

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Obstetricia y Puericultura

Segunda Especialidad en Alto Riesgo Obstétrico



“POLIHIDRAMNIOS EN UNA GESTACIÓN DE 34 SEMANAS”.

Trabajo Académico presentado por la
licenciada Flores Silva, Carla Yovana

Para optar el título de **Segunda
especialidad en alto riesgo
obstétrico**

Asesora:

**Dra. Fernandez Vasquez, Armida
Angelica**

Arequipa - Perú

2021

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
SEGUNDA ESPECIALIDAD CON TRABAJO ACADÉMICO
ACTA PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ALTO RIESGO OBSTÉTRICO

En fecha y hora del 25 de Noviembre del 2021 17:00, en el salón de grados virtual de la Universidad Católica de Santa María se reunió el jurado:

PRESIDENTE : 0790 - ARENCIO HEREDIA MARCELINA LOURDES
VOCAL : 1550 - SOTOMAYOR MARTINEZ VICTORIA AURORA
SECRETARIO: 2633 - CARDENAS NUÑEZ YENHNY MARGARETH

Para recibir la sustentación del señor (a) (ita) :

FLORES SILVA CARLA YOVANA

Quien de acuerdo al Reglamento específico de Grados y Títulos de la Universidad Católica de Santa María, presentó el trabajo académico titulado:

POLIHIDRAMNIO EN UNA GESTACIÓN DE 34 SEMANAS

Con el que desea optar el Título de SEGUNDA ESPECIALIDAD en:

ALTO RIESGO OBSTÉTRICO

Concluida la sustentación del Trabajo Académico, el jurado procedió a formular las correspondientes preguntas y aclaraciones sobre el tema, realizando a continuación, la votación respectiva, obteniéndose el siguiente resultado:

APROBADO POR MAYORIA

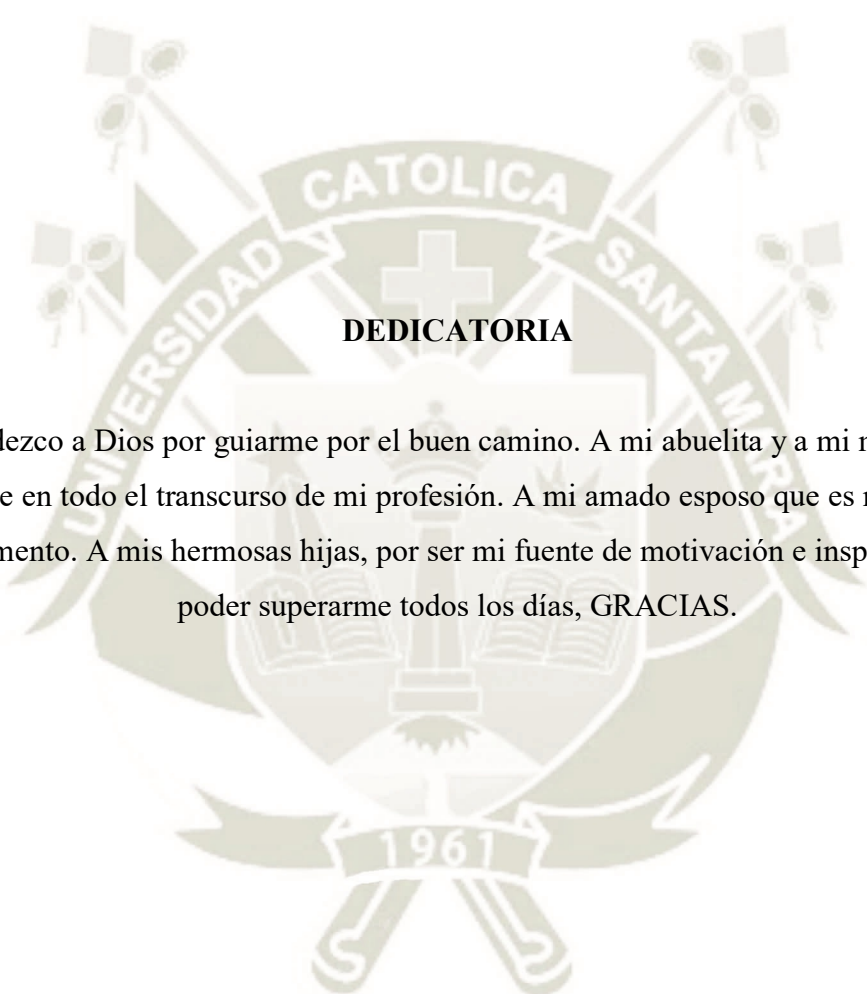
Siendo las 19:00, en el salón de grados virtual de la Universidad Católica de Santa María.

0790 - ARENCIO HEREDIA MARCELINA LOURDES
PRESIDENTE

1550 - SOTOMAYOR MARTINEZ VICTORIA AURORA
VOCAL

2633 - CARDENAS NUÑEZ YENHNY MARGARETH
SECRETARIO





DEDICATORIA

Agradezco a Dios por guiarme por el buen camino. A mi abuelita y a mi madre por apoyarme en todo el transcurso de mi profesión. A mi amado esposo que es mi pilar y mi complemento. A mis hermosas hijas, por ser mi fuente de motivación e inspiración para poder superarme todos los días, GRACIAS.

EPÍGRAFE

“Investigar es ver lo que todo el mundo ha visto, y pensar lo que nadie más ha pensado”

Albert Szent-Györgyi

ÍNDICE

Dedicatoria	i
Epígrafe	ii
Resumen	iii
Abstract	iv
Índice	v
Introducción.....	pág. 10
CAPÍTULO I: MARCO CONCEPTUAL.....	pág. 12
1.Líquido amniótico.....	pág. 13
1.1. Funciones.....	pág. 13
2.Polihidramnios o hidramnios	pág. 14
2.1. Definición.....	pág. 14
2.2. Frecuencia.....	pág. 14
2.3. Clasificación.....	pág. 15
2.4. Etiopatogenia.....	pág. 15
2.5. Etiología.....	pág. 16
2.6. Factores de riesgo asociados	pág. 17
2.7. Cuadro clínico.....	pág. 18
2.8. Diagnóstico.....	pág. 19
2.9. Manejo según nivel de complejidad y capacidad resolutiva.....	pág. 20
2.10. Conducta Obstétrica según Guías Técnicas.....	pág. 21

2.11. Tratamiento según Guías Técnicas.....	pág. 22
2.12. Complicaciones.....	pág. 22
2.13. Fluxograma.....	pág. 23
CAPÍTULO II: MARCO METODOLOGICO.....	pág. 24
Presentación de caso clínico	pág. 25
CAPÍTULO III: DISCUSIÓN.....	pág. 33
Análisis del caso clínico	pág. 34
Discusión.....	pág. 36
CONCLUSIONES.....	pág. 39
RECOMENDACIONES.....	pág. 40
REFERENCIAS.....	pág. 41
ANEXOS	pág. 43
A1 Ecografía obstétrica particular	pág. 44
A2 Atención por emergencia y otros	pág. 45

RESUMEN

OBJETIVO: Identificar los factores de riesgo de una paciente con diagnóstico de polihidramnios y analizar si se realizó una adecuada atención materno – fetal según capacidad resolutive del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo - Essalud.

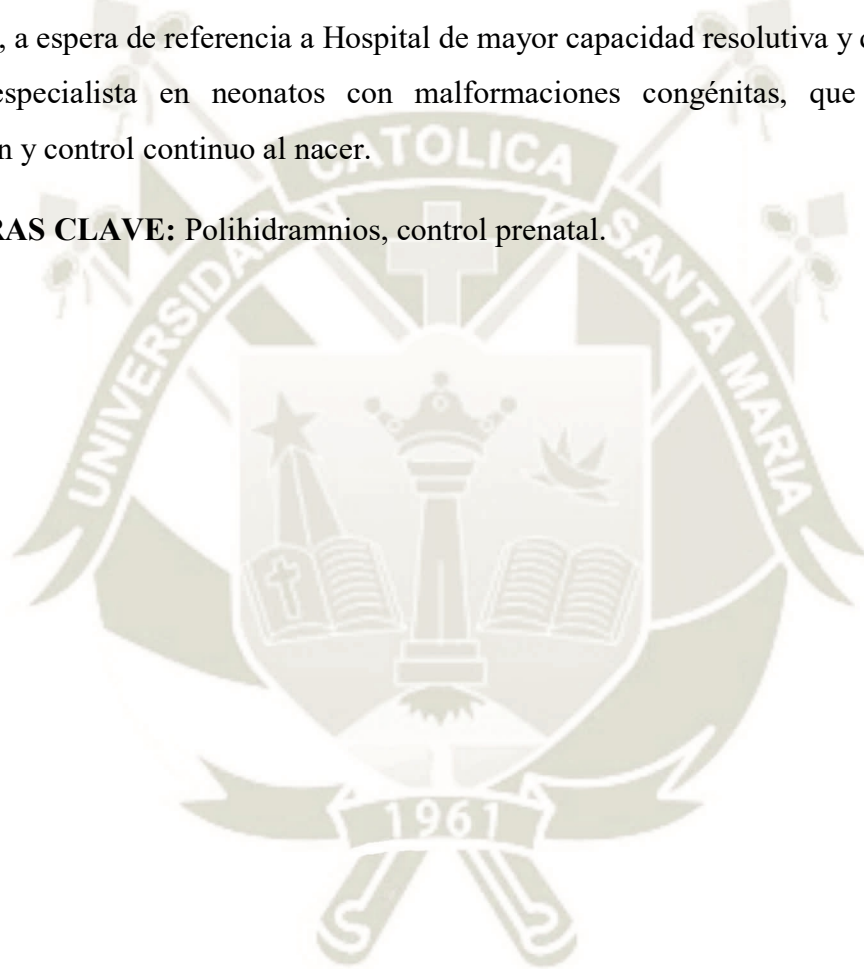
MATERIALES Y MÉTODOS: Es un estudio descriptivo, observacional, documental, donde se elaboró una historia clínica de una paciente con el diagnóstico de Polihidramnios, atendida en el mes de septiembre 2021 en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo – Essalud.

CASO CLÍNICO: Se presenta el caso clínico de una gestante de 40 años que acudió al Hospital Yanahuara, servicio de emergencia de Obstetricia y Ginecología el día 20/08/2021 a las 17:35 horas refiriendo presentar hace 5 días contracciones uterinas esporádicas, percibe movimientos fetales, niega sangrado vaginal, fecha ultima de menstruación: 27 de diciembre del 2020, fecha probable de parto: 03 de octubre del 2021, no presenta carnet de controles prenatales, es evaluada por médico ginecólogo con el diagnóstico de gestación de 34 semanas, d/c polihidramnios , d/c malformaciones fetales, cesárea anterior (2 veces); motivo por el cual es hospitalizada en el servicio de obstetricia del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo – Essalud. El día 21/08/2021: Paciente no refiere molestias, no dinámica uterina, niega sangrado vaginal, niega perdida de líquido, signos vitales dentro de los parámetros normales. Se realiza ecografía obstétrica: se observa feto en longitudinal cefálico izquierdo, latido cardiaco fetal: 131 latidos por minuto, ponderado fetal: 3476 gramos, placenta corporal posterior, con índice de líquido amniótico 33 mm, cervicometría: 43 mm, atresia intestinal, poliquistosis renal bilateral. Solicitan exámenes de laboratorio: Hemoglobina glicosilada y glucosa en ayunas se encontraron normales. El 24/08/2021: Es evaluada por ecografía obstétrica: se encontró cámara gástrica pequeña, d/c compromiso esofágico, paciente continúa en servicio con el diagnóstico de gestación de 34 semanas y 4 días, polihidramnios, d/c malformación fetal, queda con control de funciones vitales, control obstétrico, ecografía obstétrica cada dos días, reposo relativo.

