

## OLIGOHIDRAMNIOS EN GESTACIÓN ÚNICA

Hospital Clínic | Hospital Sant Joan de Déu | Universitat de Barcelona.

### 1. INTRODUCCIÓN

La medida de la cantidad del líquido amniótico se puede realizar utilizando diferentes técnicas, las dos más utilizadas son la máxima columna vertical y el índice de líquido amniótico (ILA).

- **Máxima columna vertical (MCV):** Se realiza midiendo la máxima columna vertical de líquido libre de partes fetales y de cordón de manera vertical. Se considera normal cuando es superior a 2 cm en todas las edades gestacionales y cuando es inferior a 8 cm por debajo de la semana 20 o a 10 cm a partir de la semana 21.

- **Índice de líquido amniótico (ILA):** Es el valor obtenido a partir de la suma de las máximas columnas verticales de líquido, libre de partes fetales o cordón umbilical, en cada uno de los cuatro cuadrantes que se delimitan por la intersección de dos líneas perpendiculares en el abdomen materno: la línea media longitudinal con la línea transversal media entre la sínfisis púbica y el fondo uterino. El transductor se coloca en posición sagital y lo más perpendicular posible al suelo. Se consideran normales valores de ILA entre 5 y 25 centímetros

Existe controversia sobre cuál es el mejor método para valorar la cantidad de LA. Mientras que la MCV es más específica, el ILA tiene una mayor sensibilidad para identificar la reducción de LA sin mejorar los resultados en la población general. Por lo tanto, tanto en las **gestaciones de bajo como de alto riesgo** la medición del LA se realizará utilizando la **MCV** como herramienta de screening. En **gestaciones gemelares** también será de elección la MCV. Sospecharemos un **oligohidramnios** cuando objetivemos la presencia de una **MCV < 2 cm** y un **polihidramnios** cuando objetivemos la presencia de una **MCV > 10 cm**. Reservaremos el uso del ILA para valorar la severidad del oligohidramnios cuando  $MCV < 2\text{cm}$ , confirmando el diagnóstico cuando  $ILA < 5$  y la severidad del polihidramnios cuando se objeive una  $MCV > 10\text{ cm}$ .

---

PROTOCOLO: OLIGOHIDRAMNIOS EN GESTACIÓN ÚNICA

---

## 2. ETIOLOGÍA

---

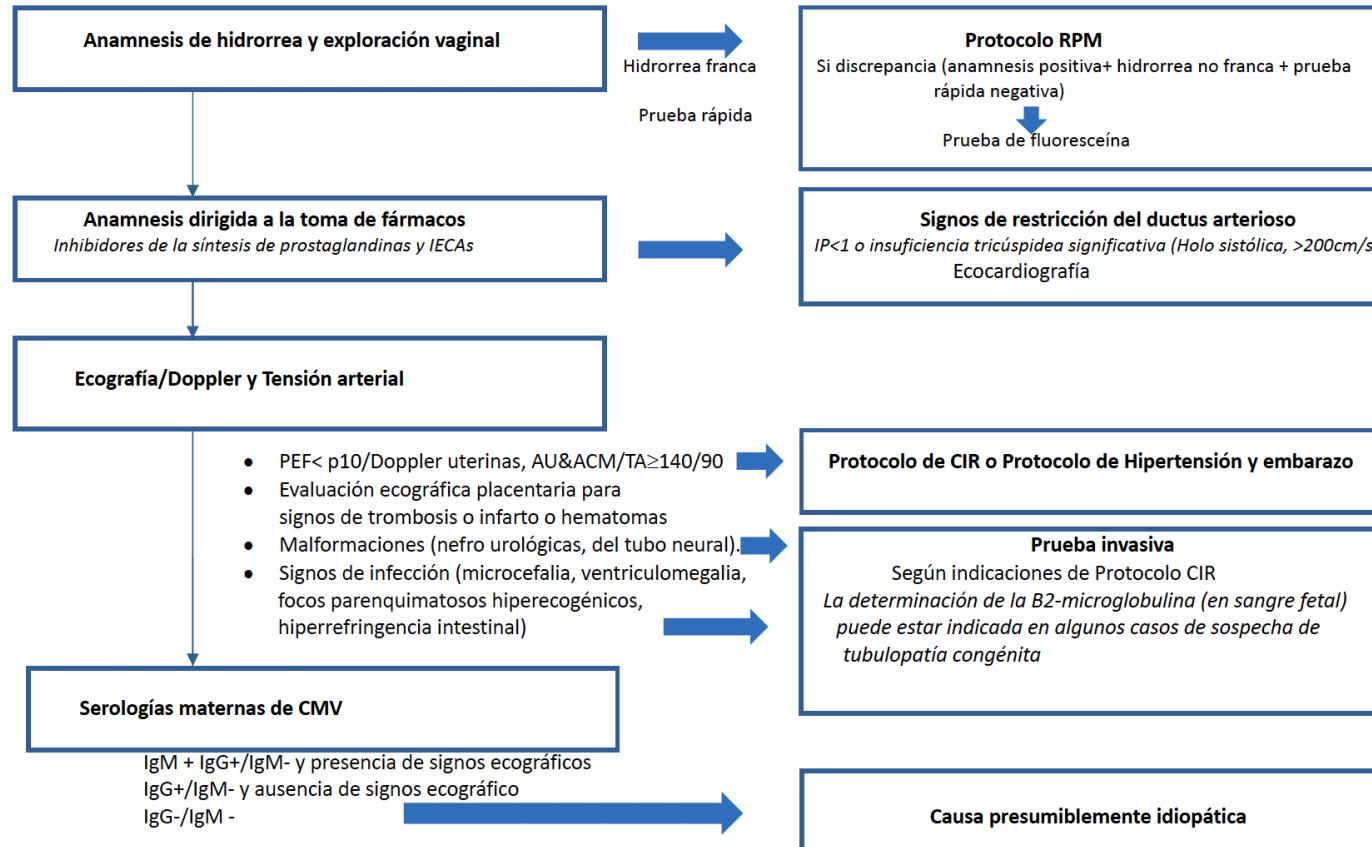
Podemos dividir las causas de Oligohidramnios en tres grandes grupos:

