UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE OBSTETRICIA

TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA:

PRINCIPALES COMPLICACIONES MATERNO – FETALES CON DIAGNÓSTICO DE OLIGOAMNIOS SEVERO.

PERÍODO DE ESTUDIO

OCTUBRE 2019- ABRIL 2020

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

SALUD MATERNO NEONATAL

ALUMNO(S)

SHEYLA MISHELLE ALVARADO CUNINGHAN

CAROLINA ESTEFANIA ROJAS CHAMAIDAN

TUTOR

DR. FREDDY ORLANDO ORTEGA LEÓN

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE OBSTETRICIA

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN			
TÍTULO Y SUBTÍTULO:	PRINCIPALES COMPLICACIONES MATERNO-FETALES CON DIAGNÓSTICO DE OLIGOAMNIOS SEVERO.		
AUTOR(ES) (apellidos/nombres):	ALVARADO CUNINGHAN SHEYLA MISHELLE ROJAS CHAMAIDAN CAROLINA ESTEFANIA		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres):	DR. FREDDY ORLANDO ORTEGA LEÓN		
INSTITUCIÓN:	UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL		
UNIDAD/FACULTAD:	CIENCIAS MÉDICAS		
CARRERA:	OBSTETRICIA		
GRADO OBTENIDO:	OBSTETRA		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	2020	**No. DE PÁGINAS:**	
ÁREAS TEMÁTICAS:	GINECOLOGíA – OBSTETRICIA		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	COMPLICACIONES Y OLIGOAMNIOS, OLIGOAMNIOS SEVERO, APGAR BAJO, LEUCOCITOSIS.		

RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras): Se realizó un estudio observacional, no experimental, cuya modalidad de investigación es cuantitativa con finalidad bibliográfica, de campo y transversal, de acuerdo a su origen es descriptiva y prospectiva, cuyo método de investigación fue el análisis - síntesis e inductivo – deductivo, cuya población de estudio fue de 191 gestantes con diagnóstico de oligoamnios severo en el Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel, durante el período Septiembre 2019 - Febrero 2020, debido a que la mayoría de las gestantes acuden al área de emergencia por presentar pérdida de líquido, por lo cual es importante determinar las complicaciones materno fetal que producirá el oligoamnios severo. Por lo tanto, se recolectó datos estadísticos y se realizó ficha observacional y entrevistas a los profesionales de la salud del área obstétrica. De acuerdo a los datos recabados, la causa que provoca el oligoamnios severo es la ruptura prematura de membranas en un 45%, como complicación materna fue la leucocitosis 31% y como complicación fetal fue Apgar bajo 24%; la mayoría de las gestantes tienen controles prenatales insuficientes en un 77%. Se considera educar a las gestantes de la importancia de asistir a los controles prenatales, siendo necesario impartir charlas educativas.

ADJUNTO PDF:	[X] SI	[ ] NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	**Teléfono:** 0993051511 0961076592	**E-mail:** carolinarojas94@hotmail.com sheyla_cuninghan@hotmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	**Nombre:**	
	Teléfono:	
	E-mail:	

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE OBSTETRICIA

DIRECTIVOS

Dr. Jorge Carvajal Andrade MSc.	**Dra. Josefina Ramírez Amaya MSc.**
DECANO	**VICEDECANO**
Obst. Carmen Marín Soria MSc.	**Ab. Silvia Vera Merchán**
DIRECTORA DE CARRERA	**SECRETARIA**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE OBSTETRICIA

Guayaquil, 5 Marzo del 2020

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Yo ORTEGA LEÓN FREDDY ORLANDO, MSc. tutor(a) del trabajo de titulación "Principales complicaciones materno-fetales con diagnóstico de oligoamnios severo" certifico que el presente trabajo de titulación, elaborado por ALVARADO CUNINGHAN SHEYLA MISHELLE con CI. 0941686370 y ROJAS CHAMAIDAN CAROLINA ESTEFANIA con CI. 0923320246, con mi respectiva asesoría como requerimiento parcial para la obtención del título de OBSTETRA, en la CARRERA DE OBSTETRICIA, FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, ha sido **REVISADO Y APROBADO** en todas sus partes, encontrándose apto para su sustentación.

DR. ORTEGA LEÓN FREDDY ORLANDO, MSc.

DOCENTE TUTOR

C.C. No. 0905110250

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE OBSTETRICIA

Guayaquil, 21 Abril del 2020

OBST. MARIN SORIA CARMEN MSc.
DIRECTORA DE LA CARRERA DE OBSTETRICIA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
Ciudad. –

De mis consideraciones:
Envío a Ud., el Informe correspondiente a la **REVISIÓN FINAL** del Trabajo de Titulación "Principales complicaciones materno-fetales con diagnóstico de oligoamnios severo" de las estudiantes ALVARADO CUNINGHAN SHEYLA MISHELLE y ROJAS CHAMAIDAN CAROLINA ESTEFANIA. Las gestiones realizadas me permiten indicar que el trabajo fue revisado considerando todos los parámetros establecidos en las normativas vigentes, en el cumplimento de los siguientes aspectos:
Cumplimiento de requisitos de forma:

- El título tiene un máximo de 9 palabras.
- La memoria escrita se ajusta a la estructura establecida.
- El documento se ajusta a las normas de escritura científica seleccionadas por la Facultad.
- La investigación es pertinente con la línea y sublíneas de investigación de la carrera.
- Los soportes teóricos son de máximo 5 años.
- La propuesta presentada es pertinente.

Cumplimiento con el Reglamento de Régimen Académico:

- El trabajo es el resultado de una investigación.
- El estudiante demuestra conocimiento profesional integral.
- El trabajo presenta una propuesta en el área de conocimiento.
- El nivel de argumentación es coherente con el campo de conocimiento.

Adicionalmente, se indica que fue revisado, el certificado de porcentaje de similitud, la valoración del tutor, así como de las páginas preliminares solicitadas, lo cual indica el que el trabajo de investigación cumple con los requisitos exigidos.
Una vez concluida esta revisión, considero que las estudiantes ALVARADO CUNINGHAN SHEYLA MISHELLE y ROJAS CHAMAIDAN CAROLINA ESTEFANIA, están aptas para continuar el proceso de titulación. Particular que comunicamos a usted para los fines pertinentes.
Atentamente,

Dr. Carlos Cantos Cedeño
MÉDICO ABOGADO FORENSE
REG. SAN. 6541
MATRIC. ABG. 09-2012-167

DR. CARLOS ALFREDO CANTOS CEDEÑO
DOCENTE REVISOR
C.I. 1200898334

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE OBSTETRICIA

LICENCIA GRATUITA INTRANSFERIBLE Y NO EXCLUSIVA PARA EL USO NO COMERCIAL DE LA OBRA CON FINES ACADÉMICOS

Nosotras ALVARADO CUNINGHAN SHEYLA MISHELLE con CI. 0941686370 y ROJAS CHAMAIDAN CAROLINA ESTEFNIA CI. 0923320246. Certificamos que los contenidos desarrollados en este trabajo de titulación, cuyo título es **"PRINCIPALES COMPLICACIONES MATERNO FETALES CON DIAGNÓSTICO DE OLIGOAMNIOS SEVERO"**, son de nuestra absoluta propiedad, responsabilidad y según el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN*, autorizamos el uso de una licencia gratuita intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la presente obra con fines académicos, en favor de la Universidad de Guayaquil, para que haga uso del mismo, como fuera pertinente.

Sheyla Alvarado.

ALVARADO CUNINGHAN SHEYLA MISHELLE

C.C. No. 0941686370

Carolina E. Rojas Ch.

ROJAS CHAMAIDAN CAROLINA ESTEFANIA

C.C. No.0923320246

*CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN (Registro Oficial n. 899 - Dic./2016) Artículo 114.- De los titulares de derechos de obras creadas en las instituciones de educación superior y centros educativos.- En el caso de las obras creadas en centros educativos, universidades, escuelas politécnicas, institutos superiores técnicos, tecnológicos, pedagógicos, de artes y los conservatorios superiores, e institutos públicos de investigación como resultado de su actividad académica o de investigación tales como trabajos de titulación, proyectos de investigación o innovación, artículos académicos, u otros análogos, sin perjuicio de que pueda existir relación de dependencia, la titularidad de los derechos patrimoniales corresponderá a los autores. Sin embargo, el establecimiento tendrá una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra con fines académicos.

DEDICATORIA

Dedico mi trabajo de investigación en primer lugar a Dios, a mis padres por mostrarme el camino hacia la superación, a mi hijo que es mi motivación día a día. A mi tutor que sin su ayuda y consejos no hubiese culminado un paso más para seguir adelante.

ROJAS CHAMAIDAN CAROLINA ESTEFANIA.

Dedico esta tesis a mi familia, por estar conmigo, por apoyarme, acompañarme, enseñarme, guiarme y ayudarme a crecer, por ser las bases y ese motor para llegar hasta aquí y ser los principales protagonistas de este sueño cumplido.

A mis más sinceros amigos que me han apoyado y prestado su ayuda en el transcurso de este largo camino.

SHEYLA MISHELLE ALVARADO CUNINGHAN.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradezco a Dios por darme sabiduría para realizar todo lo que me proponga.

A mis padres, que son las personas que me ayudado a seguir adelante y gracias a ellos eh podido llegar a ser un profesional.

A mi hijo, que es mi fortaleza y mi motivación para seguir adelante, él es mi mayor orgullo y por el siempre seguiré adelante, a pesar de todas las adversidades que se me presente.

A mi tutor que me transmitido sus conocimientos y dedicación para realizar mi trabajo de investigación, por lo que eh logrado importantes objetivos como es el de culminar el desarrollo de mi tesis con éxito.

ROJAS CHAMAIDAN CAROLINA ESTEFANIA.

Agradezco a Dios por darme la vida y guiar mis pasos día a día, a mi madre y abuela por forjar a la persona en que me he convertido, y apoyarme en todo lo que han podido, a mis hermanas por el apoyo constante brindado y a mi tutor que sin su ayuda y conocimientos prestados porque no se hubiera podido realizar este trabajo.

ALVARADO CUNINGHAN SHEYLA MISHELLE.

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN 1

CAPÍTULO I 4

1. EL PROBLEMA 4

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN 4

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA 5

1.3. SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA 5

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN 5

1.4.1. Objetivo general 5

1.4.2. Objetivos específicos 5

1.5. JUSTIFICACIÓN IMPORTANCIA 5

1.6. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA 7

1.7. PREMISAS DE LA INVESTIGACIÓN 7

1.8. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES 7

CAPITULO II 9

2. MARCO TEÓRICO 9

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN 9

2.2. MARCO TEÓRICO – CONCEPTUAL 10

2.2.1. LÍQUIDO AMNIÓTICO 10

2.2.1.1. Consideraciones embriológicas e histológicas del líquido amniótico 11

2.2.1.2. Funciones del líquido amniótico 14

2.2.1.3. Composición del líquido amniótico 14

2.2.1.4. Medición del líquido amniótico 15

2.2.1.5. Alteraciones del líquido amniótico 15

2.2.2. OLIGOHIDRAMNIOS 15

2.2.2.1. Etiología 16

2.2.2.2. Clasificación 17

2.2.3. OLIGOHIDRAMNIOS SEVERO 18

2.2.3.1. Complicaciones materno fetales 18

2.2.4. ÓBITO FETAL 18

2.2.4.1. Etiología 19

2.2.4.2. Diagnóstico 19
2.2.4.3. Manejo 20
2.2.5. RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO (RCIU) 21
2.2.5.1. Clasificación 21
2.2.5.2. Etiología 21
2.2.5.3. Fisiopatogenia 22
2.2.5.4. Diagnóstico 22
2.2.5.5. Pronóstico y Manejo 23
2.2.6. BAJO PESO AL NACER 23
2.2.6.1. Factores de riesgo 23
2.2.6.2. Complicaciones 24
2.2.6.3. Diagnóstico 24
2.2.6.4. Manejo 24
2.2.7. APGAR BAJO 24
2.2.7.1. Etiología 25
2.2.7.2. Pronóstico y Manejo 25
2.2.8. CORIOAMNIONITIS 26
2.2.8.1. Fisiopatología 27
2.2.8.2. Mecanismo de acción 28
2.2.8.3. Clasificación 28
2.2.8.4. Factores de riesgo 28
2.2.8.5. Manifestaciones clínicas 29
2.2.8.6. Exámenes complementarios 29
2.2.8.7. Tratamiento 29
2.2.9. LEUCOCITOSIS 30
2.2.9.1. Síntomas y complicaciones 31
2.2.9.2. Diagnóstico 31
2.2.10. HIPOTONÍA UTERINA TRANSITORIA 32
2.2.10.1. Factores de riesgo 32
2.2.10.2. Diagnóstico 32
2.2.10.3. Manejo 32
2.3. MARCO CONTEXTUAL 32
2.4. MARCO LEGAL 33
CAPÍTULO III 36
3. METODOLOGÍA 36

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN 36

3.2. MODALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN 36

3.3. TIPOS DE INVESTIGACIÓN 36

3.4. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN 36

3.5. TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN 37

3.6. INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN 37

3.7. POBLACIÓN Y MUESTRA 37

3.7.1. Criterios de inclusión y exclusión 37

3.7.2. Muestra 37

3.8. FICHA OBSERVACIONAL 38

3.9. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LAS ENTREVISTAS 42

3.10. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 43

3.10.1. Conclusiones 43

3.10.2. Recomendaciones 44

CAPITULO IV *45*

4. PROPUESTA *45*

4.1. TITULO DE LA PROPUESTA 45

4.2. JUSTIFICACIÓN 45

4.3. OBJETIVOS DE LA PROPUESTA 45

4.3.1. Objetivo general 45

4.3.2. Objetivos específicos 45

4.4. ASPECTOS TEÓRICOS DE LA PROPUESTA 46

4.5. DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA 46

6. REFERENCIAS *47*

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de las variables 7
Tabla 2. Etiología de oligohidramnios 17
Tabla 3. Clasificación del óbito fetal 19
Tabla 4. Diagnóstico de óbito fetal 20
Tabla 5. Fisiopatología de corioamnionitis 27
Tabla 6. Clasificación de corioamnionitis 28
Tabla 7. Causas de oligoamnios severo 38
Tabla 8. Complicaciones maternas 39
Tabla 9. Complicaciones fetales 40
Tabla 10. Controles prenatales 41

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Causas de oligoamnios severo _____ 38
Gráfico 2. Complicaciones maternas _____ 39
Gráfico 3. Complicaciones fetales _____ 40
Gráfico 4. Controles prenatales _____ 41

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Formato de evaluación de la propuesta de trabajo de titulación _____ 52
Anexo 2. Acuerdo del plan de tutoría de trabajo de titulación _____ 53
Anexo 3. Informe de avance de la gestión tutorial _____ 54
Anexo 4. Certificado del docente tutor del trabajo de titulación _____ 56
Anexo 5. Certificado porcentaje de similitud _____ 57
Anexo 6. Carta de autorización para la investigación _____ 58
Anexo 7. Aplicación de los instrumentos de la investigación _____ 63
Anexo 8. Instrumentos de la investigación _____ 65
Anexo 9. Tutorías de tesis _____ 71

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE OBSTETRICIA

TÍTULO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO
PRINCIPALES COMPLICACIONES MATERNO-FETALES CON DIAGNÓSTICO DE OLIGOAMNIOS SEVERO

Autor(es): ALVARADO CUNINGHAN SHEYLA MISHELLE
ROJAS CHAMAIDAN CAROLINA ESTEFANIA
Tutor(a): DR. ORTEGA LEÓN FREDDY ORLANDO

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional, no experimental, cuya modalidad de investigación es cuantitativa con finalidad bibliográfica, de campo y transversal, de acuerdo a su origen es descriptiva y prospectiva, cuyo método de investigación fue el análisis - síntesis e inductivo – deductivo, cuya población de estudio fue de 191 gestantes con diagnóstico de oligoamnios severo en el Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel, durante el período Septiembre 2019 - Febrero 2020, debido a que la mayoría de las gestantes acuden al área de emergencia por presentar pérdida de líquido, por lo cual es importante determinar las complicaciones materno fetal que producirá el oligoamnios severo. Por lo tanto, se recolectó datos estadísticos y se realizó ficha observacional y entrevistas a los profesionales de la salud del área obstétrica. De acuerdo a los datos recabados, la causa que provoca el oligoamnios severo es la ruptura prematura de membranas en un 45%, como complicación materna fue la leucocitosis 31% y como complicación fetal fue Apgar bajo 24%; la mayoría de las gestantes tienen controles prenatales insuficientes en un 77%. Se considera educar a las gestantes de la importancia de asistir a los controles prenatales, siendo necesario impartir charlas educativas.

Palabras claves: Complicaciones y oligoamnios, Oligoamnios severo, Apgar bajo, leucocitosis.

UNIVERSITY OF GUAYAQUIL
FACULTY OF MEDICAL SCIENCES
OBSTETRICS CAREER

TITLE OF THE INVESTIGATION WORK SUBMITTED
MAIN FETAL MATERNAL COMPLICATIONS WITH SEVERO OLIGOAMNIOS DIAGNOSIS

Author (s): ALVARADO CUNINGHAN SHEYLA MISHELLE
ROJAS CHAMAIDAN CAROLINA ESTEFANIA
Tutor (a): DR. ORTEGA LEÓN FREDDY ORLANDO

ABSTRACT

An observational, non-experimental study was carried out, whose research modality is quantitative for bibliographic, field and cross-sectional purposes, according to its origin it is descriptive and prospective, whose research method was analysis - synthesis and inductive - deductive, whose population study was of 191 pregnant women with a diagnosis of severe oligoamnios at the Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel, during the period September 2019 - February 2020, because the majority of pregnant women come to the emergency area for presenting fluid loss Therefore, it is important to determine the maternal-fetal complications that severe oligoamnios will produce. Therefore, statistical data was collected and an observational record and interviews with health professionals in the obstetric area were carried out. According to the collected data, the cause of severe oligoamnios is 45% premature rupture of the membranes, leukocytosis was 31% as a maternal complication and Apgar was 24% as a fetal complication; the majority of pregnant women have insufficient prenatal controls in 77%. It is considered to educate pregnant women about the importance of attending prenatal checkups, and it is necessary to give educational talks.

