

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Obstetricia

**CERTEZA ECOGRÁFICA PARA EL DIAGNÓSTICO DE HIDROPS
FETAL EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE,
TACNA 2023**

TRABAJO ACADÉMICO

Presentado por:

Lic. Obst. Yubitza Del Lourdes Pérez Aguilar

Lic. Obst. Ita Daneri Huamán Guzmán

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en

Monitoreo Fetal y Ecografía Obstétrica

TACNA – PERÚ

2026

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Obstetricia

CERTEZA ECOGRÁFICA PARA EL DIAGNÓSTICO
DE HIDROPS FETAL EN EL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE,
TACNA 2023

TRABAJO ACADÉMICO

Presentada por:

Lic. Obst. Yubitza Del Lourdes Pérez Aguilar
Lic. Obst. Ita Daneri Huamán Guzmán

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en:
Monitoreo Fetal y Ecografía Obstétrica


Aprobadas por **unanimidad** ante el siguiente jurado:



Dra. Soledad Carmen Sotelo Gonzales
Presidenta



Dra. Nery Rafael Bernabé
Secretaria



Mtra. Cynthia Lisset Sánchez Montánchez
Vocal



Mtra. Cynthia Lisset Sánchez Montánchez
Asesora



CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, Mtra. Cynthia Lisset Sánchez Montánchez, en mi condición de asesora acreditada con Resolución de Facultad N° 080-2024-SEP/FACS-UNJBG del 06 de junio de 2024, del Trabajo Académico titulado: **CERTEZA ECOGRÁFICA PARA EL DIAGNÓSTICO DE HIDROPS FETAL EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE, TACNA 2023**, presentado por la Lic. Obst. Yubitza Del Lourdes Pérez Aguilar y la Lic. Obst. Ita Daneri Huamán Guzmán. Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Ecografía Obstétrica.

Habiendo cumplido con lo establecido en el reglamento de originalidad y similitud de trabajos de investigación y producción intelectual de la UNJBG; considerando que según la revisión, evaluación y análisis realizado a través del software de similitud textual TURNITIN, cuenta con el nivel de similitud permitido cuyo porcentaje es 10 %. Por lo que CERTIFICO LA SIMILARIDAD del Trabajo Académico enunciado líneas arriba, la cual está expedita para continuar con los trámites para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Ecografía Obstétrica, según corresponda para su publicación en el Repositorio Institucional.

Tacna, 04 de febrero de 2026.

FIRMA ASESORA
Nombres y Apellidos: Cynthia Lisset Sánchez Montánchez
DNI: 40201341



Huella dactilar

FIRMA AUTORA
Nombres y Apellidos: Yubitza Del Lourdes Pérez Aguilar



Huella dactilar

FIRMA AUTORA
Nombres y Apellidos: Ita Daneri Huamán Guzmán



Huella dactilar

DEDICATORIA

Con mucho cariño:

A nuestros padres, esposos e hijos, cuyo apoyo y amor incondicional han sido nuestra fuerza para lograr nuestros logros durante este camino.

A las personas que son nuestros ángeles y guían nuestro caminar desde la eternidad.

AGRADECIMIENTO

A nuestras familias por su apoyo absoluto, invaluable en el desarrollo de este trabajo académico. Fueron sus ánimos, su comprensión y amor incondicional los que en momentos difíciles nos impulsaron a seguir adelante.

A la Sección de la Segunda Especialidad por su apoyo, a nuestra asesora de tesis Cynthia Sánchez Montánchez por su orientación, disposición y apego constante durante este proceso. Sus consejos y aportes fueron fundamentales para el desarrollo y la finalización de este trabajo.

ÍNDICE

DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
ÍNDICE	viii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCCIÓN	4
CAPÍTULO I	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1. Descripción del problema	3
1.2. Formulación del problema	6
1.3. Justificación	7
1.4. Objetivos	8
1.4.1. Objetivo general	8
1.4.2. Objetivos específicos	8
CAPÍTULO II	9
MARCO CONCEPTUAL	9
2.1. Hidrops fetal	9
2.1.1. Definición	9
2.2. Clasificación	10
2.3. Etiología	12
2.4. Factores de riesgo	13
2.5. Fisiopatología	14
2.6. Formas clínicas	17
2.7. Exámenes auxiliares	18
2.8. Tratamiento	23
2.9. Complicaciones	24
CAPÍTULO III	27
MARCO METODOLÓGICO	27
Historia clínica	27

CAPÍTULO IV	46
DISCUSIÓN	46
CONCLUSIONES	51
RECOMENDACIONES	53
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
ANEXOS	58

RESUMEN

El presente trabajo académico tiene por **objetivo**: Determinar la importancia de la ecográfica en el primer trimestre para el diagnóstico de Hidrops Fetal en el Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2023. **Material y Método**: Estudio de caso clínico con análisis documental cuyo instrumento es la historia clínica. Obteniendo como **resultados**: Gestante que acude a consulta de Obstetricia en el Centro de Salud La Esperanza con resultado de ecografía obstétrica cuyo diagnóstico es: Gestación de 15 semanas 3 días por biometría fetal e Hidrops fetal. Paciente fue referida a Hospital Hipólito Unanue para atención por especialistas, donde confirman la patología fetal mediante ecografía obstétrica, siendo el diagnóstico: Gestación de 16 semanas. por biometría fetal, Hidrops fetal, Higroma quístico, derrame pleural bilateral y ascitis fetal. A las 29 semanas de gestación, gestante reingresa al Hospital por emergencia presentando contracciones uterinas de parto. Se realiza interconsulta al servicio de Neonatología para culminación del embarazo. Se produce el parto eutócico con un producto femenino de 3280 gr. con Apgar 7 al minuto y 9 a los cinco minutos. El deceso de la recién nacido se produce una hora después del parto. **Conclusiones**: La ecografía obstétrica es esencial para el diagnóstico oportuno del Hidrops fetal, por ser un método no invasivo y preciso, permite identificar sus signos de forma temprana y orientar adecuadamente la vigilancia prenatal y la conducta clínica ante esta condición.

Palabras clave: Hidrops fetal, ecografía obstétrica, muerte neonatal.

ABSTRACT

The present academic work **aims** to: Determine the importance of ultrasound in the first trimester for the diagnosis of Fetal Hydrops at the Hipólito Unanue Hospital, Tacna 2023. **Material and Method:** Clinical case study with documentary analysis whose instrument is the medical history. Obtaining as **results:** Pregnant woman who comes to Obstetrics consultation at the La Esperanza Health Center with the result of obstetric ultrasound whose diagnosis is: Gestation of 15 weeks 3 days by fetal biometry and Fetal Hydrops. The patient was referred to Hipólito Unanue Hospital for specialist care, where the fetal pathology was confirmed by obstetric ultrasound. The diagnosis was: 16 weeks gestation based on fetal biometry, fetal hydrops, cystic hygroma, bilateral pleural effusion, and fetal ascites. At 29 weeks of gestation, the patient was readmitted to the hospital emergency department presenting with uterine contractions indicative of labor. A consultation was requested with the Neonatology service for delivery. A spontaneous vaginal delivery resulted in a female infant weighing 3280 grams, with Apgar scores of 7 at one minute and 9 at five minutes. The newborn died one hour after delivery. **Conclusions:** Obstetric ultrasound is essential for the timely diagnosis of fetal hydrops. As an invasive yet precise method, it allows for the early identification of its signs and provides appropriate guidance for prenatal monitoring and clinical management of this condition.

Keywords: Fetal hydrops, genetic ultrasound, neonatal death.

INTRODUCCIÓN

La Hidrops fetal es una complicación materno – fetal que se puede diagnosticar precozmente desde el primer trimestre del embarazo, por lo cual requiere de una atención y manejo especializado, así como de una vigilancia minuciosa. El diagnóstico oportuno y el manejo adecuado pueden marcar la diferencia en el resultado y la salud del feto involucrado en este tipo de embarazo. Descrito por primera vez por la Dra. Edith Potter en el año 1943, quien consideraba que una posible causa era la eritroblastosis (1).

Se caracteriza por un aumento en el contenido total de líquido corporal debido a una acumulación anormal de fluido en al menos dos cavidades o cuando existe edema subcutáneo acompañado de un derrame en al menos una cavidad visceral (ascitis, derrame pleural, derrame pericárdico) (2) y los casos graves con frecuencia presentaron edema cutáneo y una alta tasa de asfixia al nacer y dificultad para la reanimación (3).

Tal como se observa, el diagnóstico de hidrops fetal se basa en la presencia de derrames serosos en un feto con edema subcutáneo, sin duda alguna esto se puede visualizar en el examen ultrasonográfico. Se puede observar la presencia de derrame aislado en un área del cuerpo fetal (quilotórax aislado o ascitis aislada), pero en general, y de acuerdo a

evidencia reciente, esto está indicando la fase inicial del proceso hidrópico, por lo que es fundamental el estudio seriado (4).

Por lo expuesto, este trabajo académico tiene por objetivo determinar la importancia de la ecografía obstétrica para el diagnóstico de Hidrops Fetal en el Hospital Hipólito Unanue en el año 2023. Contribuyendo de esta manera a que los profesionales de obstetricia que desempeñan labores asistenciales en el primer nivel puedan solicitar las ecografías en el primer trimestre y así poder diagnosticar de manera oportuna y temprana alguna patología que pudiese presentar el feto. Sabemos que en general, todo embarazo representa un riesgo obstétrico en algún momento de su desarrollo, es así que este estudio de caso clínico tiene la intención de incentivar la investigación en este ámbito.

El informe se organiza en cuatro capítulos. El primer capítulo aborda la descripción del problema, formulación del problema, justificación y los objetivos de investigación. El segundo capítulo presenta el marco conceptual, que incluye las bases teóricas, factores de riesgo, fisiopatología, exámenes auxiliares, tratamiento y complicaciones del tema estudiado. En el tercer capítulo se relata el caso clínico. Finalmente, el cuarto capítulo describe la discusión. Seguidamente se conoce los resultados, conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema

Durante el periodo del embarazo, parto y postparto pueden presentarse complicaciones que ponen en riesgo la vida integral de la madre y de su neonato; por ello la World Health Organization (OWH) en el año 2016 recomienda que la atención prenatal debe ser precoz para que sea una experiencia positiva en el embarazo (5). Por ello a nivel mundial y Sudamérica se considera sumamente importante el inicio de los controles prenatales desde el primer trimestre de embarazo (menos de 13.6 semanas de amenorrea), para poder diagnosticar de manera oportuna alguna patología genética que pudiera presentarse en estos momentos.

Asimismo, la Organización Mundial de Salud (OMS) en el año 2016 y la sociedad Española Multidisciplinar de enfermedades autoinmunes sistemáticas refieren que la prevalencia de las enfermedades autoinmunes a nivel mundial es de 3% a 7%, de este porcentaje se estima que el 80% de las personas que padecen estas patologías son mujeres (5).

Hay una serie de complicaciones materno-fetales que se pueden diagnosticar por examen clínico, examen de laboratorio y exámenes ecográficos. La ecografía en los últimos años ha sido un apoyo clínico en el área de obstetricia para poder visualizar las complicaciones que se pudiesen dar dentro del vientre materno, una de ellas es la Hidrops Fetal.

Así también el Hospital de Barcelona Sant Joan de Déu- Universitat de Barcelona, publicó una guía clínica cuyo objetivo es concretar los pasos a seguir para el diagnóstico etiológico del hidrops y ofrecer una terapia intrauterina si la patología lo requiere. Es importante remarcar que, en los casos tributarios de terapia fetal, a partir de las 16-18 semanas, se consideraran una emergencia médica y requiere una rápida actuación (6).

