA CINTHIA MELISSA** el mismo que está matriculado en la modalidad del Examen Complexivo (Dimensión Práctica), con el tema, "**POLIHIDRAMNIOS EN PACIENTE DE 19 AÑOS DE EDAD CON EMBARAZO +/- 36 SEMANAS DE GESTACION.**", de la Carrera de **OBSTETRICIA** de la Escuela de **OBSTETRICIA**, en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el Caso Clínico (Dimensión Práctica) pueda ser presentado para continuar con el proceso de titulación, el mismo debe ser sustentado y sometido a evaluación por parte del jurado que designe el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo a los 17 días del mes de septiembre del año 2018

DR. HUGOLINO ORELLANA GAIBOR

CI: 1201835567

*Montolla
del*



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA
UNIDAD DE TITULACION



DECLARACIÓN DE AUTORÍA

A: Universidad Técnica de Babahoyo
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Obstetricia
Carrera de Obstetricia

Por medio del presente deixo constancia de ser la autora del Caso Clínico (Dimensión Práctica) titulado:


POLIHIDRAMNIOS EN PACIENTE DE 19 AÑOS DE EDAD CON EMBARAZO +/- 36 SEMANAS DE GESTACION.

Doy fe que el uso de marcas, inclusivas de opiniones, citas e imágenes son de mi absoluta responsabilidad, quedando la Universidad Técnica de Babahoyo exenta de toda obligación al respecto.

Autorizó, en forma gratuita, a la Universidad Técnica de Babahoyo a utilizar esta matriz con fines estrictamente académicos o de investigación.

Fecha: Babahoyo, 17 de septiembre del 2018

Autora


Santos Montolla Cinthia Melissa
CI. 120710939-6



BABAHOYO, 17 de septiembre del 2018

CERTIFICACION DEL TUTOR DEL PROYECTO DE TITULACION, EXAMEN COMPLEXIVO.

Lcda. Betty Narcisa Mazacón Roca. PhD.

DECANA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Dra. Alina Izquierdo Cirer. MSc.

COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACION, FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

En mi calidad de tutor de la señorita **SANTOS MONTOLLA CINTHIA MELISSA** en el CASO CLINICO-EXAMEN COMPLEXIVO, entrego el certificado del sistema URKUND.

URKUND

Documento [POLIDRAMNOS URKUND.docx](#) (D41450722)

Presentado 2018-09-14 12:56 (-05:00)

Presentado por melasantos93@gmail.com

Recibido horellana.utb@analysis.orkund.com

5% de estas 10 páginas, se componen de texto presente en 6 fuentes.

Hugo Orellana G
DR HUGOLINO ORELLANA GAIBOR

Dr. Hugolino Orellana Gaibor
GINECO OBSTETRA
LICRO & POLIO OPT. 11/4/2014



*Recebd.
17/09/18
[Signature]*

ÍNDICE GENERAL.

	Pag.
ÍNDICE GENERAL	I
RESUMEN	III
INTRODUCCIÓN	IV
Título del Caso Clínico	V
I. MARCO TEÓRICO	1
1. LÍQUIDO AMNIOTICO.....	1
2. ALTERACIONES DEL LÍQUIDO AMNIOTICO.....	2
3. POLIHIDRAMNIOS.....	3
4. CLASIFICACION DE POLIHIDRAMNIOS.....	3
5. SINTOMAS DE POLIHIDRAMNIOS.....	4
6. DIAGNOSTICO DE POLIHIDRAMNIOS.....	5
7. MANEJO DE POLIHIDRAMNIOS.....	7
8. TRATAMIENTO DE POLIHIDRAMNIOS.....	8
9. LA VIA DEL PARTO.....	9
1.1. Justificación.....	11
1.2. Objetivos.....	12
1.2.1. Objetivo general.....	12
1.2.2. Objetivos específicos.....	12
1.3. Datos generales.....	13
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO	14
2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes.	
Historial clínico del	14

2.2. Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).....	15
2.3. Examen físico (exploración clínica).....	15
2.4. Información de exámenes complementarios realizados.	16
2.5. Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.....	18
2.6. Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.....	19
2.7. Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.....	20
2.8. Seguimiento.....	21
2.9. Observaciones.....	22
CONCLUSIONES	23
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24
ANEXOS	26

Resumen:

El líquido amniótico (LA) es un fluido que se encuentra rodeando el feto dentro de las membranas ovulares en la cavidad uterina durante el tiempo de su desarrollo, en el caso de disminución excesiva se denominara oligohidramnios y al aumento como polihidramnios. El polihidramnios es una acumulación excesiva de líquido amniótico, su presencia propicia complicaciones maternas y fetales en un 50% a 60% idiopática. Existen 3 niveles de severidad para el diagnóstico: ILA Leve: 18-25 ILA Moderado: 25-32 ILA Severo: >32. El tratamiento es: Amniorreducción: Se utiliza para conseguir la evacuación del líquido y los Inhibidores de las prostaglandinas: con indometacina, 25mg cada 6 horas inicialmente. El estudio del presente caso clínico, correspondió a la aparición de polidramnios en una paciente de 19 años de edad con embarazo de 36 semanas, A partir de la información obtenida en la anamnesis se evidencia el síntoma característico de la patología (síntomas de compresión costal, dificultad respiratoria, distocia de presentación - pelviana); la edad gestacional (36 semanas) y el índice de líquido amniótico (27.30cm), cumpliendo así con los criterios de diagnóstico para polihidramnios moderado pretermino. Los procedimientos que se realizaron en la paciente fueron Cesárea de emergencia, Profilaxis previa a cirugía, con antibiótico, Medidas Antitrombótica, Control de puerperio inmediato. El manejo terapéutico al cual se sometió a la paciente fue basado en indicaciones del Ministerio de Salud Pública que se encuentran en las guías de prácticas clínicas para el tratamiento de patologías obstétricas.