Keywords: Complications and oligoamnios, Severe Oligoamnios, Apgar low, Leukocytosis.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo investigativo tiene como objetivo conocer las principales complicaciones materno fetal en pacientes con diagnóstico de oligoamnios severo atendidas en el Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel, cuya finalidad es crear un plan educativo para que las gestantes conozcan la importancia de asistir a los controles prenatales y sobre las medidas preventivas que deberá asumir en caso de que presente algún signo o síntoma de alarma.

Algunas entidades a nivel mundial como la Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de Salud Pública se encargan de analizar y tomar medidas preventivas sobre ciertas patologías que se pueden tratar precozmente, mediante charlas que promocionen la salud a las pacientes. Por lo tanto, en los centros de salud organizan actividades como es el club de las embarazadas, se realiza la psicoprofilaxis obstétrica, se menciona las posiciones del parto, se les explica sobre las señales de peligro en el embarazo y sobre qué medidas deberá tomar en caso de presentar cualquier sintomatología durante su gestación. Por ese motivo es importante, implementar un plan educativo para que la paciente tenga toda la información necesaria para evitar precozmente cualquier tipo de complicación materno fetal.

Según la Organización Mundial de la salud en el año 2016 las complicaciones que causan muerte neonatal se deben a partos pretérminos, complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto, infecciones neonatales y malformaciones congénitas. Un control prenatal óptimo en el embarazo de bajo riesgo según la Organización Mundial de la Salud comprende un mínimo de cinco chequeos por el personal profesional de la salud calificado (médico u obstetras). Las principales causas de mortalidad materna y perinatal son detectables y prevenibles mediante un control prenatal temprano, continuo y de alta calidad, que permita identificar y controlar los principales factores de riesgo obstétrico y perinatal.

El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos menciona que existe un 16.6% de dificultad respiratoria en menores de 1 año, malformaciones congénitas en menores de 1 año 9.5%, fetos y recién nacidos por oligohidramnios es de 1.0%, malformaciones congénitas fetales es de 0.9% y muerte fetal es del 32.4%. En el año 2018, la provincia del Guayas cuenta con un 9.8% por cada 1000 recién nacidos.

En la Universidad Nacional de San Cristóbal en la ciudad de Ayacucho se analizaron 90 casos, en el cual se presentó ciertas complicaciones como son: asfixia neonatal 12.8%, bajo peso al nacer 16.4%, sufrimiento fetal 27.2% y prematuridad 20%.

En el año 2015 -2016 el estudio realizado en el Hospital Isidro Ayora se planteó un estudio descriptivo y se tomó como muestra a 53 pacientes en el cual se presentó prevalencia como ruptura prematura de membranas 1.04%, corioamnionitis 9.43%, antecedentes de infección de vías urinarias 66.03%, síndrome de dificultad respiratoria 38.39% y prematuridad 77.35%. En el año 2015 el estudio realizado en la Universidad de Santiago de Guayaquil en el Hospital Gineco obstétrico Enrique Sotomayor, planteó que la ruptura prematura de membranas pretérmino y la infección intrauterina están asociadas con daño neurológico fetal. Por lo tanto, se ha reportado más incidencia de Leucomalacia periventricular, hemorragia intraventricular, parálisis cerebral, muerte neonatal en fetos expuestos a infección intrauterina y displasia broncopulmonar.

Toda gestante deberá asistir a los controles prenatales mensuales con la finalidad de que el personal de la salud asegure una correcta evolución del embarazo, y si en caso de existir algún tipo de complicación derivarla a un nivel de atención de mayor complejidad, con la finalidad de tratarla precozmente y así reducir la morbilidad y mortalidad materno fetal. Mediante este tipo de investigación pretendemos educar a las gestantes sobre la importancia de asistir a los controles prenatales periódicamente, mediante charlas educativas con la finalidad de que la gestante esté informada sobre las señales de alerta y que deberá acudir inmediatamente al área de emergencia en caso de cualquier signo o síntoma que presente. Debemos considerar que a nivel social es de mucha utilidad el estudio a realizarse debido a que la mayoría de las complicaciones durante la gestación se debe a los escasos controles prenatales, ya que existen patologías que se pueden prevenir o tratar precozmente.

Capítulo I: En este capítulo se plantea el problema del objeto de estudio, en este caso el oligoamnios severo, se analizará los objetivos del trabajo investigativo. Se justificará la importancia de conocer las principales complicaciones materno fetal con diagnóstico de oligoamnios severo. Se delimitará el problema y se realizará la operacionalización de las variables.

Capítulo II: En este apartado se fundamenta los antecedentes de la investigación sobre las complicaciones materno fetal del oligoamnios severo, tomando en cuenta como referencia los aportes bibliográficos de los trabajos investigativos referentes al tema. El marco teórico o conceptual que da la base para el estudio de investigación, marco contextual y marco legal que está vinculado a los fundamentos legislativos del Ecuador.

Capítulo III: Se detalla los aspectos metodológicos empleados en el desarrollo del trabajo de titulación, cuyo diseño de investigación se fundamenta en el diseño observacional, no experimental, con modalidad de investigación cuantitativa con finalidad bibliografía, de campo y transversal. De acuerdo con su origen es descriptivo y propositivo con método de análisis - síntesis e inductivo - deductivo. De esta manera se realiza la tabulación de datos y su respectivo análisis para su conclusión y recomendación.

Capítulo IV: Este último apartado del trabajo de investigación detalla el desarrollo de la propuesta, la justificación, objetivos de la propuesta, aspectos teóricos de la propuesta y descripción de la propuesta, el cual permitirá dar solución al problema presentado. En este caso se implementará charlas educativas a las gestantes para indicarles la importancia de asistir a los controles prenatales y cuáles son los signos de alarma, ya que en caso de presentar cualquier signo o síntoma deberá acudir de inmediato al área de emergencia. Por lo tanto, en este capítulo están las referencias bibliográficas respaldo del contenido científico de las variables y los anexos que evidencian el trabajo investigativo.

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en el año 2018, cuenta con datos de dificultad respiratoria en menores de 28 días 24.8%, dificultad respiratoria en menores de 1 año 16.6%, otras malformaciones congénitas en menores de 1 año 9.5%, fetos y recién nacidos afectados por oligohidramnios 1.0%, malformaciones congénitas fetales 0.9%, muerte fetal de causa no especificada 32.4% y ciertas afecciones originadas en el período prenatal 2.4%. En el año 2018, la provincia de Guayas cuenta una razón de muertes fetales de 9.8% por cada 1.000 nacidos vivos.

El oligohidramnios es la disminución del índice de líquido amniótico. Al referirnos a oligohidramnios severo debemos tener en cuenta que es el índice de líquido amniótico menor a 3 CC, el cual a su vez ocasiona complicaciones materno – fetales. Por lo tanto, se considera como alto riesgo obstétrico ya que incrementa la morbilidad y mortalidad materno fetal.

El índice de líquido amniótico disminuido producirá un desarrollo deficiente de tejido pulmonar, por el cual puede ocasionar un óbito fetal. El oligohidramnios también puede provocar bajo peso al nacer y Apgar bajo. Mientras que en la gestante la ruptura de membranas prolongadas puede ocasionar la leucocitosis, lo que conllevaría a un ascenso de gérmenes a la cavidad uterina llegando a infectar el líquido amniótico, provocando la corioamnionitis. Al producirse el oligohidramnios en la gestante favorecerá a la colonización de microorganismos en el líquido amniótico al deprimirse su actividad bacteriostática. Debemos tener en cuenta que las pacientes con infección intraamniótica, son aquellas que a su vez presentan el factor principal que será predisponente para que existe colonización bacteriana.

El siguiente trabajo de investigación será realizado con la finalidad de determinar las principales complicaciones materno – fetales en las pacientes con diagnóstico de oligoamnios severo atendidas en el Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel.

Por lo cual, es importante realizar charlas educativas a las gestantes desde el inicio del embarazo, para que conozcan la importancia de asistir a los controles prenatales de manera periódica, y se le informara a la gestante sobre las señales de peligro durante el embarazo y en caso de presentar cualquier signo o síntoma se le indicara que deberá acudir inmediatamente al área de emergencia.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿De qué manera incide el oligoamnios severo en las principales complicaciones materno - fetales en el Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel durante el período Septiembre 2019 – Febrero 2020?

1.3. SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA

- ¿Cuál es la causa que provoca el oligoamnios severo?
- ¿Cuáles son las principales complicaciones materno – fetales del oligoamnios severo?
- ¿De qué manera se influirá a las gestantes a asistir a los controles prenatales?

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. Objetivo general

Analizar las principales complicaciones materno – fetales en pacientes diagnosticadas con oligoamnios severo atendidas en el Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel en el período Septiembre 2019 – Febrero 2020.

1.4.2. Objetivos específicos

- Establecer la causa más frecuente del oligoamnios severo.
- Determinar las principales complicaciones materno – fetales por oligoamnios severo en gestantes atendidas en el área de emergencia del Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel durante el período Septiembre 2019 – Febrero 2020.
- Educar mediante charlas a las gestantes sobre la importancia de asistir a los controles prenatales de manera periódica para evitar complicaciones materno – fetales.

1.5. JUSTIFICACIÓN IMPORTANCIA

El siguiente trabajo de investigación es de relevancia porque nos permitirá conocer las complicaciones materno fetales que ocasionaría el oligohidramnios severo y de lo importante que es asistir a los controles prenatales periódicamente.

Toda gestante deberá asistir a los controles mensuales con la finalidad de que el personal de la salud asegure una correcta evolución del embarazo, y si en caso de existir algún tipo de complicación derivarla a un nivel de atención de mayor complejidad, con la finalidad de tratarla precozmente y así reducir la morbilidad y mortalidad materno fetal.

El analizar los efectos maternos – fetales en pacientes con diagnóstico de oligoamnios severo, en el Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel permitirá beneficiar al personal médico conocer que en la actualidad existe un incremento de esta patología, ya que la mayoría de las gestantes acuden al área de emergencia debido a pérdida de líquido.

Mediante este tipo de investigación pretendemos aplicar medidas sobre lo importante que es asistir a los controles prenatales mensualmente, mediante charlas educativas con la finalidad de que la gestante esté informada sobre las señales de alerta y que deberá acudir inmediatamente al área de emergencia en caso de cualquier signo o síntoma que presente. Debemos considerar que a nivel social es de mucha utilidad el estudio a realizarse debido a que la mayoría de las complicaciones durante la gestación se debe a los escasos controles prenatales, ya que existen patologías que se pueden prevenir o tratar precozmente. También es necesario que la gestante lleve una correcta higiene, para así evitar infecciones de vías urinarias lo que implicaría una posible ruptura prematura de membranas, que a su vez provocaría disminución del líquido amniótico.

Según la OMS el cuidado del embarazo en forma temprana, periódica e integral disminuye sustancialmente el riesgo de complicaciones y muerte tanto materna como perinatal; propicia además una adecuada atención del parto y, por otro lado, asegura condiciones favorables de salud para la madre y su hijo/a en los períodos inmediatamente posteriores al nacimiento, así como disminuye la incidencia de discapacidad de causa congénita. Un control prenatal óptimo en el embarazo de bajo riesgo según la Organización Mundial de la Salud comprende un mínimo de cinco chequeos por el personal profesional de salud calificado (médico u obstetras).

Las principales causas de mortalidad materna y perinatal son detectables y prevenibles mediante un control prenatal temprano, continuo y de alta calidad, que permita identificar y controlar los principales factores de riesgo obstétrico y perinatal.

1.6. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

- **Campo:** Salud
- **Área:** Salud Materno Neonatal
- **Aspectos:** Oligoamnios severo y complicaciones materno fetales.
- **Título:** Principales complicaciones materno – fetales con diagnóstico de oligoamnios severo.
- **Propuesta:** Educar mediante charlas a las gestantes sobre la importancia de los controles prenatales de manera periódica para evitar complicaciones materno – fetales.
- **Contexto:** Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel.

1.7. PREMISAS DE LA INVESTIGACIÓN

El oligoamnios severo determina las complicaciones materno fetales.

1.8. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Tabla 1. Operacionalización de las variables

Variables.	**Definición conceptual.**	**Definición operacional aspectos/dimensiones.**	**Indicadores.**
Variable Independiente: Oligoamnios Severo	Es la reducción del líquido amniótico < 3 cc.	Líquido amniótico	Ecografía
		Altura uterina	Mensuración
		Presencia de líquido amniótico fuera de la cavidad uterina.	Especuloscopia
Variable Dependiente: Complicaciones materna y fetales.	Son problemas de salud que se dan durante el período de gestación. Pueden afectar la	Corioamnionitis	• Taquicardia materna • Fiebre • Aumento de actividad uterina
		Leucocitosis	• Fiebre • Incremento anormal de luecocitos • Malestar general

	salud de la madre, del bebé, o ambas.	Hipotonia uterina transitoria	• Útero blando y no retraído • Taquicardia materna • Hipotensión
		Óbito fetal	• Cabalgamiento de los huesos del craneo fetal • Ausencia de movimiento fetal • Ausencia de frecuencia cardiaca fetal
		Restricción del crecimiento uterino (RCIU)	• Mensuración • Ecografía
		Bajo peso al nacer	• Peso < 2.500 gr • Dificulta de succión
		Apgar bajo	• Aspecto de la piel • Frecuencia cardiaca • Irritabilidad • Tono muscular • Ritmo respiratorio y esfuerzo respiratorio

Fuente: Problemas con el líquido amniótico
Autor: Antonette T. Dulay, MD

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Según la OMS (Organización mundial de la salud) menciona que diariamente, a nivel mundial fallecen 830 mujeres debido a complicaciones que se relacionan al embarazo o parto. Las tasas de mortalidad materna son altas. En el 2015 fallecieron 303.000 mujeres debido a complicaciones que se producen en el embarazo o el parto. La mayoría de las complicaciones que se dan durante la gestación se pueden prevenir o tratar precozmente. El 60% de los nacimientos pretérminos se producen en África y Asia meridional. El 94% de las anomalías congénitas son graves y se desarrollan en países de ingresos bajos y medios.

El trabajo realizado por Quispe Serna & Rocha Torres (2016) en Ciudad de Ayacucho - Perú en la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga con el siguiente tema que es Complicaciones perinatales en gestantes con oligohidramnios en Septiembre – Noviembre en el Hospital Regional de Ayacucho se analizaron 90 casos, en el cual se presentó las siguientes complicaciones: asfixia neonatal 12.8%, retardo de crecimiento intrauterino 7.2%, bajo peso al nacer 16.4%, sufrimiento fetal 27.2% y prematuridad 20%.

El estudio realizado por Amador de Varona, y otros (2019) en la ciudad de Camagüey – Cuba en la Universidad de Camagüey en el Hospital Universitario Gineco-obstétrico Provincial Ana Betancourt de Mora, con el siguiente tema que es Hidroterapia materna endovenosa en oligohidramnios por lo cual se planteó un estudio descriptivo con 1272 embarazadas con edad gestacional ≥ 34 semanas de gestación, en el cual se dividió en dos grupos: a gestantes que usaban esta hidroterapia y otro grupo que no la usaban. Antes de iniciar el tratamiento se realizó un estudio del índice de líquido amniótico en el cual un grupo obtuvo 3.9 cm mientras que el otro grupo obtuvo 4.1 cm, el grupo que se realizó la hidroterapia se le incremento el índice líquido amniótico a 6.2 cm por lo tanto tuvieron un parto eutócico, y el grupo que no se realizó la hidroterapia tuvieron que hacerle cesáreas.

El estudio realizado por Medina Sarmiento & Viteri Ortega (2015 - 2016) en Loja en el período 2015 – 2016 en el siguiente Hospital Isidro Ayora se planteó un estudio descriptivo y se tomó como muestra a 53 pacientes en el cual se presentó prevalencia como ruptura prematura de membranas 1.04%, corioamnionitis 9.43%, antecedentes de infección de vías urinarias 66.03%, síndrome de dificultad respiratoria 38.39% y prematuridad 77.35%. Este estudio muestra los factores de riesgo que conlleva a la ruptura prematura de membranas.

El estudio realizado por Morales Luna & Chedraui Álvarez (2015) en la Universidad de Santiago de Guayaquil en el Hospital Gineco obstétrico Enrique Sotomayor, planteó que la ruptura de membranas prolongadas pretérmino y la infección intrauterina están asociadas con daño neurológico fetal. Por lo tanto, se ha reportado más incidencia de leucomalacia periventricular, hemorragia intraventricular, parálisis cerebral, muerte neonatal en fetos expuestos a infección intrauterina y displasia broncopulmonar.

2.2. MARCO TEÓRICO – CONCEPTUAL

2.2.1. LÍQUIDO AMNIÓTICO

El líquido amniótico es el líquido que envuelve al feto luego de las semanas iniciales de gestación. Durante gran parte del estado de gravidez, el líquido amniótico proviene casi enteramente del feto y el líquido amniótico cumple una serie de funciones que son vitales para el crecimiento y desarrollo normal del feto. La producción y la magnitud del líquido amniótico son importantes mientras se desarrolla el crecimiento fetal, por lo cual la comprensión adecuada de los procesos fisiológicos involucrados en su producción y absorción son primordiales en la búsqueda de los factores que causan su aumento (polihidramnios) o su disminución (oligohidramnios). (Morgan Ortiz, Morgan Ruiz, Quevedo-Castro, Gutiérrez Jiménez, & Báez Barraza, 2015)

El líquido amniótico está en constante estado dinámico y estrechamente vinculado a la fisiología de la madre y el feto. Este concepto dinámico es esencial para la evaluación y la comprensión de las anomalías del líquido amniótico. El volumen de líquido amniótico es un indicador esencial del bienestar fetal. (Madar, 2016)

2.2.1.1. Consideraciones embriológicas e histológicas del líquido amniótico

Al comienzo de la segunda semana el blastocito se encuentra parcialmente en el estroma endometrial, mientras que el trofoblasto se diferencia en:

a) La capa interna, de proliferación activa, el citotrofoblasto.
b) La capa externa, el sincitiotrofoblasto, que ocasiona la erosión de los tejidos maternos.