El hidrops fetal es una condición neonatal muy seria, tiene una compleja fisiopatología y se asocia a una variada gama de etiologías y un incierto pronóstico perinatal (mortalidad entre 60-90%). Pese a los avances en el campo de la Medicina Fetal, sólo existe posibilidad terapéutica en no más del 30% de los casos (5). En la hidrops fetal se observa ecográficamente el aumento del contenido total del líquido corporal, esto debido a la acumulación anormal de fluido en dos cavidades o cuando existe edema subcutáneo acompañado de un derrame en una cavidad visceral: estomago (ascitis), tórax (derrame pleural), sistema cardiaco (derrame pericárdico) (6).

La patología fetal conocida como Hidrops Fetal puede ser detectada precozmente desde el primer trimestre del embarazo, logrando establecer las posibles causas e implementar las posibles medidas terapéuticas para mejorar el pronóstico de la enfermedad. La prevalencia de Hidrops fetal no inmune (HFNI) a nivel mundial es de alrededor de 1 por cada 2500 a 1 por cada 4000 nacimientos (7).

Para investigadores actuales como Swearingen, el hidrops fetal no inmunitario tiene una frecuencia del 90%, con incidencia estimada de 1 caso por cada 1700 a 3000 embarazos (8). Para Al- Kouatly el hidrops fetal inmunitario representa el 10% de los casos, su incidencia es de 1 caso por cada 3000 nacimientos en el mundo y podría ser mayor debido a su elevada mortalidad en el primer y segundo trimestre (9).

En nuestro país no contamos con registros oficiales sobre enfermedades autoinmunes, pero podríamos extrapolar de las estadísticas de enfermedades raras como lo refleja el ministerio de salud. La incidencia de Hidrops fetal en el Perú ha sido mínima la cual no se evidencia de manera independiente sino asociada al rubro de patologías de mayor complejidad.

La investigación en el área de la medicina fetal ha sido limitada en los últimos años, haciendo una revisión bibliográfica en los últimos 10 años solo se encontraron algunos trabajos de investigación y artículos científicos: dos en el año 2015, uno en el 2021, dos en el 2022, tres en el año 2023 y tres en el 2024. Esta escasez de estudios evidencia la necesidad de que hospitales, establecimientos de salud y profesionales capacitados refuercen la identifiquen de las causas más frecuentes del hidrops fetal.

Definitivamente la ecografía desempeña un papel importante en el diagnóstico, evaluación y tratamiento del feto hidrópico. Como dice Yanes, sonográficamente el Hidrops fetal no inmune es indistinguible de una Isoinmunización. La diferenciación entre formas leves y severas caen en el plano puramente subjetivo (10).

Las alteraciones que trae consigo el Hidrops fetal no inmune hacen que el pronóstico de esta entidad sea desfavorable con una tasa de mortalidad intrauterina muy alta, por lo que el acertado diagnóstico prenatal y el asesoramiento genético preciso son determinantes en la decisión de la pareja para la evolución del embarazo (10).

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es la importancia de la certeza ecográfica para el diagnóstico de Hidrops Fetal en el Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2023?

1.3 Justificación de la investigación

Justificación teórica

Este trabajo académico se fundamenta en la necesidad de reforzar el conocimiento científico sobre las complicaciones obstétricas y fetales, especialmente el hidrops fetal, cuya detección depende del uso adecuado de herramientas diagnósticas como la ecografía del primer trimestre. Comprender su importancia contribuye a un control prenatal más analítico y basado en evidencia.

Justificación social

El diagnóstico oportuno de complicaciones fetales mejora el pronóstico materno-fetal y beneficia directamente a las familias y la comunidad. Asimismo, fortalecer la capacidad diagnóstica en el primer nivel de atención

promueve un acceso equitativo a servicios de salud de calidad y reduce riesgos durante el embarazo.

Justificación metodológica

La investigación busca incentivar el análisis de casos de hidrops fetal, aplicando un enfoque ordenado y científico que permita comprender el valor de la ecografía en su diagnóstico temprano. Esta metodología facilita replicar estudios similares y promueve la investigación en medicina fetal.

Justificación práctica

El trabajo aporta al profesional de obstetricia del primer nivel, fortaleciendo sus competencias en la identificación de riesgos, solicitud de exámenes pertinentes y manejo oportuno de hallazgos ecográficos. Además, estimula una práctica asistencial más crítica, humanizada y basada en evidencia.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

- Determinar la importancia de la certeza ecográfica para el diagnóstico de Hidrops fetal en el Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2023.

1.4.2 Objetivos específicos

- a) Describir los factores sociodemográficos de la paciente en estudio de la Hidrops fetal en el Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2023.

- b) Determinar los factores de riesgo de la paciente en estudio para Hidrops fetal en el Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2023.
- c) Evaluar los hallazgos de signos ecográficos y su manejo hospitalario.

CAPÍTULO II

MARCO CONCEPTUAL

2.1. Hidrops Fetal

2.1.1. Definición

El Hidrops fetal se define como la acumulación de líquido en el tejido celular subcutáneo y en una o más cavidades serosas fetales (pleura, peritoneo y pericardio). Se acompaña de edema placentario y generalmente de polihidramnios en etapas iniciales de la enfermedad, aunque la anuria fetal es frecuente en casos de fetos muy comprometidos, lo que condiciona oligoamnios severo (6) (Fig. 1).

El concepto varía según los distintos autores que definen al Hidrops, por una parte, como la sola presencia de edema de la piel con o sin derrames serosos, mientras que otros basan el diagnóstico en el acúmulo anormal de líquido en una sola cavidad del feto (9).



Fig. 1 Recién nacido con signos manifiestos de hidrops fetal. Ascitis a tensión y edema de piel, más manifiesto a nivel de nugal fetal (4).

2.2 Clasificación

El hidrops fetal se clasifica de manera universal en dos grandes categorías basadas en su mecanismo etiológico:

2.2.1. Hidrops Fetal Inmune (HFI)

La HFI es el secundario a la destrucción de hematíes fetales por parte de anticuerpos (Ac.) maternos dirigidos a los antígenos (Ag.) de membrana del eritrocito fetal (18). También llamado hidrops inmunitario.

- Causado por isoinmunización materno-fetal, principalmente por incompatibilidad Rh (D).
- Produce anemia fetal severa → insuficiencia cardíaca → acumulación de líquido en cavidades fetales.
- Hoy representa <10% de los casos gracias a la profilaxis Anti-D.

Características:

- Anemia hemolítica grave.
- Hepatoesplenomegalia.
- Elevado flujo en ACM.
- Hidrops típico (derrames, edema, ascitis).

2.2.2. Hidrops Fetal No Inmune (HFNI)

Se define por la ausencia de Ac. circulantes maternos contra los hematíes (18). Es la forma más frecuente (85–90%). Se debe a cualquier condición que afecte:

- El gasto cardíaco fetal
- El equilibrio entre producción y drenaje de líquidos

La incidencia de Hidrops no inmune es difícil de calcular, debido a que muchos casos terminan en muerte o aborto espontáneo. Desde el año 1971 luego de la introducción del RhoGAM (medicamento para prevenir la inmunización Rh) ha disminuido de forma importante el Hidrops de causa inmune, correspondiendo actualmente solo al 10 a 20% de los casos (19).

2.3 Etiología

Según su etiología normalmente se divide en Hidrops de causa inmune y no inmune.

Las últimas investigaciones dicen que, los errores innatos del metabolismo, las anomalías cromosómicas y cardíacas son la segunda causa más

frecuente de Hidrops fetal no inmunitario. Se sugiere tener en cuenta las causas metabólicas en el enfoque diagnóstico del Hidrops fetal, sobre todo para el establecimiento del tratamiento temprano (20).

El origen de esta variación radica, la mayoría de las veces, en la causa misma del Hidrops, por ejemplo, las malformaciones congénitas severas que presentan Hidrops en su historia natural y que conllevan alta mortalidad en etapas tempranas de la gestación (10). Otra causa importante es la prematurez, a veces extrema, asociada ya sea a polihidramnios severo o a procedimientos terapéuticos in útero, tales como drenajes de colecciones (toracocentesis, pericardiocentesis, etc.) o procedimientos quirúrgicos complejos. El sexo fetal también es de importancia pronóstica, ya que se ha visto que los fetos masculinos tienen la mayor frecuencia, morbilidad y mortalidad que sus pares femeninos. En general, cuanto más precoz es la aparición del Hidrops, peor es su pronóstico (10).

2.4 Factores de riesgo (4)

- a) Madre RH negativa
- b) Presencia conocida de anticuerpos sanguíneos
- c) Administración previa de productos sanguíneos
- d) Uso de drogas
- e) Colagenopatías y enfermedades de tiroides o diabetes
- f) Trasplante de órganos (hígado, riñón)
- g) Trauma abdominal directo

- h) Uso de indometacina, diclofenaco sódico o teratogénicos potenciales durante el embarazo
- i) Mujeres menores de 16 años o mayores de 35 años
- j) Factores de riesgo para enfermedades de transmisión sexual
- k) Hemoglobinopatías
- l) Crianza de gatos
- m) Enfermedad viral reciente o actual en la comunidad
- n) Ictericia en algún miembro de la familia o un hijo previo
- o) Historia familiar de gemelos, especialmente monocigotos
- p) Historia familiar de genopatías, anomalías cromosómicas o en enfermedades metabólicas.
- q) Malformaciones congénitas de hijo previo
- r) Antecedente de hijo con Hidrops fetal
- s) Polihidramnios en embarazo previo
- t) Antecedentes de transfusión feto-materna
- u) Cardiopatía congénita de hijo previo

2.5 Fisiopatología

Las causas que desencadenan el Hidrops fetal no son claras y probablemente no son únicas. Actualmente no parece tan evidente la importancia asignada inicialmente a la caída de la presión coloidosmótica, ya que una reducción del 40% de la concentración de albúmina plasmática no se acompaña de Hidrops y, a su vez, muchas condiciones hidrópicas no

se asocian a hipoalbuminemia. Lo que sí parece jugar un rol preponderante, según se desprende de investigaciones en modelos animales y computacionales, es la elevación de la presión venosa central.

Esta situación se presenta en una serie de condiciones clínicas y experimentales como anemia, taquiarritmias, obstrucción linfática y masas torácicas que dificultan el retorno venoso, alteran el drenaje linfático y desencadenen insuficiencia cardíaca, lo que está favorecido por la interdependencia interventricular que hace al corazón fetal muy susceptible a la sobrecarga de volumen. Algunas condiciones asociadas, tales como elevación de aldosterona, renina, norepinefrina y angiotensina I, son probablemente consecuencias de la presión venosa central elevada asociada a Hidrops.