Palabras claves: polihidramnios, líquido amniótico, distocia de presentación.

Summary:

The amniotic fluid (LA) is a fluid that is found surrounding the fetus inside the ovular membranes in the uterine cavity during the time of its development, in the case of excessive reduction it is called oligohydramnios and the increase as polyhydramnios.

The polyhydramnios is an excessive accumulation of amniotic fluid, its presence promotes maternal and fetal complications in 50% to 60% idiopathic. There are 3 levels of severity for the diagnosis:

ILA Mild: 18-25 ILA Moderate: 25-32 ILA Severe: > 32

The treatment is: Amniorreducción: It is used to get the evacuation of the liquid and the inhibitors of the prostaglandins: with indomethacin, 25mg every 6 hours initially.

The study of the present clinical case corresponded to the appearance of polydramnios in a 19-year-old patient with a pregnancy of 36 weeks. From the information obtained in the anamnesis, the characteristic symptom of the pathology (costal compression symptoms, respiratory distress, presentation dystocia - pelvic); the gestational age (36 weeks) and the amniotic fluid index (27.30cm), thus fulfilling the diagnostic criteria for moderate preterm polyhydramnios. The procedures that were performed in the patient were emergency Caesarean, Prophylaxis before surgery, with antibiotic, antithrombotic measures, immediate puerperium control. The therapeutic management to which the patient was subjected was based on indications from the Ministries of Public Health that are found in the clinical practice guidelines for the treatment of obstetric pathologies.

Keywords: polyhydramnios, amniotic fluid, presentation dystocia.

INTRODUCCIÓN.

El líquido amniótico (LA) es un fluido que se encuentra rodeando el feto dentro de las membranas ovulares en la cavidad uterina durante el tiempo de su desarrollo, “este actúa comportándose como su auténtico medio intrauterino y proporcionando un ambiente propicio para el desarrollo fetal.” (Góngora, 2013)

La existencia de alguna alteración de líquido amniótico, se realizara midiendo el volumen de este, a través de ecografías obstétricas en cada trimestre, esto se lo puede hacer midiendo el diámetro vertical de la columna máxima libre de líquido amniótico cuyo valor normal es de 2 – 8cm, o calculando el índice de líquido amniótico ILA, el cual tiene como valores normales desde 8 a 24cm, durante el embarazo estos números varían relativamente. En el caso de disminución excesiva se denominara oligohidramnios y al aumento como polihidramnios. “La producción de polihidramnios se realiza por perturbación de la circulación del líquido amniótico, con predominio de la producción sobre la absorción, puede afectar al 1-2% de todas las gestaciones.” (Gómez, 2014)

El estudio del presente caso clínico, correspondió a la aparición de polidramnios en una paciente de 19 años de edad con embarazo de 36 semanas, de la cual se investigó la clínica, el diagnóstico, tratamiento y los resultados que se obtuvieron, con la finalidad de analizar los procedimientos e identificar posibles alternativas para corregir la patología, y así contribuir a la disminución de los índices de morbilidad materno-fetal.

TEMA:

"POLIHIDRAMNIOS EN PACIENTE DE 19 AÑOS DE EDAD CON EMBARAZO DE +/- 36 SEMANAS DE GESTACIÓN."

I. MARCO TEÓRICO.

1. LIQUIDO AMNIÓTICO.

Esta identificado como el fluido que ocupa la cavidad amniótica contribuyendo a las funciones fisiológicas del desarrollo del embarazo. Su función es la de proteger el feto ante traumatismos, ayuda en el mantenimiento de la temperatura, “el LA permite el desarrollo de determinados órganos vitales y puede aportar información acerca del estado y madurez fetal.” (Malde, et al., 2013)

La fisiología del LA, determina que durante el primer trimestre se produce un transporte activo de Na y Cl hacia el interior del saco gestacional lo que implica de forma secundaria el paso de agua, durante el segundo trimestre la producción y absorción del LA se encuentra regulado por diferentes vías, “la orina fetal, principalmente; deglución fetal; tracto respiratorio; piel; membranas fetales y vía transmembranosa.” (UMF, 2012)

El líquido amniótico mantiene su volumen gracias a que constantemente existe tanto producción como absorción, a medida que el feto crece el ILA sufre variaciones para darle espacio. “Durante el segundo trimestre incrementa 10ml diario, alcanza 500 ml a las 20 semanas, aumenta hasta 1000ml a las 34 semanas y disminuye a 800 – 900ml al término del embarazo.” (Palacio Álvarez & La Fontaine, 2003).

La cantidad del LA se establece mediante técnicas ecográficas, las cuales son: la máxima columna vertical (MCV) y el índice de líquido amniótico (ILA).