En el día número nueve aparecen las lagunas en el sincitiotrofoblasto. Posteriormente, cuando el sincitiotrofoblasto produce en la madre la erosión de las sinusoides, comienza a pasar la sangre a la red lacunar y al final de la semana número dos empieza la circulación uteroplacentaria primitiva.

A su vez, el citotrofoblasto forma columnas de células que penetran en el sincitiotrofoblasto y las mismas que son rodeadas por el sincitiotrofoblasto. Dichas columnas forman las primeras vellosidades. Al final de la semana dos el blastocito está incorporado por completo y la solución producida en la mucosa se encuentra cicatrizada. A su vez, el embrioblasto se divide en epiblasto e hipoblasto, los mismos que en conjunto, crean el disco germinativo bilaminar.

Las células ectodérmicas posteriormente dan constancia con los amnioblastos y en conjunto contorneara la nueva cavidad amniótica. Las células endodérmicas prosiguen con la membrana exocelómica las mismas que en conjunto contornean al primer saco vitelino. Al final de la semana dos el mesodermo extraembrionario ocupa el espacio entre el trofoblasto, el amnios y la membrana exocelómica internamente. Cuando se forman las vacuolas en el mismo tejido se produce el celoma extraembrionario o la cavidad coriónica. El mesodermo extraembrionario que tapiza el citotrofoblasto y el amnios es la lámina somatopleural del mesodermo extraembrionario y la que reviste el saco vitelino es la lámina esplacnopleural del mesodermo extraembrionario. La semana dos de formación es distinguido como la semana del dos: el trofoblasto se divide en dos láminas, el citotrofoblasto y el sincitiotrofoblasto.

El embrioblasto origina dos láminas, el epiblasto y el hipoblasto. El mesodermo extraembrionario se divide en dos láminas, la somatopleural y la esplacnopleural. Por último, se crean dos cavidades, la del saco vitelino y la amniótica. (T.W. SADLER, 2019)

Las células del interior son las que forman el embrión, a su vez las externas ingresan por la pared del útero y se forma la placenta. La placenta elabora varias hormonas útiles para conservar el embarazo. Por ejemplo, secreta la gonadotropina coriónica humana, la misma que evita que los ovarios produzcan más óvulos y los estimula para la producción de estrógenos y progesterona de forma cíclica. La placenta conduce oxígeno y nutrientes de la madre al feto, y residuos del feto a la madre. Varias células de la placenta se transforman en la lámina externa de las membranas (corión) que rodean al blastocisto en formación. Otras células evolucionan en una lámina interna de las membranas (amnios), que originan el saco amniótico. Cuando se origina el saco (entre el día 10 o 12), el blastocisto ya se lo determina como embrión. (Brown, 2016)

La edad gestacional condiciona la producción, circulación, composición y volumen del líquido amniótico, relacionándose también el volumen con el peso fetal. En un embarazo normal, a partir de la segunda semana de la fecundación, crecerá el saco amniótico y empezará a llenarse con líquido. Diez semanas después el líquido contiene proteínas, carbohidratos, fosfolípidos, urea y electrolitos, sustancias que en conjunto ayudan al desarrollo del feto.

La cavidad amniótica se encuentra con contenido líquido acuoso claro que es secretado, por las células amnióticas, y de la sangre materna. El volumen de este líquido incrementa desde aproximadamente los 30 ml en la décima semana de embarazo, hasta los 350 ml en la semana veinte de embarazo y de 800 a 1000 ml en la semana treinta y siete de embarazo. La cantidad de líquido amniótico se sustituye cada tres horas. Desde el inicio hasta el quinto mes, el feto degluta su líquido amniótico (aproximadamente hasta 400 ml por día, es decir, la mitad de la cantidad total).

En el mes número cinco, la orina fetal se incorpora por día al líquido amniótico, esta orina es en su mayoría agua, debido a que la placenta tiene la función del intercambio de los residuos metabólicos. En el nacimiento, la membrana amniocoriónica estructura una cuña hidrostática que ayuda a dilatar el cérvix. (T.W. SADLER, 2019)

Al inicio la producción es de la membrana amniótica, el agua cruza sin ayuda de un transporte activo, variando según los cambios en la presión osmótica. En la parte corial, que se asocia con la placenta (placa corial) puesto que las conexiones internas

con formaciones vasculares subyacentes, tiene una función especial en la elaboración del líquido amniótico. A medida que avanza el embarazo, la membrana amniótica secretora en los tres primeros meses de gestación, se torna pausadamente avascular a partir del segundo mes. Al finalizar el primer trimestre la elaboración y circulación está limitado por el corion umbilical, la piel del feto, la ingurgitación, absorción intestinal, la diuresis y posteriormente el sistema respiratorio fetal. La constitución es similar a la orina fetal, ya que ésta constituida en su mayoría por su elaboración. La queratina de la piel cuando se forma la epidermis reduce el intercambio a través de ella desde la semana diecisiete.

Las glándulas sudoríparas y el cordón umbilical poseen muy poca importancia en la elaboración de líquido amniótico, aunque las glándulas sudoríparas desechan componentes al líquido amniótico, por lo que contribuyen en su formación, en cantidad mínima. (García Vigil & García Álvarez, 2016)

Histológicamente el amnios está formado de cinco capas: La interna, conecta el líquido amniótico, es una sola lámina de epitelio cúbico sin detención que se deriva del ectodermo embrionario. Dicho epitelio se une con una membrana basal que se distingue y que está unida a una lámina acelular compacta formada principalmente por colágeno intersticial.

En el lado externo de la lámina compacta se encuentra una hilera de células mesenquimatosas semejantes a fibroblastos, las cuales se encuentran incongruentes de gran forma al término de la gestación y se originan del mesodermo del disco embrionario.

A su vez se captan algunos macrófagos fetales en el amnios. La lámina externa del amnios es la zona esponjosa, respectivamente acelular, que esta adjunta con la segunda membrana fetal, el corión leve. El amnios no posee células de músculo liso, nervios linfáticos e irrigación de vasos sanguíneos.

El corión está formado de tres capas histológicas del interior al exterior son: capa celular, capa reticular y la membrana basal. Al final del embarazo, el amnios es la membrana interna avascular fetal, resistente, firme, pero flexible, cercana al líquido amniótico, quien va de un gran lugar de relevancia en la gestación. El amnios brinda casi toda la fuerza tensil de las membranas fetales.

Como resultado, el progreso de los componentes que le brindan protección contra un desgarro o ruptura es de valor vital para un resultado bueno del embarazo. Debido

a que la ruptura de membranas antes de la semana 37 del embarazo es una razón de parto pretérmino. (Ramos, 2018)

2.2.1.2. Funciones del líquido amniótico

Según Cañamero de León (2017) las principales funciones del líquido amniótico son las siguientes:

- Sirve de amortiguador
- Brinda al feto la temperatura del organismo materno
- Contribuye en el desarrollo pulmonar fetal
- Permite realizar movimientos libremente
- Dificulta la compresión del cordón umbilical

2.2.1.3. Composición del líquido amniótico

Según Bermúdez (2019) el líquido amniótico está compuesto de:

- Agua: 98 - 99%
- Elementos inorgánicos: sodio, potasio, magnesio, hierro, cloruro, calcio, fosforo y zinc.
- Elementos orgánicos: proteínas, aminoácidos, hidratos de carbono, enzimas y hormonas.
  - Proteínas: en su mayoría se encuentran en el plasma de la madre, el mismo que decrece según la edad gestacional y a su vez llega al líquido amniótico por pinocitosis. La alfa-feto-proteína que se produce en el hígado del feto, incrementa los niveles del líquido amniótico hasta la semana catorce, posteriormente, disminuye, de existir un aumento, sería patológico provocando defectos de cierre del tubo neural (DCTN).
  - Aminoácidos: son transferidos por transporte activo en el líquido amniótico, sus niveles similares a los de proteínas, se identifican por transferrina, IgG, IgA, IgM, electroforésis, celuloplasmina, las dos últimas de procedencia materna y la IgM causada por infecciones intrauterinas, estas tienen una reducción de acuerdo a la edad gestacional.
  - Componentes nitrogenados no proteicos: incrementan según la edad gestacional como es la urea, ácido úrico, especialmente por la diuresis fetal.

- Hormonas: corticoides, andrógenos, progesterona y sus metabolitos, gonadotrofina coriónica, lactógeno placentario, renina, prostaglandinas.

2.2.1.4. Medición del líquido amniótico

La medición se realiza de dos maneras:

- ILA (índice de líquido amniótico): Se basa en medir la columna del líquido del feto en los cuatro cuadrantes del abdomen materno y se suman los valores. Estimamos anormal (oligohidramnios) ILA disminuido de 5 cm.
- CM (columna máxima): Tomamos la medida de la bolsa mayor de líquido que encontramos por ecografía, distinto de cualquier cuadrante o localización. Valores de CM con disminución de 2 cm manifiesta que el embarazo tiene poco líquido (oligohidramnios). (Zorrilla, 2016)

2.2.1.5. Alteraciones del líquido amniótico

La terminología hidramnios o polihidramnios se emplea al describir aumento excesivo de líquido amniótico (1.500 a 2.000 ml), mientras que oligohidramnios es la disminución anormal de líquido amniótico (menos de 400 ml). Las dos situaciones se relacionan con el incremento de la incidencia de defectos congénitos. Generalmente las causas del hidramnios pueden ser idiopáticas (35%), diabetes materna (25%) y anomalías congénitas que abarcan trastornos del sistema nervioso central por ejemplo anencefalia y defectos gastrointestinales como atresias esofágicas que no permiten ejercer la función normal del mecanismo de la ingesta del líquido. El oligohidramnios es menos frecuente y puede producirse por una agenesia renal.

En el 10 % de las gestaciones, se origina la ruptura prematura de membranas amnióticas, lo que se convierte en la causa más común de parto pretérmino. A su vez, el pie zambo y la hipoplasia pulmonar pueden deberse a oligohidramnios como resultado de la ruptura de la bolsa amniótica. De manera general no se conoce lo que provoca esta ruptura, pero en alguna de estas situaciones puede ser por trauma. (T.W. SADLER, 2019)

2.2.2. OLIGOHIDRAMNIOS

El oligohidramnios se conoce como la disminución anormal del volumen de líquido amniótico. Pero la definición más empleada puede ser el índice de líquido amniótico (ILA) menor de 5 cm.

Un volumen idóneo de líquido amniótico es vital para darle la posibilidad de movimiento fetal normal y el desarrollo, para amortiguar los golpes externamente del feto y el cordón umbilical.

El oligohidramnios puede impedir estos procesos y puede provocar la deformación fetal, compresión del cordón umbilical, e incluso la muerte. Por esta razón se vincula al aumento de cesáreas, de inducciones del trabajo de parto, básicamente cuando se encuentran vinculadas a patologías como la hipertensión arterial (HTA), Restricción de crecimiento intrauterino (RCIU) y los embarazos prolongados. (Sante Farfán & Silva Rado, 2016)

Aproximadamente el 8% de las gestantes poseen niveles bajos de líquido amniótico, aproximadamente el 4% tienen diagnóstico de oligohidramnios. En general, dicha situación no muestra sintomatologías particulares que permitan distinguirla fácilmente. Pero, la madre puede notar o considerar que posee dicha afección si repentinamente disminuyen los movimientos fetales. Otra señal de oligohidramnios es el limitado crecimiento uterino si se considera como referencia los estándares normales.

El oligohidramnios está relacionado a nacimiento pretérmino y a restricción del crecimiento intrauterino. El pronóstico se tomará en cuenta debido a la edad gestacional en que crezca, así como la gravedad con que dicha condición se presente. El nacimiento del feto por cesárea es habitual en dicha situación debido a la mejoría de la condición para el recién nacido. La literatura médica indica una incidencia de cesáreas para esta situación de un 25-66%. Las situaciones anómalas de líquido amniótico se vinculan con patologías fetales, maternas o ambas.

2.2.2.1. Etiología

Según Pinilla Jaén (2018) Existen causas fetales, maternas y por consumo de ciertos medicamentos, a su vez están asociadas al incremento del oligohidramnios. En ciertos casos suele ser de causa desconocida:

Tabla 2. Etiología de oligohidramnios

Fetales	Maternas	Medicamentos
• Obstrucción del tracto urinario (valvas uretrales posteriores u obstrucción uretral bilateral). • RCIU (Restricción del crecimiento uterino). • RPM (Ruptura prematura de membranas). • Sufrimiento fetal crónico • Patología renal (riñones poliquísticos, agenesia renal bilateral y displasia renal bilateral.	• Diabetes mellitus. • Hipertensión arterial. • Insuficiencia placentaria. • Hipovolemia. • Enfermedades del colágeno.	• Inhibidores de prostaglandinas: Ibuprofeno e Indometacina. • IECA: Enalapril y Captopril. • AINES: Como la Aspirina, que al final del embarazo puede ocasionar reducción del líquido amniótico.

Fuente: Acta Médica Peruana
Autores: Giancarlo Sante Farfán; Esmeralda Silva Rado

El oligohidramnios que surge durante el tercer trimestre es originado por el sufrimiento fetal crónico, por lo cual se produce la hipoxia, lo que a su vez ocasiona un menor filtrado glomerular, lo que conlleva a reducir la producción de orina fetal.

Para conocer la cantidad de líquido amniótico es necesario realizarle a la paciente una ecografía obstétrica que determine el índice de líquido amniótico, ya que nos permitirá conocer si el oligohidramnios es leve, moderado o severo; a su vez permitirá conocer si existe alguna complicación fetal.

Por lo tanto, se deberá utilizar criterios ecográficos que nos permitan conocer el índice de líquido amniótico.

El índice de líquido amniótico (ILA) se lo medirá en cada cuadrante del útero y se sumará la profundidad vertical del líquido amniótico. Cuando ocurre disminución de líquido amniótico en edad gestacional avanzada, puede ser por consecuencia de microorganismos que originan mucinasas, colagenasas y proteasas; mientras que a menor edad gestacional está asociada a una infección corioamniótica. (T. Dulay, 2017)(MSP, 2015)

2.2.2.2. Clasificación

Al oligohidramnios se lo clasifica de la manera siguiente:

- 0 - 3 cm Oligohidramnios severo
- 4 - 5 cm Oligohidramnios moderado
- 5 - 8 cm Oligohidramnios leve
- >18 cm Polihidramnios

2.2.3. OLIGOHIDRAMNIOS SEVERO

El oligohidramnios severo es cuando el índice de líquido amniótico es menor de 3 CC. Cuando aparece en el segundo trimestre puede ocasionar anomalías fetales debido a la presión que va a ejercer en la pared del útero sobre el feto, en la cual las siguientes complicaciones pueden ser anomalías faciales y de los miembros, hipoplasia pulmonar, si hay agenesia renal puede ocasionar el síndrome de Potter. Mientras más estén en contacto, más complicaciones tendrá el feto.

El oligohidramnios severo está asociado a la morbimortalidad del recién nacido, por lo que puede provocar alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal (Bradicardia y Taquicardia), presencia de líquido meconial y Apgar bajo. (Médica, 2017)

2.2.3.1. Complicaciones materno fetales

Las complicaciones que provocara en el feto son: Óbito fetal, hipoxia fetal, líquido teñido, contracturas de las extremidades si empieza al comienzo de la gestación, Restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal e inclusive el feto no tolerara el trabajo de parto lo que ocasionaría que la paciente le realicen una cesárea. También existen otras complicaciones que se pueden producir como es el bajo peso al nacer o Apgar bajo.

Mientras que en la gestante la ruptura de membranas prolongadas puede ocasionar la leucocitosis, lo que conllevaría a un ascenso de gérmenes a la cavidad uterina llegando a infectar el líquido amniótico, provocando la corioamnionitis. Al producirse el oligohidramnios en la gestante favorecerá a la colonización de microorganismos en el líquido amniótico al deprimirse su actividad bacteriostática. Debemos tener en cuenta que las pacientes con infección intraamniótica, son aquellas que a su vez presentan el factor principal que será predisponente para que existe colonización bacteriana.

2.2.4. ÓBITO FETAL

Según Ruíz (2018) es la muerte del feto dentro del útero, De acuerdo a la edad gestacional se lo clasificara de la siguiente manera:

Tabla 3. Clasificación del óbito fetal

Óbito fetal tardío	Óbito fetal temprano	Óbito fetal intermedio
• > 28 semanas. • > 1.000 gr al nacer.	• 22 semanas. • < 500 gr al nacer.	• 22 – 28 semanas. • 501 – 999 gr al nacer.

Fuente: Clínica sanatorio Alemán
Autores: Eliana Rivas

2.2.4.1. Etiología

Se produce la muerte del feto dentro del útero debido a diferentes causas como:

- Causas fetales (25 – 40%): Alteraciones genéticas y cromosómicas, restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), alteraciones del líquido amniótico (oligohidramnios y polihidramnios), embarazo múltiple ocasionado por desequilibrio circulatorio, ruptura prematura de membranas (RPM) y malformaciones fetales. (American Pregnancy, 2015)
- Causas maternas (5 - 10%): Hipertensión arterial, preeclampsia, eclampsia, anticuerpos antifosfolípidos, corioamnionitis, listeriosis, incompatibilidad Rh, toxoplasmosis, trastornos de la tiroides como hipertiroidismo e hipotiroidismo, ruptura uterina, embarazo prolongado, edad materna avanzada y consumo de drogas, alcohol y tabaco. (T. Dulay, MANUAL MSD, 2018)
- Causas placentarias (25 – 35%): Hipermadurez placentaria, desprendimiento placentario, vasa previa, placenta previa y patologías del cordón umbilical (torsiones y roturas, prolapso del cordón, nudos, circular del cordón). (Oviedo Moreno & Salvador, 2019)(Sante Farfán & Silva Rado, Acta médica Peruana, 2016)

2.2.4.2. Diagnóstico

Los hallazgos que confirman el óbito fetal son:

- Doppler o Monitoreo fetales: Esta prueba de diagnóstico nos permitirá confirmar si hay o no presencia de latidos cardiacos fetales.
- Estudio radiológico: Cuando se confirme el óbito fetal y existe este tipo de instrumento en la unidad médica, se podría realizar este método de diagnóstico para observar las características que presenta un óbito fetal mediante los siguientes signos que son:

Tabla 4. Diagnóstico de óbito fetal

Signo de Horner	Asimetría craneal
Signo de Robert	Presencia de gas en el feto (grandes vasos y vísceras)
Signo de Damel	Acumulo de líquido en el tejido subcutáneo
Signo de Spalding	Cabalgamiento de los parietales
Signo de Brakeman	Caída del maxilar inferior
Signo de Hartley	Curvatura de columna vertebral por maceración de los ligamentos espinales.
Signo de Tager	Colapso completo de columna vertebral
Signo de Spangler	Aplanamiento de bóveda craneana

Fuente: Manual MSD
Autor: Antonette T. Dulay, MD

- **Ecografía obstétrica:** Este tipo de método reportara si hay ausencia de latidos cardiacos fetales, maceración fetal, hidrops y cabalgamiento de los huesos.