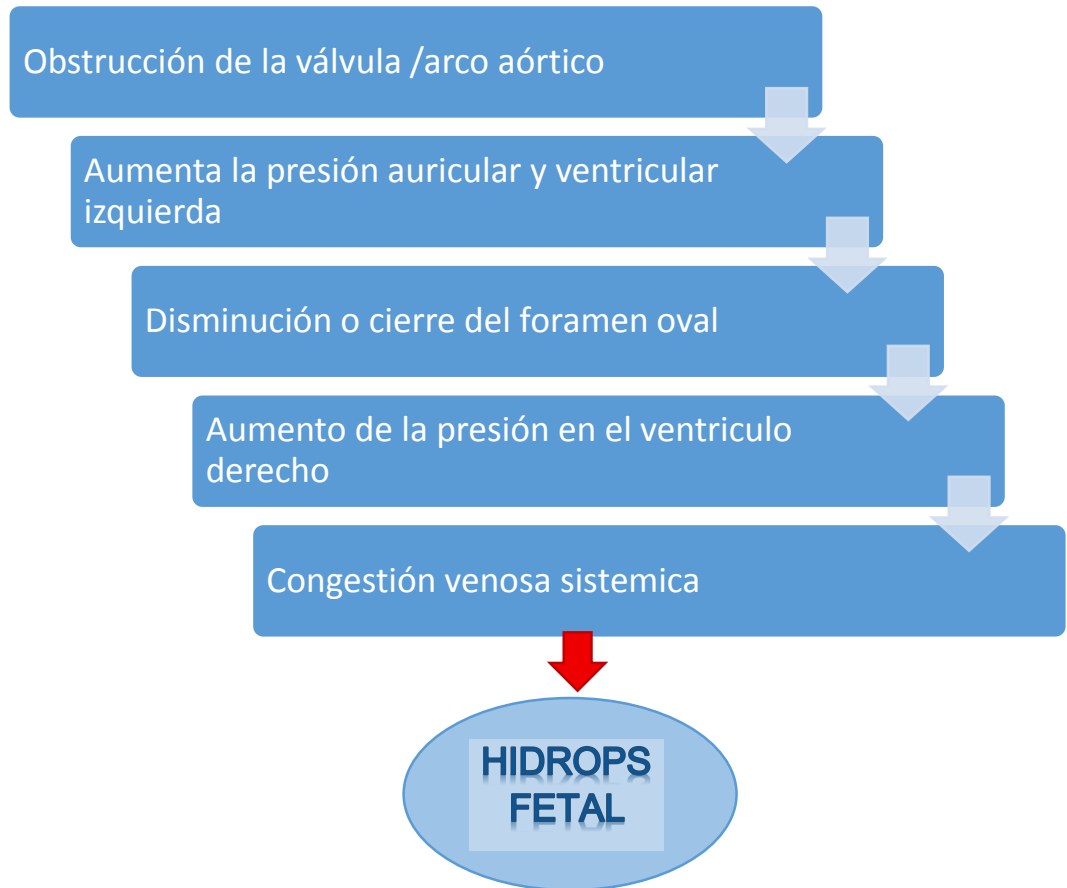
El mecanismo fisiopatológico es diferente según la etiología: (20)

- Fallo cardíaco primario (anomalía estructural, funcional, miocarditis o anemia severa)
- Fallo cardíaco por sobrecarga/ hiperdinámia (shunts arterio-venosos, tumores, complicaciones de la gestación monocorial)
- Obstrucción del retorno venoso (compresión a nivel torácico o, más raramente, abdominal)
- Obstrucción del drenaje linfático a nivel torácico/abdominal

- Disminución de la presión oncótica (disminución producción de albúmina en afectación hepática en infecciones o aumento de excreción en síndrome nefrótico congénito)
- Aumento de la permeabilidad capilar (hipoxia/anoxia)

Es también de particular interés la elevación del péptido natriurético auricular observado en Hidrops asociado a anemia y anomalías cardíacas, así como en obstrucción al retorno venoso y taquiarritmias. De hecho, el retorno a valores normales de este péptido se asocia a desaparición del hidrops. Hay evidencia acerca del rol que juegan los bajos niveles plasmáticos fetales de guanósil monofosfato cíclico asociados a la reducida producción de óxido nítrico debido al daño endotelial. Como se ve, de la interrelación entre función miocárdica, mantención del volumen intravascular y diferentes proteínas y hormonas circulantes puede surgir una explicación razonable para esta condición, dependiendo obviamente de la causa subyacente (21).

FISIOLOGIA DE LA HIDROPS EN FETOS CON SINDROME DE TURNER Y DEFECTOS CARDIACOS (4)



2.6 Formas clínicas

Se basan en su mecanismo etiológico:

- Hidrops Fetal Inmune
- Hidrops Fetal No inmune

Las formas clínicas para diagnosticar hidrops fetal se basan en la identificación de signos de acumulación anormal de líquido en compartimientos fetales y se realizan principalmente mediante evaluación ecográfica. Existen dos grandes vías: la clínica (observación y hallazgos maternos-fetales) y la imagenológica (confirmación por ecografía) (11).

2.6.1. Hallazgos clínicos (sospecha inicial)

- Aumento excesivo del tamaño uterino (altura uterina mayor a la esperada para la edad gestacional).
- Polihidramnios detectado en la exploración obstétrica (por palpación o auscultación difícil de la FCF).
- Dificultad para auscultar los latidos fetales o ruidos cardíacos amortiguados.
- Signos maternos secundarios a complicaciones, como preeclampsia temprana o edema generalizado por síndrome en espejo (mirror syndrome).

2.6.2. Hallazgos ecográficos (confirmatorio)

- Derrame pleural.
- Ascitis fetal.
- Edema cutáneo generalizado (>5 mm de grosor).
- Derrame pericárdico.
- Además, pueden asociarse signos indirectos:
- Placentomegalia (grosor >4 cm en el segundo trimestre o >6 cm en el tercero).
- Polihidramnios (mayor de 25 cm).

2.7 Exámenes auxiliares

2.7.1 Ecografía: Es una técnica de diagnóstico por imágenes que utiliza ondas sonoras de alta frecuencia para generar representaciones visuales de órganos, tejidos y estructuras internas del cuerpo. No emplea radiación ionizante, por lo que se considera un método seguro y no invasivo. Se utiliza ampliamente en áreas como obstetricia, ginecología, cardiología, radiología y medicina interna para la detección, evaluación y seguimiento de diversas condiciones clínicas (14).

Según la técnica ecográfica más utilizadas para el diagnóstico de Hidrops fetal es la Ecografía 2D que es el estándar de oro para confirmar Hidrops fetal, existiendo otras ecografías como 3D, 4D y Doppler (4).

a) Ecografía obstétrica 2D.- Fundamental para monitorear y observar el avance del embarazo, la ecografía obstétrica se utiliza en las distintas etapas de la gestación para confirmar el embarazo, evaluar la anatomía del feto, definir el sexo, descartar malformaciones o riesgo materno y cuidar la salud materno-fetal a grandes rasgos (4).

Dentro de las ecografías obstétricas se puede considerar la ecografía genética, que es un examen ecográfico especializado, realizado generalmente entre las 11 y 14 semanas de gestación, destinado a la búsqueda de marcadores ecográficos que se

asocian a anomalías cromosómicas y otros síndromes genéticos, como la medición de la translucencia nucal, evaluación del hueso nasal y flujo en ducto venoso (15). Así también la ecografía morfológica, que es un estudio ecográfico prenatal, usualmente efectuado entre las 18 y 22 semanas de gestación, que permite evaluar de forma sistemática la anatomía fetal para la detección de malformaciones estructurales y valoración del crecimiento, la placenta y el líquido amniótico (16).

Una vez realizado la ecografía y confirmando el diagnóstico de Hidrops fetal se debe iniciar simultáneamente el análisis materno, el diagnóstico de hidrops se basa en la presencia de derrames serosos en un feto con edema subcutáneo, presencia de derrame aislado en un área del cuerpo fetal (quilotórax aislado o ascitis aislada) (4) (16).

Dentro de las alteraciones cromosómicas que se observan en la ecografía obstétrica 2D y se asocian a la Hidrops fetal son (4):

- Síndrome de Turner (45, X) por la presencia de linfedema, higroma quístico y derrames.
- Trisomía 21 (Síndrome de Down), Trisomía 18 (Edwards), Trisomía 13 (Patau) malformaciones cardíacas, anemia o disfunción orgánica que lleven a hidrops fetal.

- Síndrome de Noonan, se asociado a displasia valvular pulmonar, cardiopatías obstructivas y linfedema. Frecuente causa de hidrops no inmune.

Son signos ecográficos asociados a Hidrops fetal (21):

- Polihidramnios: su valoración puede ser cualitativa (subjetiva) o cuantitativa [índice de Phelan > 25 o máxima columna vertical de líquido amniótico (LA) > 8 cm si ≤ 20 semanas y > 10 cm si > 20 semanas]. Aunque habitualmente acompaña al hidrops, puede presentarse aislado de manera precoz, sobre todo en aquellos casos secundarios a anemia fetal.
- Edema placentario: grosor placentario > 4 cm en el segundo trimestre y > 6 cm en el tercer trimestre. Este hallazgo es muy sugestivo de anemia fetal, ya sea en el contexto de una isoinmunización o en determinadas etiologías del HFNI.

b) Doppler fetal: El estudio de la flujometría Doppler arterial (especialmente en sístole). La arteria umbilical puede presentar hallazgos específicos, incluyendo ausencia de flujos protodiastólicos y flujo diastólico reverso. En estos fetos, la mejoría del cuadro va asociada a la disminución de los índices. Los flujos de los territorios venosos demuestran en la mayoría

de los casos pulsatilidad, lo que estaría indicando una sobrecarga ventricular derecha. Los estudios realizados en vena umbilical, vena cava inferior, vena hepática y ductus venoso demuestran un aumento de sus flujos lo que indicaría un aumento de la precarga (13).

Según Mari, es importante realizar estudios Doppler de la arteria cerebral media para evaluar la presencia de anemia fetal, que puede tratarse con transfusión intravascular. El feto con insuficiencia cardíaca no invasiva (NIHF) debido a anemia grave presentará un aumento de la velocidad a través de la arteria cerebral media (22).

- **Cardiotocografía:** incluyendo la evaluación de los diámetros de los tractos de salida en diástole (sensibilidad de 100% y especificidad de 86% para el diagnóstico de falla cardíaca), estimación del índice cardio-torácico y evaluación de la presencia o ausencia de regurgitación en las válvulas aurículo-ventriculares, la que es frecuente en fetos con hidrops y sugiere falla cardíaca derecha o aumento de la precarga (12).
- **Amniocentesis seriada:** La amniocentesis seriada es un procedimiento obstétrico que consiste en la extracción repetida de líquido amniótico en distintas sesiones durante el embarazo, bajo guía ecográfica, con fines diagnósticos o terapéuticos.

Se utiliza principalmente en:

- Hidrops fetal o polihidramnios severo para aliviar la presión intrauterina y prevenir complicaciones materno-fetales.
- Isoinmunización Rh u otras anemias fetales, para valorar la bilirrubina amniótica mediante espectrofotometría seriada.
- En investigación genética o infecciosa, cuando se requiere seguimiento dinámico.

A diferencia de la amniocentesis única, la versión seriada implica múltiples procedimientos separados por días o semanas, según la evolución clínica (17).

2.8 Tratamiento

a) Tratamiento según el tipo de Hidrops Fetal (21)

a) Hidrops Fetal Inmune

El tratamiento: Cordocentesis y transfusión intrauterina

- La cordocentesis con sangre preparada está indicada hasta las 35 semanas ante la sospecha ecográfica de anemia grave, es decir, si velocidad máxima de la arteria cerebral media (ACM) > 1.5 MoM o feto hidrópico. Por encima de las 35 semanas, se procede a la finalización de la gestación en un entorno neonatológico adecuado.

- La muestra obtenida sirve para la determinación de Hb, Hto fetal y Coombs directo.
- Se procederá al tratamiento intrauterino ante un Hematocrito fetal $< 30\%$ o < -2 por debajo de la media para la edad gestacional de acuerdo a curvas propias, si se dispone de ellas, o a las publicadas en la literatura

b) Hidrops fetal No Inmune

- ✓ Debido a las múltiples etiologías del HFNI, no se puede hablar de un pronóstico homogéneo. Este vendrá condicionado principalmente por la causa del Hidrops. Otros factores pronósticos determinantes son la edad gestacional de aparición de los signos hidróticos y la presencia de anomalías asociadas (ver apartado "Pronóstico del Hidrops fetal"). En algunos casos, la causa del Hidrops es tratable de forma prenatal lo que mejora el pronóstico de forma considerable. Para que la patología sea tributaria a tratamiento intrauterino se debe descartar la presencia de anomalías genéticas asociadas.

