



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

TESIS

**“RELACION ENTRE LAS COMPLICACIONES DEL TRABAJO DE PARTO Y
CARACTERISTICAS DEL LIQUIDO AMNIOTICO, HOSPITAL SANTA MARIA
DEL SOCORRO – ICA 2016”**

**PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

PRESENTADO POR:

BACHILLER: ÑAÑEZ FAJARDO, MARIA CELINDA.

ICA – PERÚ

2017

DEDICATORIA

A mi madre,

que apostó por mí para ser una profesional exitosa.

A mis abuelos,

por estar conmigo siempre

A mis hijos, que son mis

motivos para seguir luchando por lo que quiero.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradezco a Dios por darme un día más de vida que permitió que llegara a este día tan importante para mí.

Mi más profundo y sincero agradecimiento a todas aquellas personas que con su ayuda han colaborado en la realización del presente trabajo, en especial a mi Madre, que con su esfuerzo me dio lo que me hacía falta para la culminación de mis estudios; a mis abuelos que siempre estaba alentándome y por el sacrificio que hicieron día a día para poder darme lo necesario.

A mis maestros por el seguimiento y la supervisión continúa

A mi abuelo, persona muy especial que, a pesar de todos los conflictos, nunca me dio la espalda me dio la ayuda y las ganas de seguir adelante ya que cada vez que perdía las fuerzas siempre estaba alentándome a seguir y lo que me enseñó que el fracaso no existe y que el éxito se logra con sufrimiento.

A todos ellos, muchas gracias de todo corazón.

RESUMEN

Se realizó una investigación cuyo objetivo principal fue determinar la relación que existe entre las complicaciones del trabajo de parto con las características del líquido amniótico en las gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica - 2016; la población estuvo conformada por todas las gestantes en trabajo de parto atendidas en el Hospital Santa María del Socorro durante el año 2016 y la muestra, por las gestantes en trabajo de parto quienes presentaron complicaciones durante este periodo; teniendo un muestreo no probabilístico por conveniencia.

El tipo de investigación utilizado fue el observacional, con un nivel de investigación descriptivo, retrospectivo y transversal y un método deductivo - documental; el instrumento utilizado fue la ficha de recolección de datos donde se registraron los datos obtenidos de las historias clínicas. Los datos fueron analizados en el paquete estadístico SPSS versión 24.

Los resultados arribados en este estudio fueron que el sufrimiento fetal agudo el 23.3% presentó Oligohidramnios y 20.8% líquido amniótico verde fluido; el 24.2% de las gestantes con frecuencia cardíaca fetal basal de 120 a 130 presentó Oligohidramnios; un 22.5% de gestantes que presentó asfixia perinatal presentó Oligohidramnios y el 20.8% líquido amniótico verde fluido.

Concluyendo que no Existe relación significativa entre las complicaciones del trabajo de parto con características del líquido amniótico en pacientes del Hospital Santa María del Socorro de Ica, 2016

PALABRAS CLAVES: Complicaciones en Trabajo de parto – Líquido Amniótico

ABSTRACT

An investigation was carried out whose main objective was to determine the relationship between the complications of labor and the characteristics of the amniotic fluid in the pregnant women attended at the Santa Maria del Socorro Hospital in Ica - 2016; the population was made up of all the pregnant women in labor attended at the Santa Maria del Socorro Hospital during 2016 and the sample, by the pregnant women in labor who presented complications during this period; having a non-probabilistic sampling for convenience.

The type of research used was observational, with a level of descriptive, retrospective and transversal research and a deductive - documentary method; The instrument used was the data collection form where the data obtained from the medical records was recorded. The data were analyzed in the statistical package SPSS version 24.

The results arrived at in this study were that acute fetal distress 23.3% presented Oligohydramnios and 20.8% fluid green amniotic fluid; 24.2% of pregnant women with a basal fetal heart rate of 120 to 130 presented Oligohydramnios; 22.5% of pregnant women who presented perinatal asphyxia presented Oligohydramnios and 20.8 fluid green amniotic fluid.

Concluding that there is no significant relationship between the complications of labor with characteristics of the amniotic fluid in patients of the Hospital Santa Maria del Socorro de Ica, 2016

KEY WORDS: Complications in Labor - Amniotic fluid

ÍNDICE

Caratula.....	i
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Resumen.....	iv
Abstracto.....	v
Índice.....	vi
Introducción.....	viii

CAPÍTULO I:

Planteamiento Metodológico

1.1. Descripción de la realidad problemática.....	9
1.2. Delimitación de la investigación.....	10
1.3. Formulación del problema	
1.3.1. Problema principal.....	10
1.3.2. Problemas secundarios.....	11
1.4. Objetivos	
1.4.1. Objetivo general.....	11
1.4.2. Objetivos específicos.....	11
1.5. Hipótesis de la Investigación	
1.5.1. Hipótesis general.....	12
1.5.2. Variables.....	12
1.5.3. Operacionalización de Variables.....	13
1.6. Diseño de Investigación	
1.6.1. Tipo de investigación.....	14
1.6.2. Nivel de investigación.....	14
1.6.3. Método	14
1.7. Población y Muestra de investigación	
1.7.1. Población.....	14
1.7.2. Muestra.....	14

Criterios de inclusión	14
Criterios de exclusión.....	14
1.8. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	
1.8.1. Técnicas.....	15
1.8.2. Instrumentos.....	15
1.8.3. Técnica de procesamiento de datos	15
1.9. Justificación e importancia de la investigación.....	15

CAPÍTULO II

Marco Teórico

2.1. Antecedentes de la investigación.....	17
2.2. Bases teóricas.....	20
2.3. Marco conceptual.....	34

CAPÍTULO III

Presentación, Análisis e Interpretación de Resultados

Contrastación de hipótesis	37
Resultados.....	39
Discusión.....	47
Conclusiones.....	48
Recomendaciones.....	49
Anexos.....	50
1.- Fuentes de información.....	51
2.- Matriz de consistencia.....	53
3.- Ficha de recolección de datos.....	54

INTRODUCCION

El trabajo de parto complicado es consecuencia de una o varias anormalidades que pueden ser de potencia, pelvis o producto, estas anormalidades producen también alteraciones en las características del líquido amniótico como en cantidad y color que nos orienta a realizar un diagnóstico oportuno y pronóstico del tipo de parto.

El líquido amniótico juega un papel importante en la formación del feto, por lo tanto, las patologías que lo afectan, se reflejan en el desarrollo del nuevo ser en formación. En el presente estudio se investiga la relación que existe entre las complicaciones del trabajo de parto y las características del líquido amniótico ya sea ésta de cantidad y color.

Las variables se establecieron en base a la investigación del marco teórico y métodos comprobados para la medición y evaluación del líquido amniótico que nos alertan sobre lo que pudiera estar sucediendo durante alguna complicación durante el trabajo de parto, como es la asfixia perinatal, sufrimiento fetal agudo, etc.

La presente investigación titulada “Relación entre las Complicaciones del Trabajo de Parto y Características del Líquido Amniótico, Hospital Santa María del Socorro – Ica 2016” se realiza con la finalidad de conocer esta relación que existente entre las variables para mejorar la calidad de atención del binomio madre niño y disminuir la morbi mortalidad materna y perinatal.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

Durante el embarazo el líquido amniótico cumple varias funciones importantes en el desarrollo del feto, tales como: protección contra traumatismos, tiene propiedades antibacterianas para combatir infecciones y finalmente constituye una fuente de nutrientes para el feto. Además, el líquido amniótico permite el desarrollo adecuado del sistema músculo esquelético fetal, del tubo digestivo y la maduración y desarrollo pulmonar.¹

Puede haber varias alteraciones en relación al líquido amniótico dentro de las cuales están, el aumento (Poli hidramnios) o disminución (Oligohidramnios) de la cantidad del líquido amniótico.²

El líquido amniótico normal es traslúcido o amarillento. La coloración anormal que se detecta durante el momento del parto a veces puede sugerir que hay algún problema. El líquido de color verde generalmente indica que el feto ha realizado una descarga de materia fecal. Esto puede ser una señal de sufrimiento fetal. El líquido de color rosado sugiere que hay hemorragia, mientras que el líquido amniótico de color vino indica una hemorragia ocurrida en el pasado. Estas condiciones pueden tener poca o ninguna importancia.