CONCLUSIONES: El presente caso clínico concluye con una paciente que acudió por el servicio de emergencia de ginecología y obstetricia del Hospital Yanahuara – EsSalud de

forma oportuna, donde se le diagnóstico gestación de 34 semanas, d/c polihidramnios, d/c malformaciones fetales, cesárea anterior (2 veces), es hospitalizada en el servicio de obstetricia del Hospital Nacional Carlos Alberto Según Escobedo (HNCASE) - EsSalud, donde es evaluada y se corrobora el mismo diagnóstico, paciente queda con indicaciones y tratamiento médico. Paciente con evolución favorable, continúa en servicio bajo observación obstétrica, a espera de referencia a Hospital de mayor capacidad resolutive y que cuente con médico especialista en neonatos con malformaciones congénitas, que requieren un evaluación y control continuo al nacer.

PALABRAS CLAVE: Polihidramnios, control prenatal.



ABSTRACT

OBJECTIVE: To identify the risk factors of a patient diagnosed with polyhydramnios and to analyze whether adequate maternal-fetal care was carried out according to the resolution capacity of the National Hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo-EsSalud.

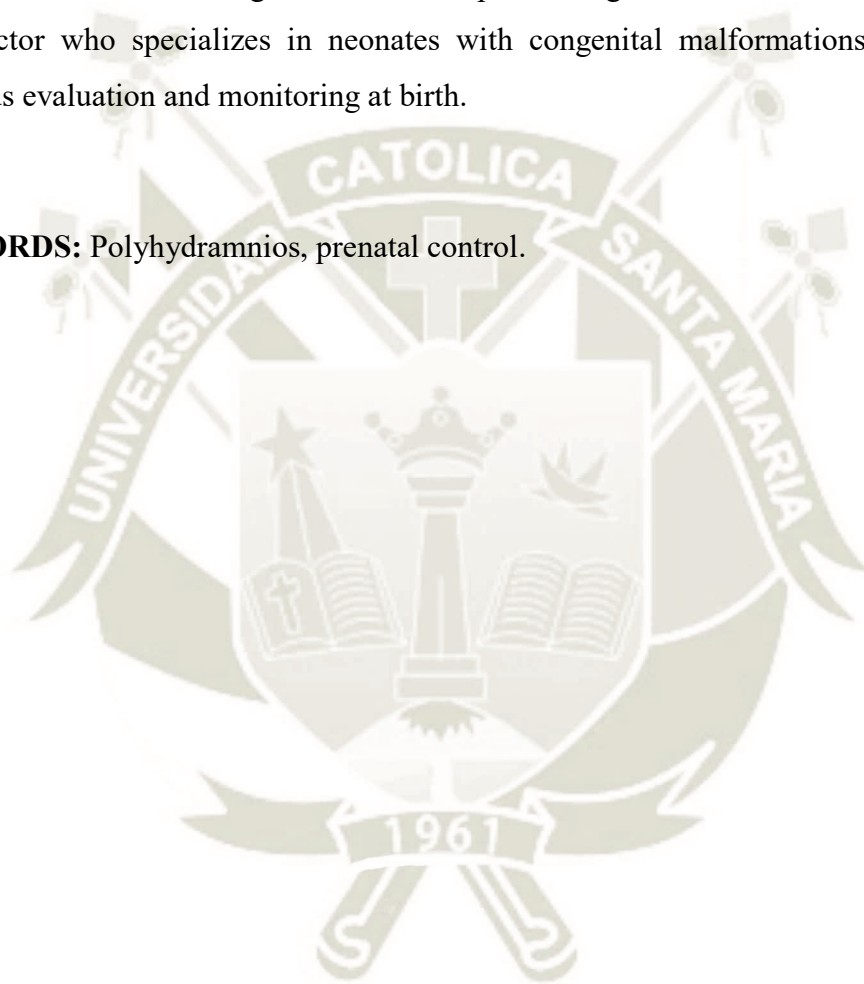
MATERIALS AND METHODS: It is a descriptive, observational, documentary study, where a clinical history of a patient with the diagnosis of polyhydramnios, attended in September 2021 at the Carlos Alberto National Hospital According to Escobedo - Essalud, was prepared.

CLINICAL CASE: We present the clinical case of a 40-year-old pregnant woman who attended the Yanahuara Hospital, Obstetrics and Gynecology emergency service on 08/20/2021 at 5:35 p.m., referring to having sporadic uterine contractions 5 days ago, perceives fetal movements, denies vaginal bleeding, last menstruation date: December 27, 2020, probable delivery date: October 3, 2021, does not present a prenatal check-up card, is evaluated by a gynecologist with a diagnosis of 34 weeks gestation, d / c polyhydramnios, d / c fetal malformations, previous caesarean section (2 times); reason for which she was hospitalized in the obstetric service of the Carlos Alberto Seguin Escobedo National Hospital - Essalud. On 08/21/2021: Patient does not report discomfort, no uterine dynamics, denies vaginal bleeding, denies fluid loss, vital signs within normal parameters. Obstetric ultrasound is performed: fetus is observed in left head longitudinal, fetal heartbeat: 131 beats per minute, fetal weighted: 3476 grams, posterior corporal placenta, with 33 mm amniotic fluid index, cervicometry: 43 mm, intestinal atresia, polycystic kidney disease bilateral. They request laboratory tests: Glycosylated hemoglobin and fasting glucose were found to be normal. 08/24/2021: She was evaluated by obstetric ultrasound: a small gastric chamber was found, oesophageal involvement d / c, patient continues in service with a diagnosis of 34 weeks and 4 days' gestation, polyhydramnios, fetal malformation d / c, remains with control of vital functions, obstetric control, obstetric ultrasound every two days, relative rest.

CONCLUSIONS: The present clinical case concludes with a patient who came to the emergency gynecology and obstetrics service of the Yanahuara Hospital - EsSalud in a timely

manner, where she was diagnosed with a 34-week gestation, d / c polyhydramnios, d / c fetal malformations, previous cesarean section (2 times), she is hospitalized in the obstetric service of the Hospital Nacional Carlos Alberto According to Escobedo (HNCASE) - EsSalud, where she is evaluated and the same diagnosis is corroborated, the patient is left with indications and medical treatment. Patient with a favorable evolution, continues in service under obstetric observation, awaiting referral to a Hospital with greater resolution capacity and that has a doctor who specializes in neonates with congenital malformations, who require continuous evaluation and monitoring at birth.

KEY WORDS: Polyhydramnios, prenatal control.



INTRODUCCIÓN

La mortalidad y morbilidad perinatal evalúa la calidad de la atención materna e infantil de los sistemas de salud y es representativa de la salud de una población. Tanto la mortalidad como morbilidad perinatal, se refiere a la que acontece en los fetos desde la semana 22 hasta el séptimo día de vida en neonatos (1, 2). El líquido amniótico (LA) es un fluido que rodea al feto dentro de las membranas ovulares en la cavidad uterina y proporciona un ambiente adecuado para el desarrollo del feto. La anomalía del volumen de líquido amniótico constituye un signo de alarma en la madre y el feto. La disminución excesiva de líquido amniótico se denominará oligohidramnios y al aumento como polihidramnios.

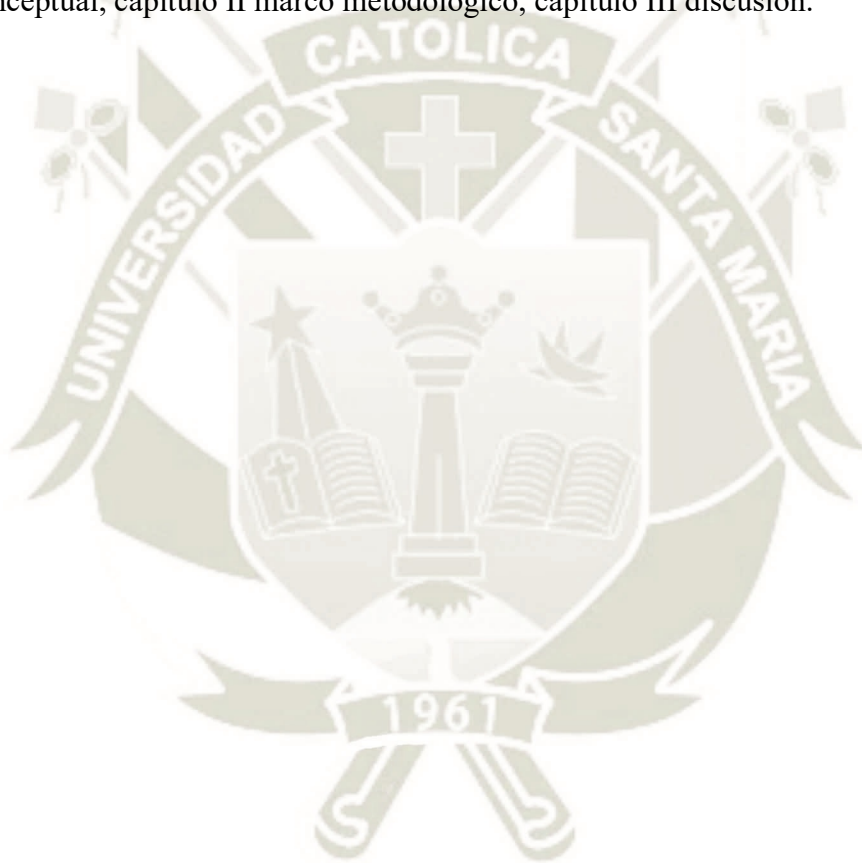
El polihidramnios es una acumulación excesiva de líquido amniótico y su presencia en el embarazo puede significar complicaciones maternas y fetales en un 50% a 60% idiopática. Existen 3 niveles de severidad para el diagnóstico: ILA Leve: 18-25, ILA Moderado: 25- 32, ILA Severo: >32. La existencia de alguna alteración de líquido amniótico se realizará midiendo el volumen de este, a través de ecografías obstétricas en cada trimestre, esto se lo puede hacer midiendo el diámetro vertical de la columna máxima libre de líquido amniótico cuyo valor normal es de 2 – 8cm, o calculando el índice de líquido amniótico ILA, el cual tiene como valores normales desde 8 a 24cm, durante el embarazo estos números varían relativamente. La producción de polihidramnios se realiza por perturbación de la circulación del líquido amniótico, con predominio de la producción sobre la absorción, puede afectar al 1-2% de todas las gestaciones” (3).

El polihidramnios es una complicación que puede aparecer entre un 0,4-1,9% de las gestaciones, siendo un indicador no específico de complicación del embarazo al estar asociado con amenaza de parto pretérmino, ruptura prematura de membranas y complicaciones maternas. El 80% de los casos de polihidramnios leves son idiopáticos, pero en la mayoría de los casos moderados o severos existen alteraciones maternas o fetales. Entre las enfermedades maternas que se asocian a hidramnios la más frecuente es la diabetes mellitus y en cuentas a las anomalías fetales más frecuentemente asociadas son las del sistema nervioso central y las gastrointestinales (4).

