

PROTOSCOLOS ASISTENCIALES

OLIGOAMNIOS

NOVEDADES DESDE LA VERSION ANTERIOR

- Etiología en función al trimestre de la gestación
- Manejo en Medicina Fetal en primer y segundo trimestre
- Seguimiento y finalización del oligoamnios idiopático del tercer trimestre

INDICE

1. Definición
2. Etiología
3. Diagnóstico
4. Consecuencias fetales
5. Conducta obstétrica

1. DEFINICIÓN

El oligoamnios se define como la existencia de un volumen de líquido amniótico (LA) patológicamente disminuido con respecto a lo esperado para la edad gestacional. A partir de la 36 semana de gestación, el volumen de LA disminuye de forma fisiológica, y semicuantitativamente se describe como una bolsa vertical máxima de menos de 2 cm (Método de Manning) o un Índice de líquido amniótico (ILA) de menos de 5 cm (Método de Phelan).

Su incidencia es de un 2 a un 10% de embarazos entre la 40 y 42 semanas, ocurriendo en menos del 1% de las gestaciones pretérmino.

2. ETIOLOGÍA

Causa fetal:

- Alteraciones cromosómicas (Turner, trisomía 18, triploidías...).
- Malformaciones fetales:
 - Renales: agenesia renal, atresia o agenesia ureteral, displasia renal, patología obstructiva severa, extrofia vesical, poliquistosis renal, válvula uretral posterior.
 - Cardíacas: hídrops, tetralogía de Fallot, coartación de aorta, defectos septales.
- Embarazo prolongado.
- Muerte fetal.
- Rotura prematura de membranas (RPM) (ver protocolo específico): espontánea o yatrógena por procedimientos invasivos.

Causa placentaria:

- Insuficiencia placentaria: causa de CIR, con frecuencia asociado a disminución del LA, y de preeclampsia.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

OLIGOAMNIOS

- Trasfusión feto-fetal, en el gemelo donante.

Causa materna:

- Hipovolemia.

Debida a fármacos:

- Inhibidores de la prostaglandina-sintetasa: AINES, indometacina.
- Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina: captopril, enalapril.

Iatrógena (tras amniocentesis):

Generalmente tiene buen pronóstico, con frecuencia las membranas se vuelven a sellar, se acumula el líquido amniótico y la evolución del embarazo es normal.

Idiopática (5%).

Causas del oligoamnios según trimestre de la gestación

Primer trimestre: Causa desconocida, se define como tal cuando la diferencia entre la semana de gestación y el CRL es menor de 5 mm. Pronóstico ominoso.

Segundo trimestre: La causa más frecuente son las anomalías fetales (50%), seguido de anomalías placentarias y RPM

Tercer trimestre: la presencia de una RPM es responsable del 50% de los casos de oligoamnios, seguido del CIR (20%) y malformaciones fetales (15%).

3. DIAGNÓSTICO

- Historia clínica, anamnesis de factores de riesgo maternos (dirigida a toma de medicación y situaciones de hipovolemia materna) y exploración general incluida toma de tensión arterial.
- Exploración obstétrica: altura uterina menor que la correspondiente a la edad gestacional, partes fetales fácilmente palpables, disminución de la percepción de movimientos fetales, valoración cervical.
- Descartar RPM: Ver protocolo específico de bolsa rota.
- Valoración ecográfica del volumen de líquido amniótico: es el método diagnóstico de elección, se realiza de 2 formas diferentes:

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

OLIGOAMNIOS

- a) Método de Manning: consiste en medir el bolsillo vertical de LA más amplio que esté libre de partes fetales y cordón umbilical.
- b) Método de Phelan (Índice de LA o ILA): consiste en dividir el útero en cuatro cuadrantes y colocar el transductor de forma paralela al plano sagital materno. Se mide en centímetros, la mayor bolsa de LA sin contenido fetal ni cordón de cada cuadrante y de la suma de los mismos se obtiene el ILA.

La determinación del bolsillo de mayor cantidad de líquido en embarazos complicados con oligoamnios se asocia con una menor tasa de intervencionismo obstétrico que el ILA sin incrementar los riesgos del embarazo. Por lo tanto la determinación del BM se utilizará para el diagnóstico y el ILA para el seguimiento del oligoamnios.

En las gestaciones gemelares y de bajo riesgo la medición del líquido amniótico se hará utilizando el método de la máxima columna vertical como método de screening, mientras que el ILA se reservará para las gestaciones con patología asociada como el CIR, la gestación cronológicamente prolongada o la disminución de los movimientos fetales.

Una vez establecido el diagnóstico:

- Evaluación ecográfica de la anatomía fetal, valorar biometría y descartar posibles malformaciones asociadas.
- Ante oligoamnios asociados a CIR, insuficiencia placentaria o patología materna hay que valorar la condición fetal mediante estudio Doppler de la situación hemodinámica y, opcionalmente, otros métodos como cardiotocografía o perfil biofísico.

4. CONSECUENCIAS FETALES. PRONÓSTICO

Depende directamente de la causa del oligoamnios, duración, severidad del mismo y de la edad gestacional de aparición.

- Secuelas morfológicas (Fenotipo Potter, síndrome de la brida amniótica). Riesgo de deformidades o malposiciones esqueléticas alrededor del 10%.
- Hipoplasia pulmonar (máxima en semanas 16 a 24 y con bolsillo mayor < 1cm, mortalidad del 80%). Por encima de la 26 semana su incidencia baja al 1.4%, ya que es el momento en el que finaliza el estadio canalicular del desarrollo pulmonar y se inicia el desarrollo de las estructuras acinares que son menos sensibles a factores externos.
- Compresión intraparto de cordón umbilical.