- **Máxima columna vertical:** esta técnica se realiza por medio de la medición de la máxima columna vertical de líquido sin tomar en cuenta las partes fetales y el cordón umbilical, verticalmente, el valor normal estimado es de 2 a 8 cm.
- **ILA:** o índice de líquido amniótico se obtiene de la suma de las máximas columnas verticales de líquido observado en cada uno de los cuatro cuadrantes en el abdomen materno, se toma como referencia la línea media longitudinal con la línea transversal media entre la sínfisis púbica y el fondo uterino, para colocar el transductor en posición sagital perpendicularmente recorriendo la totalidad del útero grávido. “Se considera normal valores de ILA entre 5 y 25 cm. Es factible realizarlo a partir de las 24 semanas.” (Mula, et al., 2012)

2. ALTERACIONES DEL LÍQUIDO AMNIÓTICO.

- **Oligohidramnios:** es cuando se identifica disminución de líquido amniótico menores de 500 mL, o un ILA determinado por ecografía de menos de 8 cm.
- **Polihidramnios:** se denomina así al aumento excesivo de líquido amniótico por encima de 2000 mL, o “un índice de líquido amniótico por ecografía mayor a 18 cm.” (Ministerio de Salud Pública, 2015)

3. POLIHIDRAMNIOS.

El polihidramnios es una alteración en la cual existe “una acumulación excesiva de líquido amniótico >1500-200ml.” (Ramírez, 2011), su presencia propicia complicaciones maternas y fetales potencialmente peligrosas, su causa prevalece en un 50% a 60% idiopática, mientras que el resto se lo atribuyen a causas maternas, fetales y ovulares:

- **Causas fetales:** aparece en un 30% y están asociadas a una alteración en el feto, como las malformaciones gastrointestinales y renales más frecuentemente. Los casos de polihidramnios severos incrementa el riesgo de presentar una anomalía fetal, hasta en un 80%
- **Causas maternas:** varias patologías maternas son posibles causas del polihidramnios, entre la cuales la isoinmunización Rh y un mal control metabólico en la diabetes mellitus (tipo 1), son responsables del 25% de los polihidramnios.
- **Causas placentarias:** las anomalías placentarias generalmente se acompañan del aumento de líquido amniótico (p ej. Corioangioma).

4. CLASIFICACIÓN DE POLIHIDRAMNIOS.

El polihidramnios puede ser clasificado con relación al tiempo en que se hacen evidentes las manifestaciones clínicas:

- **Agudo (2%):** se caracteriza por presentar aumento rápido de líquido amniótico en corto tiempo, con más frecuencia suele ocurrir en el segundo trimestre antes de las 24 semanas de gestación, produce complicaciones asociadas a la morbilidad materna y fetal. “El pronóstico perinatal es reservado debido principalmente a la prematurez y a la asociación con malformaciones incompatibles con la vida.” (Amézquita & Mosquera, 2012)
- **Crónico (98%):** se denomina crónico por su inicio tardío a partir del tercer trimestre, se desarrolla en forma sintomática y ofrece mayores probabilidades de sobrevivencia fetal. Sin embargo el pronóstico perinatal depende de la causa por la que aparece.

5. SÍNTOMAS DE POLIHIDRAMNIOS.

En su inicio los signos y los síntomas pasan desapercibidos, a medida que el feto crece y simultáneamente aumenta el volumen de LA , los síntomas más frecuentes que se presentaran en pacientes con polihidramnios son la sensación de ahogo y compresión costal a causa de la excesiva expansión del útero agrandado por el volumen de LA, el tamaño del útero en cambio crecerá por encima de las medidas estimadas para cada edad gestacional, los síntomas del polihidramnios se producen especialmente cuando el volumen de líquido amniótico ejerce presión dentro del útero y en los órganos cercanos. “El polihidramnios leve puede provocar pocos signos o síntomas, si es que provoca alguno.” (Mayoclinic., 2018).

Los signos y los síntomas característicos de polihidramnios son:

- Disnea.
- Edema.
- Actividad uterina.
- Distocia de presentación.
- Tamaño de útero discorde a la edad gestacional.

6. DIAGNÓSTICO DE POLIHIDRAMNIOS.

Para diagnosticar polihidramnios los criterios de elección son la clínica, el examen físico y la ecografía, los cuales ayudan a establecer el diagnóstico definitivo y elegir el esquema de tratamiento con buenos pronósticos tanto para la madre como para el feto y precautelar su bienestar, se debe identificar:

- Los elementos del historial clínico, especialmente los antecedentes patológicos personales de las pacientes pueden contribuir a encontrar la razón por la cual apareció el polihidramnios, esto sería de gran ayuda para corregir la causa sin intervenir en la gestación de ser posible.
- Si la altura uterina va de acuerdo a la edad gestacional referida por la fecha de última menstruación FUM, si esta sobrepasa los rangos normales para cada edad gestacional, se trataría de polihidramnios en descarte de embarazo múltiple y macrosomía fetal. Determinar la edad gestacional, mediante ecografía y el

examen físico, es importante para contemplar la posibilidad de interrumpir el embarazo si los riesgos por prematuridad no son altos, esto solo en caso de que los riesgos sean potencialmente peligrosos para la madre, de no encontrarse evidencia de complicaciones maternas graves, se procede en cambio a mantener el embarazo el mayor tiempo posible.

- Los signos y síntomas característicos de la patología, su presencia en las pacientes con polihidramnios son evidentes a partir del tercer trimestre, que es cuando el crecimiento fetal y el aumento progresivo del LA sobrepasan la capacidad del útero para distenderse y la compresión de los órganos y estructuras anexas incomodan y dificultan las actividades fisiológicas de las embarazadas.