Anormalidades tales como presencia de meconio en el líquido amniótico, anomalías congénitas, retraso del crecimiento, la inmadurez y la asfixia fetal se han asociado con un menor volumen de líquido amniótico, denominado oligohidramnios ³ la otra condición en la que existe un volumen elevado de líquido amniótico, denominado poli hidramnios, se asocia a veces con importantes anomalías en el feto, la aneuploidía, macrosomía y muerte fetal

El poli hidramnios complica 1 - 3% y oligohidramnios 1 - 5% de todos los embarazos. El poli hidramnios se caracteriza por embarazos con un volumen anormalmente elevado de líquido amniótico (2 000 cc o más) durante el último

trimestre de la gestación, usualmente diagnosticado por la desproporción entre el tamaño uterino y la edad gestacional y luego comprobado por evaluación ultrasonografía (Índice de Líquido Amniótico). Generalmente asociado con diabetes materna, embarazo múltiple, anormalidades congénitas⁴

1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

- **Delimitación conceptual.** - se trató de investigar qué relación tienen las complicaciones del parto con las características del líquido amniótico.
- **Delimitación temporal.** - este estudio se realizó durante los meses de enero a diciembre del 2016.
- **Delimitación social.** - se estudiaron gestantes que tuvieron complicaciones obstétricas en el momento del parto.
- **Delimitación espacial.** - este estudio se llevó a cabo en el Hospital Santa María del Socorro en el departamento de gineco obstetricia.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1. PROBLEMA PRINCIPAL

¿Qué relación existe entre las complicaciones del trabajo de parto con las características del líquido amniótico en las gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica - 2016?

1.3.2. PROBLEMAS SECUNDARIOS

- ¿El trabajo de parto prolongado con qué característica del líquido amniótico está asociada en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica - 2016?
- ¿Las alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal con qué característica del líquido amniótico se relaciona en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica - 2016?
- ¿La asfixia perinatal con qué característica del líquido amniótico tiene relación en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica? 2016?

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación que existe entre las complicaciones del trabajo de parto con las características del líquido amniótico en las gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica - 2016.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Relacionar el trabajo de parto prolongado con las características del líquido amniótico en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica – 2016.
- Conocer la relación entre las alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal y característica del líquido amniótico en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica - 2016
- Determinar si la asfixia perinatal tiene relación con alguna característica del líquido amniótico en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica. 2016

1.5. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1. HIPÓTESIS GENERAL

Existe relación significativa entre las complicaciones del trabajo de parto con características del líquido amniótico en pacientes del Hospital Santa María del Socorro de Ica, 2016.

1.5.2. VARIABLES

Variable Independiente

Complicaciones del trabajo de parto.

Variable Dependiente

Características del líquido amniótico.

1.5.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE	NATURALEZA	ESCALA	DIMENSION	PRUEBA DE SIGNIFICACION	FUENTE
Complicaciones del trabajo de parto	Trastorno o patología presentada durante el periodo de dilatación, expulsivo y alumbramiento	Independiente	Cualitativa	Nominal Dicotómica	-Trabajo de parto prolongado. -Alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal -Asfixia		
Características del líquido amniótico.	Color. Olor, cantidad del líquido amniótico observado luego de la ruptura de membranas	Dependiente	Cualitativa	Nominal Dicotómica	LA meconial LA Verde claro LA sanguinolento Cantidad normal Oligohidramnios Poli hidramnios	Distribución porcentual. Chi cuadrado,	Ficha de recolección de datos

1.6. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

1.6.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Observacional

1.6.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Correlacional, transversal y retrospectivo

1.6.3. MÉTODO

El método empleado fue el deductivo porque se partió de lo general a lo específico y documental porque se revisaron las historias clínicas.

1.7. POBLACIÓN Y MUESTRA DE INVESTIGACIÓN

1.7.1. POBLACIÓN

La población de estudio estuvo conformada por todas las gestantes en trabajo de parto atendidas en el Hospital Santa María del Socorro durante el año 2016.

1.7.2. MUESTRA

La muestra se conformó por todas las gestantes en trabajo de parto quienes presentaron complicaciones durante este periodo; teniendo un muestreo no probabilístico por conveniencia.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Historias clínicas con datos completos y legibles.
- Gestantes con complicación durante el trabajo de parto.
- Gestantes a término en trabajo de parto.
- Gestantes sin patologías asociadas.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Historias clínicas con datos incompletos e ilegibles.
- Gestantes pre término en trabajo de parto.

- Gestantes que no presenten anomalías durante el trabajo de parto.
- Gestantes con patologías asociadas

1.8. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1.8.1. TÉCNICA

Se eligieron en forma aleatoria a la población de la que necesitábamos estudiar, previamente se solicitó autorización a la dirección del Hospital Santa María del Socorro para obtener el permiso correspondiente.

Se revisaron minuciosamente las historias clínicas de las gestantes a término que presentaron complicaciones durante el trabajo de parto para observar y analizar las variables en estudio y obtener los datos que serán consignados en la ficha de recolección de datos debidamente validada.

1.8.2. INSTRUMENTOS

- Historias clínicas.
- Ficha de recolección de datos.

1.8.3. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO DE DATOS

Los datos obtenidos fueron procesados en el paquete estadístico SPSS versión 24 de donde se obtuvieron las tablas y gráficos de frecuencia y relación; la contratación de hipótesis se realizó con la prueba estadística de Chi cuadrado.

1.9. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

El líquido amniótico juega un papel importante en la formación del feto, por lo tanto, las patologías que lo afectan, se reflejan en el desarrollo del nuevo ser en formación.

En el presente estudio se busca establecer cuál es la relación entre las complicaciones del trabajo de parto con las características del líquido amniótico en pacientes embarazadas sin ninguna otra complicación, ya

que está bien documentado que en algunas complicaciones del parto se producen también alteraciones en las características del líquido amniótico.

Es importante porque se esa manera contribuiremos a protocolizar algunas patologías teniendo en cuenta las características del líquido amniótico, ya que muchas veces éste es el que nos pone en alerta ante cualquier eventualidad que se estuviera presentando durante el trabajo de parto.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Internacionales

Del Bianco-Abreu, E., Reyna, E.: “Valor predictivo del índice de Líquido Amniótico en las Complicaciones Neonatales” - Hospital Central “Dr. Urquinaona”. Maracaibo, Estado Zulia. Venezuela - 2011

Las pacientes del grupo A presentaron una duración mayor del trabajo de parto y recién nacidos con menos peso al nacer que las pacientes del grupo B ($P < 0,05$). Con respecto a las complicaciones perinatales, la frecuencia de recién nacidos con sufrimiento fetal y con puntuación de Apgar menor o igual de 6 puntos al minuto fue estadísticamente superior en las pacientes del grupo A comparado con aquellas del grupo B ($P < 0,05$). El valor de corte de 60 mm en la predicción de sufrimiento fetal tiene una sensibilidad del 22,2 %, especificidad del 96,4 %, valor predictivo positivo del 72,3 % y valor predictivo negativo del 74,3 %; en la predicción de puntuación de Apgar menor o igual de 6 puntos al minuto tiene una sensibilidad del 25,0 %, especificidad del 96,4 %, valor predictivo positivo del 69,2 % y valor predictivo negativo del 74,7 %. Conclusión: El índice de líquido amniótico tiene valor en la predicción de sufrimiento fetal y puntuación de Apgar.⁵

Cortés, R.: Resultados Perinatales en Pacientes con Oligohidramnios Toluca México 2014

La frecuencia de Oligohidramnios severo fue 11.4%, una media de 35.2sdg el momento del diagnóstico y una media de 35.2 sdg D.E. ± 2.6 sdg para resolución del embarazo, una frecuencia de 12.6 % para RCIU, 58.2% con prematuridad, Apgar bajo 7.7%, comorbilidad materna 48% (Diabetes gestacional 30%, hipertensión gestacional 18%, preclamsia 22%), 4% para parto vaginal y 95% para cesárea. No hubo muerte fetal tardía, muerte neonatal precoz, ni casos de

asfixia perinatal. CONCLUSIONES: El Oligohidramnios severo se encontró en un 11.4% de las pacientes del servicio de medicina materno fetal, las principales comorbilidades: prematuridad 58.2%, Apagar bajo 7.7% y un 95% de cesáreas. No hubo muertes fetales tardías, muertes neonatales precoces, ni asfixia perinatal, debido al control prenatal estricto y a la inmediata resolución del embarazo⁶.