2.9 Complicaciones

2.10.1 Cardiovasculares: (21)

a) Anomalías estructurales:

- ✓ El intervencionismo cardiaco fetal es una opción en cardiopatías congénitas muy seleccionadas (estenosis aórtica o pulmonar crítica, cierre prematuro del foramen oval). La dilatación de la válvula aórtica/pulmonar vía percutánea permite preservar el ventrículo izquierdo/ventrículo derecho respectivamente, con una tasa de corrección biventricular en vida posnatal de aproximadamente el 30%.
- b) Alteraciones del ritmo cardiaco:
- ✓ Taquiarritmia: Se puede tratar mediante administración materna de antiarrítmicos vía oral; sin embargo, la presencia de hidrops dificulta la adecuada transferencia placentaria del fármaco, siendo a veces necesario recurrir a la administración directa al feto por vía intramuscular o intravenosa mediante cordocentesis. En taquicardias fetales secundarias a enfermedad de Graves materna el tratamiento materno con propiltiouracilo o metamizol es un tratamiento transplacentario eficaz de los fetos afectados.
 - ✓ Bloqueo Auriculoventricular: En aquellos casos en que el bloqueo es secundario a un defecto estructural, el riesgo de Hidrops es próximo al 40%, la mortalidad perinatal muy elevada y no existe posibilidad de tratamiento prenatal; sin embargo, cuando es secundario a la presencia de anticuerpos anti-Ro o anti-LA, el riesgo de Hidrops es menor, aproximadamente de un 10%, y el pronóstico mejora sensiblemente. Además, en estas

circunstancias, aunque existe controversia, se puede plantear triple tratamiento que incluye plasmaféresis, inmunoglobulinas y dexametasona.

c) Infecciones congénitas:

- ✓ Parvovirus B19 (PVB19): Dado que el proceso es autolimitado, el pronóstico es generalmente bueno y hasta el 30% de los casos pueden resolverse espontáneamente. Sin embargo, ante la presencia de anemia severa o Hidrops en el contexto de una infección por PVB19, el tratamiento de elección es la transfusión intrauterina de concentrados de hematíes, y excepcionalmente de plaquetas, hasta que la enfermedad remita.
- ✓ Citomegalovirus (CMV): Debido al mal pronóstico por el riesgo de secuelas neurológicas severas, es preferible mantener una conducta expectante en el contexto de un Hidrops fetal.

Existen algunas afecciones que pudieran semejar un hidrops fetal, tal es el caso de derrames pleurales vistos en el higroma quístico, pero este se diferencia del HFNI porque se presenta como una masa quística septada, originada en la parte posterior del cuello (18).

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Datos generales

3.1.1 Filiación:

Paciente de iniciales: N. J. C. A.

Edad: 38 años

Estado civil: Conviviente

Grado de instrucción: Secundaria completa

Ocupación: Ama de casa

Procedencia: Provincia de Tacna.

3.1.2 Enfermedad actual

Tacna, 23 de enero del 2023 Hora: 10:15 hrs.

Paciente acude al Centro de Salud La Esperanza para iniciar sus controles prenatales, previo a la consulta se realiza una ecografía transvaginal para confirmar tiempo de embarazo y vitalidad fetal, en cuya evaluación ecográfica se diagnostica: Gestante de 15 semanas 3 días e Hidrops fetal.

3.1.3 Antecedentes

a) **Personales:** Tuberculosis pulmonar (2008), cirugía de Apendicitis (2017), alergias: niega.

b) **Patologías /enfermedades:** Ninguna

c) **Gineco-obstétricos**

- Menarquia: 15 años
- Fórmula obstétrica. G4 P3013
- Régimen catamenial: irregular
- Dismenorrea: Niega
- Dispareunia: Niega
- IRS: 18 años A: 02 MAC: No usa
- Infecciones ginecológicas: Niega.
- PAP: 2020 (negativo)
- Patología del embarazo anteriores: Niega
- Paridad:
 - ✓ Parto eutócico, el 08-03-2004.
 - ✓ Parto eutócico, el 12-02-2008.
 - ✓ Parto eutócico, el 23-01-2021
 - ✓ Aborto, nov. 2021

d) **Embarazo actual:**

- Fecha de última menstruación: 04/10/2022
- Fecha probable de parto: 11/07/2023

- Edad gestacional: 15 semanas 6 días por fecha de última menstruación
- Número de embarazo:5

e) Antecedentes familiares:

- Cónyuge aparentemente sano
- Hijos aparentemente sanos
- Padre falleció por Leucemia
- Madre vive, tiene hipertensión
- Abuelos paternos y maternos: Desconoce

f) Antecedentes socioeconómicos:

- Vivienda: Propia con servicios de agua y luz
- Animales: Niega,
- Drogas: Niega

g) Alimentación: Aparentemente buen estado de nutrición, ingesta de proteínas, carbohidratos, cereales, etc.

h) Hábitos nocivos: Niega ingesta drogas y alcohol.

3.1.4 Examen Físico General

a) General: Aparente regular estado general, regular estado de nutrición, regular estado de hidratación, lúcida orientada en tiempo, espacio y persona. Peso: 57.400gr. y talla 1.61 cm
Índice de masa corporal: 23 (peso adecuado)

- b) Funciones vitales: Presión arterial: 105/61 mmHg, frecuencia cardiaca: 54 latidos por minuto (lpm), frecuencia respiratoria: 18 por minuto (x´), temperatura corporal: 36.4°C.
- c) Piel y faneras: Piel trigueña, elástica y conservada. Tejido celular subcutáneo de cantidad adecuada,
- d) Cabeza: Cabeza simétrica, cabello color negro de implantación adecuada, ojos con parpados regulares, conjuntivas semipálidas, nariz normal, oídos normales, boca normal y piezas dentarias completas.
- e) Cuello: Simétrico, sin patologías.
- f) Tórax: Sin cicatrices, ni patologías de buena expansión respiratoria.
- g) Mamas: Simétricas, blandas, no se palpan tumoraciones, pezones formados no secretantes.
- h) Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos. Sistema respiratorio con murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares.
- i) Abdomen: No se observa cicatrices, blando, depresible, no doloroso a la palpación, altura uterina 13 cm. Feto: indiferente, latidos cardio fetales 156 por minuto.
- j) Genitourinario: Puño percusión lumbar negativo, puntos renoureterales negativo y tacto vaginal diferido.
- k) Columna vertebral y extremidades: Columna sin alteraciones

osteoarticulares, moviliza miembros superiores.

- l) Neurológico: Despierta, lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona.
- m) Extremidades inferiores: Moviliza miembros inferiores, sin edema ni varices.
- n) Reflejos osteotendinosos: Normales (++)

3.1.5 Impresión diagnóstica

Multigesta de 15 semanas 6 días (1) CIE 10: Z35.9

- D/C Hidrops fetal
- Incremento peso bajo para edad gestacional. O26.1
- Consejería nutricional (1) 99403.01
- Plan de parto (1) U1692
- Dosaje de hemoglobina (1) 85018
- Tamizaje VIF (Neg) 96150.01
- Suplemento Sulfato ferroso (1) 99199.26
- Tamizaje Bacteriuria (RN) 81002
- Consejería Preventivo en Salud Mental (1) 99402.09
- Consejería pre test (1) 99401.33
- Tamizaje anticuerpo de VIH - RPR (NR) 86308.01
- Consejería Infecciones de Transmisión Sexual (1) 99402.05
- Anticuerpo de Treponema (RN) 87342
- Consejería post test 99401.34

- Examen de mamas (Normal) 99386.03
- Consejería integral de cáncer (1) 99402.08
- Ecografía útero grávido (1) 76805

Indicación: Interconsulta a ginecología para atención por especialista y referencia a nivel de mayor complejidad.

3.1.6 Tratamiento y evolución

✓ **Servicio de Ginecología 23/01/2023 Hora: 11:50**

Acude paciente con resultados de ecografía donde se aprecia feto con Hidrops fetal.

Funciones vitales: PA: 112/63 mmHg, P°: 55x', R°: 18x', T°:36.4 °C

Al examen: Regular estado general, nutrición e hidratación.

Abdomen: ocupado por útero grávido, altura uterina: 13 cm.

Latidos cardio fetales 146 -150 por minuto, movimientos fetales: NA (no aplica).

Diagnóstico: 1.- Hidrops Fetal O36.2

2.- Gestación de 15sem 5 días por FUR Z35.9

Indicación: Referencia a Hospital Hipólito Unanue por consultorio externo.

✓ **Controles prenatales en Centro de Salud y Hospital**

La paciente fue atendida en el Hospital Hipólito Unanue el 1 de octubre de 2023, donde continuó con sus controles prenatales durante un periodo de tres meses, alcanzando así su novena

ATENCIÓNES PRENATALES	ATENCIÓN 1	ATENCIÓN 2	ATENCIÓN 3	ATENCIÓN 4	ATENCIÓN 5	ATENCIÓN 6	ATENCIÓN 7	ATENCIÓN 8	ATENCIÓN 9
FECHA Y HORA DE ATENCIÓN	23/01/2023	01/02/23	08/02/23	23/02/2023	09/03/2023	16/04/2023	17/04/2023	19/04/2023	29/04/2023
EDAD GESTACIONAL	15 SEM.	17	17,6	19,6	22,2	23,2	28	28,6	29,6
PESO DE LA MADRE	57.400	57	58,5	59	60,5	59.200	64.200	65.300	64,9
TEMPERATURA	36,4	36,6	36,2	36,9	36,4	36,5	36,5	36,3	36
PRESION ARTE	105/61	90/60	102/53	103/56	97/45	94/48	90/60	100/60	99/56
PULSO MATERNO	54	72	60	61	62	71	72	84	55
ALTURA UTERINA	13	16	16	19	20	19	25	28	29
SITUACION	NA	NA	NA	NA	NA	NA	L	L	L
PRESENTACION	NA	NA	NA	NA	NA	NA	C	C	C
POSICION	NA	NA	NA	NA	NA	NA	D	I	I
F.C.F	156X'	143X'	140X'	134X'	150X'	138X'	138X'	140X'	125X'
MOV. FETAL	NA	NA	NA	NA	+/+++	++	++	++	++
PROTEINURIA CUALITATIVA	NEG	-	-	-	-	-	-	-	-
EDEMA	S/E	S/E	S/E	S/E	S/E	S/E	S/E	S/E	S/E
REFLEJO OSTEOTENDINOSO	++	+	++	++	++	++	++	++	++
EXAMEN DE PEZON	F	F	F	F	F				
INDIC. FIERRO/AC. FOLICO	1(30)			2	SF				
INDIC. CALCIO	NA	-	-	-	-				
INDIC.ACID. FOLICO	NA	-	-	-	-				
ORIENT. CONSEJ.	NUT.	-	NUT		NUT				
EG. DE ECO. CONTROL	15,3 SEM 23/01/23	-							
PERFIL BIOFISICO	NA								
CITA	23/02/23	08/02/23		REFEREN INST	16/03/23	17/03/23	CON RESULT.	HOSPITA	HOSPITA
VISITA DOMICILIARIA	NA	-	-	-	-	-			
PLAN DE PARTO	1	-							
ESTAB. DE LA ATENCIÓN	C.S ESP	H.H.U.T	H.H.U.T	H.H.U.T	H.H.U.T	H.H.U.T	H.H.U.T	H.H.U.T	H.H.U.T
RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN	OBS. CSM								
NRO. ATENCIÓN SIS									

atención prenatal.