Existen 3 niveles de severidad para el diagnóstico de polihidramnios determinados por los valores que se observen al realizar la medición del MCV de LA ≥ 8 cm y un ILA ≥ 25 cm:

1. ILA Leve: 18-25
2. ILA Moderado: 25-32
3. ILA Severo: >32

Las complicaciones en la madre y el feto, suelen ser comunes en el polihidramnios, ya que se asocia a malformaciones que dificultan bien sea la producción o bien la absorción del líquido amniótico ocasionando el aumento del mismo. Entre las cuales se observa:

- **Complicaciones maternas:** amenaza de parto y parto pretermino, hipertensión inducida por el embarazo, ruptura prematura de membranas, alteraciones respiratorias e infecciones urinarias.
- **Complicaciones fetales:** circular de cordón, sufrimiento fetal e infecciones congénitas, muerte intrauterina (óbito) dada por malformaciones incompatibles con la vida y muerte neonatal por prematurez.
- **Complicaciones durante el parto:** prolapso de cordón, abrupcio de placenta, cesárea, presentaciones fetales anómalas y hemorragia posparto por atonía uterina.

7. MANEJO DE POLIHIDRAMNIOS.

El manejo de la patología está encaminado a la prolongación del embarazo, depende de la confirmación del diagnóstico, la edad gestacional y la etiología del polihidramnios.

Para esto se deberá realizar estudios de laboratorio e imagenológicos con la finalidad de identificar procesos infecciosos, diabetes mellitus, diabetes gestacional, isoimmunización Rh y malformaciones fetales o placentarios.

Si los resultados de las pruebas maternas y fetales, son negativas, se puede deducir que la causa de polihidramnios es idiopática, por lo cual la paciente debe ser evaluada y elegir el esquema de tratamiento según la

severidad de los síntomas y los riesgos maternos y fetales, el manejo también puede ser expectante si no hay inconvenientes con el bienestar materno y fetal, de no existir esto, se puede controlar en las consultas prenatales. Si existen malformaciones fetales se debe realizar un manejo multidisciplinario para determinar el pronóstico fetal y la conducta a seguir.

Son criterios de intervención y hospitalización los siguientes:

- El inicio agudo y agresivo de la sintomatología materna.
- ILA con un valor mayor a 40 cm.
- Mayor ventana de 12 cm.
- Incremento excesivo de la presión intramniótica.
- Compromiso de la vitalidad fetal.

8. TRATAMIENTO DE POLIHIDRAMNIOS.

Si se identifica una causa tratable (etiología), el tratamiento se destinara a corregir el hallazgo como por ejemplo en el síndrome de transfusión feto-fetal en el que se debe realizar una ablación de las comunicaciones vasculares mediante cirugía láser intraútero.

Ante la presencia de síntomas de polihidramnios el objetivo del tratamiento será reducir el volumen de LA (amniorreducción) mediante el amniodrenaje y la administración de inhibidores de la síntesis de prostaglandinas, también se debe mejorar la circulación sanguínea útero-placentaria y buscar alternativas para prolongar el embarazo y disminuir las complicaciones maternas,

- **Amniorreducción:** es la técnica que se utiliza para conseguir la evacuación de LA hasta conseguir cantidades normales (entre 15 y 20cm) y con esto se logra que la presión intramniótica sea menor de 20mmHg. No es recomendable extraer más de 5000ml, el ritmo del procedimiento debe ser de 1000ml en 20min, con frecuencia el polihidramnios suele reaparecer, por lo que debe vigilarse periódicamente a la embarazada para identificar si reincide.
- **Inhibidores de las prostaglandinas:** los inhibidores de la sintetasa de las prostaglandinas estimulan la secreción fetal de arginina y vasopresina consiguiendo así respuestas antidiuréticas, y el aumento de la resorción pulmonar de LA. El tratamiento con indometacina, se realiza administrando inicialmente 25mg cada 6 horas inicialmente, si no hay respuesta es necesario aumentar la dosis hasta 2-3mg/kg/día, cuando se logra reducir el polihidramnios, el tratamiento se suspenderá, sin embargo el principal efecto secundario fetal de la indometacina es el cierre precoz del conducto arterial, por esta razón está contraindicado después de las 32 semanas de gestación.

9. LA VÍA DE PARTO EN EL POLIHIDRÁMNIOS.

La elección de la vía del parto en el polihidramnios depende de la necesidad de terminar el embarazo en presencia de complicaciones riesgosas para la vida de la madre, la edad gestacional y la patología causal, si el parto vaginal es la elección se recomienda realizar amniotomía puntiforme, para permitir la salida controlada del líquido amniótico con la finalidad de evitar el prolapso del cordón umbilical o el desprendimiento prematuro de la placenta.

Por los riesgos de atonía uterina derivada de la sobredistensión de la fibra muscular es necesario hacerse vigilancia de la retracción uterina y eliminación de loquios durante el posparto inmediato, contando con la realización previa del manejo activo del tercer período del parto en el cual se administra oxitócicos, derivados del ergot o misoprostol en quienes no presentan contraindicación.

Con respecto al producto se recomienda realizar exámenes detallados especialmente buscando defectos del tubo gastrointestinal y renal.

1.1. Justificación.

El polihidramnios es una complicación obstétrica que puede estar causado por afecciones maternas, fetales o placentarios, sin embargo la mayoría de los casos son idiopáticos, el manejo y tratamiento dependen justamente de la determinación de la causa, del tiempo de embarazo y la clasificación en el que se encuentra el polihidramnios (leve, moderado o severo). Con la finalidad de analizar si los resultados del diagnóstico y tratamiento, recomendados en teorías bibliográficas de autores científicos y las guías de prácticas clínica del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, cumplieron el pronóstico esperado tanto en la madre como en el producto, de acuerdo a la etiología de la enfermedad, se eligió estudiar un caso clínico en el que una paciente de 19 años de edad con embarazo de +/- 36 semanas de gestación desarrollo polihidramnios.