El polihidramnios es una patología relativamente frecuente en obstetricia que puede

complicar el embarazo según el grado de severidad. La mayoría de los casos no tienen una causa demostrable, aunque ahora con las nuevas técnicas de diagnóstico un porcentaje de ellos tiene afecciones genéticas. El tratamiento actual consta de fármacos junto a la amniocentesis con control ultrasonográfico (5).

El presente caso clínico tuvo como objetivo identificar los factores de riesgo de una paciente con diagnóstico de polihidramnios y analizar si se realizó una adecuada atención materno – fetal según capacidad resolutive y la estructura de este fue de la siguiente manera: capítulo I marco conceptual, capítulo II marco metodológico, capítulo III discusión.





**CAPÍTULO
I
MARCO CONCEPTUAL**

1. LÍQUIDO AMNIÓTICO

El líquido amniótico es un ultrafiltrado del plasma materno. Se compone de orina fetal. Sirve para proteger al feto, permitir su desarrollo músculo esquelético y amortiguar traumatismos, conserva la temperatura y tiene una mínima función nutritiva (6). Además, es un fluido que rodea al feto después de las primeras semanas de gestación. Durante gran parte del embarazo, el líquido amniótico se deriva casi en su totalidad del feto y tiene una serie de funciones que son esenciales para el crecimiento y desarrollo normales (7).

El índice de líquido amniótico (ILA) es la suma de la profundidad vertical del líquido medida en cada cuadrante del útero. Los rangos normales del ILA oscilan entre > 5 y < 24 cm (8).

1.1 Funciones:

- Permite la protección del feto de cualquier traumatismo en el abdomen materno.
- Ayuda a amortiguar el cordón umbilical de la compresión entre feto y útero.
- Posee propiedades antibacterianas al proporcionar cierta protección contra alguna infección (8).
- Crea un espacio físico para el movimiento fetal, necesario para el desarrollo muscular esquelético normal.
- Permite que el feto degluta, lo cual es indispensable para el desarrollo del tubo digestivo, y hace posible la respiración fetal, esencial para el desarrollo pulmonar. El líquido amniótico previene la compresión del cordón umbilical y protege al feto contra traumatismos. Tiene incluso propiedades bacteriostáticas.
- Las alteraciones en el volumen del líquido amniótico pueden ser reflejo de un problema en la producción o la circulación del líquido, como sucede en presencia de una anomalía fetal o placentaria subyacente (9).

1.2 Dinámica del líquido amniótico:

a) Formación de líquido amniótico: Varía a lo largo del embarazo

De la semana 1 a la semana 8: Puede haber líquido amniótico sin embrión. Trasudado del plasma materno a través del amnios.

De la semana 10 a la semana 18: Su origen estaría en el trasudado del líquido intersticial fetal a través de la piel fetal inmadura.

Más allá de la semana 18 el líquido amniótico se va a producir por el feto (9).

1.3 Valoración del líquido amniótico

Se estima de forma semicuantitativa mediante la ecografía. Se calcula mediante el índice de líquido amniótico (ILA; método de Phelan), que es la suma de los diámetros de las lagunas máximas libres de líquido amniótico halladas en cada uno de los cuatro cuadrantes en el que dividimos la cavidad amniótica (ILA normal = 8-24 cm). Se puede realizar esta medición a partir de las 24 semanas de gestación (9).

1.4 ALTERACIONES DEL LÍQUIDO AMNIÓTICO

Oligohidramnios: Es la disminución de líquido amniótico menores de 500 ml, o un ILA determinado por ecografía menor a 8 cm.

Polihidramnios: Es el aumento excesivo de líquido amniótico mayor de 2000 ml, o ILA por ecografía mayor a 18 cm (10).

2. POLIHIDRAMNIOS

2.1. DEFINICIÓN:

El polihidramnios o hidramnios es considerado el acúmulo patológico y/o anormal de líquido amniótico (LA) secundario a un aumento en la producción o deficiencia en la eliminación, ecográficamente se define cuando el índice de líquido amniótico es $\geq$ a 25 cm (11).

Tradicionalmente se ha definido como la cantidad de líquido amniótico superior a 2.000 ml, aunque puede no llegar a ser significativo clínicamente hasta alcanzar un volumen de 3.000-4.000 ml. Según el índice de Phelan, definimos polihidramnios con un índice de líquido amniótico $>$ 24 cm (12).

2.2.FRECUENCIA

Se trata de una patología que puede presentarse en la gestación en un 0,6 a 3,6 %, y es más frecuente en diabéticas, embarazos gemelares y en caso de malformaciones fetales (13) (14).

2.3. CLASIFICACIÓN

De acuerdo con el grado, usado principalmente en estudios de investigación para estratificar riesgos:

- a. **Leve:** AFI (índice de LA) es de 25 a 29.9 cm siendo el más común comprende dos tercios de los casos.
- b. **Moderado:** AFI de 30 a 34.9 siendo alrededor del 20 % de los casos.
- c. **Severo:** AFI de 35 cm o más, siendo alrededor del 15 % aproximadamente de los casos (15) (16) (17) (18).

De acuerdo con su evolución se clasifica en:

- d. **Agudo (2%):** de inicio súbito, aparece en el segundo trimestre, se asocia a malformaciones congénitas incompatibles con la vida y rápidamente a parto pretérmino.
- e. **Crónico (98%):** aparece en el tercer trimestre, se asocia a factores maternos y es principalmente idiopático (19).

2.4. ETIOPATOGENIA

El volumen de LA depende del producido por el aparato urinario fetal (26,3 ml/hora al final del embarazo) y en segundo lugar por el aparato respiratorio (300-400 ml/día) y su falta de eliminación o reabsorción relacionado principalmente con la deglución hasta 400 ml/día secundariamente al líquido producido por las membranas ovulares y el cordón, por lo que se produciría poli hidramnios cuando este volumen de formación es mayor (manteniendo la eliminación constante) poliuria fetal o cuando no se elimina adecuadamente (manteniéndose la producción constante) como en atresia esofágica (20).

2.5. ETIOLOGÍA

2.5.1. CAUSAS MATERNAS:

- a. Diabetes materna (15- 20 %)
- b. Gestación múltiple
- c. Isoinmunización RH
- d. Ingestión de litio
- e. Toxoplasmosis
- f. Citomegalovirus (21).

2.5.2. CAUSAS FETALES (15%):

- a. Malformaciones fetales como obstrucción digestiva (5 %), atresia esofágica, atresia duodenal, fistula traqueo esofágico, obstrucción intestinal o enfermedad de Hirschprung, defectos de la pared abdominal (onfalocele, gastrosquisis), debido a una deglución escasa por problemas neuromusculares u obstrucción mecánica, anencefalia, hidrocefalia, encefalocele, distrofia miotónica, miastenia materna, tumor facial, paladar hendido, macroglosia o micrognatia, trisomías 13, 18, 21 y malformaciones cardíacas.
- b. Infección congénita
- c. Aloinmunización de glóbulos rojos
- d. Anemia fetal severa (22).

2.5.3. CAUSAS PLACENTARIAS O FUNICULARES (menos frecuentes):

- a. Corioangioma de la placenta (21).
- b. Fístula arteriovenosa (19).

2.5.4. MISCELÁNEA:

- a. Receptor de transfusión entre gemelos
- b. Hidrops fetal o hidropesía fetal
- c. Placentomegalia
- d. Corioangioma
- e. Idiopático (21).

2.6. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

Está asociado a alta morbilidad materna.

- a. Trabajo de parto pretérmino
- b. Desprendimiento de placenta
- c. Dificultad respiratoria materna
- d. Hemorragia puerperal
- e. Mala actitud de presentación
- f. Prolapso de cordón
- g. Alta morbilidad perinatal
- h. Bajo peso al nacer
- i. Muerte perinatal
- j. Síndrome de dificultad respiratoria por prematuridad (20).

2.7. SÍNTOMAS DE POLIHIDRAMNIO

Al inicio los síntomas y signos no se percibirán por la gestante, a medida que el feto crece aumentara el volumen de líquido amniótico, los síntomas y signos serán más frecuentes: sensación de ahogo, compresión costal, disnea, edema, actividad uterina, distocia de presentación, tamaño de útero discrepa a la edad gestacional, entre otros (23).

2.8. COMPLICACIONES

Complicaciones maternas: Amenaza de parto y parto pretérmino, hipertensión inducida por el embarazo, rotura prematura de membranas, alteraciones respiratorias e infecciones urinarias.

Complicaciones fetales: Circular de cordón, sufrimiento fetal e infecciones congénitas, muerte intrauterina (óbito) dada por malformaciones incompatibles con la vida y muerte neonatal por prematuridad.

Complicaciones durante el parto: Prolapso de cordón, abrupción de placenta, cesárea, presentaciones fetales anómalas y hemorragia posparto por atonía uterina (9).

2.9. EVALUACIÓN CLÍNICA

- ✓ Altura uterina mayor que la que corresponde para la edad gestacional.
- ✓ Dificultad para delimitar al feto con las maniobras de Leopold o incapacidad para palpar las partes fetales.
- ✓ Dificultad en auscultar los latidos cardiacos fetales y a la palpación se aprecia exceso de líquido amniótico y/o exista peloteo fetal.
- ✓ Sensación subjetiva de aumento de líquido en el útero.
- ✓ Síntomas de compresión o distensión, como dificultad respiratoria, edema de miembros inferiores, vulva y abdomen, aumento de peso y desarrollo de preeclampsia (20).

2.10. DIAGNÓSTICO

Criterios diagnósticos: El ultrasonido ha de confirmar el incremento del volumen del líquido amniótico mediante los siguientes métodos:

2.10.1. ÍNDICE DE LIQUIDO AMNIOTICO (Phelan): el valor es la suma de las columnas máximas libres de feto y cordón de los cuatro cuadrantes referido en centímetros, y se puede expresar con o sin unidades.

- ✓ >25 y 32: polihidramnios leve
- ✓ >32: Polihidramnios severo

2.10.2. POZO VERTICAL MAXIMO

- ✓ >8: polihidramnios leve
- ✓ >12: polihidramnios severo (19).

2.10.3. DIAGNÓSTICO ECÓGRAFICO

Acúmulo patológico de líquido amniótico, más de 2-3 litros de LA o con estudio ecográfico de índice de líquido amniótico para gestación única por encima de 24 cm. Si el acúmulo de LA es mayor de 32 o más se considera polihidramnios severo para embarazo múltiple. Parámetro de columna máxima mayor de 8 cm y severo 12 cm o más (24).

2.10.4. EXÁMENES AUXILIARES

2.10.4.1 De patología clínica:

- ✓ Exámenes rutinarios de la atención prenatal: hematocrito, grupo sanguíneo y factor Rh, glucosa, examen de orina.
- ✓ Laboratorio: Curva de tolerancia a la glucosa, TORCH, Isoinmunización RH

2.10.4.2 De imágenes y otros:

- ✓ Ecografía obstétrica (confirmar sospecha clínica, descartar malformaciones congénitas, evaluar presentación, crecimiento y bienestar fetal).
- ✓ Ultrasonido de alta resolución para confirmar DIAGNÓSTICO clínico y detectar malformaciones fetales.
- ✓ Estudio Doppler Fetal.
- ✓ Monitoreo fetal (Test no estresante)
- ✓ Amniocentesis: Análisis de cromosomas (19) (20).