2.2.4.3. Manejo

Se procederá a realizar el siguiente manejo a gestantes que se les confirmen la muerte del feto que son:

- Manejo intervencionista: Se lo realizará mediante la inducción para que empiece el trabajo de parto o inclusive se procederá a realizar la cesárea, ya que, si el óbito fetal es macrosómico, y la situación del feto impide el parto vía vaginal será necesario intervenirla quirúrgicamente. También será intervenida en caso de que la inducción falle o si el cérvix no es favorable
- Manejo expectante: Se esperará espontáneamente el inicio del trabajo departo.

Se recomienda el uso de misoprostol para inducir el parto siempre y cuando no presente cesáreas anteriores. El uso de misoprostol vía intravaginal en muerte fetal menor de 28 semanas, es recomendada por sobre la oxitocina debido a su alta efectividad y costo bajo. De acuerdo a la edad gestacional, se decidirá la resolución del parto.

En el trimestre segundo, la dilatación y la evacuación es posible, pero limita el estudio fetal posterior. La manera más aceptada es la inducción del trabajo de parto. Antes de la semana 28 la dosis de Misoprostol es de 200 a 400 mcg cada 6 horas por vía vaginal y oxitocina intravenoso son opciones aceptables. Luego de las 28 semanas se puede seguir el protocolo de inducción de parto convencional. La cesárea debe reservarse para las situaciones de morbilidad materna que contraindiquen un parto vaginal. (MSP, Guía perinatal, 2015)

2.2.5. RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO (RCIU)

Es cuando el peso fetal estimado está por debajo del percentil 10 para su edad gestacional. Puede comenzar en cualquier momento del embarazo. Es de origen multifactorial puede ser causada por patologías a nivel fetal, materno o placentario, el cual representa altas tasas de morbimortalidad materna y perinatal. El diagnóstico precoz y adecuado mediante la evolución doppler permitirán la disminución de los resultados adversos y las secuelas a corto y largo plazo. (Pimiento Infante & Beltrán Avendaño, 2015)

2.2.5.1. Clasificación

Según el grado de severidad y de acuerdo al momento en que inicio se clasifica:

- **RCIU severo:** Es cuando el peso ultrasonográfico estimado está por debajo del percentil 3 de acuerdo a la edad gestacional. Este tipo de clasificación es de peor pronóstico e incrementara la morbilidad y mortalidad perinatal.
- **RCIU temprano:** Aparece antes de las 32 semanas de embarazo, está relacionada estrechamente con la preeclampsia, prematuridad y alteración a nivel placentario.
- **RCIU tardío:** Es la de más frecuencia, aparece después de las 32 semanas, se asocia a enfermedades placentarias, pero de menor grado que en el RCIU temprano.

2.2.5.2. Etiología

Las causas pueden ser por factores maternos, fetales y placentarios:

a) Maternos
   - Trastornos autoinmunes: Cuando existe compromiso vascular como es el síndrome de anticuerpos antifosfolípidos y lupus eritematoso sistémico.

- Trastornos hipertensivos: La preeclampsia y la hipertensión crónica complicada con preeclampsia está asociada a presentar pequeños fetos para su edad gestacional.
- Fármacos: Se incluyen los medicamentos anticonvulsivantes (fenitoína), antineoplásicos, esteroides (corticoides) y beta boqueadores (atenolol).
- Estilos de vida: El consumo de cigarrillo, alcohol y sustancias psicoactivas.
- Desnutrición: De acuerdo a la deprivación de nutrientes en la madre y del trimestre que curse serán los resultados del crecimiento fetal.

b) Fetales: Prematuridad, embarazos múltiples, infecciones, anemia, cromosomopatías, genopatías y malformaciones congénitas.

c) Placentarios: Tumores placentarios, trombohematomas placentarios, mosaicismo confinados a la placenta, arteria umbilical única e inserción velamentosa. (Valenti, Ávila, Amenabar, Zanuttini, & Crespo, 2017)

2.2.5.3. Fisiopatogenia

Existen 3 tipos que son:

- Simétrico: La lesión es temprana causa hipertrofia e hiperplasia celular afectando a las medidas del perímetro craneal, peso y talla.
- Asimétrico: La lesión es tardía causa hipertrofia celular y afecta la circunferencia abdominal y el peso.
- Mixto: Entre la semana 16 y 32 de gestación afecta la hiperplasia e hipertrofia celular ocasionada por las hiponutrición materna.

2.2.5.4. Diagnóstico

Durante la gestación se realiza un cálculo aproximado del tamaño fetal que son:

1. Evaluación del ponderal materno
2. Evaluación de la altura uterina
3. Antropometría fetal ecográfica

El médico realizara otros tipos de pruebas que son:

- Ecografía fetal: Es la mejor manera de poder diagnosticar el RCIU. Un diagnóstico de RCIU del feto se basa en la diferencia de las medidas reales y esperadas para poder determinar la edad gestacional.
- Ecografía Doppler: Comprobara la circulación de sangre hacia la placenta y el cordón umbilical. La disminución de la circulación de la sangre puede significar que el feto tiene RCIU.

Para el diagnóstico ecográfico se deberá conocer si la fecha de última menstruación (FUM) es cierta o incierta. Por lo tanto, se debe conocer los siguientes parámetros que son:

- Determinación del perímetro cefálico
- Determinación del perímetro abdominal fetal
- Determinación de la longitud femoral

2.2.5.5. Pronóstico y Manejo

Los recién nacidos que presentan restricción del crecimiento intrauterino tienen a ser más propensos a desarrollar problemas de salud. Se deberá controlar al feto mediante los controles prenatales y ecográficas obstétricas que le mande el profesional de la salud, esto a su vez nos permitirá dar a conocer posibles problemas que presente la madre o el feto.

2.2.6. BAJO PESO AL NACER

Es cuando el peso del recién nacido es menor a 2.500 gramos, es una de las causas más relevantes de morbilidad y mortalidad infantil y perinatal.

Los recién nacidos de bajo peso se dividen en dos grupos:

- Prematuros: Es cuando nacen antes de las 37 semanas.
- Neonatos con RCIU o mal nutrición fetal: Es cuando nacen a término, pero con un peso inferior al percentil 10 correspondiente a su edad gestacional. (Gómez Mendoza, Ruiz Álvarez, Garrido Bosze, & Rodríguez Calvo, 2018)

2.2.6.1. Factores de riesgo

Los factores de riesgo más relevantes son los siguientes:

- Desnutrición de la madre (peso inferior de 100 lb, talla inferior a 150 cm bajo peso para la talla y ganancia insuficiente del peso materno durante el embarazo).
- Estilos de vida: consumo de cigarrillos, alcohol y sustancias psicoactivas.
- Condiciones anteriores al embarazo: antecedentes de embarazo anteriores con bajo peso al nacer, hipertensión arterial crónica, cardiopatías, asma bronquial, nefropatías y multiparidad.
- Embarazos adolescentes.
- Patologías durante el embarazo actual: síndrome hipertensivo del embarazo o toxemia gravídica, infección urinaria, anemia y periodo intergenésico corto.
- Controles prenatales insuficientes. (Vasco, 2016)

2.2.6.2. Complicaciones

Entre las complicaciones más frecuentes que puede ocasionar el bajo peso al nacer son asfixia perinatal, problemas respiratorios, problemas neurológicos, problemas gastrointestinales, incapacidad de mantener la temperatura corporal, inmadurez del sistema inmunológico y síndrome de muerte súbita del lactante. (Álvarez Manilla, 2016)

2.2.6.3. Diagnóstico

Durante la gestación se realiza un cálculo aproximado del tamaño fetal que es:

1. Evaluación del ponderal materno
2. Evaluación de la altura uterina
3. Ecografía obstétrica

Al recién nacido durante sus primeras horas después del nacimiento se los pesa. Por lo tanto, todo recién nacido con bajo peso deberá llevar controles continuos con su pedíatra, ya que estos neonatos suelen presentar complicaciones si la madre no lleva un correcto cuidado con su alimentación.

2.2.6.4. Manejo

Será determinado por el pedíatra y se basará en los siguiente:

- Edad gestacional, estado general de salud y antecedentes médicos.
- Tolerancia a ciertos medicamentos, procedimientos o terapias.

El cuidado con el recién nacido de bajo peso al nacer dependerá del tipo de complicación que presente, pero suele incluir:

- Cuidados en UCIN
- Camas que controlen la temperatura
- Alimentación especial, en caso de que el recién nacido lo amerite.

Debido a que la succión del recién nacido es poco vigorosa, e inclusive no puede succionar, se deberá hacer lo siguiente enseñar a la madre la manera correcta de dar de lactar y que es a libre demanda.

2.2.7. APGAR BAJO

Es un problema clínico que va a contribuir a la morbilidad y mortalidad neonatal. La puntuación de Apgar es una prueba que permitirá valorar al recién nacido al minuto y a los cinco minutos después del nacimiento. Este tipo de prueba permitirá determinar si el recién nacido necesita ayuda médica adicional o de emergencia. La valoración se basa de 1 a 10, donde el 10 corresponde a un recién nacido saludable y los valores

menores a 6 indican que el recién nacido necesita de atención medica de emergencia hasta que se adapta por si solo al nuevo ambiente.

Los factores que se utilizan para evaluar al recién nacido son:

- Aspecto (Color de piel)
- Pulso (Frecuencia cardiaca)
- Irritabilidad (Respuesta refleja)
- Actividad (Tono muscular)
- Respiración (Ritmo respiratorio y esfuerzo respiratorio) (Gavin, 2018).

2.2.7.1. Etiología

Las condiciones más relevantes que están vinculados a puntuaciones de Apgar bajo, pueden ser:

- Maternos: Hábitos (Consumo de sustancias psicoactivas, cigarrillo, alcohol), trabajo de parto prolongado, líquido meconiado, trastornos hipertensivos (preeclampsia y eclampsia), diabetes mellitus, añosas, multiparidad, ruptura prolongada de membranas, infecciones maternas y hemorragia vaginal excesiva.
- Embarazos adolescentes
- Controles insuficientes
- Uso de fórceps o ventosa
- Posición fetal
- Problemas del cordón umbilical: prolapso o circular del cordón
- Desprendimiento de la placenta
- Ruptura uterina
- Excesiva actividad uterina
- Alteraciones de frecuencia cardiaca fetal (bradicardia o taquicardia). (Vasco Morales, Herrera Tasiguano, Acosta Rodríguez, & Toapanta Pinta, 2018)

2.2.7.2. Pronóstico y Manejo

La puntuación del Apgar continúa siendo una adecuada escala para valorar la condición y pronóstico del recién nacido, en especial del neonato a término. Los recién nacidos que poseen un Apgar inferior a 5 pueden llegar a necesitar reanimación e inclusive necesitaran ser intubados, en caso de que no responda a la estimulación que le realice el pediatra.

2.2.8. CORIOAMNIONITIS

Es el ascenso de microorganismo a la cavidad del útero, que a su vez afectara el amnios, corion e inclusive al feto. Este tipo de complicación ocasionara morbilidad materno fetal, provocando las siguientes complicaciones como son convulsiones de instauración temprana, septicemia, leucomalacia periventricular, síndrome de dificultad respiratoria, parálisis cerebral, óbito fetal, displasia broncopulmonar y hemorragia intraventricular. (Reyna Villamil, Santos Bolívar, & Briceño Pérez, 2017)

La manera para evitar cualquier tipo de complicación cuando existen gestantes con ruptura prematura de membranas prolongada es mediante la administración de antibióticos antes del parto, ya que mejorara el pronóstico tanto para la madre como para el feto. (Hurtado Sánchez, Alkourdi Martínez, & Revelles Paniza, 2017)

Las complicaciones en las madres pueden ser sutiles como parto prolongado e incluso un mayor riesgo de cesárea. En algunos casos se pueden producir infecciones uterinas, abscesos o sepsis en la madre, asimismo son frecuentes las complicaciones como tromboembolias, atonía uterina y hemorragia postparto. (Zorrilla, Consulta Tu Ginecológo, 2016)

Este tipo de patología puede acarrear problemas destructores para el feto o recién nacido entre ellos son los siguientes:

- Parto prematuro
- Hidrops fetalis (cantidades anormales de acumulación de líquido en dos o más áreas del cuerpo fetal o recién nacido).
- Hipoxia fetal (reducción del suministro de oxígeno)
- Problemas respiratorios
- Meningitis
- Óbito fetal
- Muerte materna
- Restricción del crecimiento intrauterino (RCIU)
- Daños cerebrales: Parálisis cerebral, hemorragias intraventriculares, leucomalacia periventricular y polimicrogiria (anomalías en la salida de células del córtex cerebral) asimismo se ha relacionado con corioamnionitis, lo cual advierte que la evolución inflamatoria puede alterar la morfogénesis cortical.

- Encefalopatías: Lesión cerebral tal como encefalopatía hipóxica isquémica).
- Sepsis neonatal (infección en la sangre).

2.2.8.1. Fisiopatología

Existen varias vías de infección intrauterina como son las siguientes:

Tabla 5. Fisiopatología de corioamnionitis

Vía hematógena o Transplacentaria	Estos microorganismos alcanzan el útero a través de la placenta o mediante la circulación, lo que infectara al feto.
Ascenso de bacterias	• Tracto genital inferior (RPM o membranas intactas) • Gardnerella vaginalis • Ureaplasma urealyticum • Peptoestreptococos • Mycoplasma hominis • Estreptococos del Grupo A, B, D • Escherichia coli • Alcanzara en primer lugar al espacio coriodecidual y luego cruzara las membranas intactas hacia el líquido amniótico y así infectara al feto.
Vía por continuidad	Infecciones pélvicas
Vía intrauterina	Procedimientos médicos (amniocentesis, Toma de muestras de vellosidades coriónicas).

Fuente: Infección intraamniótica o Corioamnionitis
Autores: Eduardo Reyna Villamil; Joel Santos Bolívar; Carlos Briceño Pérez

La respuesta inflamatoria liberará citoquinas maternas y fetales, que inducirá que migren leucocitos y se liberará prostaglandinas de la capa miometrial e inclusive de las membranas del feto. Debido a que se liberan las prostaglandinas, empezara la contracción uterina y procedente la ruptura de membranas. (Müller & Bracho, 2015)

2.2.8.2. Mecanismo de acción

De acuerdo con la etapa de infección, mientras más este avanzado peor será el resultado perinatal como es el siguiente:

- **Etapa 1:** No se infectará el feto, no habrá presencia de microorganismos en el líquido amniótico; pero existirá invasión microbiana que afectará la interfase coriodecidual ocasionando las contracciones uterinas y procedentes el parto.
- **Etapa 2:** No existirá infección en el feto, pero se detectará la presencia de microorganismos en el líquido amniótico (cultivo (+)).
- **Etapa 3:** El cultivo de líquido amniótico será negativo, pero el feto estará infectado. El feto presentara una respuesta inflamatoria y bacteremia, la que es observable debido al incremento de interleuquina 6 en el líquido amniótico (IL-6>11 pg/dl)
- **Etapa 4:** Existen microorganismos en el líquido amniótico (cultivo (+)) y además existirá en el feto una respuesta inflamatoria (IL-6>11 pg/dl). (Carvajal, 2018)

2.2.8.3. Clasificación

Este tipo de patología se clasifica de la siguiente manera: (Maggiora, 2016)

Tabla 6. Clasificación de corioamnionitis

SUBCLÍNICA	CLÍNICA
• Infiltración de membranas fetales por leucocitos polimorfos nucleares. • Ausencia de datos clínicos • 20% partos a términos • 50% partos prematuros	• Infiltración de membranas fetales por leucocitos polimorfos nucleares. • Presencia de datos clínicos de infección materno fetal. • 1-2% partos a términos • 5 – 10% partos prematuros

Fuente: Corioamnionitis
Autor: Maggiora

2.2.8.4. Factores de riesgo

Entre las causas que pueden ocasionar este tipo de complicación se encuentran:

- Antecedentes de infección bacteriana (estreptococos del grupo B, vaginosis bacteriana y ureaplasma).
- RPM (Ruptura prematura de membranas)
- Trabajo de parto prolongado

- Líquido amniótico teñido de meconio
- Exámenes vaginales multiples
- Cerclaje del cuello uterino
- Pacientes con defensas bajas (inmunodeprimidas)
- Disminución de la actividad antimicrobiana del líquido amniótico (anemia, bajo nivel de Zinc).

2.2.8.5. Manifestaciones clínicas

Entre los signos y síntomas que presenta la gestante son:

- Taquicardia materna >100 lpm
- Frecuencia cardiaca fetal >160 lpm
- Fiebre materna >38°C
- Diaforesis
- Aumento de la actividad uterina
- Flujo vaginal fétido
- Leucocitosis >15.000
- Líquido amniótico purulento

2.2.8.6. Exámenes complementarios

Las pruebas suplementarias que se deben indicar son:

- Ultrasonido: se debe realizar con el fin de corroborar clínicamente la presencia de oligohidramnios, examinar la salud fetal, eliminar la existencia de malformaciones y valorar el desarrollo fetal.
- Biometría hemática completa
- Monitoreo fetal: se realiza para monitorear la constancia cardiaca fetal y acción uterina.
- Incremento de la Proteína C reactiva ≥5 mg/l
- Las complicaciones obedecen a cuánto líquido amniótico se encuentra presente y cuál es la causa.