Nacionales

Lent, K.: Líquido amniótico meconial y su asociación en el puntaje de Apagar, Hospital de Ventanilla diciembre 2012 – junio 2015 Lima Perú

Del 100% de parturientas, el 85.70% presentaron líquido amniótico meconial y culminó en parto eutócico. En la asociación de líquido amniótico meconial y puntaje de Apagar, se observó que en el primer minuto el 77.6% de recién nacidos presentaron líquido amniótico francamente meconial, de ellos 6.4% tuvieron puntaje de Apagar menor o igual a 6, siendo resultados altamente significativos con $\chi^2 = 61,8$ $p = 0,000$. En el quinto minuto el 77.9% de recién nacidos presentaron líquido amniótico verde claro y el 22.1% presentó líquido amniótico francamente meconial de ellos 2,6% tuvieron puntaje de Apagar menor o igual a 6, siendo resultados altamente significativos con $\chi^2 = 32$ $p = 0,000$. Conclusión: existe asociación entre la presencia de líquido amniótico meconial con puntaje de Apagar menor o igual a 6.⁷

Renteros, J: “Morbilidad Materna en embarazos con Volumen de Líquido Amniótico anormal en el Hospital Belén de Trujillo - 01 de diciembre del 2014 al 31 de enero del 2015 - Perú

La edad promedio de las pacientes del grupo I fue $31,09 \pm 7,33$ años, de las pacientes del grupo II fue $25,86 \pm 6,53$ años y de las pacientes del grupo III fue $29,15 \pm 6,84$ años ($p > 0,05$); la edad gestacional al momento del parto en el grupo I fue $38,55 \pm 1,57$ años, en el grupo II fue $38,31 \pm 2,35$ años y en el grupo III fue $37,10 \pm 3,29$ años ($p < 0,001$). En lo que respecta al Índice de líquido amniótico, el promedio de las pacientes en el grupo I fue $9,79 \pm 3,73$ cm, en el

grupo II fue $3,31 \pm 1,14$ cm y en el grupo III fue $28,08 \pm 3,44$ cm ($p < 0,01$). En lo que respecta a la morbilidad materna y los grupos de estudio, se observó que la diabetes gestacional estuvo presente en 1,25%, 1,25% y 5% en los grupos I, II y III respectivamente ($p > 0,05$); la pre eclampsia en 6,25%, 8,75% y 25% ($p < 0,01$); la ruptura prematura de membranas en 7,5%, 20% y 7,50% ($p < 0,05$) y el parto por cesárea en 28,75%, 68,75% y 76,25% respectivamente ($p < 0,001$). Conclusiones: Las gestantes con líquido amniótico anormal cursaron con mayor morbilidad materna que las gestantes con líquido amniótico normal, siendo el poli hidramnios la alteración que más morbilidad presentó.⁸

Coba, D., Sánchez, M.: Relación entre el Grado de Tinción meconial del Líquido Amniótico durante el trabajo de parto y la presencia de complicaciones neonatales. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

Se realizó una investigación destinada a determinar en qué medida el grado de tinción meconial se asocia a las complicaciones neonatales, por lo cual se observaron a 42 productos provenientes de un parto con líquido amniótico teñido de meconio, versus 42 neonatos con líquido claro. Los resultados reportan que la presencia o ausencia de líquido amniótico teñido de meconio, no se relaciona significativamente a las complicaciones neonatales, sin embargo, se logra percibir que en la medida que se incrementa la magnitud de la coloración meconial del líquido amniótico ocurren complicaciones neonatales. Los diferentes grados de tinción meconial al momento del parto encontrados fueron el líquido meconial verde claro, verde oscuro y francamente meconial. En tal sentido la incidencia de complicaciones neonatales con líquido amniótico claro fue de 4 (8,84%) caso, mientras que en los casos de tinción meconial fue de 8 casos (19%). La magnitud del daño neonatal y la duración de las mismas en los casos estudiados no fue significativa y no existieron casos de mortalidad o morbilidad grave.⁹

Regionales:

No se tiene estudios relacionados a este tema.

2.2. BASES TEÓRICAS

LÍQUIDO AMNIOTICO

Hoy en día se acepta que el cúmulo de líquido amniótico es de vital importancia para el feto, llegando en el tercer trimestre a alcanzar volúmenes de 30 a 40 ml /día, permaneciendo en niveles promedio alrededor del litro al final de la gestación¹⁰.

Las funciones más importantes del líquido amniótico podemos citar las siguientes:

- Brindar al feto un medio óptimo para su desarrollo permitiéndole que pueda moverse continuamente. Así, el sistema musculo esquelético fetal, tubo digestivo, pulmones entre otros, podrán alcanzar su madurez en el tiempo adecuado.
- Mantener la temperatura adecuada para el bienestar fetal.
- Proteger al feto y las membranas de posibles infecciones.
- Proteger a la cabeza fetal y el cordón umbilical de las compresiones producidas por incremento en la actividad uterina durante el trabajo de parto. Facilita la difusión de ondas ultrasónicas para la realización de una mejor evaluación ecográfica de la morfología fetal.¹⁰

Origen Del Líquido Amniótico:

El saco amniótico se origina aproximadamente el día 12 después de la fertilización. A partir de ese entonces el líquido amniótico está constituido por un trasudado del suero materno que pasa a través de la placenta y/o membranas fetales.

En la primera mitad del embarazo, el líquido amniótico es isotónico, de composición similar al plasma materno, aunque con menos proteínas. En la segunda mitad del embarazo debido a una mayor participación fetal en la formación de L.A. Se ha calculado que la producción promedio de orina fetal es 750 ml /día, siendo esta la principal fuente de LA. Estudios con ultrasonido han demostrado el incremento de hasta 12 veces en la producción horaria de orina fetal desde la semana 22 al término

del embarazo. Esta producción de L.A. al final del embarazo es similar a la producción de orina en un recién nacido normal.¹¹

En el pos término la producción de orina fetal disminuye dramáticamente posiblemente por vasoconstricción renal fetal con disminución en la tasa de filtración glomerular causada por la redistribución de flujo sanguíneo que sucede cuando hay hipoxia fetal.

Reabsorción De Líquido Amniótico:

Al encontrarse el líquido amniótico en continua formación, existe también un mecanismo para su reabsorción. El más importante conocido hasta ahora es la deglución fetal. De acuerdo con trabajos publicados por Pritchard, un feto desde las semanas 16 hasta el término deglute desde 7 hasta 20 ml/hora, alcanzando un volumen de 500 ml/día, equivalente a la mitad del volumen total del L.A.