2.11. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

2.11.1. Objetivos terapéuticos

- ✓ Asegurar evolución satisfactoria de la gestación hasta las 35 semanas o lo más cerca de esta edad.
- ✓ Prevenir y evitar las complicaciones maternas.
- ✓ Identificar causas que requieran tratamiento específico.
- ✓ Diagnosticar precozmente malformaciones fetales incompatibles con la vida a fin de terminar la gestación (19).

2.11.2. Medidas generales y terapéutica:

2.11.2.1. Establecimiento con funciones obstétricas y neonatales primarias- FONP

- ✓ Identificación de factores de riesgos asociados
- ✓ Referir a FONB o FONE para apoyo diagnóstico

2.11.2.2. Establecimiento con funciones obstétricas y neonatales básicas- FONB

- ✓ Identificación de factores de riesgos asociados.

- ✓ De confirmar el diagnóstico referir a FONE para apoyo diagnóstico y manejo especializado.
- ✓ En caso sea idiopático y la gestante se encuentra estable, en una edad de gestación de 34 semanas, continuar atención prenatal en su establecimiento, con control ecográfico cada 2 semanas, posterior referir a FONE.
- ✓ En caso de diagnóstico polihidramnios severo por ecografía, en ausencia de compromiso hemodinámico, iniciar manejo con AINES (Indometacina), control ecográfico semanal.
- ✓ Atención del parto si el volumen del LA está dentro de los parámetros normales en el último control ecográfico antes de parto.
- ✓ Referir a FONE según criterios.

2.11.2.3. Establecimiento con funciones obstétricas y neonatales esenciales- FONE

- ✓ Evaluación ecográfica de LA, descarte de malformaciones fetales asociadas y confirmación de edad gestacional.
- ✓ Identificar causa probable
- ✓ Hospitalización con vía endovenosa permeable y CLNa 0.9% a 30 gotas por minutos, si paciente se encuentra en inicio de trabajo de parto, presenta RPM, o cursa disnea o dificultad para deambular.
- ✓ Considerar maduración pulmonar fetal (24 – 34 semanas con corticoides)
- ✓ Reposa en cama, diuréticos y la restricción de sal y de agua no son medidas eficaces.
- ✓ La vía del parto depende del bienestar fetal y de las indicaciones obstétricas estándares, antes del parto debe emplearse vigilancia con ecografía y cardiotocografía.
- ✓ De optar por parto vaginal y en presentación cefálica, realizar RAM con aguja N°18, cuando la dilatación está completa y en ausencia de contracción uterina.
- ✓ En caso de REM realizar tacto vaginal para descartar prolapso de cordón umbilical (19).

2.12. CONDUCTA OBSTÉTRICA SEGÚN LAS GUÍAS TÉCNICAS PARA LA ATENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE 10 CONDICIONES OBSTÉTRICAS.

Manejo general:

- ✓ Hecho el diagnóstico, hospitalización y hacer una historia clínica detallada.
- ✓ Exámenes de laboratorio Hemograma, Hemoglobina, Grupo y factor Rh, serológicas, HIV, perfil de coagulación, Curva de tolerancia a la glucosa, examen de orina, Test de Coombs, e isoimmunización Rh, pruebas para TORCH.
- ✓ Ecografía de alto nivel-Doppler y perfil biofísico (15).
- ✓ Si está asociado a embarazo múltiple, controles prenatales cada 2 semanas hasta las 28; a partir de las 29 semanas, evaluación semanal.
- ✓ Reposo en cama desde las 24 semanas, con lo que se asegura aumento de peso de los productos, aumento de la edad gestacional y disminución de la morbilidad perinatal (19).
- ✓ Monitoreo mediante Test no estresante.
- ✓ Amniocentesis si así se considera por confort de la madre o aumento exagerado de LA se retira de 200 a 800 ml; en el embarazo gemelar se retira de un solo saco.
- ✓ Evaluación morfológica fetal-análisis de cromosomas.
- ✓ Inhibir contracciones uterinas, evitar parto prematuro Calcio antagonistas, beta estimulante, anti-prostaglandinas como Indometacina 100 mg diarios por 7 días en 3 ciclos.
- ✓ La Indometacina 100 mg/día tiende a disminuir la producción de orina fetal, aumentar la absorción pulmonar de LA y de promover el transporte de agua a través de las membranas fetales, tiende a producir un cierre precoz del ductus arterioso, por lo que se debe seguir esta evolución mediante estudio ecográfico con flujometría Doppler en el ductus arterioso, descontinuándolo al indicio de vasoconstricción del ductus o cuando el índice de LA esté en valores normales (16 cm) (21).
- ✓ La extracción de líquido amniótico tiene riesgo de producir desprendimiento de placenta, corioamnionitis.

- ✓ Resonancia magnética para confirmar con mayor exactitud malformaciones o tumores fetales (20).

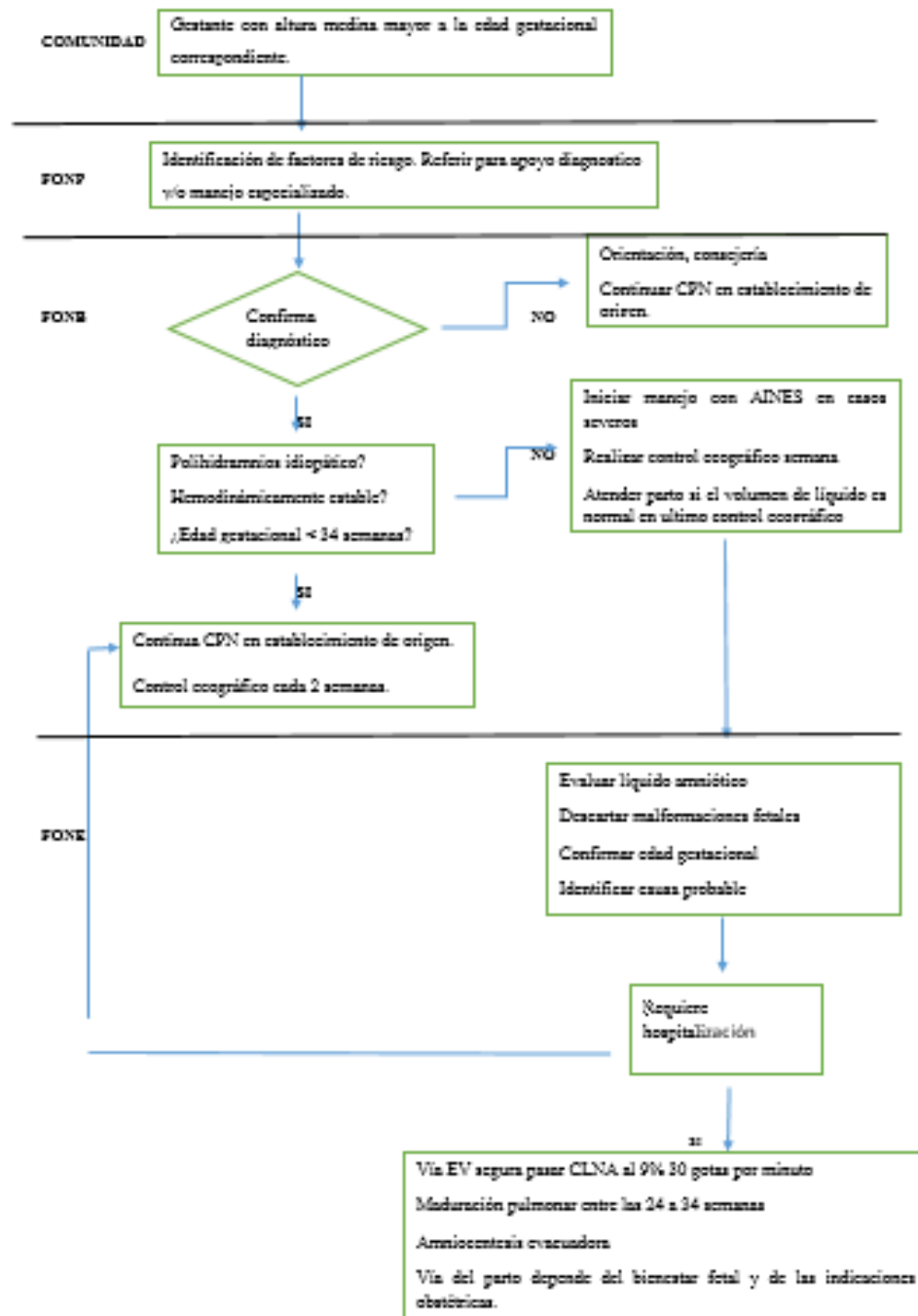
2.13. TRATAMIENTO SEGÚN LAS GUÍAS TÉCNICAS PARA LA ATENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE 10 CONDICIONES OBSTÉTRICAS.

Descartar la existencia de malformaciones fetales asociadas, sobre todo relacionadas con el aparato digestivo y el sistema nervioso central (19).

En las formas agudas se debe hospitalizar a la paciente, con reposo y eventual amniocentesis evacuadora. Dicha técnica se realiza, bajo condiciones asépticas, con una aguja del calibre 18 dejando salir el líquido amniótico a un ritmo de 500-700 ml./h. aliviando de este modo la disnea y el dolor de la paciente. El principal riesgo de esta técnica es la ruptura de membranas e incluso la corioamnionitis. Este procedimiento puede repetirse para lograr la comodidad de la mujer

Tratamiento con indometacina: La indometacina disminuye la producción fetal de la orina y aumenta el movimiento del líquido a través de las membranas fetales. La dosis usada por los diferentes autores varía entre 1,5 y 3 mg/Kg por día, siendo la más usada de 25 mg cada seis horas. Su empleo debe ser controlado por el riesgo de cierre del conducto arterioso fetal, ya que la indometacina tendría el potencial de producir constricción de dicho conducto, aumentando el riesgo después de las 32 semanas de gestación. El resultado sería una hipertrofia de la arteria pulmonar por redistribución del gasto cardiaco. Después del parto, la derivación de sangre a través del orificio oval producida por hipertensión pulmonar relativa causaría hipoxia neonatal, trastorno conocido como persistencia de la circulación fetal (12).

FIGURA 1
FLUXOGRAMA DEL MANEJO DE UNA PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE
POLIHIDRAMNIOS



FUENTE: - Ministerio de Salud (2021).

NOTA: Guía técnica para la atención, diagnóstico y tratamiento de 10 condiciones obstétricas, en el marco del plan esencial de aseguramiento universal – 2011 (19).



**CAPÍTULO
II
MARCO METODOLÓGICO**

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

I. ANAMNESIS

1.- FILIACION

- a) Nombre: E.V.P.R
- b) Edad: 40 años
- c) Cama: 202 F
- d) Seguro: ESSALUD
- e) D.N.I.: XXXXXXXX
- f) Fecha de nacimiento: 22/01/1981
- g) Lugar de nacimiento: Arequipa
- h) Lugar de procedencia: Arequipa
- i) Domicilio: Alto Selva Alegre
- j) Grado de instrucción: Superior
- k) Raza: Mestiza
- l) Sexo: Femenino
- m) Estado civil: Casada
- n) Religión: católica
- o) Idioma: Castellano
- s) Persona responsable: Dr. I. L. J.
- t) Fecha de ingreso: 20/08/2021
- u) Forma de ingreso: Por emergencia
- v) Tipo de anamnesis: Directa
- w) Nro. De historia clínica: 977450
- x) Historia clínica elaborada por: Carla Yovana Flores Silva
- y) Fecha de elaboración de la historia clínica: 20/08/2021

2.- ENFERMEDAD ACTUAL

Fecha: 20/08/2021

hora: 17:35 horas.