✓ **Visita domiciliaria y monitoreo de gestante**

Fecha	Seguimiento
27/01/2023	Gestante con referencia a hospital, no consigue cita para evaluación con especialista.
03/02/2023	Paciente acudió a segunda atención prenatal con especialista del hospital Unanue.
24/02/2023	Paciente tiene referencia para la ciudad de Lima por cursar con complicaciones fetales.
08/03/2023	Gestante con escasos recursos económicos, continuará con atenciones prenatales en Tacna.
15/03/2023	Especialistas comunican a paciente la decisión de continuar o no con embarazo, conociendo las múltiples

	patologías fetales. Gestante y esposo decidieron continuar con embarazo hasta que se desencadene el parto.
17/04/2023	Paciente se realiza una tercera ecografía, donde se confirma la presencia Oligohidramnios.
26/04/2023	Gestante tiene la indicación médica, ante algún signo de alarma acudir al hospital por emergencia.

✓ **Servicio de emergencia 01/05/2023 Hora: 23:39**

Paciente ingresa refiriendo contracciones uterinas, no sangrado, no pérdida de líquido. Funciones vitales: PA:129/69 mmHg, P°:66 x', R°: 20 x', T°: 36.6 °C. Al examen: aparente regular estado general, lucida orientada en tiempo espacio y persona, hidratación regular.

- Mamas: Formadas.
- Abdomen: grávido, altura uterina 30 cm. Feto longitudinal cefálico izquierdo, latidos cardíofetales 130 por minuto. Dinámica uterina: 3/10 min, intensidad (++) , tono: normal, duración: 30 segundos. Movimientos fetales: presentes
- Genitales: Dilatación: 2 cm, borramiento: 70%, altura de presentación: -3, membranas ovulares: íntegras. Pelvis ginecoide, sangrado: No
- Miembros inferiores: No varices, sin edema, reflejos osteotendinosos: conservado

Diagnóstico:

- Multigesta de 29 semanas 4 días (1) CIE 10: Z35.9
- Inicio de trabajo de parto
- Hidrops fetal
- Anhidramnios

Plan terapéutico:

- Se hospitaliza en maternidad
- Nada por vía oral
- Cloruro de sodio 0.9% x 1000 a 30 gotas
- Control de funciones vitales
- Control de sangrado vaginal
- Exámenes de laboratorio
- Antígeno COVID

✓ **Servicio de Maternidad 02/05/2023 Hora: 03:35**

Ingresa paciente remitida de emergencia acompañada de técnico de enfermería en silla de ruedas.

Con diagnóstico:

- Multigesta de 29 semanas 4 días
- Inicio de trabajo de parto
- Hidrops fetal
- Anhidramnios

Indicaciones:

- Nada por vía oral
- Cloruro de sodio 0.9% x 1000 a 30 gotas

- Evolución espontánea, pasa a sala de partos > 4cm.
- Control de funciones vitales
- Control de dinámica uterina
- Comunicar eventualidad
- S/s Glucosa (06:00 am)

Monitoreo materno fetal:

Dia/hora	PA	P	T	LCF	LA	SANG	MF	CONT/DU
03:35	130/68	66	36	130	No	No	+	2/10 ++ 20"
04:00				132	No	No	+	2/10 ++ 20"
05:00				128	No	No	++	2/10 ++ 20"
06:00	122/72	80	36.9	130	No	No	+	2/10 ++ 20"
06:35	Tacto vaginal Dilatación: 4cm. Borramiento: 80%. Altura de presentación: -3. Paciente pasa a sala de partos							

✓ **Centro obstétrico 02/05/2023 Hora: 07:00**

Paciente en sala de dilatación en decúbito dorsal refiere contracciones uterinas. Llegan resultados de glucosa: 74 mg/dl
Al examen: aparente regular estado general, lucida orientada en tiempo espacio y persona.

- Abdomen: Altura uterina: 31 cm. Feto: longitudinal cefálico izquierdo, latidos cardio fetales 140 x', dinámica uterina: 4-5/10 min, intensidad (++) , tono: normal, duración: 30", movimientos fetales: presentes (++)

- Genitales: Dilatación: 4cm, borramiento: 80%, altura de presentación: -2, membranas ovulares: íntegras. Pelvis ginecoide, sangrado: No
- Miembros inferiores: normales

Diagnóstico:

- Hidrops fetal por ecografía
- Gestante de 29 semanas 5 días por ecografía II trimestre
- Trabajo de parto fase activa
- Anhidramnios por antecedente

Indicaciones:

- Nada por vía oral
- Cloruro de sodio 0.9% x 1000 a 30 gotas
- Interconsulta con Neonatología
- Control Obstétrico
- Control de Funciones vitales
- Control de dinámica uterina
- Comunicar eventualidades

Monitoreo materno fetal:

Dia/hora	PA	P	T	LCF	LA	SANG	MF	CONT/DU
07:35	122/72	50	36.9	128	No	No	+	4/10 ++ 30"
08:00				132	No	No	+	4/10 ++ 30"
08:30				128	No	No	++	4/10 ++ 30"
09:00				130	No	No	++	4/10 ++ 30"
09:35	Tacto vaginal D:10cm. B: 1000% AP: -1. Paciente pasa a sala de expulsivo							

✓ **Centro obstétrico 02/05/2023 hora: 09:35**

Paciente ingresa a sala de expulsivo, con vía endovenosa permeable de Cloruro de sodio 0.9% x 1000, como vía.

A las 09:37 hrs se produce parto eutócico, con un producto femenino de 3,280 kg., con Apgar de 1 al minuto y 1 a los 5 minutos.

A las 11:00 hrs. Se produce el deceso del recién nacido.

Diagnóstico: - Parto eutócico
- Hidrops fetal

3.1.7 Exámenes auxiliares

✓ **Exámenes de laboratorio**

	24/01/202	19/04/202	27/04/202	02/05/202
	3	3	3	3
Gp Sang. y	O+		Rh O +	

factor Rh				
Hemoglobina	11 gr.	12.3 gr.	12.7gr.	
Hematocrito	32.5 %		36%	
Glucosa	81 mg/dl		135 mg/dl	74 mg/dl
Ex. orina	Normal			
VIH	Negativo			
Sífilis	Negativo			
Hepatitis	Negativo			
Creatinina			0.58	
Plaquetas			298000 X10 ⁶ /UI	
Tiempo de coagulación			5.30"	
Tiempo de sangría			2.15"	
Leucocitos	0-1 por campo		0-1 por campo	
Hematíes			0-1 por campo	
Células epiteliales			abundante	
Cilindros			No hay	
Cristales			No hay	

✓ **Exámenes auxiliares ecográficos**

1. Ecografía Transvaginal 23/01/2023 Hora 09:15

Útero: De localización y tamaño aumentado en sus dimensiones longitudinales, anteverso y anteroposterior respectivamente, a los cortes

ecográficos su parénquima es homogéneo. Ocupado a nivel fúndico por un verdadero saco gestacional de bordes regulares y de relación coriodecidual bien diferenciado. En cuyo interior se evidencia FETO de 93mm. Longitud céfalo nalga (LCN), con actividad cardiaca presente 156 latidos por minuto (LPM) y movimientos corporales activos. (Fig. 2)

Placenta: de inserción anterior.

Feto: Hueso nasal presente. Translucencia nuchal no evaluable con presencia de Higroma quístico de 33mm. Vejiga de tamaño dentro de la normalidad. Se aprecia edema de tejido celular subcutáneo (TCSC) en todo el cuerpo. Se aprecia líquido en cavidad abdominal y torácica.

Anexos: ecográficamente conservados

Douglas: Libre

Diagnostico:

1. Hidrops fetal
2. Gestación única activa de 15 semanas, 3 días x LCN

3. Se sugiere evaluación por Ginecoobstetricia.



Fig. 2 Hidrops fetal – Higroma quístico

2. Ecografía Obstétrica - HHUT 03/02/2023

Hallazgos: Presenta higroma quístico de 45 mm x 50 mm, con tejido celular subcutáneo (TSC) edematizado en cabeza. TSC edematizado en abdomen. Derrame pleural bilateral. Ponderado fetal 180 gramos. Latidos cardíofetales: 158 por minuto.

Diagnóstico:

- Gestación única activa de 16 semanas por biometría fetal (BF)
- Hidrops fetal
- Descarte Higroma quístico
- Derrame pleural bilateral
- Ascitis fetal

3. Ecografía obstétrica – HHUT

Realizada en el hospital por especialista, donde se confirma

Oligoamnios - Anhidramnios

3.1.8 Epicrisis

1.- Datos generales de la paciente:

Paciente: N. J. C. A.

Nº Historia clínica: 0414303

Edad: 38 años

Fecha de ingreso: 01-05-2023

Fecha de egreso: 03-05-2023

Paciente gestante de 38 años, G5P3013, con antecedentes patológicos relevante de Tuberculosis (2007). Antecedentes obstétricos: Mala historia obstétrica, multiparidad. Antecedentes familiares: Pareja sano, hijos sanos, padre falleció con Leucemia.

2.- Motivo de ingreso

Paciente ingresa presentar contracciones uterinas, no refiere sangrado ni pérdida de líquido amniótico.

Paciente en aparente regular estado general, aparente regular estado de nutrición, aparente regular estado de hidratación. Lúcida en tiempo, espacio y persona.

Examen clínico:

- Mucosas orales húmedas y mamas formadas
- Abdomen grávido, altura uterina: 30 cm. Feto en longitudinal cefálico izquierdo. Dinámica uterina: 3 contracciones en 10 minutos, tono normal, latidos cardíofetales: 130 latidos por minuto.
- Genitales: Dilatación 2 cm. Borramiento 70%, altura de presentación -3, sangrado no, membranas íntegras, pelvis ginecoide.

Diagnóstico: - Gestante 29 semanas 4 días.

- Trabajo de parto
- Hidrops fetal
- Anhidramnios

3. Terapéutica: Hospitalización, monitoreo materno fetal, ecografía, exámenes de laboratorio, control de funciones vitales, control sangrado vaginal.

Tratamiento: Hidratación parenteral, atención de parto vaginal.

Evolución: Favorable

4.- Egreso de paciente

- Diagnóstico final: - Puérpera de parto eutócico
- Recién nacido con Hidrops fetal

Condición de alta: Mejorado

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

La Hidrops fetal es una alteración morfológica donde existe la presencia de edema fetal subcutáneo y hay acumulación de líquido en una o más cavidades fetales (ascitis, derrame pleural, derrame pericardio). Es una complicación grave que pone en riesgo la vitalidad fetal

Según la Organización Mundial de la Salud y otras entidades sanitarias, el primer control prenatal debe iniciarse durante el primer trimestre del embarazo. En esta etapa, la evaluación ecográfica es una de las indicaciones fundamentales, ya que permite confirmar la viabilidad gestacional y verificar el adecuado desarrollo embrio-fetal. En el presente estudio, la gestante acudió a su primera atención prenatal a las 15 semanas de amenorrea, lo cual corresponde al segundo trimestre del embarazo.

La ecografía es un importante predictor de riesgo para las principales complicaciones obstétricas. Por ello, Becerra y Medina (20) señalan que la evaluación ecográfica del segundo trimestre es fundamental para identificar marcadores de posibles anomalías cromosómicas, ascitis, hidrops fetal no inmunitario, errores del metabolismo y anomalías cardiovasculares. Esta descripción coincide con lo observado en el presente estudio, donde la

ecografía del segundo trimestre evidenció hidrops fetal, ascitis e higroma quístico.