Este caso clínico contribuye a afianzar los conocimientos obtenidos a través del tiempo de preparación como aspirante al título de Obstetiz, los cuales deben cumplir con exigencias académicas y profesionales para garantizar la atención de calidad, eficiencia y humanidad que se requiere en la atención integral de la embarazada y la mujer en los diferentes etapas de su vida.

1.2. Objetivos.

1.2.1. Objetivo general.

Analizar los resultados del diagnóstico y tratamiento de polihidramnios, aplicados a gestante de 36 semanas.

1.2.2. Objetivos específicos.

Identificar los métodos de diagnóstico utilizados para polihidramnios en gestante de 36 semanas.

Describir el tratamiento aplicado en caso de para polihidramnios en gestante de 36 semanas.

1.3. Datos generales.

• Sexo: Femenino.
• Edad: 19 años.
• Escolaridad: Primaria.
• Actividad: Ama de casa.
• Estado Civil: Casada.
• Área de Procedencia: Urbana.

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO.

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

- **Motivo de consulta:** Paciente de sexo femenino de 19 años de edad, acude al servicio de emergencia obstétrica por dolor pélvico acompañado de dificultad respiratoria.
- **Antecedentes Gineco-Obstetricos:**

Gestas:	3
Abortos:	0
Partos: 0.	0
Cesáreas:	2
Fecha de Última Menstruación (FUM):	18/12/2016
Fecha Probable de Parto (FPP):	29/09/2017
Edad Gestacional:	+/- 36 semanas de gestación.
Periodo Intergenésico:	2 años.

Fuente: Historia Clínica de la paciente.

- **Antecedentes personales:** no refiere
- **Antecedentes quirúrgicos:** 2 cesáreas anteriores.
- **Antecedentes familiares:** Madre padece diabetes mellitus tipo II e hipertensión, padre padece hipertensión y litiasis renal.

2.2. Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).

- La paciente acude al servicio de emergencia obstétrica, de forma ambulatoria, hemodinamicamente estable, alerta, afebril, orientada en tiempo y espacio, lucida y colaboradora, refiere sensación de fatiga, síntomas de compresión costal, dificultad respiratoria, cefalea holocraneana de leve intensidad tipo pulsátil continuo, dolor en miembros inferiores y edema, dolor tipo contráctil de moderada intensidad en hipogastrio con irradiación hacia región lumbar, con evolución de +/- 12 horas.

2.3. Examen físico (exploración clínica).

- En el examen físico se realiza maniobras de Leopold, y se obtiene abdomen globuloso con altura uterina de 40cm, presencia de producto único, vivo, movimientos fetales escasos, en situación longitudinal, posición dorso lateral izquierda, presentación pelviana, latido cardiaco fetal (LCF) de 149 x minuto y actividad uterina reactiva.
- Se realiza tacto vaginal y se encuentra, cérvix dilatado 5cm, borrado 40%, membranas integra acompañado de eliminación de tapón mucoso.
- **Signos vitales:**

T/A:	138/80 mm Hg.	T°:	36.8 °C
FC:	90 x´	Sat. Ox.	99%
FR:	12 x´	Proteinuria:	Negativa.

Fuente: Historia Clínica de la paciente.

2.4. Información de exámenes complementarios realizados.

Reporte Ecográfico. Útero grávido ocupado por feto único, vivo con movimientos fetales escasos, en situación longitudinal, posición dorso lateral izquierda, presentación pelviana, peso fetal 2320gr, según biometría fetal edad gestacional 35s.6d, ILA aumentado 27.30cm. Placenta fúndica posterior con 3.9cm de grosor, heterogénea, se evidencian signos de madurez grado III.

- **Imagen de diagnóstico presuntivo:**

1. Embarazo +/- 36 semanas.
2. Polihidramnios Moderado.
3. Presentación pelviana.

Reporte de Monitoreo Fetal: Valoración en 10 minutos.

<i>Actividad Uterina (contracciones)</i>	<i>Intensidad de AU</i>	<i>Tiempo de duración de AU</i>	<i>Latido cardíaco fetal (LCF)</i>
<i>3 contracciones</i>	<i>80% c/u</i>	<i>40 segundos c/u</i>	<i>129lpm-150lpm</i>
<i>Diagnóstico de monitoreo fetal:</i> Trabajo de parto en fase activa con feto en condiciones normales.			

Fuente: información obtenida de la historia clínica de la paciente.

Reporte de exámenes de laboratorio:

Exámen.	Resultados.	Unidad.	Rango Referencial.
TEST DE COOMBS			
DIRECTA	NEGATIVO		NEGATIVO
INDIRECTA	NEGATIVO		NEGATIVO

Fuente: Historia Clínica de la paciente.

BIOMETRÍA HEMÁTICA		
Exámen.	Resultados.	Unidad.
HEMATOLOGÍA		
HEMOGLOBINA	10.2	g/dl
HEMATOCRITO	32.1	%
PLAQUETAS	232	10 ³ /uL
NEUTROFILOS	64.3	%
LINFOCITOS	22.15	%
GRUPO SANGUINEO	(O)	
FACTOR RH	NEGATIVO	
TIEMPO DE COAGULACION	5Min.30Seg	Min.Seg
HEMOSTASIA		
TP:	12 Seg.	
TPT:	40 Seg.	
INMUNOSEROLOGÍA		
VIH:		No Reactivo.
VDRL:		No Reactivo.