- a) Tiempo de enfermedad: 05 días
- b) Síntoma principal: Dinámica uterina esporádica
- c) Historia de la enfermedad:

Paciente Gestante de 40 años acude al servicio de emergencia de obstetricia y ginecología del Hospital Yanahuara refiriendo presentar hace 5 días contracciones uterinas esporádicas, cefalea frontal, niega fotopsias, percibe movimientos fetales, niega sangrado vaginal, niega sensación de pérdida de líquido amniótico con olor a lejía, no presenta edemas en miembros inferiores, motivo por el cual acude al servicio para evaluación obstétrica por emergencia , donde le diagnostican gestación de 34 semanas , d/c macrosomía fetal, d/c polihidramnios , d/c malformaciones fetales, cesárea anterior (2veces), se le realiza ecografía obstétrica: feto en longitudinal podálico derecha , latido cardiaco fetal : 140 por minuto , ponderado fetal: 3700 gr, índice de líquido amniótico : 15, placenta fúndica.

Funciones vitales estables.

Funciones biológicas:

- Apetito: Normal
- Sed: Normal
- Sueño: Conservado
- Micción: Si
- Deposiciones: Si

INDICACIONES:

- Se hospitaliza en el servicio de obstetricia del HNCASE
- Comunicar a medico de piso
- Exámenes de laboratorio
- Prueba covid
- Monitoreo fetal

3. ANTECEDENTES PERSONALES:

a) Antecedentes fisiológicos:

- Nacida de embarazo: Normal
- Nacida de parto: Eutócico
- Atención: Hospital
- Lugar: Arequipa
- Lactancia materna/ tiempo: 1 año
- Vacunas: Completas
- Dentición: Normal
- Crecimiento y desarrollo psicomotriz: Normal
- Inicio de marcha: Al año y medio

b) Antecedentes patológicos:

- Enfermedades crónicas: Hipertensión Arterial
- Medicación: si Aspirina
- Alergias: Niega
- Intervenciones quirúrgicas: Colecistectomía (2015), Cesárea Segmentaria (2010 y 2015).

c) Antecedentes Ginecológicos

- Menarquia: 12 años
- FUM: 27/12/2020
- Régimen catamenial: 3/30
- Cantidad: Regular
- Dismenorrea: No
- Inicio de relaciones sexuales: 17 años
- Nro. de parejas sexuales: 02
- Dispareunia: No
- Uso de MAC.: No
- PAP: octubre 2019 (negativo)
- Examen de mamas: normal
- Operaciones ginecológicas y obstétricas: cesárea anterior (2010 y 2015), presentación podálica y doble circular (gestaciones a término).

d) Antecedentes Obstétricos:

- Parto distócico: cesárea anterior 2 veces (2010 y 2015)
- Fórmula obstétrica: G3P2002
- Número de gestaciones: 3
- Número de partos a término: 2
- Número de partos prematuros: 0
- Número de abortos: 0
- Número de hijos vivos: 2
- Cesáreas: 2

4. ANTECEDENTES FAMILIARES:

- Madre 68 años: viva, diabetes mellitus
- Padre 74 años: vivo, triglicéridos elevados
- Hermanas de 51 y 48 años con diabetes mellitus.

11. EMBARAZO ACTUAL:

- Fórmula obstétrica: G3P2002
- Fecha de última menstruación: 27/12/2020
- Fecha probable de parto: 04/10/2021
- Edad gestacional: 34 semanas
- Gestante añosa
- Periodo intergenésico: Largo (6 años)
- N° de controles prenatales: Sin CPN
- Examen de Papanicolaou: 2020 (-)

III. EVALUACIÓN NUTRICIONAL:

- Talla: 160 cm
- Peso actual: 79 kg
- Ganancia de peso: Inadecuada según EG

IV. EXAMEN FÍSICO:

Signos vitales:

- Temperatura (T): 36.6 °C
- Presión Arterial (PA): 130/80 mm Hg
- Frecuencia Cardiaca (FC): 76 x minuto.
- Frecuencia Respiratoria (FR): 20 x minuto

Al examen clínico: Paciente en aparente regular estado general, lúcido y orientado en tiempo, espacio y persona.

En posición: Decúbito dorsal

- a) Piel y tejido celular subcutáneo: Trigueña tibia, turgor y elasticidad conservada.
- b) Cabeza: Acorde a su constitución, movilidad conservada.
- c) Cráneo: Normo céfalo, cabello bien implantado.
- d) Cara: Piel trigueña tibia.
- e) Ojos: Conjuntivas palpebrales rosadas, pupilas isocóricas.
- f) Oídos: Pabellones auriculares simétricos.
- g) Nariz: Normorrinea, tabique normal.
- h) Boca: Labios rosados, piezas dentales completas.
- i) Cuello: Simétrico no se palpa adenopatías tiroideas.
- j) Aparato respiratorio: Tórax móvil amplexación conservada.
- k) Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no se auscultan soplos.

Al examen obstétrico:

- l) Mamas:
Inspección: Mamas asimétricas, pezones hiperpigmentados
Palpación: Turgentes.
- m) Abdomen:
Abdomen grávido, AU: 38 cm, maniobras de Leopold feto: Longitudinal Cefálico Izquierdo. Auscultación feto: LCF 131 x minuto, movimientos fetales presentes.
- n) Genitales externos e internos: No se evidencia flujo vaginal, no se evidencia perdida de líquido amniótico a la maniobra de val salva.
- o) Extremidades superiores: Móviles, sin edema.
- p) Extremidades inferiores: Móviles, sin edema.

V. EVALUACIÓN ECOGRÁFICA:

- Al ingreso a hospitalización se le realiza una ecografía obstétrica el 20 /08/2021 a las 21:44 horas.

- DBP: 9.47
- CC: 34.92
- LF: 7.16
- PF: 3476 gr.
- CA:34.67
- Feto único vivo
- SPP: LCI
- LCF: 131 x minuto
- Placenta corporal posterior
- No signos de DPP
- ILA: 33
- Cervicometría: 43mm

VI. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA 20/08/2021:

- Gestación de 34 semanas
- D/C Polihidramnios
- D/C Malformaciones fetales
- Cesárea anterior (2 veces)

VII. TRATAMIENTO E INDICACIONES 20/08/2021:

- Dieta blanda y líquidos orales a voluntad
- Reposo relativo
- Control de funciones vitales
- Control obstétrico (movimiento fetal, latido cardiaco fetal, dinámica uterina)
- Control de diuresis
- Higiene vulvoperineal
- Exámenes de laboratorio:
- Hemoglobina glicosilada: 4.83
- Glucosa en ayunas

HOSPITALIZACIÓN OBSTETRICIA HNCASE

EVOLUCION POR DÍA:

Fecha: 21-08-2021

hora: 08:00 horas.

Paciente de 40 años multigesta que cursa con una gestación de 34 semanas y 1 día, niega molestias, no refiere dinámica uterina, no pérdida de líquido amniótico, al momento de evaluación sin particularidades.

Signos vitales: Presión arterial:115/64, frecuencia cardiaca: 85, temperatura: 36.5, frecuencia respiratoria: 18, saturación de oxígeno: 92 %.

Imagenología: Ponderado fetal:3476 gr, índice de líquido amniótico: 33, evidencias de atresia intestinal y poliquistosis renal bilateral fetal, cervicometria: 43mm;

Exámenes auxiliares: Hemoglobina: 14 g/dl, Glucosa: 81.4 mg/dl, Hemoglobina glicosilada: 4.83 %, Plaquetas: 204.000 mcl, leucocitos. 8.59 mcl, PCR: 0.49 mgl, continua con indicaciones médicas previas.

Fecha: 22-08-2021

hora: 07:30 horas.

Paciente de 40 años multigesta que cursa con una gestación de 34 semanas y 2 día, niega molestias, no refiere dinámica uterina, no pérdida de líquido amniótico, al momento de evaluación sin particularidades.

Signos vitales: Presión arterial:120/70, frecuencia cardiaca: 88, temperatura: 36.7, frecuencia respiratoria: 18, saturación de oxígeno: 93 %.

Imagenología: Ecografía externa: cámara gástrica algo pequeña, no liquido en asas intestinales, no se descarta compromiso esofágico. Monitoreo fetal: Categoría I, no se observa dinámica uterina, movimientos fetales presentes.

Exámenes auxiliares: Se solicita sedimento urinario: Negativo.

Fecha: 23-08-2021

hora: 07:40 horas.

Paciente de 40 años multigesta que cursa con una gestación de 34 semanas y 3 día, niega molestias, no refiere dinámica uterina, no pérdida de líquido amniótico, al momento de evaluación sin particularidades.

Signos vitales: Presión arterial: 110/74, frecuencia cardíaca: 80, temperatura: 36.3, frecuencia respiratoria: 18, saturación de oxígeno: 94 %.

Monitoreo fetal: Categoría I, no se observa dinámica uterina, movimientos fetales presentes.

Exámenes auxiliares: Hemoglobina: 12g/dl, Glucosa: 78 mg/dl, Plaquetas: 150000 mcl, leucocitos. 6.04 mcl, Interconsulta a cirugía pediátrica: responde evaluar por el servicio de neonatología la viabilidad para alcanzar la mayor edad gestacional y programar de forma conjunta la cesárea.

Fecha: 24-08-2021

hora: 08:10 horas.

Paciente de 40 años multigesta que cursa con una gestación de 34 semanas y 4 día, niega molestias, no refiere dinámica uterina, no pérdida de líquido amniótico, al momento de evaluación sin particularidades.

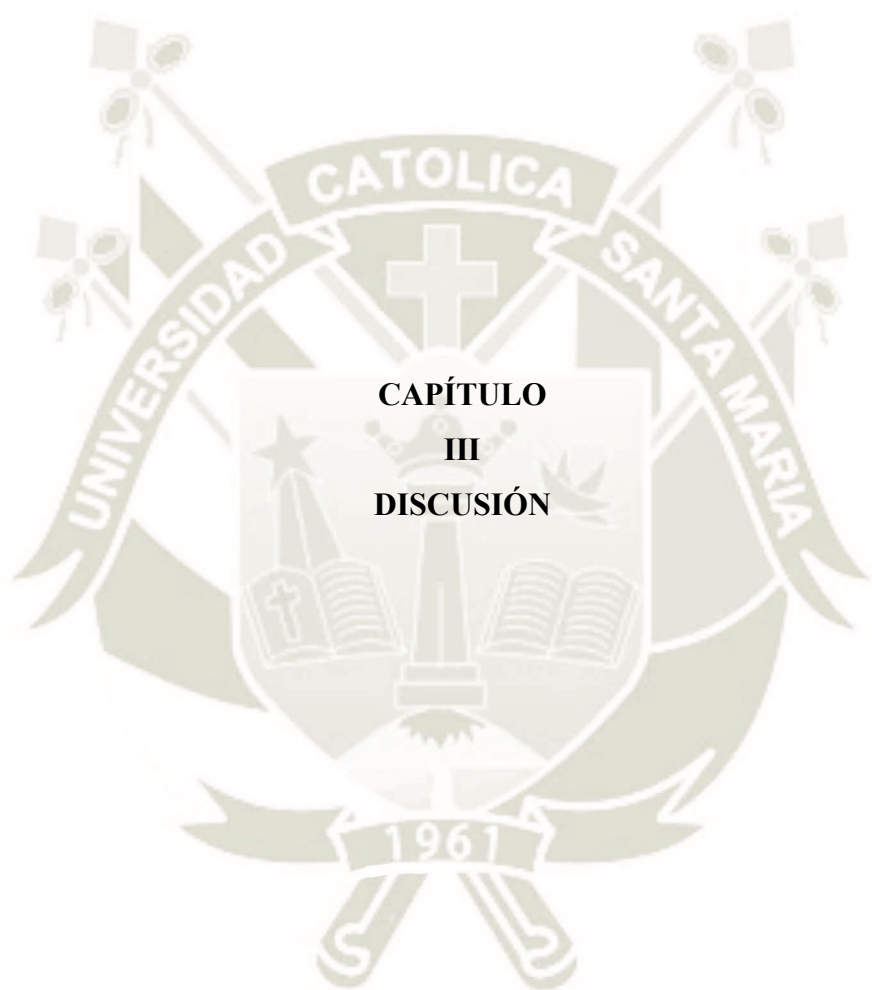
Signos vitales: Presión arterial: 120/70, frecuencia cardíaca: 87, temperatura: 36.7, frecuencia respiratoria: 18, saturación de oxígeno: 93 %.