El diagnóstico de estas patologías debe realizarse de manera oportuna durante el primer o segundo trimestre del embarazo, etapa en la cual los exámenes auxiliares adquieren un papel fundamental. En el caso clínico presentado, la ecografía obstétrica resultó crucial para identificar la condición, permitiendo determinar la presencia de hidrops fetal. Calderón et al. (19) arribaron a una conclusión similar, al resaltar la importancia del diagnóstico prenatal oportuno de esta patología durante el segundo trimestre.

Diversos trabajos de investigación evidencian que el uso de exámenes auxiliares, como la ecografía obstétrica, la ecografía genética y morfológica, el Doppler, la amniocentesis y los perfiles biofísicos, resulta fundamental para lograr un diagnóstico precoz, oportuno y confiable. Gracias a estas herramientas, es posible establecer un manejo adecuado de las patologías que se detecten durante el embarazo.

En el estudio presentado por Swearingen (7) se señala que el hidrops fetal no inmunitario representa aproximadamente el 90% de los casos, con una frecuencia estimada de 1 por cada 3000 nacimientos. Esta cifra podría ser incluso mayor debido a la elevada mortalidad que presenta en el primer y segundo trimestre, similar descripción hace Signorelli (19) quien refiere que la mortalidad en hidrops no inmune en los recién nacido es aproximadamente un 60%. El caso clínico descrito respalda esta

afirmación, ya que las múltiples complicaciones fetales observadas hicieron inviable la supervivencia del recién nacido. Como resultado, se produjo la muerte neonatal dentro de las primeras 24 horas de vida.

El presente caso clínico corresponde a una gestante multípara de 38 años que acude al servicio de Obstetricia del Centro de Salud La Esperanza para iniciar sus controles prenatales de manera tardía. La paciente inició el embarazo con un estado nutricional adecuado, evidenciado por un índice de masa corporal entre 18 y 25. Sin embargo, a las 15 semanas de gestación presentó una ganancia ponderal insuficiente (pérdida de 4 kg), atribuida a una alimentación inadecuada relacionada con sus limitados recursos económicos y su estilo de vida.

Es importante el apoyo familiar para poder sobrellevar y decidir sobre la continuidad del embarazo sabiendo los riesgos que se pueda presentar, tal como fue informada la gestante y su pareja por los médicos especialistas. A pesar de conocer los riesgos, tomaron la decisión de continuar con el embarazo a pesar del proceso doloroso de que no iban a poder tener a su hija, así también, lo considera Calderón et al (19) quien manifiesta que el asesoramiento genético es determinante en la decisión de la pareja para la evolución del embarazo.

Los estudios de Becerra (20), la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (21) y la Guía Clínica de la Universidad de Barcelona (6) señalan que el hidrops fetal puede atribuirse a diversos factores, entre ellos la incompatibilidad sanguínea, la anemia materno-fetal de causa

desconocida, la hipoproteinemia, el edema, la retención hídrica, la hipertensión, la oliguria, la anemia dilucional y el edema agudo de pulmón. Estos hallazgos analíticos son compatibles con la preeclampsia y conforman el denominado “síndrome del espejo”. En el presente caso clínico, no es posible considerar la incompatibilidad sanguínea como factor de riesgo, dado que ambos progenitores son Rh positivo, ni tampoco se identificaron las demás causas referidas.

Finalmente, los factores maternos que pueden considerarse en el presente estudio incluyen la edad materna, el estado civil conviviente, el nivel de instrucción secundaria completa, la ocupación como ama de casa, el número de gestaciones y el antecedente de tuberculosis. Sin embargo, estos factores no han sido contemplados en los estudios revisados.

Yanes (10), en su estudio sobre hidrops fetal no inmunológico, señala que esta patología se asocia a una elevada tasa de mortalidad intrauterina, por lo que un diagnóstico prenatal oportuno y el asesoramiento genético por parte de especialistas resultan esenciales. No obstante, la decisión de la pareja respecto a la continuidad del embarazo constituye un factor determinante en su evolución. En este sentido, el presente caso evidencia la importancia de la decisión tomada por la paciente y su familia.

CONCLUSIONES

1. La ecografía realizada durante el primer trimestre del embarazo constituye una herramienta diagnóstica esencial para el cribado y la evaluación de la salud fetal. Asimismo, permite la detección temprana de patologías graves, gracias a la identificación precoz de malformaciones y condiciones severas, como el hidrops fetal. En el presente estudio, la certeza ecográfica del segundo trimestre desempeñó un papel fundamental en la detección y evaluación de las múltiples malformaciones y patologías que presentaba el feto, su diagnóstico se sustenta en la visualización clara de signos patológicos específicos: higroma quístico, derrame pleural y ascitis fetal de hidrops fetal.

2. Se ha determinado que diversos factores sociodemográficos pueden estar implicados, entre ellos:
 - a) la edad materna,
 - b) la baja ganancia de peso
 - c) el nivel socioeconómico bajo.

3. Los factores de riesgo identificados en la paciente como la edad materna, la paridad, la baja ganancia de peso y el antecedente de

tuberculosis no se encuentran asociados a la patología de hidrops fetal según lo referido en la literatura.

4. Entre los hallazgos ecográficos que se diagnosticaron en el Centro de Salud La Esperanza y Hospital Hipólito Unanue fue el Higroma quístico, edema del tejido celular sub cutáneo en todo el cuerpo, ascitis abdominal y derrame pleural bilateral. Con estos hallazgos la gestante fue referida del nivel 1 a hospital para tener el manejo por especialistas. Dentro del manejo hospitalario se realizaron monitoreo materno fetal, ecografías, exámenes de laboratorio, interconsultas con otros especialistas. Se opto por continuar con el embarazo hasta que inicie el trabajo de parto.

RECOMENDACIONES

Primera

A la gerencia del Centro de Salud fortalecer las capacidades del personal profesional de salud en el uso adecuado del ecógrafo, a fin de optimizar la realización de ecografías obstétricas, genéticas y morfológicas como herramientas diagnósticas de primera línea en el control prenatal, garantizando así una atención oportuna y de calidad para las gestantes.

Segunda

Al profesional de salud implementar estrategias de sensibilización dirigidas a las gestantes, con el fin de promover y asegurar la realización de la ecografía del primer trimestre, destacando su importancia como herramienta fundamental para la detección temprana de alteraciones fetales y el adecuado seguimiento del embarazo.

Tercera

A las y los obstetras del hospital y de los Centros de Salud fortalecer las acciones de consejería y sensibilización dirigidas a las gestantes, a fin de promover la asistencia temprana a los controles prenatales y el cumplimiento oportuno de los exámenes auxiliares recomendados, garantizando así un adecuado seguimiento de la salud materna y fetal.

Cuarta

A los profesionales de la salud, promover la investigación continua en el área de medicina fetal para generar evidencia local que contribuya a mejorar los índices de morbilidad y mortalidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Potter E. Universal edema of the fetus unassociated with erythroblastosis. *Am J Obstet Gynecol.* 1943; 46:130–4.
2. Mardy AH, Chetty SP, Norton ME, Sparks TN. A systembased approach to the genetic etiologies of non-immune hydrops fetalis. *Prenat Diagn* 2019; 39 (9): 732-50. doi:10.1002/pd.5479
3. An X, Wang J, Zhuang X, Dai J, Lu C, Li X, et al. Clinical features of neonates with hydrops fetalis. *Am J Perinatol.* 2015;32(13):1231–9. doi:10.1055/s-0035-1552934.
4. Gutiérrez J, Vásquez P, Sepúlveda W. Hidrops fetal: diagnóstico, etiología y manejo. *Rev Med Los Condes.* 2008;19(3):185–95.
5. World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: World Health Organization; 2016. ISBN: 978-92-4-154991-2.
6. Protocolo: Hidrops Fetal No Inmune. Hospital Clínic | Hospital Sant Joan de Déu | Universitat de Barcelona. Centre de Medicina Fetal i Neonatal de Barcelona.
7. Warsof SL, Nicolaidis KH, Rodeck C. Immune and nonimmune hydrops. *Clin Obstet Gynecol.* 1986;29(3):533–42.
8. Swearingen C, Colvin ZA, Leuthner SR. Nonimmune hydrops fetalis. *Clin Perinatol.* 2020;47(1):105–21. doi: 10.1016/j.clp.2019.10.001.
9. Al-Kouatly HB, Felder L, Makhamreh MM, Kass SL, et al. Lysosomal storage disease spectrum in nonimmune hydrops fetalis: a

retrospective case-control study. *Prenat Diagn.* 2020;40(6):738–45.
doi:10.1002/pd.5678.

10. Yanes Calderón M, Mesa Suárez M, Varona Herrera G. Hídrops fetal no inmunológico. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 2019 [citado 2025]; Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2019000200008&lng=es.
11. Norton ME, Chauhan SP, Dashe JS; Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM). Society for Maternal-Fetal Medicine Clinical Guideline #7: Nonimmune hydrops fetalis. *Am J Obstet Gynecol.* 2015;212(2):127–39. doi: 10.1016/j.ajog.2014.12.018.
12. Silverman NH, Schmidt KG. Ventricular volume overload in the human fetus: observations from fetal echocardiography. *J Am Soc Echocardiogr.* 1990; 3:20-9.
13. Gudmundsson S, Huhta JC, Wood DC, Tulzer G, Cohen AW. Venous Doppler ultrasonography in the fetus with nonimmune hydrops. *Am J Obstet Gynecol.* 1991; 164:33–7.
14. Rumack CM, Levine D, Charboneau JW. *Diagnostic ultrasound.* 5th ed. Philadelphia: Elsevier; 2018.
15. Nicolaidis KH. Screening for chromosomal defects. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2011;38(4):387–90. doi:10.1002/uog.9084.

16. Sepúlveda W, Corral E. Ecografía morfológica fetal: fundamentos, objetivos y hallazgos normales. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2019;84(3):236–47. doi:10.4067/S0717-75262019000300236.
17. Mari G, Norton ME, Stone J, Berghella V, Sciscione AC, Tate D, Schenone MH; Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM). Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM) Clinical Guideline #8: the fetus at risk for anemia—diagnosis and management. *Am J Obstet Gynecol.* 2015;212(6):697–710. doi: 10.1016/j.ajog.2015.01.059.
18. Paladini D, Volpe P. Cystic hygroma and non-immune hydrops fetalis. In: *Ultrasound of congenital fetal anomalies.* London: Informa UK Ltd; 2007. p. 103–11.
19. Signorelli Segarr V. Hidrops fetal. En: *Guías Bupa para la atención del recién nacido prematuro.* Chile: Clínica Bupa Santiago; [año no disponible]. Disponible en: https://prematuro.cl/Guias_Bupa/25.-Capitulo_25_Hidrops_Fetal.pdf
20. Becerra-Solano LE, Medina-Castellanos M, Oseguera-Torres LF, Mendoza-Ruvalcaba SC, Domínguez-Quezada MG, García-Ortiz JE. Causas del hidrops fetal: experiencia en un hospital obstétrico del occidente de México. *Ginecol Obstet Mex.* 2022;90(7):579–89.
21. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Hydrops fetalis. *Prog Obstet Ginecol.* 2020; 63:322–46.
22. Mari G, Deter RL, Carpenter R; Grupo Colaborativo para la Evaluación Doppler de la Velocidad Sanguínea en Fetos Anémicos. Diagnóstico

no invasivo mediante ecografía Doppler de la anemia fetal debida a la inmunización materna de glóbulos rojos. N Engl J Med. 2000; 342:9–14.