Otros mecanismos de absorción del L.A. son a través del cordón umbilical, de las membranas cori amnióticas, del tracto respiratorio y de la piel fetal, importante esta última hasta la semana de la gestación, época en la cual se encuentra queratinizada, y por lo tanto impermeable para recambio de líquidos.¹¹

Circulación Del Líquido Amniótico:

La Circulación del L.A. no es más que el resultado de un rápido intercambio de agua y electrolitos entre el feto y el organismo materno. Es así como al final del embarazo se intercambian aproximadamente 3,5 L. por hora. El 75% de este recambio hídrico se efectúa a través del feto.

Composición Del Líquido Amniótico:

Al final de la gestación la composición del líquido amniótico se resume de la siguiente forma:

- Agua: entre el 98 al 99%.
- Solutos: del 1 al 2%, por partes iguales orgánicos e inorgánicos.

- Componentes Inorgánicos: no varían el Zn, Cu, Mn, Fe.
- Componentes Orgánicos:

a) Proteínas: Mayoritariamente la procedencia es materna, pasando al líquido amniótico por pinocitosis. La alfa feto-proteína, originada en el hígado fetal, aumenta su concentración en el líquido amniótico hasta las 14 semanas de gestación para luego disminuir.,

b) Aminoácidos: La concentración en el líquido amniótico es aproximadamente un 60% menor que en plasma materno; disminuyen con la edad gestacional. Algunos de ellos permitirían detectar de forma precoz determinadas anomalías del desarrollo fetal.

c) Componentes nitrogenados no proteicos: Urea, ácido úrico, creatinina; aumentan con la edad gestacional, especialmente por el aporte urinario fetal.

d) Lípidos: Su concentración en el líquido amniótico varía con la edad gestacional. Los fosfolípidos aumentan su concentración con la edad gestacional, siendo su origen principalmente pulmonar (sustancia surfactante).¹²

e) Los hidratos de carbono: Están presentes de diferentes formas (glucosa, sacarosa, fructosa, arabinosa). La concentración de glucosa verdadera es menor que en el plasma materno.

f) Vitaminas.

g) Enzimas: de significación y aplicación clínica no aclarada.

h) Hormonas: Corticoides, andrógenos, progesterona y sus metabolitos, gonadotrofina coriónica, lactógeno placentario, renina, prostaglandinas y oxitocina. Las hormonas proteicas no pasan la placenta ni el amnios.

Volumen de Líquido Amniótico.

Semanas de Gestación	Volumen ml
05	05
10	30
16	170-180
20	350
22	650
30	950
40	750 ¹³

COMPLICACIONES DEL TRABAJO DE PARTO

ASFIXIA PERINATAL

1. Definición e Incidencia

La asfixia perinatal es el resultado de un fallo de los órganos responsable del intercambio gaseoso y como consecuencia de ello se produce acidosis respiratoria y metabólica en el recién nacido.

Gonzales de Dios define la asfixia perinatal como la situación patológica en la que existe una disminución del intercambio gaseoso materno fetal con hipoxia, hipercapnia y disminución del flujo sanguíneo (isquemia). El concepto implica la existencia de un cuadro clínico evidente, así como unas transformaciones bioquímicas añadidas, y es generalmente el resultado de la presencia de distress intraparto y neonatal¹⁴

La asfixia del recién nacido sigue siendo un motivo de preocupación para el equipo de salud. En la última reunión del Comité de medicina Materno – fetal y el Comité sobre el Feto y en recién nacido del Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología y la academia Americana de Pediatría se definieron los criterios que deben existir para el diagnóstico de asfixia en el recién nacido, y son:

- a. Acidemia metabólica o mixta profunda ($\text{pH} < 7.00$) en una muestra de sangre arterial del cordón umbilical
- b. Puntuación de APGAR persistentemente bajo (0 a 3 puntos) por más de cinco minutos.
- c. Anormalidades neurológicas clínicas en el período neonatal inmediato, que incluyen: convulsiones, hipotonía, coma, o encefalopatía hipoxica isquémica.

d. Datos de disfunción de múltiples sistemas orgánicos en el período neonatal inmediato.

La incidencia de asfixia perinatal varía según los diferentes centros y la definición diagnóstica que se de ella. Se puede estimar en alrededor de 0.2 a 0.4 % de los recién nacidos.¹⁵

2. Etiología

La gran mayoría de causas de hipoxia perinatal son de origen intrauterino. Aproximadamente el 20 % ocurre antes del inicio del trabajo de parto, 70 % durante el parto y expulsión y el 0 % restante en el período neonatal. La asfixia intrauterina se expresa al nacer en una depresión cardiorrespiratoria que si no es tratado oportunamente agravará esta patología. Otras causas que pueden llevar a una depresión cardiorrespiratoria al nacer y asfixia son: las malformaciones congénitas especialmente respiratorias, la prematuros, las enfermedades neuromusculares y drogas depresoras del SNC administradas a la madre durante el parto.¹⁶

Las causas obstétricas que más frecuentemente se asocian a la asfixia perinatal son las siguientes:

a. Factores preparto

- Hipertensión
- Anemia o isoimmunización
- Hemorragia en segundo o tercer trimestre
- Infección materna
- Poli y Oligohidramnios
- Rotura prematura de membranas
- Gestación post- término

b. Factores intraparto

- Presentación anormal
- Actividad fetal disminuida
- Frecuencia cardiaca fetal anormal
- Meconio en líquido amniótico
- Hipertonía uterina
- Prolapso de cordón
- Circulares irreductible¹⁶

Fisiopatología

La asfixia produce alteraciones principalmente en la fisiología respiratoria y circulatoria. Estas son semejantes en el feto y en el recién nacido. Como consecuencias de estas alteraciones disminuye el aporte de oxígeno a los tejidos y se altera el metabolismo y funcionamiento celular. El feto y recién nacido tienen una mejor capacidad adaptativa a situaciones de hipoxia, gracias a su menor utilización energética tisular y al mayor contenido de glicógeno del músculo cardiaco, esto les permite mantener la función cardiaca por períodos más prolongados que el adulto.¹⁷

Al nacer, el niño usualmente está vigoroso, y antes o casi inmediatamente después de cortar el cordón umbilical inicia respiraciones espontaneas con llanto

La frecuencia cardíaca se estabiliza entre 120 y 140 latidos por minuto y la cianosis central presente al nacer desaparece rápidamente, algunos niños, sin embargo, están deprimidos al nacer, tienen tono muscular disminuido y dificultad de establecer respiraciones adecuadas. Pueden tener apnea o esfuerzo

respiratorio inadecuado para establecer suficiente ventilación, y, por consiguiente, tienen dificultad en la oxigenación y eliminación de bióxido de carbono. ¹

Las causas de depresión al nacer pueden ser:

- Asfixia intrauterina
- Prematurez
- Drogas administradas a la madre o tomadas por ella
- Enfermedades neuromusculares congénitas
- Malformaciones congénitas
- Hipoxia durante el parto

Independientemente de la causa de la depresión, tan pronto se interrumpe el aporte de oxígeno transplacentario, el recién nacido deprimido que no puede iniciar una ventilación espontánea adecuada desarrollará hipoxemia y asfixia progresivas.¹⁶

La reanimación eficaz puede por lo general iniciar la ventilación espontánea y evitar la asfixia progresiva. La reanimación debe proveer ventilación, oxigenación y gasto cardíaco para asegurar que una cantidad apropiada de oxígeno llegue al cerebro, al corazón y otros órganos vitales.

El término asfixia denota hipoxia, acumulación de bióxido de carbono y acidosis progresiva, además signos neurológicos anormales. Si este proceso continúa, puede resultar daño cerebral permanente e incluso la muerte. La asfixia también puede afectar la función de otros órganos vitales, abarcando prácticamente todos los del organismo.^{4,16}

Las respuestas fisiopatológicas a la asfixia son de cierto modo previsibles. A continuación, se describe la progresión de acontecimientos que tienen lugar durante la asfixia.

Diagnóstico Clínico.