Imagenología: Se solicita ecografía abdominal: sin particularidades, **Monitoreo fetal:** Categoría I, no se observa dinámica uterina, movimientos fetales presentes.

Exámenes auxiliares: Hemoglobina: 12g/dl, Plaquetas: 183,000 mcl, leucocitos. 6.04 mcl.

Paciente gestante continua en servicio de obstetricia hospitalizada con indicaciones médicas y evaluación obstétrica continua.

Plan con la paciente: Esperar que siga semanas de gestación, evaluación obstétrica, evaluación por neonatología, referencia a Hospital de mayor capacidad resolutive para evaluación por médicos subespecialista por complicación neonatal.



**CAPÍTULO
III
DISCUSIÓN**

ANÁLISIS DEL CASO CLÍNICO.

Paciente de 40 años multigesta, con una gestación de 34 semanas, acude al Hospital III Yanahuara servicio de emergencia de obstetricia por presentar hace 5 días contracciones uterinas esporádicas, niega pérdida vaginal de líquido o sangre. Es evaluada en tópico según guía técnica para la atención, diagnóstico y tratamiento de las condiciones obstétricas en la gestante, se puede resaltar que:

1.- Paciente gestante es evaluada por médico especialista donde se le brinda una atención inmediata, se solicitan exámenes de laboratorio, se realiza ecografía obstétrica, gestante queda con indicaciones de hospitalización en HNCASE por presentar alto riesgo obstétrico materno – fetal.

2.- Se hospitaliza a gestante para realizar control obstétrico y exámenes auxiliares para descartar alteraciones tanto maternas como fetales.

3.- Paciente llega al servicio de obstetricia a las 21:45 horas aproximadamente con un diagnóstico de embarazo de 34 semanas, d/c polihidramnios, d/c malformaciones fetales. Es evaluada con funciones vitales estables: Presión arterial: 115/64. Pulso 82 por minuto. Temperatura 36.4 °C. Vía endovenosa en brazo izquierdo, catéter N° 18, queda en observación con indicaciones médicas.

A) FACTORES DE RIESGO MATERNO EN EL EMBARAZO

1.- Un factor de riesgo es la edad materna, ya que puede presentar complicaciones tanto para la madre como para el feto durante la gestación, una manera de prevenir embarazos de riesgo materno – fetal es mediante las consultas pre gestacionales donde se informa y se evalúa riesgos que pueda presentar la futura mamá en el embarazo.

2.- Paciente no cuenta con controles prenatales, motivo por el cual no recibió la atención prenatal adecuada y no tuvo información sobre la importancia en la toma de suplementos y vitaminas que ayudan en el desarrollo embrionario.

B) CONTROL PRENATAL

- 1.- Gestante no cuenta con controles prenatales en la institución.
- 2.- Paciente tiene controles prenatales particulares, pero no cuenta con carnet perinatal en físico por lo que se desconoce información básica para determinación de riesgos que pudo presentar en el inicio de la gestación.
- 3.- Las ecografías en el embarazo fueron realizadas de forma particular.

C) SERVICIO DE EMERGENCIA HNCASE – ESSALUD AREQUIPA

1.- La gestante es recibida por el servicio de Emergencia de Ginecología y obstetricia HNCASE, es hospitalizada con los diagnósticos de:

- Gestación de 34 semanas
- D/c polihidramnios
- D/c malformación fetal
- Feto único cefálico
- Cesárea anterior (2 veces)

2.- Evaluación clínica inmediata al estado materno – fetal, se realiza indicaciones y tratamiento ante un polihidramnios.

3.- Perfil ecográfico fetal: feto activo, movilidad conservada, mantiene movimiento respiratorio, feto único vivo, latido cardíaco fetal: 131, ponderado fetal: 3476 gr, índice de líquido Amniótico (ILA): 33 cm.

5.- El diagnóstico de ingreso se confirma por presentar signos de polihidramnios y en evaluación por médico especialista en neonatología, se confirma múltiples malformaciones fetales.

6.- Paciente con evolución favorable, feto activo – reactivo, continúa hospitalizada en espera de ser referida a un Hospital de mayor resolución y que cuente con medico neonatologo especialista en neonatos con malformaciones congénitas, que requieren una evaluación y control continuo al nacer.

DISCUSIÓN

El Polihidramnios se define como la acumulación excesiva de líquido amniótico (2.000 ml o más) y se asocia a diversas complicaciones maternas – perinatales, su etiología aún no está clara, los informes que investigan los resultados perinatales, también son limitados y no han sido ampliamente tratados en la literatura científica hasta el momento, Además, en la práctica obstétrica todavía no existen directrices universales para estos casos que permitan un diagnóstico prenatal temprano (9). El detectar de manera precoz una gestación con signos de polihidramnios en mujeres embarazadas es importante pues tener exceso líquido amniótico es riesgoso e impide el desarrollo normal del feto. Es por eso que los controles prenatales son importantes desde el primer mes de gestación, no solo por la atención clínica que se realiza a la paciente si n también por la información que se brinda en cada consulta obstétrica, en un estudio realizado por Tashfeen K et al en el Hospital de Nizwa, Omán, realizaron un estudio de cohorte retrospectivo de todos los embarazos simples complicadas con polihidramnios después de 28 semanas de gestación. El polihidramnios se diagnosticó en el 1,8% de los embarazos; fue leve en 382 (80%), moderada en 84 (17,6%), y severa en 12 (2,4%). Un total de 72 (15,3%) casos de polihidramnios se complicaron con diabetes (diabetes mellitus gestacional o establecida) en comparación con el 10% del grupo de control y 39 (8,1%) neonatos tenían anomalías congénitas (26).

En el caso clínico analizado, se observa la falta de información sobre signos de alarma que tiene la paciente, ya que acude por emergencia cinco días después de presentar contracciones uterinas, pudiendo esto provocar un parto prematuro en domicilio, hemorragia post parto o un recién nacido sin atención médica inmediata.

Por otro lado, la infección por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2 (Covid-19), es un problema de salud pública que ha puesto a todo el sistema en salud en un estado de emergencia y a la fecha ha sido declarada pandemia por la organización mundial de la salud, es por ello que no se estuvo atendiendo de forma presencial en diversos consultorios como el consultorio de planificación familiar donde se brinda la atención preconcepcional , planificación de embarazo , métodos anticonceptivos , entre otros ; otro sector que se vio perjudicado son las gestantes, ya que no se pudo realizar controles prenatales presenciales , así como el seguimiento en el embarazo , post parto , puerperio etc. Es por eso que la

Directiva Sanitaria para la atención en los servicios de Salud Sexual Reproductiva durante la pandemia SARS-CoV-2 (Covid-19), nos dice que la atención prenatal debe incluir al menos 4 controles prenatales presenciales, una en el primer trimestre, una en el segundo trimestre y dos en el tercer trimestre; sin embargo en el caso clínico la paciente no presentó ningún control en la institución pero sí de forma particular, siendo un punto importante el que en distintos consultorios particulares no se entregue el carnet perinatal a la gestante, además, solo tenía ecografías desde el segundo trimestre considerándolas parte de sus controles particulares(25).

El ser gestante añosa puede conllevar complicaciones a lo largo de la gestación y sumado al diagnóstico de polihidramnios puede ser causal de un parto pretérmino, en el estudio de Tashfeen K et al en el Hospital de Nizwa, Omán, encuentra asociación entre el polihidramnios y la edad materna avanzada, 58 (12,2%) de las pacientes fueron mayores de 40 años. La tasa de mortalidad perinatal con polihidramnios fue 42 por cada 1.000 nacimientos en comparación con 14 por cada 1.000 nacimientos en el grupo control (26).

El polihidramnios se considera una de las complicaciones más graves durante el embarazo, una indicación para esta patología es la amniocentesis evacuadora, que consiste en una evacuación eco-guiada de líquido amniótico hasta lograr un volumen de líquido amniótico adecuado; sin embargo, esta intervención puede traer complicaciones como la rotura prematura de membranas, inicio de contracciones uterinas, corioamnionitis y abrupcio placentae.

El pronóstico de cada gestación dependerá de la etiología del polihidramnios y de la edad gestacional al parto. En las gestaciones únicas no está demostrado que el procedimiento mejore el pronóstico perinatal global y en ocasiones se realiza de forma paliativa, al tratarse defectos con malformaciones severas. La técnica de amniocentesis evacuadora puede repetirse las veces que se considere oportuno, en función de la sintomatología o de la cantidad de líquido amniótico presente. Es un procedimiento con muy pocas complicaciones asociadas (4).

Otro tipo de diagnóstico para evaluar líquido amniótico en la gestante es por la ecografía, en el estudio de Enay Yefet, Ety Daniel-Spiegel, resultados ante polihidramnios con ecografía normal. Israel, 2016. Al realizarse un estudio cohorte analizando ultrasonidos en gestantes, un 60% eran normales, en 2.2% de mujeres tuvieron polihidramnios durante el segundo o tercer trimestre. Además, se asoció el polihidramnios a mayores tasas de macrosomía y grande para la edad gestacional (27).

El estudio de Aguilar Quispe, Mitchell Max. Polihidramnios idiopático como factor de riesgo de resultados adversos materno-perinatales en el Hospital Belén de Trujillo durante el periodo enero 2012- julio 2015. Trujillo – Perú, 2017. Estudio observacional, analítico de cohorte retrospectiva, donde se analiza el polihidramnios como variable predisponente de complicaciones maternas y perinatales, se halla que la edad gestacional media asociada a polihidramnios está alrededor de los 30 años, y los efectos adversos encontrados fueron parto por cesárea, APGAR bajo al minuto, macrosomía, parto pretérmino, bajo peso al nacer, entre otros (28).

En el caso presentado en este documento se resalta la atención oportuna desde el servicio de emergencia hasta el área de hospitalización de obstetricia donde la paciente continua en observación con el diagnóstico de gestación de 34 semanas y 4 días , polihidramnios, d/c malformaciones fetales, con controles obstétricos y ecográficos continuos , evaluación por especialista en neonatología para evaluar si se refiere a hospital con mayor capacidad resolutive para la atención del neonato por los diagnósticos antes mencionados.