5. CONDUCTA OBSTÉTRICA

La conducta dependerá de la causa o patología asociada con el oligoamnios y la edad gestacional a la que se diagnostique.

PROCOLOS ASISTENCIALES

OLIGOAMNIOS

Se informará de forma pormenorizada a la gestante de todos los riesgos inherentes, con participación activa de la misma.

En los casos secundarios a toma de fármacos se interrumpirá su consumo de forma inmediata, si ha tomado inhibidores de la síntesis de prostaglandinas se realizará valoración del ductus arterioso cada 48 horas hasta su normalización.

1) INDICACIONES DE FINALIZACIÓN:

- Oligoamnios a término o en embarazo en vías de prolongación.
- En caso de oligoamnios severo previo a la semana 22 de gestación se debe considerar, con participación de la paciente, la actitud expectante o interrupción voluntaria del embarazo, individualizando el caso.
- Oligoamnios y CIR > 34 semanas con redistribución hemodinámica.
- Oligoamnios y CIR < 34 semanas con alteraciones severas en la valoración Doppler (Doppler venoso patológico). Evaluar el grado de compromiso hemodinámico, el resultado de las pruebas de bienestar fetal, la disponibilidad de la unidad de cuidados intensivos neonatal y la voluntad de los padres. Tras aplicar protocolo de maduración pulmonar fetal se estudiará la vía del parto en función de las condiciones obstétricas.

2) OLIGOAMNIOS EN GESTACIÓN PRETÉRMINO:

- Ecografía en Unidad de medicina Fetal: Sospechar existencia de anomalías fetales en casos de oligoamnios marcado de inicio muy precoz. Estudio detallado de riñones y vejiga fetal, además de búsqueda detallada de marcadores ecográficos de aneuploidia fetal.

El uso de amniocentesis en situaciones de oligoamnios extremo en < 24 semanas facilita el examen ecográfico, aumenta ligeramente la tasa diagnóstica de anomalías fetales, pero los riesgos derivados de la misma hace que hoy día en nuestro hospital no este indicada su realización.

-Amniocentesis: siempre que existan anomalías fetales. En caso de no detectarse, el riesgo de aneuploidia es el mismo que la población general, no obstante se les ofrecerá su realización como parte del protocolo diagnóstico de oligoamnios debido a la dificultad para realizar una adecuada ecografía de anomalías en este tipo de gestaciones.

Valoración del pronóstico y posibilidades terapéuticas por medicina fetal y neonatología y seguimiento para control de LA y valoración Doppler.

3) ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (ver protocolo específico).

4) OLIGOAMNIOS AISLADO A TÉRMINO:

- Excluir factores de riesgo asociados, causas reversibles y ausencia de compromiso fetal.
- Manejo individualizado:

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

OLIGOAMNIOS

- ILA < 5 cm; bolsillo mayor < 2 cm: finalización de gestación.
- ILA 5-8 cm: control en consulta mediante seguimiento semanal con ecografía y NST hasta finalización del embarazo.

En caso de oligoamnios idiopático finalizar el embarazo entre las semanas 36 y 38 mediante inducción del parto, con TNS y valoración de líquido 2 veces/ semana; ecografía de crecimiento cada 2 semanas y estudio Doppler solo si alteración del crecimiento fetal.

6. MANEJO INTRAPARTO

Valorar la aplicación de amnioinfusión terapéutica según protocolo específico en caso de deceleraciones variables por compresión del cordón. En el oligoamnios aislado a término se informará al neonatólogo, aunque actualmente no supone un criterio de ingreso en la unidad neonatal.

7. INDICADORES DE EVALUACION

Indicador	Fórmula	Fuente	Estándar
Inducciones por oligoamnios	Porcentaje de embarazadas con inducción por oligoamnios con ILA < 5 o BM < 2	Diraya	%

8. BIBLIOGRAFÍA

- Magann EF, Perry KG Jr, Chauhan SP, et al. The accuracy of ultrasound evaluation of amniotic fluid volume in singleton pregnancies: the effect of operator experience and ultrasound interpretative technique. *J Clin Ultrasound* 1997; 25:249.
- Protocolo: Oligohidramnios. Servicio de Medicina Materno Fetal Institut Clínic de Ginecologia, Obstetricia i Neonatologia (ICGON), Hospital Clínic de Barcelona. En: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-fetal/oligohidramnios.html>
- Hughes DS, Magann EF, Whittington JR, et al. Accuracy of the Ultrasound Estimate of the Amniotic Fluid Volume (Amniotic Fluid Index and Single Deepest Pocket) to Identify Actual Low, Normal, and High Amniotic Fluid Volumes as Determined by Quantile Regression. *J Ultrasound Med* 2020; 39:373.
- Sekhon S, Rosenbloom JI, Doering M, et al. Diagnostic utility of maximum vertical pocket versus amniotic fluid index in assessing amniotic fluid volume for the prediction of adverse maternal and fetal outcomes: a systematic review and meta-analysis. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2021; 34:3730.
- American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Obstetric Practice, Society for Maternal-Fetal Medicine. Medically Indicated Late-Preterm and Early-Term Deliveries: ACOG Committee Opinion, Number 831. *Obstet Gynecol* 2021; 138:e35.
- Manzanares S, Carrillo MP, González-Perán E, et al. Isolated oligohydramnios in term pregnancy as an indication for induction of labor. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2007; 20:221.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

OLIGOAMNIOS

- Magann EF, Chauhan SP, Kinsella MJ, et al. Antenatal testing among 1001 patients at high risk: the role of ultrasonographic estimate of amniotic fluid volume. Am J Obstet Gynecol 1999; 180:1330.

Autores	Dr. Malde Conde, Fco. Javier		
Fecha elaboración	Fecha: 10/04/2023	Vigencia	10/04/2026