Prenatal:

- Aumento brusco de la actividad fetal seguido por disminución de ella.
- Cambios de la frecuencia fetal basal:
 - Normal de 120 – 160 por minuto
 - Taquicardia moderada: mayor o igual a 181 por minuto
 - Bradicardia Moderada: 100- 119 por minuto
 - Bradicardia severa: Menor o igual a 99 por minuto.
- Cambios periódicos de la frecuencia cardíaca fetal con movimientos fetales en pre o post contracción uterina.
 - Aceleración (taquicardia Periódica)
 - Dip I o desaceleración temprana, se da con el inicio de la contracción con máximo descenso después del pico de la contracción uterina y persiste un tiempo variable después de ceder la contracción.
 - Dip (cero) o desaceleración variable, no hay constancia en los hallazgos en todas las contracciones.
 - La arritmia fetal no es un signo de hipoxia.¹⁷

Natal y Post- Natal

- Líquido amniótico teñido de meconio

- El diagnóstico clínico se hace en función de la valoración del recién nacido mediante el test de Apgar el minuto y cinco minutos, aunque el test en si no evalúa siempre con exactitud, el grado de hipoxia sufrido por el feto, puesto que otros factores, por ejemplo, sedación materna, edad gestacional.

d. Puntaje de APGAR

La puntuación de APGAR descrita por primera vez por Virginia Apgar es un criterio tradicional universal y simple para evaluar el bienestar del niño al momento de nacer, reflejando la capacidad del neonato, para responder el stress que implica el trabajo de parto, mediando las funciones necesarias para mantenerse vivo mediante cinco categorías: color, esfuerzo respiratorio, frecuencia cardiaca, tono muscular y reflejo de irritabilidad (ver tabla No. 3). La evaluación hecha al minuto de vida, es un índice de asfixia y la necesidad de una ventilación asistida, la puntuación a los cinco minutos es un parámetro de relación con la posibilidad de fallecimiento o de lesión neurológica residual.¹⁸

Puntaje de APGAR

Signo	0	1	2
A.=Apariencia (color)	azul, pálido	cuerpo rosado extremidades azules	rosado
P. =pulso (ritmo cardiaco)	ausente	debajo de 100	Encima de 100
G. =Respuesta (flexión y extensión cruzada)	ausente	gestos faciales respuesta mínima	respuesta refleja completa

A. Tono Muscular	ausente	algo de flexión	movimientos Activo
R. Respiración	ausente	irregular, llanto débil Hipo ventilación	Buena, llanto vigoroso

Esta evaluación también fue creada para identificación rápidamente al infante que necesita resucitación la cual varía de acuerdo a la severidad del cuadro por lo que la asfixia se clasifica en:

- Asfixia leve o moderada APGAR de 4 –6 al minuto
- Asfixia severa APGAR de 0 – 3 al minuto

Entre los factores que modifican el APGAR se encuentran: ¹⁹

- El peso al nacer.
- Edad gestacional
- Tipo de parto y presentación
- Patología en el embarazo
- Traumatismo en el parto

TRABAJO DE PARTO PROLONGADO

Alteración del trabajo de parto caracterizado por la falta de progresión del feto por causas mecánicas o dinámicas, prolongándose por encima de las 12 horas.

Se manifiesta porque la curva de alerta del partograma se desvía hacia la derecha²⁰

Etiología:

Entre las causas frecuentes tenemos:

- Desproporción céfalo pélvica.

- Mala presentación o situación fetal.
- Uso de sedantes uterinos.
- Ayuno prolongado.
- Distocias cervicales y de contracción¹⁰

Fisiopatología

Se caracteriza por una detención o enlentecimiento de la progresión del trabajo de parto debido a la disminución de las contracciones uterinas en su frecuencia, intensidad o duración.

La frecuencia es de 0.33% a 1.5% de los partos²¹

Factores de Riesgo

- Parto domiciliario.
- Gestantes obesas o desnutridas.
- Gestantes adolescentes: < 15 años.
- Gestantes añosas: > 35 años.
- Talla corta: < 1.40 cm.
- Abdomen péndulo.
- Intervalo ínter genésico prolongado.
- Cesareadas anteriores.²²

Cuadro Clínico

- Duración prolongada del trabajo del parto.
- Curva de dilatación del trabajo de parto ingresa a la zona de riesgo.
- Monitoreo clínico del trabajo de parto alterado.
- Agotamiento materno.²¹

Diagnóstico

Observar los siguientes signos de alarma:

- La curva de dilatación del trabajo de parto se desplaza hacia la derecha haciéndose más plana.
- Disminución de la intensidad, frecuencia o duración de las contracciones uterinas.
- Detención de la dilatación o el descenso.
- Formación de un anillo de contracción doloroso en el útero que se puede evidenciar al examen clínico.
- Duración del parto mayor de 12 horas: trabajo de parto prolongado
- Fase latente prolongada²¹

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

a. Alteraciones de la fase latente

Fase latente prolongada:

Evidencia de actividad uterina sin inicio de la fase activa por un periodo mayor de 20 horas en primíparas y 14 horas en multíparas.

b. Alteraciones de la fase activa

Mediante el tacto vaginal y la lectura del partograma con curva de alerta se pueden detectar las siguientes alteraciones:

Por enlentecimiento

a. **Fase Activa Lenta o Prolongada:** Es aquella en que la dilatación cervical avanza con una velocidad menor de 1 cm/hora, durante la fase activa del trabajo de parto. En promedio se considera si esta fase dura más de 12 horas en primíparas y 8 horas en multíparas

b. **Retraso del Descenso o Descenso lento:** Cuando la presentación fetal desciende menos de 1 cm/hora en nulípara y menos de 2cm/hora en multíparas, durante la fase activa del trabajo de parto.

Por detención

a. **Detención de la Dilatación:** Es aquella en la cual la dilatación se interrumpe o detiene en la fase activa en dos horas o más.

b. **Detención del Descenso:** Es aquella en que no existe progreso del descenso del polo fetal en una hora o más tanto en nulíparas como en multíparas,

c. Alteraciones del expulsivo

Expulsivo prolongado:

- Más de 1 hora en nulíparas.
- Más de 1/2 hora en multíparas.²²

Exámenes de Ayuda diagnóstica:

- Ecografía.
- Monitoreo fetal electrónico intraparto.

MANEJO

Deben seguirse los siguientes objetivos:

- Detectar oportunamente los casos en riesgo.
- Detectar la patología del trabajo de parto oportunamente
- Llevar al mínimo el riesgo de morbilidad.²²

Fase latente prolongada

- a. Descartar falso trabajo de parto.
- b. Brindar apoyo psicológico a la paciente.
- c. Permitir la deambulación.
- d. Ofrecer dieta y líquidos.
- e. Monitorear el progreso del trabajo de parto.

Fase activa prolongada

- a. Estimular el trabajo de parto con Oxitocina. Iniciar con 8 gotas por minuto de una solución de 1,000 cc de ClNa 9‰ con 10 UI de oxitocina. Luego regular el goteo cada 15 minutos hasta obtener 3 contracciones de buena intensidad en 10 minutos.
- b. Monitorear la conducción del trabajo de parto utilizando el partograma con curva de alerta de la OMS.
- c. En caso que la curva se desvíe hacia la derecha o los indicadores de dilatación o descenso de la presentación no evolucionen favorablemente, considerar la posibilidad de cesárea.