CONCLUSIONES

PRIMERA: Los antecedentes obstétricos en una paciente con polihidramnios, tienen importancia vital ya que nos permite conocer datos muy importantes a tener en cuenta para hacer un buen diagnóstico de esta patología, estos datos deben ser obtenidos luego de la elaboración de la historia clínica completa, además, que permite conocer los factores de riesgo de la paciente antes y durante la gestación, esto nos permitiría hacer una detección precoz, seguimiento, control y tratamiento de dicha enfermedad.

SEGUNDA: Se identificaron factores de riesgo como son: la edad materna de la gestante (40 años), antecedentes de diabetes mellitus de los familiares directos (madre y hermanas), bicesareada anterior (2015 y 2009), periodo intergenésico largo (6años),

TERCERA: El manejo de la paciente con el diagnóstico de polihidramnios en el HNCASE - ESSALUD fue oportuno y de acuerdo a la guía técnica para la atención, diagnóstico y tratamiento de 10 condiciones obstétricas y el manual de atención de urgencias y emergencias obstétricas y ginecológicas (MINSA-2011) (19)

RECOMENDACIONES

- 1.- A los servicios de salud: Se debe priorizar el acceso a la atención prenatal de forma oportuna, ya que por pandemia COVID – 19 los establecimientos de primer nivel cerraron la atención por consultorios externos, esto conlleva a que la gestante no acuda al servicio de obstetricia para iniciar o continuar sus atenciones prenatales de forma presencial y solo se estaría realizando trabajo remoto, tele consulta y/o tele monitoreo.
- 2.- Al Director del Hospital Nacional CASE: Gestionar la contratación de personal de Salud Especialista en la atención Neonatal para la atención inmediata del recién nacido y realizar el procedimiento adecuado en caso de presencia de complicaciones neonatales que pueda conllevar una atención especializada
- 3.- A la Red de Salud Arequipa Caylloma: Reforzar el sistema de vigilancia en la calidad de atención en obstetricia que se brinda en las clínicas privadas, ya que por encontrarnos en emergencia sanitaria por Covid-19 no se estaría cumpliendo con los estándares mínimos en la atención a la gestante, además la atención en obstetricia se cimienta en el control del embarazo actividad que actualmente se encuentra restringida en muchos establecimientos estatales por el riesgo de contagio por Covid-19 pero que ha sido retomada en establecimientos de salud privados.

REFERENCIA

- 1.- Patil N, Kulkarni S, Lohitashwa R. Umbilical Cord Coiling Index and Perinatal Outcome. J Clin Diagn Res. 2013;7(8):1675-1677.
- 2.- Bring HS, Varli IA, Kublickas M, Papadogiannakis N, Petersson K. Causes of stillbirth at different gestational ages in singleton pregnancies. Acta Obstet Gynecol Scand. 2013 Oct 10.
- 3.- Gómez, A., 2014. Gestante en semana 27 con polihidramnios leve moderado sin otros hallazgos. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete., pp. 1-5.
- 4.- Gutierrez J. Campillos J. Cruz E. Castan S. Amniodrenaje en el manejo del polihidramnios severo sintomático. ClinInvestGinObst.2014;41(1):45 – 48 (Consultado 25 de agosto del 2021). Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-amniodrenaje-el-manejo-del-polihidramnios-S0210573X13000051>.
- 5.- Lorenzana J. Orellana R. Polihidramnios Informe de un caso y manejo actual. Rev Med Hond 2002; 70:174-177. (Consultado 25 de agosto del 2021). Disponible en: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/caso%20clinico%20revista%20med%20hond.pdf>.
- 6.- Williams, Obstetricia y Medicina materno-fetal, 23ava Edic., 2011(Consultado 25 de agosto del 2021).
- 7.- Fred Morgan-Ortiz, Fred Valentín Morgan-Ruiz, Everardo Quevedo-Castro, Gertzain Gutierrez-Jiménez, Josefina Báez-Barraza. Anatomía y fisiología de la placenta y líquido amniótico. Rev. Med UAS; Vol. 5: No. 4. Septiembre-diciembre 2015 (Consultado 30 de agosto del 2021).

- 8.- S. Castan, J: J: Tobajas. Obstetricia para matronas: guía práctica Capítulo 16. Líquido amniótico; Pág. 139-148: Médica Panamericana, D.L. 2013 (Consultado 30 de agosto del 2021).
- 9.- J.V. Ramírez Obstetricia tema 17/7: fisiopatología del líquido amniótico (Consultado 30 de agosto del 2021), disponible en: <https://www.uv.es/jvramire/apuntes/passats/obstetricia/TEMA%20O-17.pdf>.
- 10.- Ministerio de Salud Pública, D. N. d. N., 2015. Ruptura prematura de membranas pretérmino. Guía de Práctica Clínica, pp. 1-18 (Consultado 30 de agosto del 2021).
- 11.- Dashe JS, McIntire DD, Ramus RM, et al. Hydramnios: anomaly prevalence and sonographic detection. Obste Gynecol 2002;100(1):134. (Consultado 25 de agosto del 2021).
- 12.- Arenas J. Melchor J. Merce L. Fundamentos de Obstetricia. SEGO. Madrid Edición 2007. (Consultado 25 de agosto del 2021).
- 13.- Yaman C Arzt W, Tulzer G. The Polyhydramnios and perinatal outcome. Am J Obstet Cyneal 1999; 181: 1079-82. (Consultado 25 de agosto del 2021).
- 14.- Cifuentes R y Arias F. Polihidramnios, Obstetricia de alto Riesgo 4ta Ed. Bogotá; Fondo Editorial 1995, pp 73-75. (Consultado 25 de Agosto del 2021).
- 15.- Lazebnik N, Many A. The severity of polyhydramnios estimated fetal weight and preterm delivery are independent risk factors for the presence of congenital anomalies. Gynecol Obstet Invest 1999; 48:28. (Consultado 25 de agosto del 2021).
- 16.- Luo QQ, Zou L, Gao H, et al. Idiopathic polyhydramnios at term and pregnancy outcomes: a multicenter observational study. J Matern Fetal Neonatal Med 2017;30(14):1755. (Consultado 25 de Agosto del 2021).

- 17.- Odibo IN, Newville TM, Ounpraseuth ST, et al. Idiopathic polyhydramnios: persistence across gestation and impact on pregnancy outcomes. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2016; 199:175. (Consultado 25 de agosto del 2021).
- 18.- Pri-Paz S, Khalek N, Fuchs KM, et al. Maximal amniotic fluid index as a prognostic factor in pregnancies complicated by polyhydramnios. Ultrasonido Obstet Gynecol 2012;39(6):648 (Consultado 25 de agosto del 2021).
- 19.- MINSA. Guías técnicas para la atención, diagnóstico y tratamiento de 10 condiciones obstétricas. Edición junio 2011- Lima. (Consultado 25 de agosto del 2021).
- 20.- Guevara E. Sanchez A. Luna A. Ayala F. Mascaro. Carranzo C. Meza L. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología. 2 da edición. Setiembre 2018 -Lima. (Consultado 25 de agosto del 2021).
- 21.- Cunningham Gary. Leveno K. Bloom S. Dashe J. Hoffman B. Casey B. Spong C. Williams Obstetrician. McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES. 25ª edición. México 2018. (Consultado 25 de agosto del 2021).
- 22.- Moore KL, Perseaud TUN, Embriología CLÍNICA, 6ta Ed México DF.; McGraw-Hill Interamericana, 1999; P 156-60. (Consultado 25 de agosto del 2021).
- 23.- Mayoclinic., 2018. Polihidramnios: Síntomas. (Consultado 25 de agosto del 2021), disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseasesconditions/polyhydramnios/symptoms-causes/syc-20368493?p=1>.
- 24.- Cifuentes R y Arias F. Polihidramnios, Obstetricia de alto Riesgo. 4ta Ed. Bogotá; Fondo Editorial 1995, pp 73-75. (Consultado 25 de agosto del 2021).

25.- Guía Técnica: Guía de práctica clínica para la atención, diagnóstico y tratamiento de diabetes mellitus que se origina en el embarazo (Consultado el 25 de agosto del 2021).

Disponible:

https://www.saludarequipa.gob.pe/salud_personas/archivos/GPC%202010/RM487-2010-MINSA%20Atenciones%20Obstetricas.pdf.

26.- Mathew M, Saquib S, Rizvi S. Polyhydramnios. Risk factors and outcome. Saudi Med J. 2008 Feb;29(2):256-60 (Consultado 10 de septiembre de 2021).

27.- Enav Yefet, Etty Daniel-Spiegel, Resultados ante polihidramnios con ecografía normal. Pediatrics 2016; 137(2): 1-2 (Consultado 10 de septiembre de 2021).

28.- Aguilar Quispe, Mitchell Max. Polihidramnios idiopático como factor de riesgo de resultados adversos materno-perinatales en el Hospital Belén de Trujillo durante el periodo enero 2012- julio 2015. Trujillo-Perú: Universidad Privada Antenor Orrego; 2017 (Consultado 10 de septiembre de 2021).

ANEXOS

ANEXO N.º 1: HALLAZCO ECOGRAFICO PARTICULAR, TRAI DO POR LA PACIENTE



Paciente : [REDACTED]
n : [REDACTED]
: 20/08/2021

AREQUIPA

ECOGRAFIA OBSTETRICA

El examen ecográfico realizado mostró:
Presencia de imagen fetal intrauterina, única, en presentación pélvica, con dorso a la derecha en relación a la madre.
Cámara gástrica algo pequeña y no se observa líquido en asas intestinales. No se descarta compromiso esofágico.
Resto de órganos fetales examinados se observan ecográficamente normales.
Movimientos activos fetales conservados.
Frecuencia cardiaca fetal: 132 latidos por minuto. Tono fetal adecuado.
Líquido amniótico anecogénico, homogéneo, aumentado en cantidad.
Índice de líquido amniótico: 34 Pozo máximo: 11.
Placenta homogénea con bordes ecogénicos discretos, de implantación corporal posterior izquierdo, con grosor máximo de 42 mm.
No signos de placenta previa.
DBP: 94 mm. LF : 75 mm.

TRA

CONCLUSION: Vitalidad fetal conservada.
Cámara gástrica algo pequeña y no se observa líquido en asas intestinales. No se descarta compromiso esofágico.
Edad gestacional: 39 semanas +/- 1.5 semanas.
Presentación pélvica en el momento actual del examen.
Placenta grado II (escala: 0/III).
Polihidramnios severo.
Ponderado fetal aproximado: 3759 grs.
No distocia funicular.
F.P.P: 27/Agosto/2021 +/- 1 semana.