ANEXOS

PRIMER CONTROL PRENATAL EN EL CENTRO DE SALUD LA ESPERANZA

FORMATO DE ATENCIÓN GESTANTE (PRIMER CPN)

FECHA: 23/01/2023 HORA: 10:25 EDAD: 38 años

DE CONSULTA: Paciente acude por control prenatal no refiere antecedentes ni riesgos de alto riesgo

EDAD: 38 años

SEÑALES DE ALARMA: Sangrado vaginal () Cefalea () Pérdida de Líquido () Vómito () Acúfenos Tinnitus () Fiebre () Disminución MF () Otro ()

ANTECEDENTES FISIOLÓGICOS		ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS		HABITOS Y ESTILOS DE VIDA	
Lactancia materna: SI (X) NO ()	G3: P. Eutóc. 23/01/2021	FUMA: SI () NO (X)			
Vacunas Completas: SI (X) NO ()	G4: Aborto Nat. 1/2021	CONSUMO: Bebidas alcohólicas SI () NO (X)			
VAT: 5 Dosis HEPATITIS: Dosis	G5:	Medicamentos: SI () NO (X)			
Influenza: 2022 SI (X) NO ()		¿Café? ()			
ANTECEDENTES FAMILIARES		ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS		EMBARAZO ACTUAL	
Madre: Viva, Hipertensión, 65 años	DATOS ÚLTIMO PARTO:	EMBARAZO PLANIFICADO: SI (X) NO ()			
Padre: Fallecido de leucemia	FECHA: 23/01/2021 SEXO RN: Masc.	EMBARAZO ACEPTADO: SI (X) NO ()			
Hermanos: 06, 2 hijos. 01 fallecido	PESO RN: 3500g	FORMULA OBSTÉTRICA: G: 5 P: 30.13			
Paraja: Suena, 3 hijos	PARTO: Institucional (X) Domiciliario ()	FUM: 04/10/2022 (17/07/2023)			
	EUTÓICO (X) DISTÓICO ()	P.I.: Adecuado			
	MOTIVO: -	PATOLOGÍA INTERCURRENTE: Ninguna			
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS		OCUPACIÓN DE LA PAREJA		PESO PREGESTACIONAL: RESULTADO ECOGRAFÍA	
PATOLOGÍAS: TBC 2005-2007	OCUPACIÓN: Pequeño comercio	CON QUIEN VIVE: Pareja e hijos			
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS: Apéndice 2017	CON QUIEN VIVE: Pareja e hijos	TIEMPO DE CONVIVENCIA: 4 años			
ALERGIA A MEDICAMENTOS: No	VI: Negativa				
TRANSFUSIONES SANGÜÍNEA: No	VIVIENDA: Propia (X) Alquilada ()				
ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS		N° HABITACIONES () N° PERSONAS ()		SERV. BÁSICO: Agua Potable () Luz ()	
Menstruación: 35 días R.C.: 3/28 d.	N° HABITACIONES: 02	N° PERSONAS: 03			
TR: 13 días ANDRIA: 0.2	SERV. BÁSICO: Agua Potable () Luz ()				
ITS: No Recio Tto: -	Desagüe ()				
PAPILOVA: 2020 Resultado: Negativo	CRÍA ANIMALES: SI () NO (X)				
MAC: No	Domésticos () De Granja ()				
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS		EXPOSICIÓN A SUSTANCIAS TÓXICAS (Paguadas, etc):		PESO PREGESTACIONAL: RESULTADO ECOGRAFÍA	
G1: P. Eutóc. 08/03/2004	¿Café? ()				
G2: P. Eutóc. 22/02/2003					
G3: -					
G4: -					
G5: -					
G6: -					
G7: -					
G8: -					
G9: -					
G10: -					
G11: -					
G12: -					
G13: -					
G14: -					
G15: -					
G16: -					
G17: -					
G18: -					
G19: -					
G20: -					
G21: -					
G22: -					
G23: -					
G24: -					
G25: -					
G26: -					
G27: -					
G28: -					
G29: -					
G30: -					
G31: -					
G32: -					
G33: -					
G34: -					
G35: -					
G36: -					
G37: -					
G38: -					
G39: -					
G40: -					
G41: -					
G42: -					
G43: -					
G44: -					
G45: -					
G46: -					
G47: -					
G48: -					
G49: -					
G50: -					
G51: -					
G52: -					
G53: -					
G54: -					
G55: -					
G56: -					
G57: -					
G58: -					
G59: -					
G60: -					
G61: -					
G62: -					
G63: -					
G64: -					
G65: -					
G66: -					
G67: -					
G68: -					
G69: -					
G70: -					
G71: -					
G72: -					
G73: -					
G74: -					
G75: -					
G76: -					
G77: -					
G78: -					
G79: -					
G80: -					
G81: -					
G82: -					
G83: -					
G84: -					
G85: -					
G86: -					
G87: -					
G88: -					
G89: -					
G90: -					
G91: -					
G92: -					
G93: -					
G94: -					
G95: -					
G96: -					
G97: -					
G98: -					
G99: -					
G100: -					

DIAGNÓSTICO: Gestante 25.6 sem (1°)

EXAMEN FÍSICO: T: 36.4, FC: 54, P: 92, TA: 105/60, PESO: 67.5kg, TALLA: 161, IMC: 26.2


INDICACIONES: - Tomar suplementos de hierro y ácido fólico

SOLICITUD EXAMENES DE LABORATORIO: Hemoglobina (), E.C.O. (), Grupo Sanguíneo (), Pde Eritasa (), Factor RH (), RPR (), Glucosa (), Otros ()

SOLICITUD ECOGRAFÍA: SI () NO (X)

INTERCONSULTA: Ginecología () Medicina () Inmunizaciones ()

CARNET PERINATAL DEL PRIMER CONTROL PRENATAL



Ministerio de Salud
Dirección Regional de Salud Tarma

ESTRATEGIA SANITARIA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Recibido en Hospital con Rx: H-dropezia fetal (201/23)

No. F.F.

No. HC 4 2 4 7 4

= significa ALERTA = requiere seguimiento continuo

Apellidos y Nombre: C. S. La Esperanza

Establ. Origen: Privado Público Seguro ESSALUD PSENO Seguro

DNI N°: 4125804164 **Código Alzación Sector:** 320-2-4R5804164

Dirección: Calle Reina # 3362 **Ocupación:** Ave de casa **Edad:** 38 < 15 > 35

Localidad: La Esperanza **Cod. Sector:** IV

Departamento: Tarma **Estudios:** Primaria Secundaria Superior Tercer Nivel Alto

Distrito: A. Alcauz **Estado Civil:** Casado Soltera Viuda Padre Madre Otro

Padre: Heber Jose Achuan

Procedencia: Migración Emigración Retorno Otro

Teléfono: 7586287 electrónico

FILIACIÓN Y ANTECEDENTES

Antecedentes Obstétricos

04 Gestas	01 Abortos	03 Vaginales	03 Nacidos vivos	03 Vivir
0+3	03 Partos	00 Cesáreas	00 Nacidos muertos	00 Muerto - 1ra semana
< 2500 g				
Múltiple				
< 37 sem.				

RN de mayor peso: 3500g

Gestación Anterior

Fecha: 10/02/2021 Si No **Lactancia Materna:** Si No

Terminación: Si fue abierto: Si fue cerrado: Si fue abortado: Si fue espontáneo: Si fue inducido: Si fue por otro motivo: **Lugar del parto:** Hospital Casa

Captada: Si No **Reflexo Ag. Común:** Si No

Antecedentes Familiares

Ninguno	Malaria
Alergias	Hipertensión Arterial
Enf. Hipertens. emb.	Hipotiroidismo
Epilepsia	(Rx) Neoplasia
Diabéticos	TBC Pulmonar
Enferm. congénitas	Otros
Emb. múltiple	

Antecedentes Personales

Ninguno	Edamposia	Otros drogas
Aborto habitual/recurrente	Enferm. Congénitas	Parto prolongado
Alcoholismo	Enferm. Infecciosas	Preeclampsia
Alergia a medicamentos	Epilepsia	Promemoria
Violencia	Hemorra. posparto	Reten. placenta
Asma bronquial	Hipertensión arterial	Tabaco
Cardiopatía	coag. 2608 JBC Pulmonar	Transf. mercurio
Cinaglia pcdv. uterina	Inferilidad	VIH/SIDA
Diabético	Neoplasias	Otros

Vac. previas

<input type="checkbox"/> Rubéola	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Hepatitis B	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Papiloma Virus	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Fiebre Amarilla	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Otros	<input type="checkbox"/> No

Peso y Talla

Peso Habitual: 60 kg

Talla: 163 cm

Antibiótica

N° dosis previa: 5

Dosis: 1ra 2da 3ra

Tipo de sangre

Grupo: A B AB O

Rh: + -

Fuma: No

Drogas: Si No

Fecha Última Menstruación: FUM: 04/10/2022 **Duda:** Si No

EG (Ecografía): 15.3 Sem. **Fecha:** 23/01/2023

Fecha Probable de Parto: 11/07/2023

Hospitalización

Hospitalización: Si No

Fecha: / /

Diagnóstico: _____

CIE10: _____

Emergencia

Fecha: / /

Diagnóstico: _____

CIE10: _____

Violencia / Género

Ficha tamizaje: Si No

Violencia: Si No

Fecha: 23/01/2023

Exámenes de laboratorio TIG: 1137 - 23/01/23

Examen	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado
Hemoglobina 1:	23/01/23	10.9	HTLW:	/ /
Hemoglobina 2:	/ /	/ /	HTLV 1:	/ /
Hemogl. ni Alta:	/ /	/ /	TORCH:	/ /
Glicemia 1:	24/01/23	/ /	Gota Oscura:	/ /
Glicemia 2:	/ /	/ /	Malaria Prueba Rap:	/ /
Tolerancia Glucosa:	/ /	/ /	Fluorec. Malaria:	/ /
VDRL/RPR 1:	/ /	/ /	Ex. Comp. Orina:	24/01/23
VDRL/RPR 2:	/ /	/ /	Leucocituria:	/ /
FTA Abs.:	/ /	/ /	Nitritos:	/ /
TPHA:	/ /	/ /	Urocultivo:	/ /
Prueba Ráp. Sífilis:	23/01/23	/ /	BK en Espato:	/ /
			Listeria:	/ /
			Tamizaje Neoplasia:	23/01/23

Examen Físico

Clinico: Sin Examen Normal Patológico

Mamas: Sin Examen Normal Patológico

Cuello Uterino: Sin Examen Normal Patológico

**ECOGRAFIA CON DIAGNOSTICO DE HIDROPS FETAL EN EL
CENTRO DE SALUD LA ESPERANZA**

REGIÓN TACNA RED DE SALUD REGIONAL TACNA
DNI : 42580469-42474

NOMBRE : M [REDACTED]
EDAD : 38 AÑOS
EXAMEN : ECOGRAFIA TRANSVAGINAL
FECHA : 23/01/23

ÚTERO: AVF. De localización y tamaño aumentado en sus diámetro longitudinal, transverso y anteroposterior respectivamente a los cortes ecográficos su parénquima es homogéneo. Ocupado a nivel fúndico por un verdadero saco gestacional, de bordes regulares y de reacción coriodesidual bien diferenciada, En cuyo interior se evidencia FETO de 93mm LCN., con actividad cardiaca presente (156LPM) y movimientos corporales activos.


Placenta anterior de inserción ANTERIOR.