Expulsivo prolongado (>1/2 hora en multípara y >1 hora nulípara):

Reevaluar la pelvis materna y las dimensiones fetales, además del bienestar fetal. Realizar cesárea.²³

COMPLICACIONES

Maternas

- Hemorragias por desgarros cervicales: Proceder a la reparación mediante sutura si es que el desgarro es sangrante con catgut crómico cero y de acuerdo al nivel de complejidad. En algunos casos el sangrado puede cohibirse mediante la compresión con pinzas.
 - Rotura uterina: amerita reparación quirúrgica en sala de operaciones.
 - Lesión de partes blandas: debe de ser suturada en caso de existir hemorragia
- PARTO

Fetales

- Sufrimiento fetal.
- Asfixia.
- Trauma obstétrico: Lesiones neurológicas y anatómicas.²³

2.3. MARCO CONCEPTUAL

- **Complicaciones.** - entidades que alteran el curso normal del funcionamiento fisiológico de un órgano.
- **Trabajo de parto.** - cuando la gestante presenta contracciones rítmicas y regulares con dilatación cervical igual o mayor a 4 cm e incorporación de 80% a más.
- **Líquido amniótico.** - líquido que contiene el amnios y el corión alrededor del producto de la concepción, es el que protege e éste.
- **Pacientes.** - aquella persona que su salud se encuentra alterada.
- **Características de líquido amniótico.** - son la cantidad, color, olor que presenta el líquido amniótico.
- **Frecuencia cardíaca fetal.** - número de latidos cardiacos del feto contados en un minuto. La frecuencia normal es de 120 a 160 lat/min.
- **Asfixia perinatal.** - falta de oxigenación en el feto durante el embarazo a partir de la semana 28, durante el trabajo de parto y/o expulsivo.

CAPÍTULO III

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

CONTRASTACION DE HIPOTESIS

Para comprobar las hipótesis se considera lo siguiente:

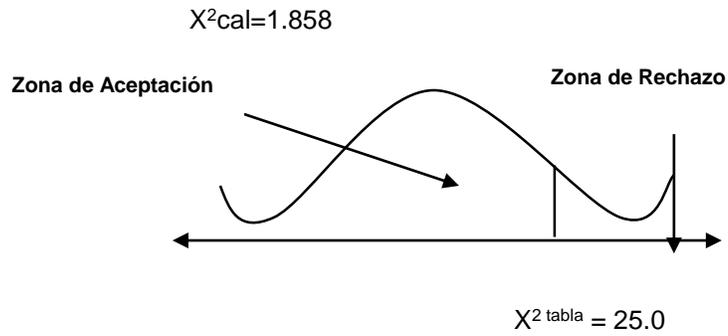
H_a = Existe relación significativa entre las complicaciones del trabajo de parto con características del líquido amniótico en pacientes del Hospital Santa María del Socorro de Ica, 2016

H_0 = No Existe relación significativa entre las complicaciones del trabajo de parto con características del líquido amniótico en pacientes del Hospital Santa María del Socorro de Ica, 2016

Para efectuar la prueba de hipótesis de acuerdo a los resultados que tenemos en el procesamiento de datos, con un margen de error del 5% se graficó la prueba del Chi- cuadrado con la siguiente formula: $X^2 = \sum \left(\frac{f_o f_e}{f_e} \right)^2$ con un 95% de confianza y grado de libertad de 15.

Regla de decisión: Si $p \leq 0.05$ se rechaza H_0

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson			
		Color del líquido amniótico	Cantidad del líquido amniótico
Complicaciones	Chi-cuadrado	2.951	1.858
	df	6	6
	Sig.	,815 ^a	,932 ^a



Como el chi cuadrado calculado es menor que el chi cuadrado de la tabla, se acepta el H_0 y se rechaza la H_a concluyéndose que:

No Existe relación significativa entre las complicaciones del trabajo de parto con características del líquido amniótico en pacientes del Hospital Santa María del Socorro de Ica, 2016

RESULTADOS

“Relación entre las Complicaciones del Trabajo de Parto y características del Líquido Amniótico, Hospital Santa María del socorro – Ica 2016”

Tabla N° 01

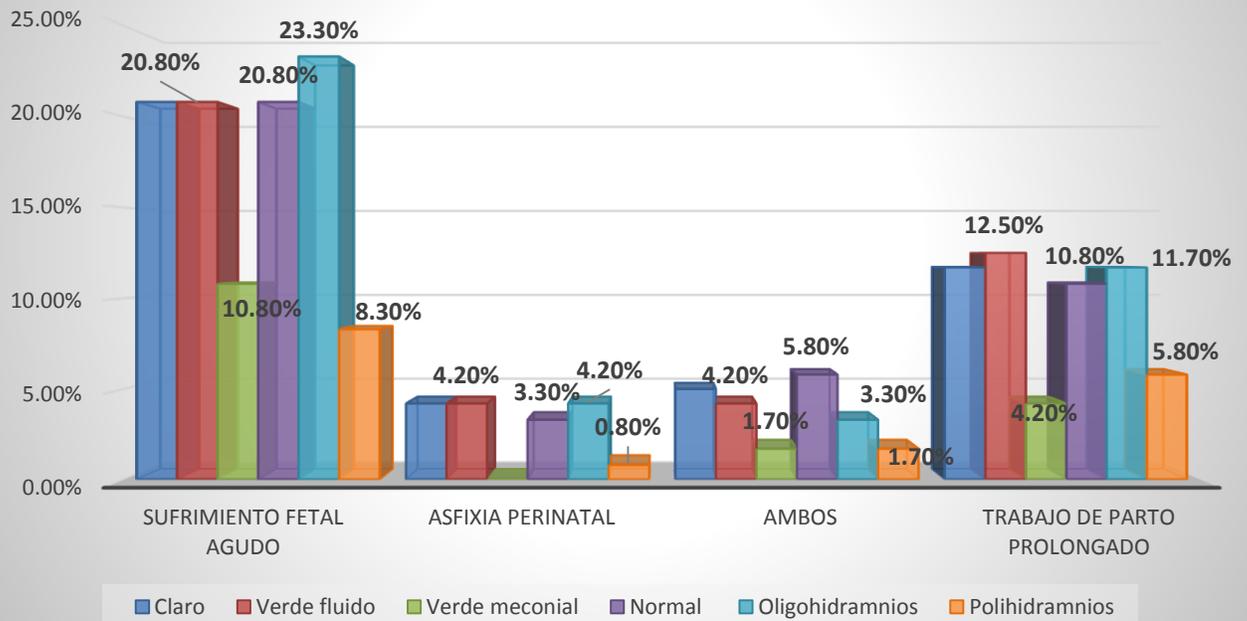
Según Complicaciones maternas y Líquido Amniótico

Complicaciones	Color del líquido amniótico								Cantidad del líquido amniótico			
	Claro		Verde fluido		Verde meconial		Normal		Oligohidramnios		Poli hidramnios	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	% del total
Sufrimiento fetal agudo	25	20.8%	25	20.8%	13	10.8%	25	20.8%	2	23.3%	10	8.3%
Asfixia perinatal	5	4.2%	5	4.2%	0	0.0%	4	3.3%	5	4.2%	1	0.8%
Ambos	6	5.0%	5	4.2%	2	1.7%	7	5.8%	4	3.3%	2	1.7%
Trabajo de parto prolongado	14	11.7%	15	12.5%	5	4.2%	13	10.8%	1	11.7%	7	5.8%

Fuente: ficha de recolección de datos

En sufrimiento fetal el 23.3% presentó oligohidramnios, seguido del 20.8% con líquido amniótico verde fluido; en asfixia perinatal, el 4.2% presentaron LA verde fluido y oligohidramnios; en ambas patologías, el 5.8% presentaron LA de cantidad normal y el 5% de color normal; en trabajo de parto prolongado, el 12.5% presentó LA verde fluido y 11.7% oligohidramn

Complicaciones y características del líquido amniótico



“Relación entre las Complicaciones del Trabajo de Parto y características del Líquido Amniótico, Hospital Santa María del socorro – Ica 2016”