2.2.8.7. Tratamiento

- Realizar score mama con un intervalo de 4 horas. Se debe incrementar curva térmica en caso de corioamnionitis o si el embarazo se alarga más de 48 horas.
- La paciente debe tener reposo absoluto

- Se realizará evaluación de la actividad uterina
- Se deberá realizar monitoreo fetal

Si el embarazo es superior a 34 semanas y el parto se origina antes de las 12 horas: se realizará el siguiente esquema de antibioticoterapia:

- Primero se administrará Ampicilina 2 gr intravenoso al momento posterior a esto 1 gr cada 6 horas por 7 días o hasta el parto.
- Clindamicina 900 mg intravenoso cada 8 horas por 7 días o hasta el parto en pacientes alérgicas a la penicilina.

Si el embarazo es menor a 34 semanas: se deberá dar Tocolíticos y propiciar la maduración pulmonar con:

- Nifedipino 10 mg vía oral cada 20 minutos en 3 dosis, luego 20 mg cada 4 a 8 horas hasta completar el esquema de maduración pulmonar fetal.
- Betametasona 12 mg intramuscular cada 24 horas (2 dosis).
- Dexametasona 6 mg intramuscular cada 12 horas (4 dosis).
- Terminación del embarazo según criterio obstétrico por parto o cesárea según el protocolo.
- Si el embarazo se prolonga por más de 48 horas se debe realizar el manejo de líquidos por vía intravenosa como es el Lactato de Ringer o solución salina 0.9% 1000 CC.

Antibioticoterapia

- Ampicilina 2 gr intravenoso cada 6 horas
- Gentamicina 2 mg/Kg dosis inicial intravenoso luego 1 mg/Kg intravenoso cada 8 horas o Gentamicina 5 mg/Kg intravenoso cada día.
- Clindamicina 900 mg intravenoso cada 8 horas (incluir si se indica cesárea).
- Terminación del embarazo según criterio obstétrico por parto o cesárea independientemente de la edad gestacional.

2.2.9. LEUCOCITOSIS

Es cuando el valor absoluto de leucocitos es mayor a 12.000 mm^3 o hay incremento del número de leucocitos en sangre periférica. Las causas más frecuentes por la cual se produce leucocitosis se deben a:

- **Infecciosas:** Bacteriana, Vírica u otras enfermedades como esopirilares, ricketsiosis, sepsis y micosis diseminada.

- **Neoplásicas:** Leucemias mieloides, síndrome mieloproliferativas, enfermedades mieloproliferativas y policitemia vera.
- **Tóxico metabólicas:** Consumo de sustancias psicoactivas, acidosis urémica, gota, fármacos (litio, corticoides, betaagonistas). (Cuenca, 2017)

En la mayoría de los casos, se produce por la presencia de bacterias, virus, germen, hongo, parasito, proceso inflamatorio, traumas, alergias o quemaduras.

2.2.9.1. Síntomas y complicaciones

Las manifestaciones clínicas pueden ser fatiga, fiebre, mareo dolor u hormigueo en brazos, piernas o abdomen, disnea, malestar general, sudoración excesiva, aparición de hematomas en la piel y sangrado.

Las complicaciones que puede presentar al tener leucocitosis, están las infecciones parasitarias y sangrado que generara hipotensión, taquicardia, taquipnea y sepsis. Los leucocitos elevados pueden dañar los tejidos y producir problemas en el funcionamiento de la médula ósea, como es el caso de la trombocitopenia. (Llorente, 2018)

2.2.9.2. Diagnóstico

Se basa mediante la valoración del hemograma para identificar qué tipo de glóbulos blancos están incrementados en la sangre. Se deberá repetir la biometría hemática para volver a valorar el nivel de glóbulos rojos. Por lo tanto, se deberá tener en cuenta lo siguientes parámetros que son:

Eosinófilos y basófilos incrementados significa que es causado por alergias o infecciones parasitarias. Linfocitos o monocitos aumentados significa que es originado por infección viral o bactriana crónica. (Juárez, 2019)

2.2.9.3. Manejo

Dependerá de la causa que provoque la leucocitosis. Por lo tanto, cuando existe un incremento de leucocitos anormal se recomienda la administración de: Solución salina 0.9% 1000 CC vía endovenosa + Cefazolina 1 gramo vía endovenosa cada 6 horas + Gentamicina 280 mg vía intramuscular cada día + Paracetamol 500 mg vía oral cada 8 horas. Estos antibióticos son recomendados si se trata de infecciones bacterianas y se deberá incluir antinflamatorios. El manejo también dependerá del tipo de glóbulos blancos que se encuentre aumentado en la biometría hemática. (Juárez, 2019)

2.2.10. HIPOTONÍA UTERINA TRANSITORIA

Se refiere a la pérdida del tono muscular uterino, por lo cual habrá un retraso de la involución tras el parto. Es la causa más frecuente para que se produzca la hemorragia postparto. (Paris, 2016)

2.2.10.1. Factores de riesgo

Entre ellos se encuentran placenta previa conocida, embarazo múltiple, hemorragia postparto previa, etnia asiática, obesidad, trabajo de parto prolongado (>12 horas), edad mayor de 40 años, primípara y multiparidad.

2.2.10.2. Diagnóstico

Se basará en los siguientes signos y síntomas como es útero blando y no retraído, taquicardia e hipotensión. (Savia, 2018)

2.2.10.3. Manejo

Mediante la administración endovenosa de soluciones cristaloides. Se deberá realizar masaje uterino postparto para que exista una retracción uterina adecuada y que los loquios sanguinolentos estén en cantidades normales. Se deberá realizar masaje uterino bimanual para detener el sangrado. En caso de que la paciente no presente involución uterina y hay sangrado excesivo y no cesa a pesar de realizar el masaje uterino, se deberá tomar medidas farmacológicas que son:

- Oxitocina 10 UI o 5 UI endovenosa o 20 – 40 UI/l endovenosa.
- Ergonovina o metilergonovina 0.2 mg intramuscular repetir cada 2 – 4 horas de ser necesario con un máximo de 0.1 gramos en 24 horas.
- Misoprostol 800 mcg sublingual (4tabletas de 200 mcg).

2.3. MARCO CONTEXTUAL

La presente investigación se realiza en el Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel, el cual se encuentra ubicado en la ciudad de Guayaquil, Guasmo Sur Av – 12 – S – E entre 54 CS – E Fernando López Lara Calle 54 B y Segunda Peatonal. En la actualidad es considerado Hospital de tercer nivel especializado en Ginecología – Obstetricia, encargado de recibir y brindar atención a pacientes de escasos recursos económicos y de clase social baja.

El hospital cuenta con diversas áreas entre las cuales se encuentran: triaje, emergencia, observación, reanimación, psicología, Imagenología, odontología, medicina interna, cardiología, ginecología, neonatología, UCIN, tocoquirúrgico, recuperación, laboratorio clínico, farmacia y consulta externa en la cual existe un

área que es exclusivamente para la atención de los adolescentes.

Se escogió el siguiente lugar para realizar la investigación debido a la alta demanda de pacientes que presentan diagnóstico de oligoamnios severo; por el cual es muy importante realizar este tipo de investigación para conocer los factores de riesgo que desencadenan este tipo de complicación materno fetal, con el fin de disminuir el índice de pacientes con dicho diagnóstico.

2.4. MARCO LEGAL

En la ley de maternidad gratuita y atención a la infancia indica lo siguiente:

(Codificación No. 2006-006)

Art. 1.- Toda mujer tiene derecho a la atención de salud gratuita y de calidad durante su embarazo, parto y posparto, así como al acceso a programas de salud sexual y reproductiva. De igual manera se otorgará sin costo la atención de salud a los recién nacidos-nacidas y niños niñas menores de cinco años, como una acción de salud pública, responsabilidad del Estado.

Art. 2.- La presente Ley tiene como una de sus finalidades el financiamiento para cubrir los gastos por medicinas, insumos, micronutrientes, suministros, exámenes básicos de laboratorio y exámenes complementarios para la atención de las mujeres embarazadas, recién nacidos o nacidas y niños o niñas menores de cinco años en las siguientes prestaciones:

a. Maternidad: Se asegura a las mujeres, la necesaria y oportuna atención en los diferentes niveles de complejidad para control prenatal y, en las enfermedades de transmisión sexual los esquemas básicos de tratamiento (excepto SIDA), atención del parto normal y de riesgo, cesárea, puerperio, emergencias obstétricas, incluidas las derivadas de violencia intrafamiliar, toxemia, hemorragias y sepsis del embarazo, parto y posparto, así como la dotación de sangre y hemo derivados.

Dentro de los programas de salud sexual y reproductiva se cubre la detección oportuna de cáncer cérvico uterino y el acceso a métodos de regulación de la fecundidad, todos ellos según normas vigentes del Ministerio de Salud Pública; y,

Nota: El texto resaltado en cursiva y negrita fue declarado inconstitucional mediante Resolución 0030-2006-TC del Tribunal Constitucional (R.O. 127-S, 16-VII-2007).

b. Recién nacidos o nacidas y niños o niñas menores de 5 años de edad: Se asegura la necesaria y oportuna atención en los diferentes niveles de complejidad a los recién nacidos o nacidas y sanos o sanas, prematuros-prematuras de bajo peso, y/o con patologías (asfixia perinatal, ictericia, sufrimiento fetal y sepsis), a los niños o niñas menores de 5 años en las enfermedades comprendidas en la estrategia de atención integral de las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) y, sus complicaciones todo ello según normas vigentes del Ministerio de Salud Pública.

Art. 3.- Las disposiciones de esta Ley se aplicarán con carácter obligatorio, en todos los establecimientos de salud dependientes del Ministerio de Salud Pública. (LEY DE MATERNIDAD GRATUITA Y ATENCIÓN A LA INFANCIA, 2006)

En la constitución de la República del Ecuador, establece en los siguientes artículos:

Sección séptima

Salud

Art.32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustenten el buen vivir.

El estado garantizara este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. A prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, v calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Capítulo tercero

Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria

Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado

prestara especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.

Sección tercera

Movilidad humana

Art.42.- Se prohíbe todo desplazamiento arbitrario. Las personas que hayan sido desplazadas tendrán derecho a recibir protección y asistencia humanitaria emergente de las autoridades, que asegure el acceso a alimentos, alojamiento, vivienda y servicios médicos y sanitarios.

Las niñas, niños, adolescentes, mujeres embarazadas, madres con hijas o hijos menores, personas adultas mayores y personas con discapacidad recibirán asistencia humanitaria preferente y especializada.

Todas las personas y grupos desplazados tienen derecho a retornar a su lugar de origen de forma voluntaria, segura y digna.

Sección cuarta

Mujeres embarazadas

Art.35.- "El estado garantizara a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a:

1. No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral.
2. La gratuidad de los servicios de salud.
3. La protección prioritaria y cuidado de la salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto.

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio es de origen observacional, no experimental, con modalidad de investigación cuantitativa con finalidad bibliografía, de campo y transversal. De acuerdo a su origen es descriptivo y prospectivo con método de análisis síntesis e inductivo y deductivo.

3.2. MODALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

Se recolectó datos de pacientes que presentaron complicaciones materno fetal con diagnóstico de oligoamnios severo y se elaboró una base de datos ya que la presente investigación es cuantitativa.

3.3. TIPOS DE INVESTIGACIÓN

Según la finalidad:

- Bibliográfica: Debido a que se buscó información en documentos científicos para obtener datos de nuestro trabajo investigativo.
- De campo: Se recolecto datos que nos permitan obtener información acerca de las complicaciones materno fetal en el Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel en pacientes con diagnóstico de oligoamnios severo.
- Transversal: Los datos fueron recolectados en un tiempo determinado Septiembre 2019 – Febrero 2020.

Según su objetivo gnoseológico:

- Descriptivo: Se describió detalladamente las complicaciones materno fetales que conlleva el oligoamnios severo.
- Prospectivo: La recolección de datos se inició desde Septiembre 2019 – Febrero 2020.

3.4. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

Teóricos:

- Análisis – síntesis: En nuestro trabajo se analizó cuáles son las principales complicaciones que se presentan tanto en la madre como en el feto con diagnóstico de oligoamnios severo.
- Inductivo – deductivo: Debido a que nuestro trabajo investigativo permitió dar a conocer las complicaciones materno fetales que se presentaron en pacientes con diagnóstico de oligoamnios severo.

3.5. TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

- Entrevista
- Observación

3.6. INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

- Cuestionarios de preguntas para la entrevista
- Fichas de Observación

3.7. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de estudio utilizando criterios de inclusión y exclusión es de 191 pacientes.

3.7.1. Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión:

- Pacientes que presentaron complicaciones materno fetales con diagnóstico de oligoamnios severo.
- Pacientes estudiadas que se presentaron durante el período Septiembre 2019 – Febrero 2020.
- Pacientes que acudieron por atención al Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel por presentar oligoamnios severo.

Exclusión:

- Pacientes que no presentaron complicaciones materno fetal con diagnóstico de oligoamnios severo.
- Pacientes que no se presentaron durante el período Septiembre 2019 – Febrero 2020.
- Pacientes que no acudieron por atención al Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel por presentar oligoamnios severo.

3.7.2. Muestra

No creímos necesario utilizar la muestra y se trabajó con toda la población de estudio para evitar cualquier sesgo.

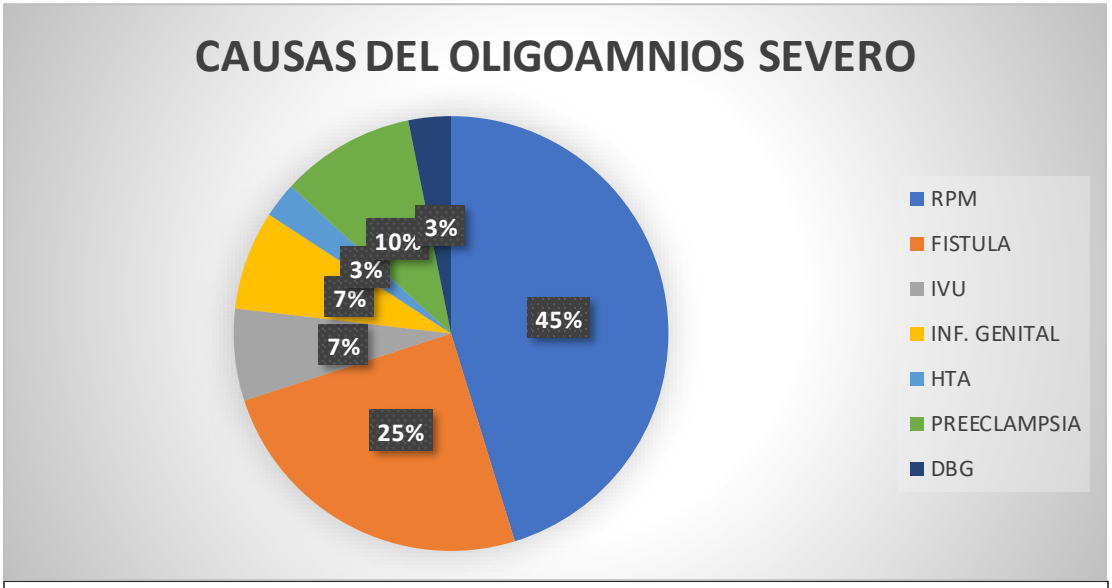
3.8. FICHA OBSERVACIONAL

1.- ¿Cuáles fueron las causas que provocaron el oligoamnios severo?

Tabla 7. Causas de oligoamnios severo

CAUSAS DE OLIGOAMNIOS SEVERO		%
RPM	86	45%
FISTULA	47	25%
IVU	13	7%
INF. GENITAL	14	7%
HTA	5	3%
PREECLAMPSIA	19	10%
DBG	6	3%
TOTAL	191	100%

Gráfico 1. Causas de oligoamnios severo



Fuente: Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel

Elaborado: Sheyla Mishelle Alvarado Cuninghan - Carolina Estefania Rojas Chamaidan

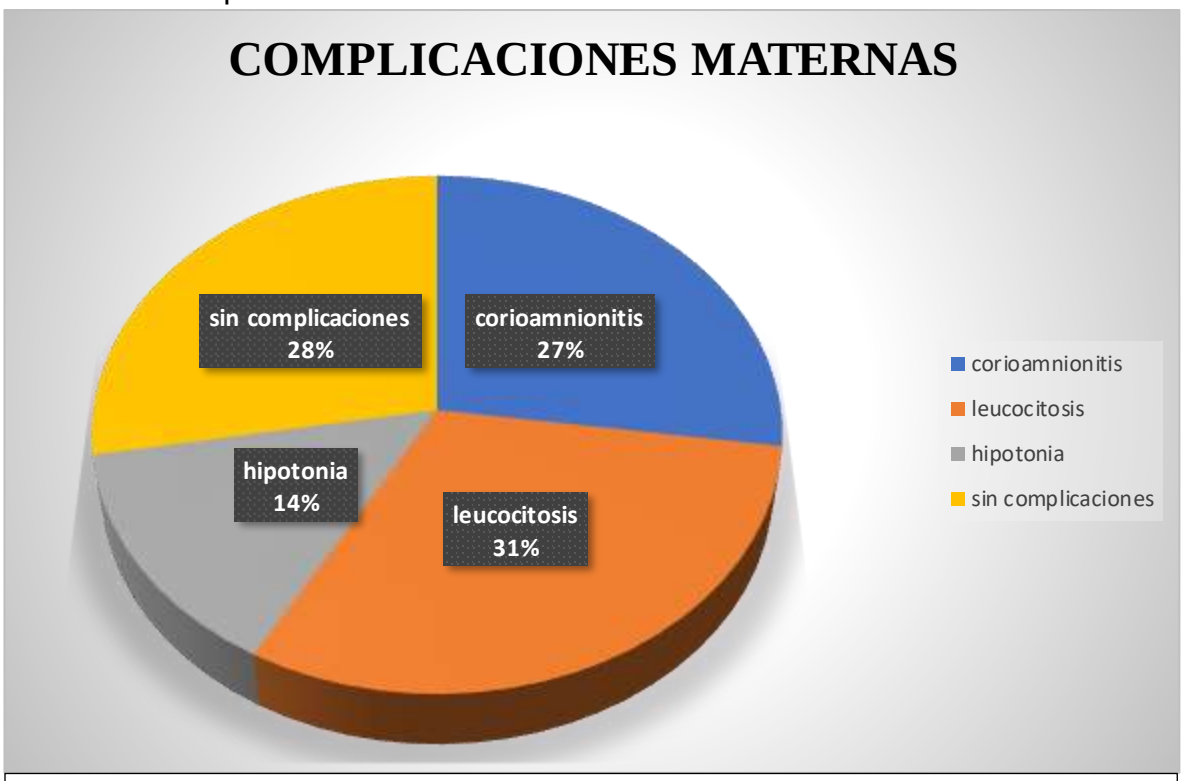
Análisis: De acuerdo con los datos estadísticos obtenidos la causa más frecuente que provoca el oligoamnios severo se debe a la ruptura prematura de membranas en un 45%. También existen otras causas como son fístula amniótica 25%, preeclampsia 10%, infección de vías urinarias 7%, infecciones genitales 7%, hipertensión gestacional 3% y diabetes gestacional 3%.