Fuente: Historia Clínica de la paciente.

2.5. Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.

Diagnostico Presuntivo:

- Embarazo de +/- 36 semanas.
- Amenaza de parto prematuro.
- Cicatriz Uterina Previa 2 veces.

Diagnóstico Diferencial:

- Embarazo múltiple.
- Macrosomía fetal.

Diagnóstico Definitivo:

- Embarazo de +/- 36 semanas + Trabajo de parto prematuro.
- Polihidramnios moderado.
- Distocia de Presentación + Cicatriz Uterina Previa 2 veces.

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

Origen del problema:

- A partir de la información obtenida en la anamnesis se evidencia el síntoma característico de la patología (síntomas de compresión costal, dificultad respiratoria, distocia de presentación - pelviana); la edad gestacional (36 semanas) y el índice de líquido amniótico (27.30cm) resultados de la ecografía obstétrica, cumpliendo así con los criterios de diagnóstico para polihidramnios moderado pretermino idiopático.

Procedimientos a realizar:

- De acuerdo a las recomendaciones de la guía práctica clínica del Ministerio de Salud Pública, el manejo será:
 - a) Cesárea de emergencia.
 - b) Profilaxis previa a cirugía con antibiótico.
 - c) Medidas antitromboticas.
 - d) Control de puerperio inmediato.

2.7. Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.

- **Cesárea de emergencia:** “Indicaciones para cesárea como: paciente padece VIH, **tiene hasta 2 cesáreas previas**, situación transversa, **distocia de la presentación pélvica...**”. (Ministerio de Salud Pública, 2015).
- **Profilaxis previa a cirugía con antibiótico:** para fines profilácticos es recomendable aplicar antibióticos previos a la intervención quirúrgica para reducir el riesgo de infecciones postquirúrgicas.
- **Medidas antitromboticas:** es necesario emplear tromboprofilaxis por los mayores riesgos de tromboembolismo que existen en las embarazadas.
- **Control de puerperio inmediato:** en este periodo se deben realizar controles de signos vitales y de sangrado durante 2 horas y luego cada hora si el pronóstico es favorable, esto es con la finalidad de prevenir hemorragias, secuelas por anestesia y trastornos hipertensivos transitorios en el puerperio.

2.8. Seguimiento.

Paciente gestante de 36 semanas ingresó a la emergencia obstétrica con trabajo de parto en fase activa y polihidramnios moderado idiopático; bajo normas de asepsia y antisepsia se realizó la cesárea por emergencia, se obtuvo: producto único vivo, y extracción de placenta completa, se realizó manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto con total normalidad y sin reportar novedades hemodinámicas. Neonatología reportó: producto de sexo masculino y Apgar 8-9 al minuto del nacimiento, no se apreció malformaciones, ni complicaciones, se procedió a estabiliza y pasa a sala de neonatos. Diagnóstico: Neonato pretermino de 36 semanas / Bajo peso al nacer / Pequeño para la edad gestacional.

Se realiza control de puerperio inmediato cada 15 minutos durante 2 horas no se aprecian novedades en tono uterino y loquios. Score mama de 0. Se prescribe Lactato de Ringer 1000cc + Tramadol 200mg diluido + Metoclopramida 10mg diluido a 30 gotas por minuto IV en 24 horas, Ampicilina + Sulbaltan 1,50mg IV cada 8 horas, Gentamicina 160mg IV cada 24 horas, control de signos vitales, dieta blanda, retiro de sonda vesical luego de 24 horas y pase a sala posparto.

Diagnóstico: puerperio quirúrgico inmediato.

G

La paciente post-quirúrgica con aproximadamente 72 horas de hospitalización, en buenas condiciones generales (score mama de 0), es dada de alta hospitalaria, se prescribe tratamiento ambulatorio con antibióticos y analgésicos por 7 días. Diagnóstico de alta: puerperio quirúrgico inmediato. Neonatología prescribe alta de neonato sin novedades.

2.9. Observaciones.

- No se encontró evidencia de polihidramnios en controles prenatales, pero si se observó el diagnóstico de anemia leve, para lo cual le fue prescrito hierro vía oral y asesoría nutricional.
- Para prevenir ruptura uterina y sufrimiento fetal, se realizó cesárea segmentaria por encontrarse en trabajo de parto prematuro en fase activa y cicatriz uterina previa 2 veces, criterios que sugieren la intervención quirúrgica de emergencia.
- No presento factores de riesgos asociados a causas maternas, fetales ni placentarias para el polihidramnios moderado, por lo que se interpretó como causa idiopática.

CONCLUSIONES.

- La paciente presentó tres diagnósticos importantes, la cicatriz uterina previa por dos ocasiones, el trabajo de parto pretermino en fase activa y la distocia de presentación – pelviana, los cuales determinaron la realización de cesárea por emergencia, el polihidramnios moderado idiopático no fue identificado como potencial indicador para la cirugía, por no constituir una complicación de alto riesgo para la madre o el feto.
- El manejo terapéutico al cual se sometió a la paciente fue basado en indicaciones del Ministerios de Salud Pública que se encuentran en las guías de prácticas clínicas para el tratamiento de patologías obstétricas, lo cual obtuvo resultados satisfactorios, ya que se logró evitar comprometer el bienestar materno y fetal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Amézquita, M. & Mosquera, J., 2012. *Guía de manejo de polihidramnios.*

[En línea]

Available at:

https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://s441aba6c391c174b.jimcontent.com/download/version/1428637750/module/6242541552/name/Polihidramnios.pdf&ved=2ahUKEwjF4ZC_qYbcAhXKtVkKHUthANMQFjAlegQICBAB&usg=AOvVaw0z8LCatmqkyryOFeRhn-bs

Gómez, A., 2014. Gestante en semana 27 con polihidramnios leve-moderado sin otros hallazgos.. *Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.*, pp. 1-5.