Tabla N° 02

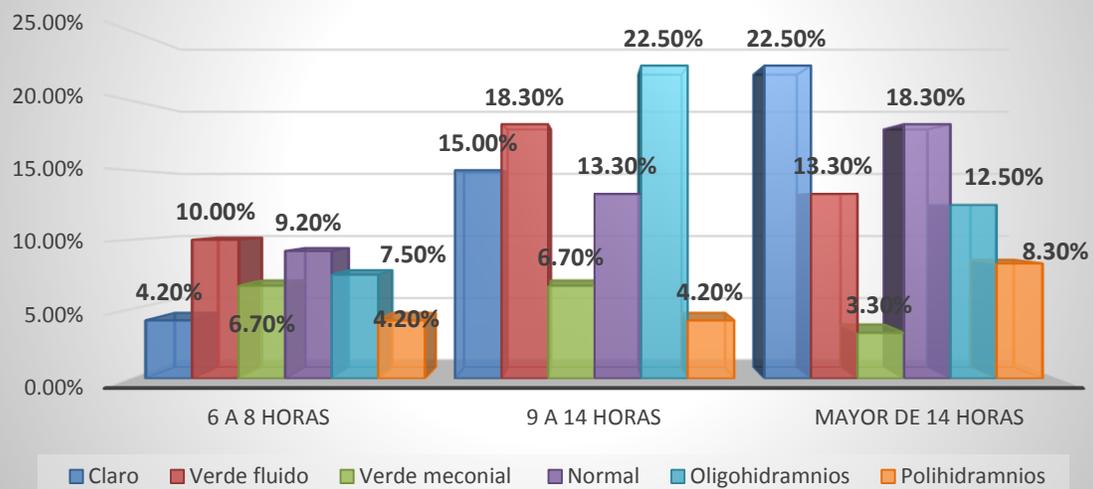
Según Trabajo de Parto Prolongado

		Color del líquido amniótico Cantidad de Líquido amniótico											
		Claro		Verde fluido		Verde meconial		Normal		Oligohidramnios		Polihidramnios	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Horas de trabajo de parto	6 a 8 horas	5	4.2%	12	10%	8	6.7%	11	9.2%	9	7.5%	5	4.2%
	9 a 14 horas	18	15%	22	18.3%	8	6.7%	16	13.3%	27	22.5%	5	4.2%
	Mayor de 14 horas	27	22.5%	16	13.3%	4	3.3%	22	18.3%	15	12.5%	10	8.3%

Fuente: ficha de recolección de datos

El trabajo de parto mayor a 14 hrs (trabajo de parto prolongado) el 22.5% tuvo LA claro, 13.3% LA verde fluido, 12.5% oligohidramnios, de 9 a 14 hrs. el 22.5% presentó oligohidramnios, 18.3% verde fluido; con 6 a 8 hrs., el 10% LA verde fluido y 9.2% LA de cantidad normal.

Horas de trabajo de parto y complicaciones



“Relación entre las Complicaciones del Trabajo de Parto y características del Líquido Amniótico, Hospital Santa María del socorro – Ica 2016”

Tabla N° 03

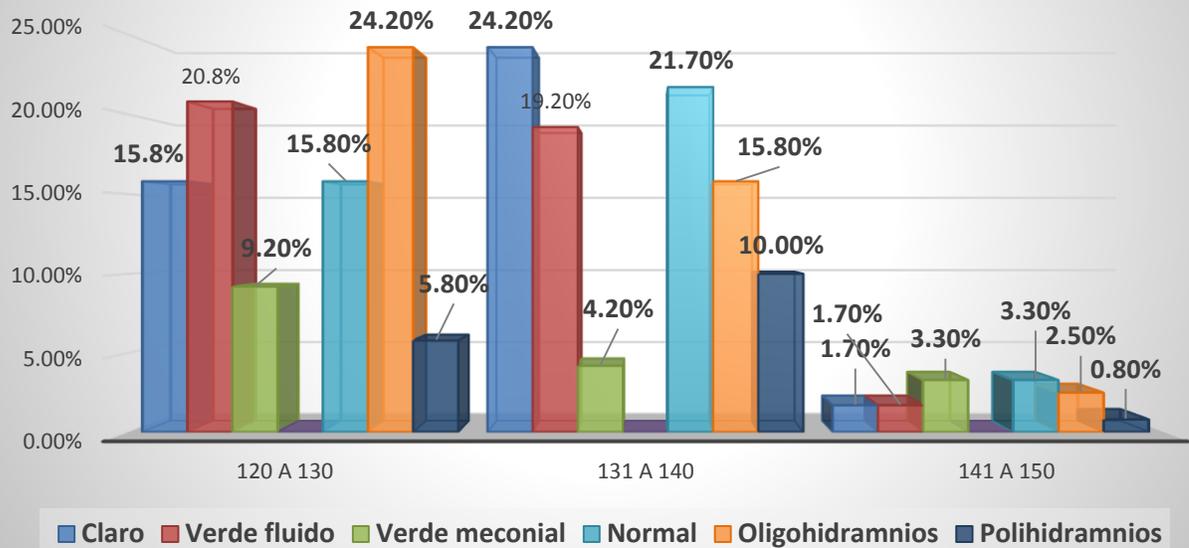
Según Frecuencia Cardiaca Fetal

Fuente: fiche de recolección de datos

		Color del líquido amniótico						Cantidad del líquido amniótico					
		Claro		Verde fluido		Verde meconial		Normal		Oligohidramnios		Polihidramnios	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Frecuencia cardiaca fetal basal	120 a 130	19	15.8%	25	20.8%	11	9.2%	19	15.8%	29	24.2%	7	5.8%
	131 a 140	29	24.2%	23	19.2%	5	4.2%	26	21.7%	19	15.8%	12	10.0%
	141 a 150	2	1.7%	2	1.7%	4	3.3%	4	3.3%	3	2.5%	1	0.8%
	151 a 160	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

El 24.2% con FCF basal de 120 a 130 presentó oligohidramnios, con 131 a 140 el 24.2% y 21.7% presentó el color y cantidad de LA normal; con una FCF de 141 a 150 el 3,3% tenía LA en cantidad normal y verde meconial.

Frecuencia cardiaca basal y Características del líquido amniótico



“Relación entre las Complicaciones del Trabajo de Parto y características del Líquido Amniótico, Hospital Santa María del socorro – Ica 2016”

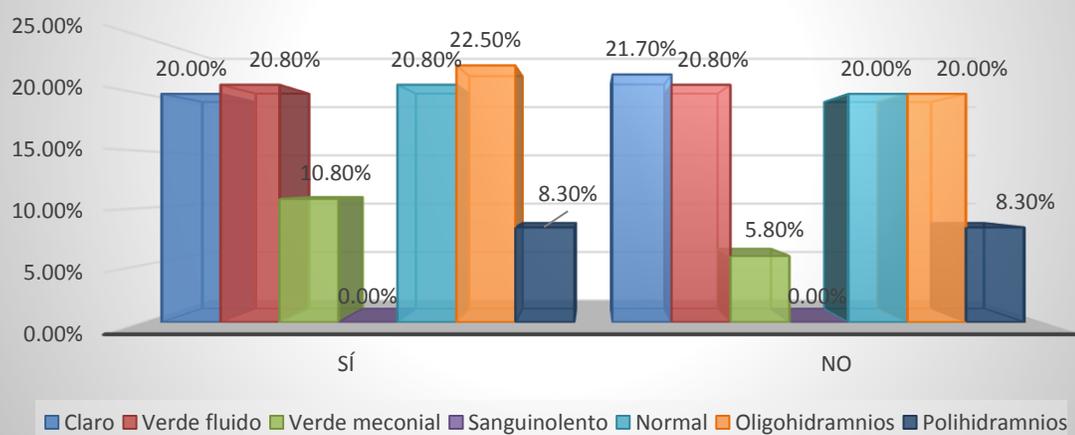
Tabla N° 04
Según Asfixia Perinatal

		Color del líquido amniótico								Cantidad del líquido amniótico			
		Claro		Verde fluido		Verde meconial		Normal		Oligohidramnios		Polihidramnios	
		N°	% I	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Asfixia perinatal	Sí	24	20.0%	25	20.8%	13	10.8%	25	20.8%	27	22.5%	10	8.3%
	No	26	21.7%	25	20.8%	7	5.8%	24	20.0%	24	20.0%	10	8.3%

Fuente: ficha de recolección de datos.