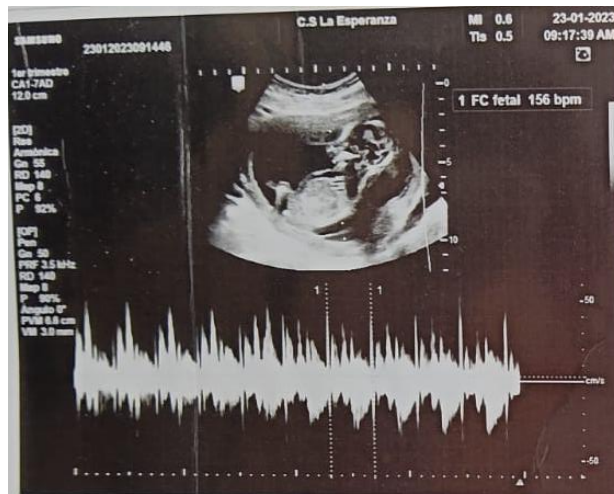
- Hueso nasal presente.
- Translucencia nucal no evaluable con presencia de higroma quístico de 33mm
- Vejiga tamaño dentro de la normalidad.
- Se aprecia edema de TCSC en todo el cuerpo.
- Se aprecia líquido en cavidad abdominal
- Se aprecia líquido en cavidad torácica

ANEXOS: Ecográficamente conservados.
DOUGLAS: Libre.
FPP: 14-07-2023

CONCLUSIÓN:

1. **HIDROSP FETAL**
2. **GESTACIÓN UNICA ACTIVA DE 15 SEMANAS, 03 DIAS X LCN.**
3. **S/S Evaluación por G-O**





ECOGRAFIA CON DIAGNOSTICO DE HIDROPS FETAL EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE

HOSPITAL HIPOLITO UNANUE - TACNA
DEPARTAMENTO DE GINECO - OBSTETRICIA

ECOGRAFIA OBSTÉTRICA

Nombres y Apellidos: _____
 N° H. CL.: 0414303 N° Cama: _____ Edad: 38
 Fecha: 03/02/23

GESTACIÓN DE > 12 SEMANAS:
 Se observa Feto: único con actividad cardíaca 158x' en situación transversa
 posición: polo cefálico en megosarrio posición: anterior baja placenta: localización: posterior
 Grado: 0 Líquido amniótico: _____

BIOMETRÍA FETAL:

DBP	321	mm.	15.4	semanas
CC	120	mm.	15.6	semanas
CA	124	mm.	17.5	semanas * TCSC edematizado
LF	17	mm.	15.0	semanas

Ponderado Fetal: 180gr + 10gr

GESTACIÓN < DE 12 SEMANAS:
 Se observa Embrión - Feto: _____
 Con actividad cardíaca: _____

BIOMETRÍA:

SG	_____	mm.	_____	semanas
CRL	_____	mm.	_____	semanas

UTERO: En _____ de las siguientes dimensiones: _____ mm. _____ mm. _____ mm.

IMP. DIAGNÓSTICA: Gestación única activa de 16 x BF

- ② Hidrops fetal
- ③ Higiroma genético
- ④ Derrame pleural bilateral
- ⑤ Ascitis fetal

1

CARNET DE CONTROLES EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE

No. F.F. 4 2 4 2 4
No. HC 4 2 4 2 4

H.P. 0414303

Apellidos y Nombre: C.A. La Esperanza

Estado: PERU Dirección Regional: Tarma

DNI (L.E.): 42580469 Tipo Seguro: No aplica Seguro ESSALUD Seguro Privado Seguro

Código Atribución: 320-2-42580469 Ocupación: Dueña de Casa Edad: 38 años

Localidad: La Esperanza Cód. Sector: IV Estudios: Analfabeto Primaria Secundaria Superior No Univ. Avanzados

Departamento: Tarma Provincia: Tarma Estado Civil: Casado Soltero Viudo Otro

Distrito: A. Alvaro Padre RN: Heber José Achican

Teléfono: 846222 Correo electrónico: _____

Antecedentes Obstétricos

Gestas: 01 Abortos: 01 Vaginales: 02 Nacidos vivos: 03 Muerto - tra: 00

Partos: 03 Cesáreas: 00 Nacidos muertos: 03

RN de mayor peso: 3500 g. Después - tra Semana: 03

Antecedentes Familiares

Ninguna Malaria Hipertensión Arterial Hipotiroidismo Epilepsia Diabetes Enferm. Congénitas Emb. Múltiple Peder. Neoplásica TBC Pulmonar Otros

Antecedentes Personales

Aborto habitual (recurrente) Alcoholismo Alergia a medicamentos Asma Bronquial Cardiopatía Cirugía Pélv.-uterina Diabetes Eclampsia Enferm. Congénitas Enferm. Infecciosas Esquizofrenia Hemorra. Postparto Hipertensión Arterial Hoja de Coca Infertilidad Neoplasias Otras

Gestación Anterior

Fecha: 2022 Interferente: No Terminación: Si fue aborto: Tipo de Aborto: Parto vaginal Cesárea Aborto Eratógeno Aborto molar No aplica

Per. Si No Lactancia Materna: Si No < 1 mes 1-6 meses 6 meses o más No aplica

Captada: Si No Referida a: Si No Vac. Previa: Sífilis Hepatitis B Hepatitis C Rubéola Sarampión Varicela Fiebre Amariilla Otros

Peso y Talla

Peso Habitual: 60 kg. Talla: 161 cm.

Antitética

Nº Dosis: 5 Previa: 1ra Dosis: 2da Sin No aplica

Hospitalización

Hospitalización: Si No Fecha: 19/04/23

Emergencia

Fecha: 19/04/23 Diagnóstico: Grav. 28 semanas - Molestias - Feto

Violencia / género

Ficha Tamizaje: Si No Violencia: Si No Fecha: 23/01/2023

Exámenes de Laboratorio

Hemoglobina 1: 10.9 Hg% 23/01/23 Hemoglobina 2: 12.3 Hg% 19/04/23 Hemogl.al Alta: 11

Glicemia 1: 0.1 Glicemia 2: 0.1

VDRL/PRP 1: 1 VDRL/PRP 2: 1 FTA Abs.: 1 TPHA: 1

Prueba Ráp. Sífilis: 1 Prueba Ráp. 1: 1 Prueba Ráp. 2: 1 EUSA: 1

Examen Físico

Clinico: Sin Examen Normal Patológico Manas: Sin Examen Normal Patológico Cuello: Sin Examen Normal Patológico Uterino: Sin Examen Normal Patológico Pelvis: Sin Examen Normal Patológico Odonto: Sin Examen Normal Patológico

ATENCIÓNES PRENATALES	ATENCIÓN 1	ATENCIÓN 2	ATENCIÓN 3	ATENCIÓN 4	ATENCIÓN 5	ATENCIÓN 6	ATENCIÓN 7	ATENCIÓN 8	ATENCIÓN 9
Fecha y hora atención (al menos 10 min)	23/01/23	12/12/23	09/12/23	23/12/23	9/1/23	16/1/23	19/1/23	19/1/23	19/1/23
Edad Gest. (semanas)	15 sem	17	17.65	19.6	22.2	26.5	28.5	28.5	29.1
Peso madre (kg)	57.4	57	58.5	59	60.5	59	64.2	65.5	64.9
Temperatura (°C)	36.4	36.6	36.2	36.9	36.4	36.5	36.5	36.5	36
Presión arter. (mm. Hg)	100/61	90/60	102/58	103/58	97/45	97/48	90/50	100/60	98/56
Pulso materno (por min.)		72x	80x	61	62x	71	72	84x	55x
Altura Uterina (cm)	13	16	16	19	20cm	19cm	25cm	28	29
Situación (L/T/NA)	NA	NA	NA	NA	NA	NA	C	C	C
Presentación (C/P/NA)	NA	NA	NA	NA	NA	NA	C	C	C
Posición (D/I/NA)	NA	NA	NA	NA	NA	NA	D	I	I
F.C.F. (por min./NA)	156x	143x	140	134	150x	138x	133x	140	125x
Mov.fetal (+/++/+++/-/SM/NA)	NA	NA	NA	NA	+/+++	+	+	+	+
Proteinuria Cualitativa (+/++/+++/-/NSH)	NO								
Edema (+/++/+++/-/SE)	SE	S/E	I/E	SCE	S/E	SE	SE	SE	SE
Reflejo Osteotendinoso (0 = - / + / ++ / +++)	++	+	++	++	++				
Examen de Pezón (Comedor/No Comedor/Exam)	F	F	F	F	F				
Indic.Fierro / Ac Fólico (por g/ml / 15 sem)	1 (30)			2	8F				
Indic. Calcip (10 sem)	NA								
Indic. Ac. Fólico (10 sem)	NA								
Orient. Concej. (PF/ITS/No/Intm/VIH/TBC/No se hizo/NA)	NA		NA	NA	NA				
EG de Eco. Control (Sem/No se hizo/NA)	15-23								
Perfil Biofísico (4, 4, 8, 10 de 10, NA)	NA			Referencia					
Cita (a/m/d)	23/02/23	02/23	23/2/23	a Instaurar 16/3/23	12/04/23	13/04/23	13/04/23	13/04/23	13/04/23
Visita domicil. (Si/No/NA)	NA								
Plan Parto (control/visita/No se hizo/NA)	NA								
Estab. de la atención	3-5 Cop	HUT	HHUT	HHUT	HHUT	HHUT	HHUT	HHUT	HHUT
Responsable atención	Dr. Cerna	Dr. Cerna	Dr. Cerna	Dr. Cerna	Dr. Flores	Dr. Flores	Dr. Flores	Dr. Flores	Dr. Flores
Nro Atención SIS									

L = Longitudinal T = Transversa C = Cefálica P = Pélvica D = Derecha I = Izquierda SM = Sin Movimiento SE = Sin Edema NA = No Aplica NSH = No se Hizo

INGRESO A EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE

Nombre y apellidos: [REDACTED] Fecha de Nacimiento: 01/05/1988 Edad: 33 años Sexo: Femenino
 Dirección: [REDACTED] Distrito: [REDACTED] País: GUATEMALA
 Tráido por: [REDACTED] Presentación: [REDACTED]
 Estado en que llegó: [REDACTED] Referido: [REDACTED]

DATOS DEL SIS: Plan de Atención: A B C D Situación: Temporal Regular
 Nº inscripción: [REDACTED] Centro de Filiación: [REDACTED] DNI: [REDACTED] FIRMA: [REDACTED]

ANAMNESIS: Vuelve paciente por aumento de contracciones uterinas, no sangrado. No produce de líquido.

ANTECEDENTES: FUR: [REDACTED] FPP: [REDACTED] GESTA: 03 P. vaginal PARID: [REDACTED] CES: [REDACTED]
 A. Patológicas: NISS

EXAMEN FISICO:
 Est. General: Lucida, Pálida Est. Conciencia: Lucida
 Hidratación: Regular Edemas: [REDACTED]
 Mamas: Formadas ROT: [REDACTED]
 Abdomen: Gravidado
 Altura Uterina: 30 cm
 Posición - Situac.: L - Izquierda Movimientos Fetales: +
 Presentación: Cefálica Dinámica Uterina: 3/10 ++30
 Ponderado Fetal: [REDACTED] Tono Uterino: Regular
 Latidos Fetales: 130

EXAMEN VAGINAL:
 Dilatación: 2 cm Membranas: Intactas
 Arranque: B. P.O. Sangrado: NO
 Presentación: -3 Pelvis: Ginecoide
 Posición de Presentación: Cefálica

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO: BSA. Gestación 29^{ss} 4 días x 60. Leucos, triglicéridos, hidrops fetal, hidraturación.

PLAN TERAPEUTICO A SEGUIR:
 1. Pasaj a Obst G.
 2. NPO
 3. CM 0.9% 1000cc x 24h
 4. CPU
 5. CSV
 6. Examen laboratorio
 7. Antígeno COVID