2.- ¿Qué tipo de complicaciones maternas se encontraron en la población de estudio?

Tabla 8. Complicaciones maternas

COMPLICACIONES MATERNAS		%
Corioamnionitis	52	27%
Leucocitosis	59	31%
Hipotonía uterina	27	14%
Sin complicación	53	28%
Total	191	100%

Gráfico 2. Complicaciones maternas



Fuente: Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel

Elaborado: Sheyla Mishelle Alvarado Cuninghan - Carolina Estefania Rojas Chamaidan

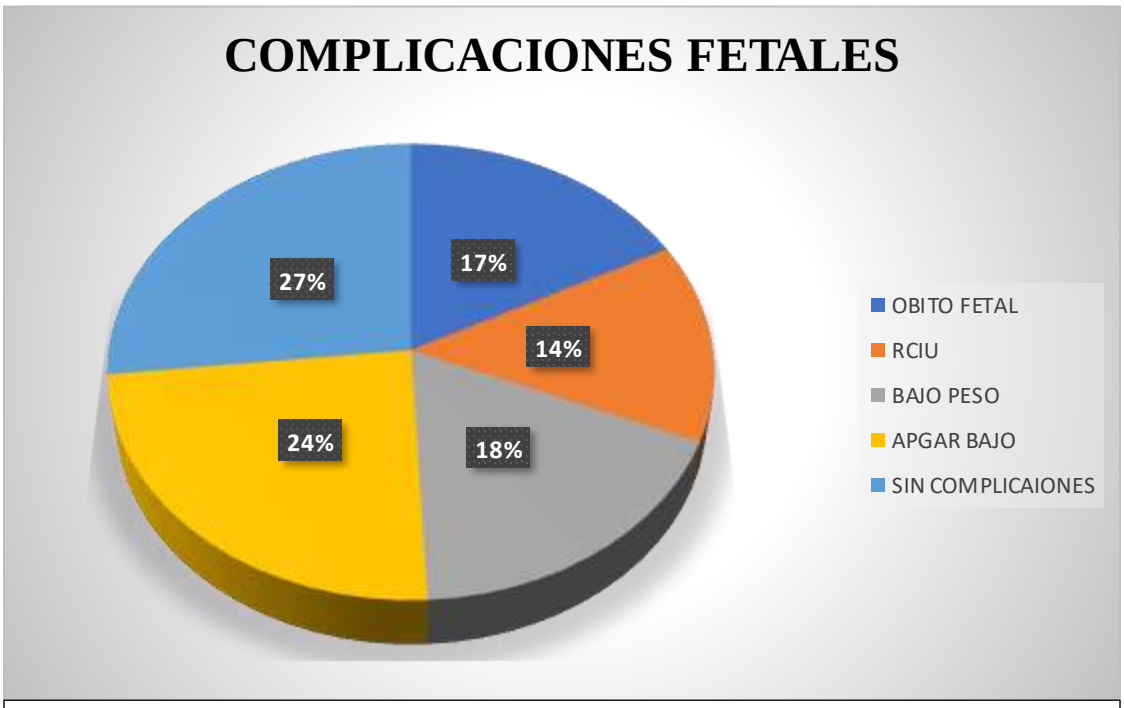
Análisis: Dentro de las estadísticas recabadas se determina que las complicaciones maternas que se presentaron por el oligoamnios severo son la leucositosis 31%, corioamnionitis 27% e hipotonía uterina transitoria 14%.

3.- ¿Qué tipo de complicaciones fetales se encontraron en la población de estudio?

Tabla 9. Complicaciones fetales

COMPLICACIONES FETALES		%
OBITO FETAL	33	17%
RCIU	27	14%
BAJO PESO	34	18%
APGAR BAJO	46	24%
SIN COMPLICACIONES	51	27%
TOTAL	191	100%

Gráfico 3. Complicaciones fetales



Fuente: Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel

Elaborado: Sheyla Mishelle Alvarado Cuninghan - Carolina Estefania Rojas Chamaidan

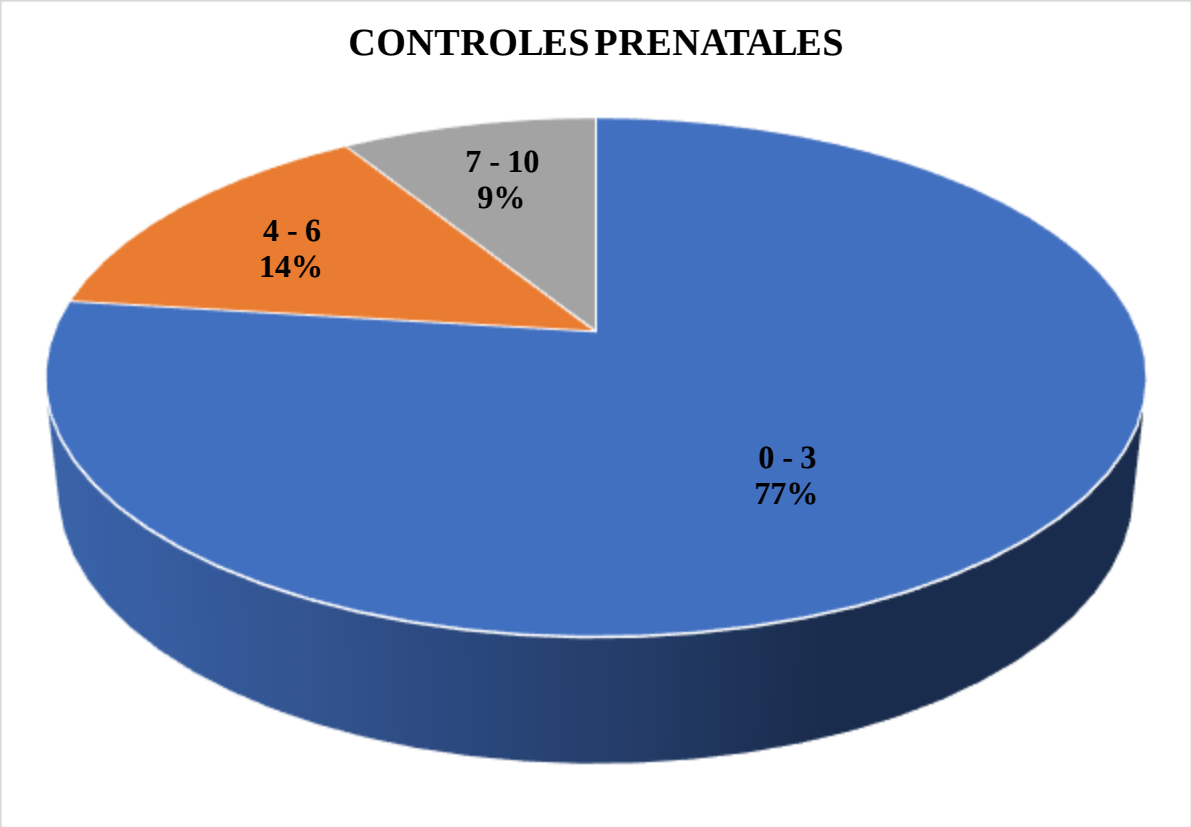
Análisis: Dentro de las complicaciones fetales ocasionadas por el oligoamnios severo encontramos Apgar bajo al nacer 24%, bajo peso al nacer 18%, óbito fetal 17% y RCIU 14%.

4.- ¿Los controles prenatales inciden en la prevención del oligoamnios severo?

Tabla 10. Controles prenatales

CONTROLES PRENATALES		%
0 – 3	147	77%
4 – 6	27	14%
7 -10	17	9%
TOTAL	191	100%

Gráfico 4. Controles prenatales



Fuente: Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel

Elaborado: Sheyla Mishelle Alvarado Cuninghan - Carolina Estefania Rojas Chamaidan

Análisis: De acuerdo con los datos estadísticos recabados el 77% de las gestantes presentaron insuficientes controles prenatales, el 14% tuvieron controles prenatales mínimo y el 9% controles prenatales adecuados.

3.9. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LAS ENTREVISTAS

Entrevistados: Dr. Jorge Luis Bravo Suarez, Dr. Francisco Arturo Vaca Morla**,** Dr. Francisco Arturo Vaca Morla y Dra. Liduvina Peñafiel Ponce

Cargo: Médico de Ginecología y Obstetricia

Entrevistadores: Sheyla Alvarado – Carolina Rojas

Lugar: Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel

1. **¿Cuál considera usted que es la principal complicación que se presenta en el feto en pacientes con diagnóstico de oligoamnios severo?**

Los expertos mencionan que el óbito fetal es la principal complicación, el cual se presenta porque las bacterias ascienden por el tracto vaginal hacia la cavidad uterina infectando el feto y produciéndole la muerte intrauterina. La cantidad normal de líquido amniótico es índice de que las funciones orgánicas del feto están en buenas condiciones, el feto deglute el líquido amniótico y lo expulsa a través de la orina, esto implicaría una buena función renal y digestiva. Por lo tanto, hay que determinar la causa de la pérdida de líquido.

2. **¿Cuál considera usted que es la principal complicación que se presenta en madre en pacientes con diagnóstico de oligoamnios severo?**

Los profesionales entrevistados indican que la corioamnionitis es la complicación más grave que se presenta en las gestantes con diagnóstico de oligoamnios severo.

3. **¿Cuál es su opinión de implementar planes educativos y didácticos en gestantes que reciben sus controles prenatales en la institución con el fin de disminuir las complicaciones materno – fetales en casos de oligoamnios severo?**

Los expertos entrevistados opinan que sería muy bueno considerando que la mayoría de las gestantes acuden en el último trimestre de gestación, por lo cual no tienen una buena educación prenatal, y como consecuencia se presentan complicaciones y al realizar charlas educativas de manera didáctica se llega a la paciente de manera auditiva y visual. Es importante implementar planes educativos y didácticos, ya que los controles insuficientes y la poca educación conllevarían a ciertas complicaciones, debido a que la gestante desconoce los signos y síntomas de alarma, por lo cual la paciente al presentar sintomatologías no acudiría al médico debido al desconocimiento.

3.10. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

3.10.1. Conclusiones

- La principal causa que conlleva a provocar el oligoamnios severo es la ruptura prematura de membranas en un 45%, ya que la mayoría de las gestantes acuden al área de emergencia por presentar pérdida de líquido, entre otras causas pueden ser por fistulas amnióticas 25%, preeclampsia 10%, infecciones genitales 7%, infecciones de vías urinarias 7%, hipertensión 3% y por diabetes gestacional 3%.
- Es importante conocer las complicaciones maternas que pueden conllevar al oligohidramnios severo, ya que existen patologías que se pueden tratar precozmente lo que disminuiría la mortalidad materna. Entre las complicaciones que se encontraron en la población de estudio son leucocitosis 31%, corioamnionitis 27% e hipotonía uterina transitoria 14%.
- Es necesario que la gestante conozca las complicaciones fetales, ya que debido al desconocimiento no se percatan de las señales de peligro en el embarazo. De acuerdo a los datos estadísticos recabados las complicaciones que más inciden en el Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel son Apgar bajo 24%, bajo peso al nacer 18%, óbito fetal 17% y retardo en el crecimiento intrauterino 14%.
- Existe una alta incidencia de controles prenatales insuficientes en un 77% por lo que es necesario que a la gestante se le enseñe los signos de alarmas para que acude inmediatamente al área de emergencia. Ya que solo el 9% lleva los controles prenatales adecuados y el 14% presentan controles prenatales mínimo. Por lo tanto, es importante realizar charlas educativas para que la gestante conozca la importancia de asistir a los controles prenatales, ya que educándolas se disminuirá complicaciones materno fetal.
- Los médicos especialistas concluyeron que la mala educación prenatal en las pacientes conlleva a complicaciones materno fetales como es el caso del oligohidramnios severo.

3.10.2. Recomendaciones

- Formar un plan en el que la gestante preste mayor atención a los signos de alarma que podrían complicar su embarazo.
- Sensibilizar a la gestante sobre la importancia de asistir a los controles prenatales periódicamente. Por lo tanto, es necesario realizar charlas educativas para que la gestante conozca los signos de peligro en el embarazo para evitar complicaciones materno fetales. Explicar a la gestante que existen complicaciones que pueden conllevar a la mortalidad materno fetal.
- Explicar a la gestante las patologías que se pueden presentar en el embarazo, ya que existen enfermedades que se pueden tratar precozmente, educándolas nos permitirá reducir el índice de complicaciones, ya que debido al desconocimiento la paciente no se percata y se complicaría el cuadro clínico, conllevándola inclusiva a la muerte materna.
- Determinar a la gestante las complicaciones fetales que se pueden presentar, enseñándoles las señales de peligro para así evitar complicaciones en un futuro.
- Los médicos especialistas entrevistados recomiendan que la educación prenatal en el primer nivel debe ser didáctica, para ayudar a disminuir las complicaciones materno – fetales en los casos de oligoamnios severo.

CAPITULO IV

4. PROPUESTA

4.1. TITULO DE LA PROPUESTA

Plan educativo de charlas de salud reproductiva con énfasis de controles prenatales a las gestantes.

4.2. JUSTIFICACIÓN

Se justifica la siguiente propuesta porque es de vital importancia conocer las complicaciones maternas fetales que ocasionaría el oligoamnios severo, en mujeres embarazadas que reciben sus controles en el Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel, en el período de estudio.

Mediante los datos adquiridos por el departamento de estadística en conjunto con la gestión del departamento de docencia del Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel, en el año 2019, se evidencia un incremento de pacientes que presentaron oligoamnios severo en dicha casa de salud.

Por lo cual realizando una buena educación prenatal a las gestantes que acuden al Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel, se podría prevenir las complicaciones a consecuencia del oligoamnios severo y se disminuiría la tasa de morbimortalidad materno fetal.

Al estudiar la población, hemos llegado a la conclusión de ejecutar un plan de educación prenatal para concientizar a mujeres gestantes y de esta manera prevenir las complicaciones asociadas al oligoamnios severo.

4.3. OBJETIVOS DE LA PROPUESTA

4.3.1. Objetivo general

Educar sobre la importancia de los controles prenatales a las gestantes.

4.3.2. Objetivos específicos

- Facilitar información a gestantes que realizan sus controles prenatales en el Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel sobre las complicaciones materno fetales que conlleva el oligoamnios severo.
- Ejecutar actividades educativas sobre signos de alarmas con las gestantes que acuden al Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel.
- Realizar trípticos para brindar información sobre las complicaciones materno fetales que produce el oligoamnios severo.
- Orientar a la gestante sobre medidas preventivas para evitar complicaciones en un futuro.

4.4. ASPECTOS TEÓRICOS DE LA PROPUESTA

Se realizará charlas educativas a las gestantes en el área de consulta externa en el Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel, para que la paciente pueda concientizar sobre la importancia de asistir a los controles prenatales periódicamente. Se educará a la gestante para que conozca los signos de alarma y en caso de presentar cualquier signo o síntoma pueda acudir inmediatamente al área de emergencia. Nuestra meta será realizar charlas semanalmente implementando varias actividades para que la gestante conozca las complicaciones que se pueden producir en el embarazo debido a los controles prenatales insuficientes.

4.5. DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA

La propuesta está dirigida a todas las gestantes que asisten a la consulta externa en el Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel, por lo cual se llevara a cabo de la siguiente forma:

- Facilitando información a la gestante sobre la importancia de asistir a los controles prenatales.
- Ejecutando charlas educativas para que la gestante conozca los signos de peligro, ya que en caso de presentar cualquier señal de alarma acuda de inmediatamente al área de emergencia.

Esto se llevará a cabo en la sala de espera de la consulta externa en el Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel, el personal encargado de realizar este tipo de charlas será el jefe de docencia de dicho Hospital. Esta actividad se realizará una vez por semana, en el horario de 9:00 a 10:00 am, los recursos y materiales que implica nuestra propuesta es mediante gigantografías, trípticos, gráficos, videos y actividades didácticas; ya que nuestro objetivo principal es asesorar mediante charlas educativas a las gestantes sobre la importancia de acudir a los controles prenatales.

6. REFERENCIAS

Müller, E., & Bracho, A. (2015). Corioamnionitis. *Obstetricia Integral*, 148 - 156.

Sante Farfán, G., & Silva Rado, E. (01 de Junio de 2016). *Scielo*. Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172016000200017&script=sci_arttext

T. Dulay, A. (Octubre de 2017). *MANUAL MSD*. Obtenido de https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/oligohidramnios

Álvarez Manilla, J. (9 de agosto de 2016). *Infogen*. Obtenido de https://infogen.org.mx/bajo-peso-al-nacer/

Amador de Varona, C., Cabrera Figueredo, I., Rodríguez Fernández, J., Valdél Dacal, S., Niño Victoria, Y., & Nieves Martínez, J. (Enero - Febrero de 2019). *Revista Archivo Médico de Camagüey*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552019000100085&script=sci_arttext&tlng=pt

American Pregnancy. (Agosto de 2015). Obtenido de https://americanpregnancy.org/es/pregnancy-loss/stillborn-trying-to-understand/

Bermúdez, A. (06 de Febrero de 2019). *docsity*. Obtenido de https://www.docsity.com/es/estudio-del-liquido-amniotico/4450884/

Brown, H. L. (11 de 2016). *MANUAL MSD*. Obtenido de https://www.msdmanuals.com/es-ec/hogar/salud-femenina/embarazo-normal/etapas-del-desarrollo-del-feto

Cañamero de León, S. (13 de Marzo de 2017). *guiainfantil.com*. Obtenido de https://www.guiainfantil.com/articulos/embarazo/etapas/el-liquido-amniotico-en-el-embarazo/

Carvajal, J. (2018). *Manual Obstetricia y Ginecología.* Chile.