El 22.5% de gestantes con asfixia perinatal presentó oligohidramnios, 20.8% LA verde fluido y 10.8% verde meconial.

Asfixia perinatal y características del líquido amniótico



DISCUSION

Esta investigación complicaciones del trabajo de parto y características del líquido amniótico es de importancia ya que con ella se pudo demostrar que la característica del líquido amniótico no tiene relación directa con las complicaciones que se presentan durante el trabajo de parto no coincidimos con el estudio de Renteros, J. donde llegaron a la conclusión que el líquido amniótico anormal cursa con mayor morbilidad por lo que rechazamos este estudio.

En sufrimiento fetal agudo el 23.3% presentó Oligohidramnios lo que concuerda con el estudio de Del Bianco- Abreu en Venezuela aceptando este estudio y 20.8% líquido amniótico verde fluido, coincide con la investigación de Coba, D. quien llega a la conclusión de que el líquido amniótico teñido de meconio no se relaciona significativamente a las complicaciones neonatales rechazando esta investigación.

El 24.2% de las gestantes con frecuencia cardíaca fetal basal de 120 a 130 presentó Oligohidramnios lo que no concuerda con el estudio de Cortés, R en México donde el Oligohidramnios presentó otras patologías por lo que no aceptamos este estudio

El 22.5% de gestantes que presentó asfixia perinatal presentó Oligohidramnios parto lo que no coincide con el estudio de Renteros, J. en Trujillo Perú quien encontró mayor porcentaje de polihidramnios por lo que no aceptamos este estudio y el 20.8 líquido amniótico verde fluido no coincidimos con el estudio de Lent, K. en Lima Perú quien llegó a la conclusión que existe asociación entre líquido amniótico verde meconial con el puntaje de Apgar menor a 6 por lo tanto no aceptamos este estudio.

CONCLUSIONES

1. No Existe relación significativa entre las complicaciones del trabajo de parto con características del líquido amniótico en pacientes del Hospital Santa María del Socorro de Ica, 2016.
2. En cuanto al trabajo de parto prolongado la cantidad y olor de líquido amniótico son normales
3. En sufrimiento fetal agudo el líquido amniótico es verde fluido y la cantidad normal teniendo en la asfixia perinatal el líquido amniótico es verde fluido y presenta oligohidramnios.
4. En cuanto a la frecuencia cardiaca fetal no existe relación alguna con el color del líquido amniótico.
5. En la asfixia perinatal se observó que el líquido amniótico es verde fluido y presenta oligohidramnios.

RECOMENDACIONES

1. El personal del Hospital Santa María del Socorro involucrado en la atención materna deberá realizar diagnósticos oportunos de las complicaciones obstétricas y no tomar como referencia las características del líquido amniótico.
2. El encargado de la atención de la gestante en trabajo de parto debe realizar el partograma de acuerdo al progreso del parto para realizar el diagnóstico y ver las causas del trabajo de parto prolongado.
3. El personal que atiende a la madre gestante en trabajo de parto deberá tener en cuenta que el líquido amniótico verde fluido o meconial se relaciona con el sufrimiento fetal y asfixia perinatal.
4. El personal responsable de la atención de la gestante en trabajo de parto deberá controlar la frecuencia cardíaca fetal cada 30 minutos para detectar alteraciones.
5. El personal del departamento de Gineco Obstetricia deberá protocolizar la atención de parto en una paciente que presente Oligohidramnios.

ANEXOS

1.- FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Brace R. Fisiología de la regulación de líquido amniótico, Clínicas de Norteamérica de Ginecología y Obstetricia, edición, lugar de publicación, editorial Mc Graw- Hill, 2012
2. Gilbert W. Líquido amniótico. Clínicas de Ginecología y Obstétrica, edición, lugar, Editorial Mc Graw-Hill 2010.
3. Hankins G, Clark S, Munn M. Cesarean section on request at 39 weeks: impact on shoulder dystocia, fetal trauma, neonatal encephalopathy, and intrauterine fetal demise. *Semin Perinatal*. 2011;
4. Kamanu C, Onwere S, Chigbu B, Aluka C, Okoro O, Obasi M. Fetal macrosomia in African women: a study of 249 cases. *Arch Gynecol Obstet*. 2009.
5. Del Bianco-Abreu, Elsa et al. Valor predictivo del índice de líquido amniótico en las complicaciones neonatales. *Rev. Obstet Ginecol Venez* [online]. 2012, vol.72, n.4, pp. 227-232. ISSN 0048-7732.
6. Cortés, R.: Resultados Perinatales en Pacientes con Oligohidramnios Toluca México 2014
7. Lent, Kelly: Líquido amniótico meconial y su asociación en el puntaje de Apgar, Hospital de ventanilla diciembre 2012 – junio 2015
8. Renteros, J: “Morbilidad Materna en embarazos con Volumen de Líquido Amniótico anormal en el Hospital Belén de Trujillo - 01 de diciembre del 2014 al 31 de enero del 2015

9. Coba, D., Sánchez, M.: Relación entre el Grado de Tinción meconial del Líquido Amniótico durante el trabajo de parto y la presencia de complicaciones neonatales. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins
10. Cunningham, G., Leveno K. Bloom S. Obstetricia de Williams. Mc Graw Hill Interamericana. (EEUU) 2010
11. Cifuentes R. Ginecología y Obstetricia basada en las nuevas evidencias. Editorial Médica -Colombia 2009.
12. Vergani P. Transabdominal Amnioinfusión in Oligohydramnios at term before induction of labor with intact membranes. A randomized clinical trial. Am J Obstet-Gynecol. EEUU - 2011
13. Pacheco J Vigilancia fetal. En Gynecología y Obstetricia. Madrid, Madcorp SA 2007
- 14.. Torres, L. Tratado de cuidados críticos y emergencias – España-2012
15. Lara DV, et al Protocolo de Asfixia en el Recién Nacido. Disponible en www.htt/rgaray2010 hmo.megared.net.mx
16. Mejía Mazariegos Nancy Patricia, Factores de riesgo materno fetal asociado a asfixia perinatal, USAC, FCCMM, 2013,
17. Banks HE, Miller DA, Perinatal risk associated with borberline amniotic fluid index, Am J. Obtet Gynecol 2013.
18. Creasy RK, Resnik R. Matenal- fetal Medicine. 4th Edition, Philadelphia, London, Toronto, Montreal, Sydney, Tokyo, W.B Saunders company, año 2013

19. Moore TR, Cayle JE. El líquido amniótico normal en el ser humano en gestación Am J. Obstet Gynecol, 2010.
20. derecha²⁰ (Obstetricia 5ta edición. J Gonzáles Merlo; J. M. LaillaVicens; E. Fabre Gonzáles; E. Gonzáles Bosquet. Editorial masson 2011
21. Obstetric and Newborn Care II. Precipitate and Emergency delivery. Consulta 28 marzo 2012).
http://www.brooksidepress.org/Products/Obstetric_and_Newborn_Care_II/lesson_1_Section_1A.htm.
22. Cifuentes B., Rodrigo. Ginecología y Obstetricia Basada en la Evidencia. Distribuidora Ltda., Bogotá – Colombia, 2013.
23. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Mc graw-Hill. Interamericana Editores S. A. 2013

3.- FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N° Ficha: HC:

Edad: 15 – 19 años 20 – 35 años > 35 años

Paridad: nulípara..... Multípara.....

Fecha:.....

Horas de trabajo de parto:

Características del líquido amniótico:

Color: LA claro..... LA verde fluido.....

LA verde meconial..... LA sanguinolento.....

Cantidad: normal..... Oligohidramnios.....

Polihidramnios

Frecuencia cardiaca fetal basal.....

Sufrimiento fetal agudo

Asfixia perinatal

Apagar del RN

Complicación asociada.....