Góngora, J., 2013. *POLIHIDRAMNIOS: DIAGNÓSTICO Y CONDUCTA OBSTÉTRICA.* [En línea]

Available at:

https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/actividad_docente_e_investigadora/clases_residentes/2013/clase2013_polihidramnios_diagnostico_y_manejo_obstetrico.pdf&ved=2ah

Malde Conde, F. J., Sanchez Ruiz, R., Carrillo Badillo, M. & Ariosa Roche, J. M., 2013. *MANEJO DEL POLIHIDRAMNIOS.* [En línea]

Available at:

https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/curso2013_mmf_06_manejo_polihidramnios.pdf&ved=2ahUKEwjm qPrsolbcAhXtguAKHWI3BzwQFjABegQIBRAB&usg=AOvVaw1IVUbFA4Dej6Cyg0RXpkOB

- Mayoclinic., 2018. *Polihidramnios: Sintomas.* [En línea]
Available at: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/polyhydramnios/symptoms-causes/syc-20368493?p=1>
- Ministerio de Salud Pública, D. N. d. N., 2015. Atención del Parto por Cesárea.. *Guía de Práctica Clínica.*, pp. 1-39.
- Ministerio de Salud Pública, D. N. d. N., 2015. Ruptura prematura de membranas pretérmino. *Guía de Práctica Clínica*, pp. 1-18.
- Mula, R. y otros, 2012. PROTOCOLO: POLIHIDRAMNIOS EN GESTACIÓN ÚNICA. *Àrea de Medicina Fetal, Servei de Medicina Materno-fetal. Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia Y Neonatologia, Hospital Clínic de Barcelona*, pp. (4); 1-6.
- Palacio Álvarez, S. & La Fontaine, E. S. L. M. A. B. J., 2003. Comportamiento del polihidramnios en nuestro medio.. *ARTÍCULOS ORIGINALES.*, pp. 1-11.
- Ramírez, J., 2011. Fisiopatología del líquido amniótico. embarazo postérmino.. *Obstetricia.*, pp. 1-16.
- UMF, V. H., 2012. *ALTERACIONES DEL LÍQUIDO AMNIOTICO: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO.* [En línea]
Available at:
<https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=http://nparangaricutiro.gob.mx/Libros/Alteraciones%2520del%2520l%25C3%25ADquido%2520amni%25C3%25B3tico%2520Diagn%25C3%25B3stico%2520y%2520tratamiento.pdf&ved=2ahUKEwjmQPrsolbcAhXtguAKHWI3BzwQFjAEegQIAhA>

ANEXOS.

Institución	HOSPITAL MARTIN KAZA			Ecografía	
ID				frec. card.	gen
Nombre				Fecha nac.	
UPM				FEP(UPM)	
E.G. media	35.0			FEP(E.G. media)	15-03-20
EG(UPM)				EG(PVE)	33s6d
PTE Hadlock2	2328g (81.84onzas)			Deriv1st(PVE)	
Pericardio(PVE)					
Biometría fetal		1	2	3	(8mm)
DBP	Hadlock	8.77	8.76	8.76	cm
CA	Hadlock	28.11		28.11	cm
ATF	Osaka			62.88	cm²
LF	Hadlock	7.83	7.81	7.83	cm
BA		1	2	3	Útero
C1		8.65		8.65	cm
C2		8.35		8.35	cm
C3		8.81		8.81	cm
C4		2.82	2.29	2.29	cm
Total		27.83	27.30	27.30	cm

Imagen 1: reporte ecográfico.

Fuente: Historia Clínica de la paciente.



Imagen 2: monitoreo fetal.

Fuente: Historia Clínica de la paciente.

DATOS DEL RN					
SEXO:	M	PESO:	2320 gr	TALLA:	41 cm
PC:	31 cm	PT:	30 cm	PA:	31 cm
EG:	36	MALFORMACIONES:	Ninguna		
TINCION LIQUIDO AMNIOTICO:		Tº:	36°C	FC:	133 x'
FR:	79 x'	SAT. OX.:	98%	APGAR:	7-8
VITAMINA K:	Si	PROFILAXIS CONJUNTIVAL:	ANTIBIOTICA		Si
DIAGNOSTICO:	Neonato pretermino de 36 semanas / Bajo peso al nacer / Pequeño para la edad gestacional _____.				

Imagen 3: reporte de Neonatología.

Fuente: Historia Clínica del Recién Nacido (RN).



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA
UNIDAD DE TITULACIÓN



Babahoyo, 06 de agosto del 2018

Dra. Alina Izquierdo Cirer. MSc.
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
Presente.-

De mi consideración:

Por medio de la presente, yo, **CINTHIA MELISSA SANTOS MONTOLLA**, con cédula de ciudadanía **1207109396**, egresado(a) de la Carrera de **OBSTETRICIA**, de la Facultad de Ciencias de la Salud, me dirijo a usted de la manera más comedida para hacerle la entrega del del tema del Caso Clínico (Dimensión Practica) **POLIHIDRAMNIOS EN PACIENTE DE 19 AÑOS DE EDAD CON EMBARAZO DE 36 SEMANAS DE GESTACIÓN.**

Por la atención que se dé a la presente, quedo de usted muy agradecida.