[REDACTED]

CMP 334-7000-00

RADIOGRAFIAS DIGITALES • MAMOGRAFIAS DIGITALES • ECOGRAFIA 3D Y 4D
DOPPLER A COLOR • MARCADORES ECOGRAFICOS LABORATORIO • DE ANALISIS CLINICOS

ANEXO 2: ATENCIÓN EN EMERGENCIA ggggg

44359511-28/08/2021 18:00-173.30.237.106

11/08/2021
FEMENINO

Fecha de Vigencia
Seguro

Acto Médico

CAR de Atención
Emergencia

Tipos

Area de Atención: 1

Fecha de la Atención

Profesional Asistencial

Hora de la Atención 17:35

Informe UCI

Anamnesis (44359511-28/08/2021 18:00-173.30.237.106)
 Em 27 de diciembre del 2020 eg 33 semanas 5 días
 ecografía del primer trimestre 24 semanas 1 día (de 42 cm de 8 kg 2 lbs y pesada antenatal 2 veces
 percentil por su curva macrometria fetal superior de 90to percentil de macrometria fetal

Examen Clínico (44359511-28/08/2021 18:00-173.30.237.106)

Signos Vitales:

Presión Arterial (mm/Hg)	120 / 80	Frecuencia Cardíaca (Latidos x Min)	76	Ver Gráfico
Presión Venosa Central (cm H2O)	8	Frecuencia Respiratoria x Min	8	
Temperatura Corporal (°C)	36.0			

Antropometría:

Peso (Kg)	9.000	Talla (M)	1.50	IMC	38
Perímetro Abdominal	88				

al examen eneg refren palpable rc cénicas su 28 cm foto lpl 47 140 no cambios cervicales
 hemodinamia normal
 ecografía pl 1 a 1200 gr la 25 percentil fundica

Diagnóstico (44359511-28/08/2021 18:00-173.30.237.106)

Código	Descripción	Tipo
Q30.1	ATENCIÓN MATERNA POR PRESENTACIÓN DE HALLAZGOS	PRESUNTIVO
Q34.2	ATENCIÓN MATERNA POR ECATRIET UTERINA DUEIDA A CIRCUNFERENCIA	PRESUNTIVO
Q30.5	ATENCIÓN MATERNA POR DISPROPORCIÓN DUEIDA A FETO DEMASIADO GRANDE	PRESUNTIVO

Prioridad de Atención PRIORIDAD II - EMERGENCIA

Plan de Trabajo (44359511-28/08/2021 18:00-173.30.237.106)
 se hospitaliza en obstetricia hospital fondo

Indicaciones (44359511-28/08/2021 18:00-173.30.237.106)
 comenzar a medicos de piso
 exámenes laboratoriales
 control
 monitoreo fetal

Resultado de la Atención TRANSFERENCIA HOSPITALIZACIÓN

Tipo de Atención ATENCIÓN EMERGENCIA

Solicitudes Interconsultas (44359511-28/08/2021 18:00-173.30.237.106)

Solicitud	Acto Médico Fecha y Hora	Servicio	Motivo	Estado

Exámenes Auxiliares Solicitados (44359511-28/08/2021 18:00-173.30.237.106)

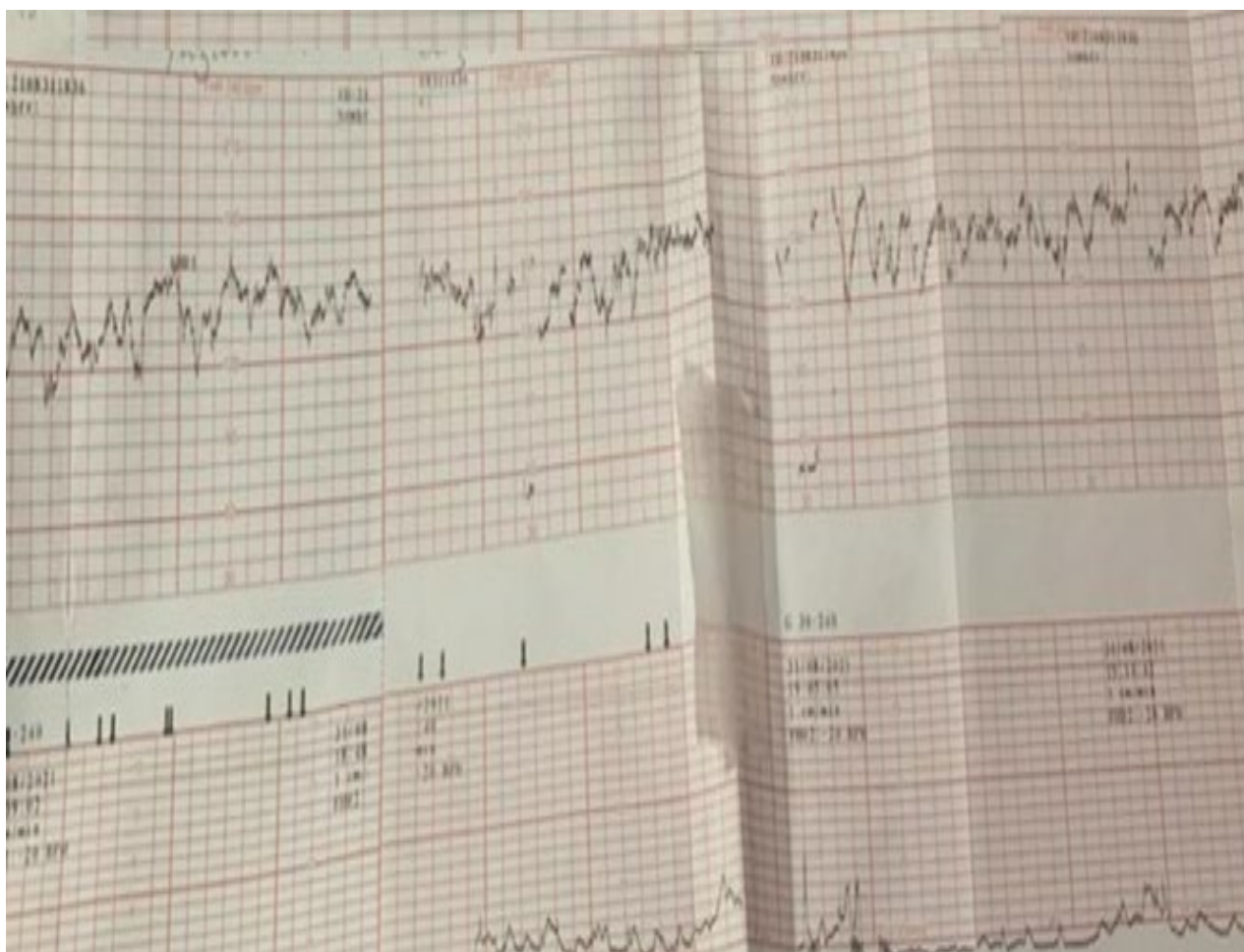
Solicitud No 339936

Código 85125 HEMOGRAMA AUTOMATIZADO (HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, ERITROCITOS, LEUCOCITOS Y PLAQUETAS) FORMA
 DIFERENCIAL AUTOMATIZADA DE LEUCOCITOS

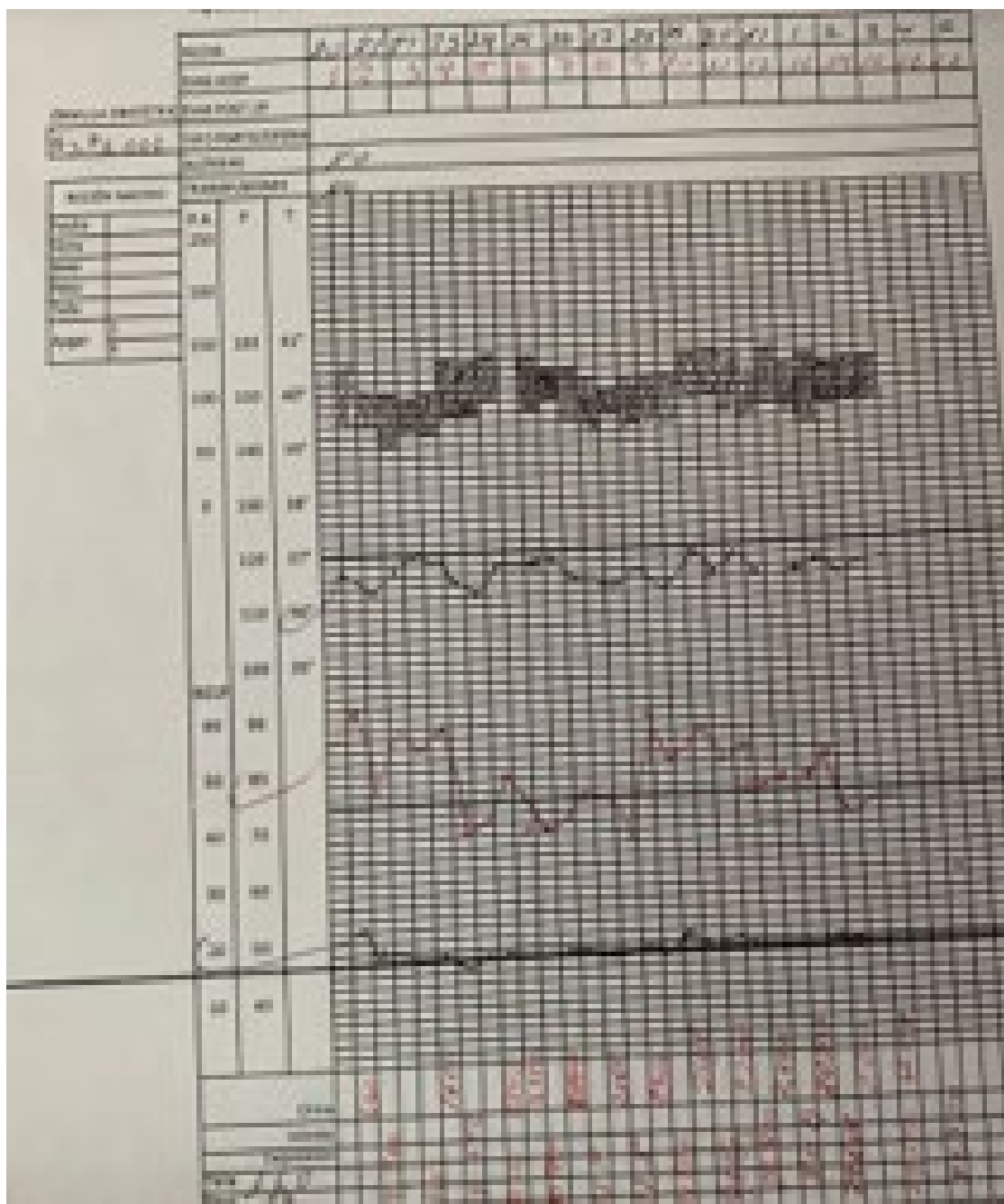
Indicaciones

FECHA RESULTADO: 11

ANEXO N.º 3: MONITOREO FETAL EN EMERGENCIA



ANEXO 4: HOJA DE CONTROL DE FUNCIONES VITALES OBSTETRICOS



Terapia (suero)	FECHA	ACTIVIDAD
U. No 9/20	Vio	20/8/21. Exce. Neg. ✓
		" B.K.G. ✓
		" T.N.S.T. - ✓
	22/8/2021	Glucosa (R) ✓
	"	Hemoglobina glucosilada (R) ✓
	"	RACU ✓
	22-8-2021	T.N.S.T. ✓
	"	ecg ✓
	"	Ec de mioc ✓
	23-8-2021	T.N.S.T. ✓
	24-8-2021	Prueba de Tolerancia a la Gluc 20" ✓
	24-8-2021	Hc Cardiológica ST ✓
	"	EEG ✓
	21	T.N.S.T. ✓

EDAD 40.
FECHA DE NAC. 22/1/85-
C.U. 08.
GRUPO SANG O +

20/8/21

APELLIDO

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

ANEXO 5: MONITOREO FETAL REALIZADO EN EL HNCASE - ESSALUD