- *Causas fetales*: Crecimiento intrauterino restringido (CIR), gestación cronológicamente prolongada (GCP), infección fetal por citomegalovirus (CMV), obstrucción tracto urinario (obstrucción ureteral bilateral, valvas uretrales posteriores), patología renal (agenesia renal bilateral, displasia renal multiquística bilateral, riñones poliquísticos) y defectos del tubo neural.
- *Causas placentarias-membranas*: rotura prematura de membranas (RPM)
- *Causas maternas*: medicación materna (inhibidores de la síntesis de prostaglandinas, inhibidores del enzima convertidor de la angiotensina (IECA))

En el segundo trimestre de la gestación la presencia de una RPM explica el 50% de los casos de oligohidramnios, seguido por el CIR y las malformaciones fetales en el 20% y el 15% respectivamente, siendo un 5% de los casos idiopáticos.

**PROTOCOLO: OLIGOHIDRAMNIOS EN GESTACIÓN ÚNICA**

**3. PROTOCOLO DE ESTUDIO**



## 4. PRONÓSTICO

---

El pronóstico de la gestación depende directamente de la causa subyacente que provoca el oligohidramnios. Una vez descartadas todas las causas nos encontraremos delante de un oligohidramnios idiopático, el pronóstico del cual depende de la severidad de este y de la edad gestacional de aparición. No obstante, recientemente se ha descrito mayor presencia de anomalías placentarias como anomalías de la inserción de cordón, lesiones de mal perfusión vascular materna y placentas de menor tamaño en los casos de oligohidramnios idiopático. (*Miremberg H. The association between isolated oligohydramnios at term and placental pathology in correlation with pregnancy outcomes Placenta 2020 Jan 15; 90: 37-41*).

- En los casos de **oligohidramnios idiopático severo** ( $CM_{\text{máxima}} < 1$ ) que se mantiene más de una semana por debajo de las 24 semanas deberemos informar a los padres de una supervivencia global descrita en nuestra serie del 40%, siendo superior al 70% si alcanza las 24 semanas. Por otro lado, deberemos informar de la mortalidad neonatal relacionada con la prematuridad y la secundaria a la hipoplasia pulmonar, situándose esta última alrededor de un 1-27%, siendo de un 6% en nuestra serie. Finalmente, también deberemos informar del riesgo de alrededor un 10% de deformidades o malposiciones esqueléticas, siendo, muchas de ellas reductibles postnatalmente. (remitimos al protocolo ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS A TÉRMINO Y PRETÉRMINO).
- **En gestaciones a término** se ha descrito mayor riesgo de complicaciones maternas y perinatales como cesárea por sospecha de pérdida de bienestar fetal, síndrome de aspiración de meconio, APGAR  $< 7$  a los 1 y 5 min e ingreso en UCI neonatal en gestaciones de bajo riesgo con oligohidramnios idiopático, a pesar de no existir estudios randomizados que evalúen el mejor manejo de estas gestaciones ni momento de finalización (*Rabie N. et al. Oligohydramnios in complicated and uncomplicated pregnancy: a systematic review and metaanalysis UOG 2017; 49: 442-449; Shrem G. Isolated oligohydramnios at term as an indication for labor induction: a systematic review and meta-analysis. Fet Diagn Ther 2016;*