Cuenca, S. L. (1 de Julio de 2017). *Leucocitosis*. Obtenido de https://www.fisterra.com/guias-clinicas/leucocitosis/

ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DEL ESTADO. (1 de Agosto de 2018). Obtenido de DERECHOS:http://www.ambiente.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2018/09/Constitucion-de-la-Republica-del-Ecuador.pdf

García Vigil, J. L., & García Álvarez, C. (Agosto de 2016). *ResearchGate*. Obtenido

de https://www.researchgate.net/publication/306014803_FISIOLOGIA_FUNCIONES_Y_ALTERACIONES_DEL_LIQUIDO_AMNIOTICO

Gavin, M. (Febrero de 2018). *KidsHealth*. Obtenido de https://kidshealth.org/es/parents/apgar-esp.html

Gómez Mendoza, C., Ruiz Álvarez, P., Garrido Bosze, I., & Rodríguez Calvo, M. (Agosto de 2018). *Revista Archivo Médico de Camagüey*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552018000400408

Hurtado Sánchez, M., Alkourdi Martínez, A., & Revelles Paniza, L. (2017). Criterios actuales en el diagnóstico y manejo de la corioamnionitis. *Revista de la perinatología*, 16.

Juárez, D. (1 de Julio de 2019). *¿Qué es la leucocitosis? | Síntomas, causas y cómo tratar la enfermedad?* Obtenido de https://www.lavanguardia.com/vida/salud/enfermedades-sangre/20190701/463197868444/leucocitosis-neutrofilos-monocitos-eosinofilos-basofilos-linfocitos-leucocitos-globulos-blancos-leucemia.html#:~:text=Diagn%C3%B3stico%20de%20la%20leucocitosis&text=Un%20an%

LEY DE MATERNIDAD GRATUITA Y ATENCIÓN A LA INFANCIA. (29 de Agosto de 2006). Obtenido de https://extranet.who.int/nutrition/gina/sites/default/files/ECU%202006%20-%20Ley%20de%20maternidad%20gratuita.pdf

Llorente, M. (8 de Junio de 2018). *¿Qué es la leucocitosis y qué dice acerca de nuestra salud?* Obtenido de https://ma.com.pe/que-es-la-leucocitosis-y-que-dice-acerca-de-nuestra-salud#:~:text=S%C3%ADntomas%20y%20complicaciones,de%20peso%20y%20apetito%20reducido.

Madar, H. (26 de Octubre de 2016). *EN CONSULTE*. Obtenido de https://www.em-consulte.com/es/article/1090510/fisiologia-y-regulacion-del-liquido-amniotico

Maggiora, A. (07 de Octubre de 2016). *Corioamnionitis*. Obtenido de https://prezi.com/lepq9mgwsn73/corioamnionitis/

Médica, D. e. (09 de Enero de 2017). *Repercusiones perinatales en embarazos a*

término con oligohidramnios severo. Obtenido de https://diplomadomedico.com/repercusiones-perinatales-embarazos-termino-oligohidramnios-severo/

Medina Sarmiento, M., & Viteri Ortega , K. (Junio de 2015 - 2016). *UNL*. Obtenido de http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/17122

Morales Luna, I., & Chedraui Alvarez, P. (2015). *Repositorio Universidad de Guayaquil*. Obtenido de http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/38206

Morgan Ortiz, F., Morgan Ruiz, F., Quevedo-Castro, E., Gutiérrez Jiménez, G., & Báez Barraza, J. (9 de Septiembre de 2015). *REVMEDUAS.* Obtenido de http://hospital.uas.edu.mx/revmeduas/pdf/v5/n4/amniotico.pdf

MSP. (2015). *Guía de Práctica Clínica (GPC).* Quito: Dirección Nacional de Normatización, MSP.

MSP. (2015). *Guía perinatal.* Obtenido de https://cedipcloud.wixsite.com/minsal-2015/muerte-fetal-in-utero

Oviedo Moreno, Ó., & Salvador, Z. (15 de Octubre de 2019). *Reproducción Asistida ORG*. Obtenido de https://www.reproduccionasistida.org/muerte-fetal/

Paris, E. (22 de Octubre de 2016). *Riesgos inmediatos del postparto: la atonía uterina*. Obtenido de https://www.bebesymas.com/postparto/riesgos-inmediatos-del-postparto-la-atonia-uterina

Pasapera Albán, N., Purizaca Benites, M., Cardoza Jiménez, K., & Matorel Ruiz, M. (20 de Febrero de 2019). *Revista del Cuerpo Médico del HNAAA*. Obtenido de http://www.cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/RCMHNAAA/article/view/174

Pimiento Infante, L., & Beltrán Avendaño, M. (Diciembre de 2015). *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262015000600010

Pinilla Jaén, R. (09 de Agosto de 2018). *Ginecología Obstetricia Crítica*. Obtenido de http://www.drrolandopinilla.com/que-es-oligohidramnios/

Quispe Serna, M., & Rocha Torres, K. (Septiembre - Noviembre de 2016). *UNSCH*. Obtenido de http://209.45.73.22/handle/UNSCH/2598

Ramos, M. G. (2018). Manejo actual de la rotura prematura de membranas en embarazos pretérmino. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. Obtenido de Manual MSD:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000300014&lng=es&nrm=iso

Reyna Villamil, E., Santos Bolívar, J., & Briceño Pérez, C. (Julio de 2017). Infección intraamniotica o Corioamnionitis. *Revista latinoamericana de perinatología*, 11 - 17. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/283748773_Infeccion_intraamniotica_y_corioamnionitis

Ruíz, E. (Marzo de 2018). *Clinica Sanatorio Alemán.* Obtenido de http://www.sanatorioaleman.cl/wp-content/uploads/2018/03/PROTOCOLO-MUERTE-FETAL-IN-UTERO.pdf

Sante Farfán, G., & Silva Rado, E. (2016). Acta médica Peruana. *Scielo Perú*, 1.

Savia. (8 de Noviembre de 2018). *Atonía Uterina*. Obtenido de https://www.saludsavia.com/contenidos-salud/enfermedades/atonia-uterina

T. Dulay, A. (Marzo de 2018). *MANUAL MSD*. Obtenido de https://www.msdmanuals.com/es-ec/hogar/salud-femenina/complicaciones-del-embarazo/muerte-fetal

T.W. SADLER, P. (2019). Embriología médica. Barcelona (España): Wolters kluwer.

Valenti, E., Ávila, N., Amenabar, S., Zanuttini, E., & Crespo, H. (2017). *RCIU (Restricción del Crecimiento Intrauterino)*. Obtenido de http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Actualizacion_consenso_RCIU_FASGO_2017.pdf

Vasco Morales, S., Herrera Tasiguano, A., Acosta Rodriguez, M., & Toapanta Pinta, P. (9 de Febrero de 2018). *Factores de riesgo para recién nacidos con Apgar bajo.* Obtenido de http://www.revperinatologia.com/images/4_Factores_de_riesgo.pdf

Vasco, S. (23 de Agosto de 2016). *Factores de riesgo para bajo peso al nacer*. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/338282016_5_Factores_de_riesgo_para_bajo_peso_al_nacer

Zorrilla, F. (27 de Febrero de 2016). *Consulta Tu Ginecológo*. Obtenido de https://www.consultatuginecologo.com/corioamnionitis/

Zorrilla, F. (06 de Febrero de 2016). *Consulta Tu Ginecólogo*. Obtenido de https://www.consultatuginecologo.com/oligoamnios/

ANEXOS

Anexo 1. Formato de evaluación de la propuesta de trabajo de titulación

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE OBSTETRICIA

FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Nombre de la propuesta de trabajo de la titulación	PRINCIPALES COMPLICACIONES MATERNO – FETALES CON DIAGNOSTICO DE OLIGOAMNIOS SEVERO.		
Nombre del estudiante (s)	ALVARADO CUNINGHAN SHEYLA MICHELLE ROJAS CHAMAIDAN CAROLINA ESTEFANIA		
Facultad	CIENCIAS MÉDICAS	**Carrera**	OBSTETRICIA
Línea de Investigación	SALUD MATERNO NEONATAL	**Sub-línea de investigación**	SALUD MATERNO NEONATAL
Fecha de presentación de la propuesta del trabajo de titulación	08/11/2019	**Fecha de evaluación de la propuesta del trabajo de titulación**	

ASPECTO A CONSIDERAR	**CUMPLIMIENTO**		**OBSERVACIONES**
	SÍ	**NO**	
Título de la propuesta de trabajo de titulación	x		
Línea de Investigación / Sublíneas de Investigación	x		
Planteamiento del Problema	x		
Justificación e importancia	x		
Objetivos de la Investigación	x		
Metodología a emplearse	x		
Cronograma de actividades	x		
Presupuesto y financiamiento	x		

X	**APROBADO**
	APROBADO CON OBSERVACIONES
	NO APROBADO

DR. ORTEGA LEÓN FREDDY ORLANDO, MSc.
DOCENTE TUTOR
CI. 0905110250

Anexo 2. Acuerdo del plan de tutoría de trabajo de titulación

ANEXO II.- ACUERDO DEL PLAN DE TUTORÍA DE TRABAJO DE TITULACIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA OBSTETRICIA

Guayaquil, 9 de diciembre del 2019

Sr (a).
Obst. Carmen Marín Soria Msc.
Director (a) de Carrera
En su despacho. -

De nuestra consideración:

Nosotros, DR. FREDDY ORLANDO ORTEGA LEÓN, docente tutor del trabajo de titulación y el o los estudiante (s) SHEYLA MISHELLE ALVARADO CUNINGHAN Y CAROLINA ESTEFANIA ROJAS CHAMAIDAN de la Carrera de obstetricia, comunicamos que acordamos realizar las tutorías semanales en el siguiente horario sábado a las 09:00 am – 13:00 , durante el periodo ordinario 2019 – 2020.

De igual manera entendemos que los compromisos asumidos en el proceso de tutoría son:

Asistir a las tutorías individuales 2 horas a la semana, con un mínimo de porcentaje de asistencia de 70%.
Asistir a las tutorías grupales (3 horas a la semana), con un mínimo de porcentaje de asistencia de 70%.
Cumplir con las actividades del proceso, conforme al Calendario Académico.

Tengo conocimiento que es requisito para la presentación a la sustentación del trabajo de titulación, haber culminado el plan de estudio, los requisitos previos de graduación, y haber aprobado el módulo de actualización de conocimientos (en el caso que se encuentre fuera del plazo reglamentario para la titulación).

Agradeciendo la atención, quedamos de Ud.

Atentamente,

Sheyla Alvarado.
FIRMA
SHEYLA MISHELLE ALVARADO CUNINGHAN
C.I: 0941686370

Carolina E. Rojas Ch.
FIRMA
CAROLINA ESTEFANIA ROJAS CHAMAIDAN
C.I: 0923320246

FIRMA
DR. FREDDY ORLANDO ORTEGA LEÒN
C.I: 0905110250

Anexo 3. Informe de avance de la gestión tutorial

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE OBSTETRICIA

INFORME DE AVANCE DE LA GESTIÓN TUTORIAL

Tutor: Dr. Freddy Ortega León, MSc. **Tipo de trabajo de titulación: PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

Título del trabajo: Principales complicaciones materno-fetales con diagnóstico de oligoamnios severo

No. DE SESIÓN	FECHA DE TUTORÍA	ACTIVIDADES DE TUTORÍA	DURACIÓN		OBSERVACIÓN Y TAREAS ASIGNADAS	FIRMA DEL TUTOR(A)	FIRMA DE LAS ESTUDIANTES
			INICIO	FIN			
1	11-10-2019	Revisión del tema de proyecto de investigación.	13:00	15:00			Karolina E. Rojas Ch.
2	25-10-2019	Revisión y explicación de la estructura de la tesis.	13:00	15:00			Karolina E. Rojas Ch.
3	8-11-2019	Capítulo1 Planteamiento del problema y formulación de objetivos.	13:00	15:00			Karolina E. Rojas Ch.
4	17-11-2019	Justificación y operacionalización de las variables.	13:00	15:00			Karolina E. Rojas Ch.
5	22-11-2019	Capítulo 2	13:00	15:00			Karolina E. Rojas Ch.
6	12-12-2019	Capítulo 3 metodología del trabajo de investigación.	13:00	15:00			Karolina E. Rojas Ch.
7	21-02-2020	Formulación de instrumentos de investigación, ficha observacional y entrevista.	13:00	15:00			Karolina E. Rojas Ch.
8	28-02-2020	Tabulación y análisis de resultados.	13:00	15:00			Karolina E. Rojas Ch.
9	6-03-2020	Conclusiones, recomendación y propuestas. Revisión por URKUND.	13:00	15:00			Karolina E. Rojas Ch.
10	9-03-2020	Normas APA y aprobación.	13:00	15:00			Karolina E. Rojas Ch.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE OBSTETRICIA

INFORME DE AVANCE DE LA GESTIÓN TUTORIAL

Tutor: Dr. Freddy Ortega León, MSc. **Tipo de trabajo de titulación: PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

Título del trabajo: Principales complicaciones materno-fetales con diagnóstico de oligoamnios severo

No. DE SESIÓN	FECHA DE TUTORÍA	ACTIVIDADES DE TUTORÍA	DURACIÓN		OBSERVACION Y TAREAS ASIGNADAS	FIRMA DEL TUTOR(A)	FIRMA DE LAS ESTUDIANTES
			INICIO	FIN			
1	11-10-2019	Revisión de tema de proyecto de investigación	13:00	15:00			Sheyla Alvarado
2	25-10-2019	Revisión y explicación de la estructura de la tesis	13:00	15:00			Sheyla Alvarado
3	8-11-2019	Capitulo1 Planteamiento del problema y formulación de objetivos	13:00	15:00			Sheyla Alvarado
4	17-11-2019	Justificación y operalizacion de las variables	13:00	15:00			Sheyla Alvarado
5	22-11-2019	Capitulo 2	13:00	15:00			Sheyla Alvarado
6	12-12-2019	Capitulo 3 metodologia del trabajo de investigación	13:00	15:00			Sheyla Alvarado
7	21-02-2020	Formulación de instrumentos de investigación, encuesta	13:00	15:00			Sheyla Alvarado
8	28-02-2020	Tabulación y análisis de resultados	13:00	15:00			Sheyla Alvarado
9	6-03.2020	Conclusiones, recomendación y propuestas. Revisión por URKUND	13:00	15:00			Sheyla Alvarado
10		normas APA y aprobación	13:00	15:00			Sheyla Alvarado

Anexo 4. Certificado del docente tutor del trabajo de titulación

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE OBSTETRICIA

Guayaquil, 5 Marzo del 2020

OBST. CARMEN MARIN SORIA MSc.
DIRECTOR (A) DE LA CARRERA/ESCUELA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
Ciudad.

De mis consideraciones:

Envío a Ud. el Informe correspondiente a la tutoría realizada al Trabajo de Titulación "PRINCIPALES COMPLICACIONES MATERNO-FETALES CON DIAGNÓSTICO DE OLIGOAMNIOS SEVERO" del (los) estudiante (s) ALVARADO CUNINGHAN SHEYLA MISHELLE con CI. 0941686370 y ROJAS CHAMAIDAN CAROLINA ESTEFANIA con CI. 0923320246, indicando ha (n) cumplido con todos los parámetros establecidos en la normativa vigente:

- El trabajo es el resultado de una investigación.
- El estudiante demuestra conocimiento profesional integral.
- El trabajo presenta una propuesta en el área de conocimiento.
- El nivel de argumentación es coherente con el campo de conocimiento.

Adicionalmente, se adjunta el certificado de porcentaje de similitud y la valoración del trabajo de titulación con la respectiva calificación.

Dando por concluida esta tutoría de trabajo de titulación, **CERTIFICO**, para los fines pertinentes, que el (los) estudiante (s) está (n) apto (s) para continuar con el proceso de revisión final.

Atentamente,

DR. FREDDY ORLANDO ORTEGA LEÓN, MSc.
TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN
C.I. 0905110250

Anexo 5. Certificado porcentaje de similitud

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE OBSTETRICIA

CERTIFICADO PORCENTAJE DE SIMILITUD

Habiendo sido nombrado **DR. FREDDY ORLANDO ORTEGA LEÓN CI. 0905110250**, tutor del trabajo de titulación certifico que el presente trabajo de titulación ha sido elaborado por **SHEYLA MISHELLE ALVARADO CUNINGHAN CI. 0941686370 y CAROLINA ESTEFANIA ROJAS CHAMAIDAN CI. 0923320246**, con mi respectiva supervisión como requerimiento parcial para la obtención del título de **OBSTETRA.**

Se informa que el trabajo de titulación: "**PRINCIPALES COMPLICACIONES MATERNO – FETALES CON DIAGNÓSTICO DE OLIGOAMNIOS SEVERO",** ha sido orientado durante todo el periodo de ejecución en el programa antiplagio (URKUN) quedando el 3% de coincidencia.