Atentamente,

Cynthia Santos M.
CINTHIA MELISSA SANTOS MONTOLLA
EGRESADA
C.I 1207109396

Reubil
06/08/2018 M) 12:47



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA
UNIDAD DE TITULACIÓN**



Babahoyo, 06 de julio del 2018

OBST.
LILIAN MUÑOZ SOLORZANO
COORDINADORA DE TITULACION
EN SU DESPACHO. -

Yo, **SANTOS MONTOLLA CINTHIA MELISSA**, con cédula de ciudadanía **120710939-6**, egresada de la Carrera de **OBSTETRICIA**, de la Facultad de Ciencias de la Salud, me dirijo a usted de la manera más comedida para hacerle la entrega del siguiente documento para la presentación de la propuesta del Caso Clínico, cuyos requisitos son.

**PROPUESTA DEL CASO CLINICO
REGISTRO DE TUTORIAS
SOLICITUD DE ENTREGA DE LA PROPUESTA DEL TEMA
INFORME DE ACEPTACION DE LA PROPUESTA DEL TEMA
CD**

Agradezco por su atención

Atentamente,

Cinthia Santos M.

**SANTOS MONTOLLA CINTHIA MELISSA
C.I 120710939-6**

*recibido
07/07/2018*



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 UNIDAD DE TITULACIÓN
 PERÍODO MAYO-OCTUBRE 2018
 CARRERA OBSTETRICIA



FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO: 30/09/2018

REGISTRO DE TUTORIAS DEL CASO CLINICO (PRIMERA ETAPA)

NOMBRE DEL DOCENTE TUTOR: Dr. Hugolina Dvella Saibor FIRMA: [Firma]

TEMA DEL CASO CLINICO: Polihidramnion en paciente de 19 años de edad con embarazo a 31-36 semanas de gestación.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: Cynthia Melissa Sandoz Montalva

CARRERA: OBSTETRICIA

Pag. Nº. _____

Horas de Tutorías	Fecha de Tutorías	Tema tratado	Tipo de tutoría		Porcentaje de Avance	FIRMAN	
			Presencial	Virtual		Docente	Estudiante
1	26/06/2018	Salvación del feto	X		100%	Hugo Saibor	Cynthia Sandoz M.
1	27/06/2018	Revisión de propuesta del caso clínico	X		100%	Hugo Saibor	Cynthia Sandoz M.
1	28/06/2018	Aprobación del tutor.	X		100%	Hugo Saibor	Cynthia Sandoz M.

Obs. [Firma] Muñoz Solorzano Msc.
 COORDINADOR DE TITULACIÓN
 CARRERA I DE OBSTETRICIA



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA
UNIDAD DE TITULACION



Babahoyo, 17 de Septiembre del 2018

Dra. Alina Izquierdo Cirer. MSc.
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
Presente.

De mis consideraciones:

Por medio de la presente, Yo, **SANTOS MONTOLLA CINTHIA MELISSA**, con cédula de ciudadanía **1207109396**, egresada de la Escuela de Obstetricia, Carrera Obstetricia de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, me dirijo a usted de la manera más comedida para hacer la entrega de los tres anillados del Caso Clínico (Dimensión Practica), tema: **POLIHIDRAMNIOS EN PACIENTE DE 19 AÑOS DE EDAD CON EMBARAZO +/- 36 SEMANAS DE GESTACION.**, para que pueda ser evaluado por el Jurado asignado por el H. Consejo Directivo determinado por la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo.

Atentamente

Cinthia Santos M
SANTOS MONTOLLA CINTHIA MELISSA
CI. 120710939-6



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 UNIDAD DE TITULACIÓN
 PERÍODO MAYO-OCTUBRE 2018
 CARRERA OBSTETRICIA



FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO: 26/09/2018

REGISTRO DE TUTORIAS DEL CASO CLINICO (ETAPA FINAL)

NOMBRE DEL DOCENTE TUTOR: M. Hugolino Orellana Ceibae FIRMA: *[Firma]*

TEMA DEL CASO CLINICO: Parto normal en paciente de 19 años de edad con embarazo + 1-36 Semanas de gestación.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: Cinthia Melissa Santos Mantalla

CARRERA: OBSTETRICIA

Pag. Nº. _____

Horas de Tutorías	Fecha de Tutorías	Tema tratado	Tipo de tutoría		Porcentaje de Avance	FIRMAN	
			Presencial	Virtual		Docente	Estudiante
1	27/08/18	Revisión de introducción y justificación		X		<i>[Firma]</i>	Cinthia Santos M.
1	6/08/18	Revisión de objetivos.		X		<i>[Firma]</i>	Cinthia Santos M.
2	17/08/18	Revisión de marco teórico.	X			<i>[Firma]</i>	Cinthia Santos M.
1	24/08/18	Corrección de marco teórico.	X			<i>[Firma]</i>	Cinthia Santos M.
2	29/08/18	Revisión del seguimiento del caso.	X			<i>[Firma]</i>	Cinthia Santos M.
1	3/09/18	Corrección del seguimiento del caso y conclusión.	X			<i>[Firma]</i>	Cinthia Santos M.
2	10/09/18	Revisión general del caso	X			<i>[Firma]</i>	Cinthia Santos M.

Obs. Lijeth Muñoz Solprzano Msc.
 COORDINADOR DE TITULACIÓN
 CARRERA I DE OBSTETRICIA