---

PROTOCOLO: OLIGOHIDRAMNIOS EN GESTACIÓN ÚNICA

---

40: 161-173.; Levin G. *Isolated oligohydramnios - should induction be offered after 36 weeks* *J Matern Fetal Neonatal Med* 2022 Dec;35(23):4507-4512.)

## 5. MANEJO CLÍNICO

---

El manejo clínico y el pronóstico del oligohidramnios depende principalmente de la causa del mismo, así como de la edad gestacional en el momento del diagnóstico.

a. En aquellos casos en los que se diagnostique una **RPM** o un **CIR** o se asocie a **GCP** se aplicará el protocolo específico de cada patología.

b. En el caso de **toma de fármacos** se interrumpirá la toma de estos de forma inmediata. Si la paciente ha consumido inhibidores de la síntesis de prostaglandinas se realizará valoración del ductus arterioso y del flujo tricúspideo. Si existiera una restricción (IP<1 o insuficiencia tricuspídea significativa (holosistólica,  $\geq 200$  cm/s)) se realizaría control cada 48 h hasta su normalización por la Unidad de Ecocardiografía Fetal.

c. En aquellos casos en los que el feto presente una **malformación** o una **infección por CMV**, se procederá a la derivación a la Unidad de Patología Fetal o de Infecciosas, respectivamente, para optimizar el consejo pronóstico y seguimiento

d. Aunque aún existe controversia, la evidencia reciente parece indicar que las pacientes con **oligohidramnios idiopático** presentan peores resultados neonatales en comparación con la población con líquido amniótico normal.

- **Manejo anteparto:** Realización semanal de estudio Doppler y NST (a partir de las 28 semanas). Estimación de peso fetal cada dos semanas.

Si NST patológico: valorar finalización de la gestación.

Si Doppler patológico: finalización según protocolo CIR (aunque PEF >p10).

- **Finalización de la gestación:** Se mantendrá una conducta expectante hasta las 37 semanas de gestación si el control de bienestar fetal es normal. Se indicará la finalización de

---

**PROTOCOLO: OLIGOHIRAMNIOS EN GESTACIÓN ÚNICA**

---

la gestación a partir de la semana 37. No existe evidencia sobre qué método de inducción es mejor en estos casos. No obstante, ante la evidencia de que el método mecánico presenta menor tasa de polisistolia y en consecuencia menor riesgo de pérdida del bienestar secundario, se recomendará el uso del doble Balón de Cook® para aquellos casos con diagnóstico de oligoamnios en ausencia de RPM. Se reservará la maduración cervical farmacológica con para aquellos oligoamnios secundarios a RPM.

• **Manejo del parto:** Se debe realizar monitorización continua e informar a los padres del mayor riesgo de cesárea por pérdida de bienestar fetal intraparto. Ante la última evidencia publicada (*Davis J. Intrapartum amnioinfusion reduces meconium aspiration syndrome and improves neonatal outcomes in patients with meconium-stained fluid: a systematic review and meta-analysis Am J Obstet Gynecol . 2023 May;228(5S):S1179-S1191.e19*), valoraremos realizar amnioinfusión en aquellos casos con meconio en pasta con el fin de disminuir el riesgo neonatal de desarrollar un síndrome de aspiración meconial.

|   |   |
|---|---|
| <b>Responsables del protocolo:</b>            | Eva Meler, Edurne Mazarico, Edda Marimón, Francesc Figueras |
| <b>Fecha del protocolo y actualizaciones:</b> | 19/10/2020  |
| <b>Última actualización:</b>                  | 01/01/2025  |
| <b>Próxima actualización:</b>                 | 01/01/2029  |
| <b>Código Hospital Clínic:</b>                | MMF-71-2007   |
| <b>Código Sant Joan de Deu:</b>               |   |