URKUND

Urkund Analysis Result

Analysed Document:	tesis Carolina Rojas y Sheyla Alvarado.docx (D65037574)
Submitted:	3/8/2020 4:53:00 PM
Submitted By:	freddy.ortegal@ug.edu.ec
Significance:	3 %

Sources included in the report:

TESIS DE CANO Y SANTACRUZ-convertido (1).pdf (D64911967)
PRISCILA CANO VARGAS PARA URKUND.docx (D37019501)
https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/5875/1/Quishpe%20Molina%2C%20Mar%C3%ADa%20del%20Carmen.pdf
https://eprints.ucm.es/2716/1/T19375.pdf
https://docplayer.es/80915659-Universidad-de-guayaquil-facultad-de-ciencias-medicas-escuela-de-obstetricia-tema-tesis-presentada-como-requisito-para-optar-el-titulo-de-obstetra.html

Instances where selected sources appear:

DR. FREDDY ORLANDO ORTEGA LEÓN, MSc.
TUTOR
CI. 0905110250

Anexo 6. Carta de autorización para la investigación

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
ESPECIE UNIVERSITARIA – NIVEL PREGRADO
CARRERA DE OBSTERICIA

Guayaquil,19 febrero del 2020

DRA. MARLENE SALTOS CALVACHE

DIRECTORA DEL HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL

Presente,

ASUNTO: Carta de compromiso del investigador de la institucion de salud: PRINCIPALES COMPLICACIONES MATERNO – FETALES CON DIAGNÓSTICO DE OLIGOAMNIOS SEVERO atendidas en el Hospital Matilde Hidalgo de Procel en el periodo mayo 2019 – abril 2020

De nuestras consideraciòn

Yo, Sheyla Mishelle Alvarado Cuninghan Cl. 0941686370, Carolina Estefania Rojas Chamaidan CL.0923320246 INTERNAS DE OBSTETRICIA.

en calidad de INVESTIGADOR, ante la autoridad del HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL manifiesto que me comprometo y estoy de acuerdo con la propuesta de compartir los resultados de nuestra investigacion, **PRINCIPALES COMPLICACIONES MATERNO – FETALES CON DIAGNÓSTICO DE OLIGOAMNIOS SEVERO atendidas en el Hospital Matilde Hidalgo de Procel en el periodo mayo 2019 – abril 2020.**

Certifico tambièn que se ha establecido acuerdos con la institucion con el fin de garantizar la confidecialidad de los individuos, en relaciòn con los registros mèdicos o fuentes de informaciòn a los que se autorice acceso.

Por la atenciòn prestada a esta peticiòn le quedamos muy agradecidas.

Atentamente,

ALVARADO CUNINGHAN SHEYLA MISHELLE ESTEFANIA

CL 0941686370

ROJAS CHAMAIDAN CAROLINA

CL. 0923320246

ORTEGA LEÓN FREDDY

CL. 0905110250

ANEXO 6

Universidad de Guayaquil
Facultad de Ciencias Médicas

SECRETARÍA DE LA CARRERA DE OBSTETRICIA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS. - Guayaquil, febrero 19 del 2020.- La infrascrita Directora de la Carrera de Obstetricia de la Facultad de Ciencias Médicas de la **UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL, CERTIFICA**: Que las **estudiantes – ALVARADO CUNINGHAN SHEYLA MISHELLE y ROJAS CHAMAIDAN CAROLINA ESTEFANIA**, presentaron su propuesta de trabajo de titulación cuyo tema es **"PRINCIPALES COMPLICACIONES MATERNO-FETALES CON DIAGNOSTICO DE OLIGOAMNIOS SEVERO."**

el mismo que fue revisado y aprobado por la Comisión del Trabajo de Titulación.

Obst. Carmen Marín Soria, MSc.
DIRECTORA (E) CARRERA DE OBSTETRICIA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Ing. Julio De La Torre, MSc.
GESTOR TITULACIÓN
CARRERA DE OBSTETRICIA

Realizado por:
Lcdo. Ricardo Dávalos Paredes

ANEXO 6

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE OBSTETRICIA

Guayaquil, 21 Abril del 2020

CERTIFICACIÓN DEL REVISOR

Yo **DR. CARLOS ALFREDO CANTOS CEDEÑO** revisor del trabajo de titulación "Principales complicaciones materno-fetales con diagnóstico de oligoamnios severo" certifico que el presente trabajo de titulación, elaborado por **ALVARADO CUNINGHAN SHEYLA MISHELLE** con **CI. 0941686370** y **ROJAS CHAMAIDAN CAROLINA ESTEFANIA** con **CI. 0923320246**, con mi respectiva asesoría como requerimiento parcial para la obtención del título de OBSTETRA, en la CARRERA DE OBSTETRICIA, FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, ha sido **REVISADO Y APROBADO** en todas sus partes, encontrándose apto para su sustentación.

Dr. Carlos Cantos Cedeño
MÉDICO ABOGADO FORENSE
REG. SAN. 6541
MATRIC. ABG. 09-2012-167

DR. CARLOS ALFREDO CANTOS CEDEÑO
DOCENTE TUTOR
C.I. 1200898334

ANEXO 6

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE OBSTETRICIA
RÚBRICA DE EVALUACIÓN TRABAJO DE TITULACIÓN

Título del Trabajo: Principales complicaciones materno-fetales con diagnóstico de oligoamnios severo **Autor(s): Sheyla Mishelle Alvarado Cuninghan – Carolina Estefania Rojas Chamaidan**		
ASPECTOS EVALUADOS	**PUNTAJE MÁXIMO**	**CALF.**
ESTRUCTURA ACADÉMICA Y PEDAGÓGICA	**4.5**	4.5
Propuesta integrada a Dominios, Misión y Visión de la Universidad de Guayaquil.	0.3	0.3
Relación de pertinencia con las líneas y sublíneas de investigación Universidad / Facultad/ Carrera	0.4	0.4
Base conceptual que cumple con las fases de comprensión, interpretación, explicación y sistematización en la resolución de un problema.	1	1
Coherencia en relación a los modelos de actuación profesional, problemática, tensiones y tendencias de la profesión, problemas a encarar, prevenir o solucionar de acuerdo al PND-BV	1	1
Evidencia el logro de capacidades cognitivas relacionadas al modelo educativo como resultados de aprendizaje que fortalecen el perfil de la profesión	1	1
Responde como propuesta innovadora de investigación al desarrollo social o tecnológico.	0.4	0.4
Responde a un proceso de investigación – acción, como parte de la propia experiencia educativa y de los aprendizajes adquiridos durante la carrera.	0.4	0.4
RIGOR CIENTÍFICO	**4.5**	4.5
El título identifica de forma correcta los objetivos de la investigación	1	1
El trabajo expresa los antecedentes del tema, su importancia dentro del contexto general, del conocimiento y de la sociedad, así como del campo al que pertenece, aportando significativamente a la investigación.	1	1
El objetivo general, los objetivos específicos y el marco metodológico están en correspondencia.	1	1
El análisis de la información se relaciona con datos obtenidos y permite expresar las conclusiones en correspondencia a los objetivos específicos.	0.8	0.8
Actualización y correspondencia con el tema, de las citas y referencia bibliográfica	0.7	0.7
PERTINENCIA E IMPACTO SOCIAL	**1**	1
Pertinencia de la investigación	0.5	0.5
Innovación de la propuesta proponiendo una solución a un problema relacionado con el perfil de egreso profesional	0.5	0.5
CALIFICACIÓN TOTAL *	**10**	10
***** El resultado será promediado con la calificación del Tutor Revisor y con la calificación de obtenida en la Sustentación oral		

DR. FREDDY ORLANDO ORTEGA LEÓN
CC. 0905110250

Fecha: 5 Marzo 2020

ANEXO 6

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE OBSTETRICIA
RÚBRICA DE EVALUACIÓN TRABAJO DE TITULACIÓN

Título del Trabajo: Principales complicaciones materno fetales con diagnóstico de oligoamnios severo.
Autor(s): Sheyla Mishelle Alvarado Cuninghan – Carolina Estefania Rojas Chamaidan

ASPECTOS EVALUADOS	PUNTAJE MÁXIMO	CALF.	COMENTARIOS
ESTRUCTURA Y REDACCIÓN DE LA MEMORIA	3	3	
Formato de presentación acorde a lo solicitado	0.6	0.6	
Tabla de contenidos, índice de tablas y figuras	0.6	0.6	
Redacción y ortografía	0.6	0.6	
Correspondencia con la normativa del trabajo de titulación	0.6	0.6	
Adecuada presentación de tablas y figuras	0.6	0.6	
RIGOR CIENTÍFICO	6	6	
El título identifica de forma correcta los objetivos de la investigación	0.5	0.5	
La introducción expresa los antecedentes del tema, su importancia dentro del contexto general, del conocimiento y de la sociedad, así como del campo al que pertenece	0.6	0.6	
El objetivo general está expresado en términos del trabajo a investigar	0.7	0.7	
Los objetivos específicos contribuyen al cumplimiento del objetivo general	0.7	0.7	
Los antecedentes teóricos y conceptuales complementan y aportan significativamente al desarrollo de la investigación	0.7	0.7	
Los métodos y herramientas se corresponden con los objetivos de la investigación	0.7	0.7	
El análisis de la información se relaciona con datos obtenidos	0.4	0.4	
Factibilidad de la propuesta	0.4	0.4	
La conclusión expresa el cumplimiento de los objetivos específicos	0.4	0.4	
Las recomendaciones son pertinentes, factibles y válidas	0.4	0.4	
Actualización y correspondencia con el tema, de las citas y referencia bibliográfica	0.5	0.5	
PERTINENCIA E IMPACTO SOCIAL	1	1	
Pertinencia de la investigación/ Innovación de la propuesta	0.4	0.4	
La investigación propone una solución a un problema relacionado con el perfil de egreso profesional	0.3	0.3	
Contribuye con las líneas / sublíneas de investigación de la Carrera/Escuela	0.3	0.3	
CALIFICACIÓN TOTAL*	10	10	

* El resultado será promediado con la calificación del Tutor Revisor y con la calificación de obtenida en la Sustentación oral

Dr. Carlos Cantos Cedeño
MÉDICO ABOGADO FORENSE
REG. SAN. 6541
MATRIC. ABG. 09-2012-167

DR. CARLOS ALFREDO CANTOS CEDEÑO
FIRMA DEL DOCENTE REVISOR
C.I. 1200898334

Fecha: 21/04/2020

Anexo 7. Aplicación de los instrumentos de la investigación

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE OBSTETRICIA

Anexo 8. Instrumentos de la investigación

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE OBSTETRICIA

ENTREVISTA N°1

Entrevistado: Dr. Jorge Luis Bravo Suarez.

Cargo: Médico tratante de ginecología y obstetricia.

Entrevistadores: Sheyla Alvarado – Carolina Rojas

Lugar: Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel.

1.- ¿Cuál considera usted que es la principal complicación que se presenta en el feto en pacientes con diagnóstico de oligoamnios severo?

El óbito fetal, el cual se presenta porque las bacterias ascienden por el tracto vaginal hacia la cavidad uterina infectando el feto y produciéndole la muerte intrauterina.

2.- ¿Cuál considera usted que es la principal complicación que se presenta en madre en pacientes con diagnóstico de oligoamnios severo?

La Corioamnionitis que se presenta por la pérdida de líquido junto a las infecciones de vías urinarias y vaginales no curadas, debido a la falta de educación prenatal.

3.- ¿Cuál es su opinión de implementar planes educativos y didácticos en gestantes que reciben sus controles prenatales en la institución con el fin de disminuir las complicaciones materno – fetales en casos de oligoamnios severo?

Sería muy bueno considerando que la mayoría de los pacientes acuden en el último trimestre de gestación, por lo cual no tienen una buena educación prenatal, y como consecuencia se presentan complicaciones.

ANEXO 8

ENTREVISTA N°2

Entrevistado: Dr. Francisco Arturo Vaca Morla.

Cargo: Médico Residente de Ginecología y Obstetricia.

Entrevistadores: Sheyla Alvarado – Carolina Rojas

Lugar: Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel.

1.- ¿Cuál considera usted que es la principal complicación que se presenta en el feto en pacientes con diagnóstico de oligoamnios severo?

El óbito fetal, el distress respiratorio debido al meconio.

2.- ¿Cuál considera usted que es la principal complicación que se presenta en la gestante con diagnóstico de oligoamnios severo?

La corioamnionitis es la complicación más grave del oligoamnios severo en la institución.

3.- ¿Cuál es su opinión de implementar planes educativos y didácticos en gestantes que reciben sus controles prenatales en la institución con el fin de disminuir las complicaciones materno – fetales en casos de oligoamnios severo?

Sería mejor considerando que en los centros de salud las pacientes no reciben controles rigurosos y al realizar ahí charlar educativas de manera didáctica se llega a la paciente de manera auditiva y visual.

ANEXO 8

ENTREVISTA N°3

Entrevistado: Dr. Marcelo Costa Zambrano

Cargo: Médico Tratante de Ginecología y Obstetricia

Entrevistadores: Sheyla Alvarado – Carolina Rojas

Lugar: Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel

1.- ¿Cuál considera usted que es la principal complicación que se presenta en el feto en pacientes con diagnósticos de oligoamnios severo?

El óbito fetal porque se necesita de líquido amniótico para que el desarrollo del feto sea normal, ya que el líquido amniótico evita traumatismo del producto que está dentro de la cavidad uterina. La cantidad normal de líquido amniótico es índice de que las funciones orgánicas del feto están en buenas condiciones, el feto deglute el líquido amniótico y lo expulsa a través de la orina, esto implicaría una buena función renal y digestiva. Por lo tanto, hay que determinar la causa de pérdida de líquido.

2.- ¿Cuál considera usted que es la principal complicación que se presenta en las gestantes con diagnósticos de oligoamnios severo?

La corioamnionitis es la complicación más grave que se produce en pacientes con diagnóstico de oligoamnios severo.

3.- ¿Cuál es su opinión de implementar planes educativos y didácticos en gestantes que reciben sus controles prenatales en la institución con el fin de disminuir las complicaciones materno – fetales en casos de oligoamnios severo?

Es importante implementar planes educativos y didácticos, ya que los controles prenatales son educativos, pues implica dar a conocer a la paciente el desarrollo fetal mediante ecografías obstétricas, también los signos de alarma y en caso de presentar algún signo o síntoma acudir inmediatamente al área de emergencia para así evitar complicaciones tanto para la madre como para el feto.

ANEXO 8

ENTREVISTA N°4

Entrevistado: Dr. Liduvina Peñafiel Ponce

Cargo: Ginecología y Obstetricia

Entrevistadores: Sheyla Alvarado – Carolina Rojas

Lugar: Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel

1.- ¿Cuál considera usted que es la principal complicación que se presenta en el feto en pacientes con diagnósticos de oligoamnios severo?

El óbito fetal, ya que si no hay suficiente cantidad de líquido amniótico el producto se puede obitar.

2.- ¿Cuál considera usted que es la principal complicación que se presenta en las gestantes con diagnósticos de oligoamnios severo?

La corioamnionitis es la complicación más grave que se presenta en las gestantes con diagnóstico de oligoamnios severo.

3.- ¿Cuál es su opinión de implementar planes educativos y didácticos en gestantes que reciben sus controles prenatales en la institución con el fin de disminuir las complicaciones materno-fetales en caso de oligoamnios severo?

Que deben asistir a los controles prenatales ya que no suelen asistir periódicamente. Por lo tanto, los controles insuficientes y la poca educación conllevarían a ciertas complicaciones, debido a que la gestante desconoce los signos y síntomas de alarma, por lo cual la paciente al presentar sintomatologías no acudiría al médico debido al desconocimiento.

¿QUÉ ES EL CONTROL PRENATAL?

Conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido/a.

RECOMENDACIONES ACERCA DEL PRIMER CONTRO PRENATAL

Se recomienda que el primer control sea realizado lo más pronto posible (primer trimestre del embarazo) y debe enfocarse a identificar y descartar patologías especiales. Aquellas embarazadas identificadas con riesgo de desarrollar complicaciones, deben ser referidas o transferidas a un nivel de atención de mayor complejidad.

¿CUÁLES SON LOS BENEFICIOS DEL CONTROL PRENATAL?

- Prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades maternas y neonatales.
- Vigilancia del desarrollo, crecimiento y vitalidad fetal.
- Manejo de los síntomas asociados al embarazo.
- Preparación física y mental para el parto.
- Educación para la salud familiar y la crianza del niño/a.
- Manejo y tratamiento de procesos infecciosos durante el embarazo.
- Preparación del proceso de la lactancia materna y su importancia.

CARACTERÍSTICAS DE LOS CONTROLES PRENATALES

Un control prenatal eficiente debe cumplir con cuatro requisitos básicos:

PRECOZ

La primera visita debe efectuarse tempranamente, en lo posible durante el primer trimestre de la gestación. Esto permite la ejecución oportuna de las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud que constituyen la razón fundamental del control. Además, torna factible la identificación temprana de los embarazos de alto riesgo, aumentando por lo tanto la posibilidad de planificar eficazmente el manejo de cada caso en cuanto a las características de la atención obstétrica que debe recibir.

PERIÓDICO

La frecuencia de los controles prenatales varía según el grado de riesgo que presenta la embarazada. Para la población de bajo riesgo se requieren 5 controles.

COMPLETO

Los contenidos mínimos del control deberán garantizar el cumplimiento

ANEXO 8

efectivo de las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

AMPLIA COBERTURA

En la medida que el porcentaje de la población controlada es más alto (lo ideal es que abarque a todas las embarazadas) mayor será el impacto positivo sobre la morbimortalidad materna y perinatal.

SEÑALES DE PELIGRO EN EL EMBARAZO

- Sangrado Transvaginal
- Pérdida de líquido amniótico
- Disminución de movimientos fetales
- Cefalea, acufenos y fotopsia
- Edema en cara, miembros superiores e inferiores.
- Fiebre
- Dolor de barriga
- Convulsiones
- Vómitos excesivos

Si en verdad quieres el bienestar tuyo y de tu bebé, no esperes estar enferma para acudir a tus controles prenatales, hazlo de forme periódica y oportuna solo así, lograrás tener un embarazo sin riesgos y te aseguraras de una excelente crianza para tu niño/a…**ACUDE AL CONTROL PRENATAL NO OLVIDES ESTAS A CARGO DE DOS VIDAS.**

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

"CARRERA DE OBSTETRICIA"

CONTROL PRENATAL

AUTORES:

- SHEYLA MISHELLE ALVARADO CUNINGHAN
- CAROLINA ESTEFANIA ROJAS CHAMAIDAN

ANEXO 8

Anexo 9. Tutorías de tesis

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE OBSTETRICIA