

ARTÍCULOS ORIGINALES

Comportamiento del polihidramnios en nuestro medio

Behaviour of polyhydramnios in our hospital

Dr. Santiago Palacio Álvarez; Dr. Ernesto La Fontaine Terry; Dra. Mayra Sánchez Lueiro; Dra. Josefina Amil Bacallao

Hospital Provincial Docente Ginecoobstetrico Ana Betancourt de Mora. Camagüey. Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional-descriptivo a 55 embarazadas con polihidramnios atendidas en la consulta de genética-embarazo y que ingresaron en el Hospital Provincial Docente Ginecoobstétrico Ana Betancourt de Mora en Camagüey durante los años 2002-2003, para conocer el comportamiento del mismo en nuestro medio. Se analizaron distintas variables y concluimos que el 69, 1% de las pacientes tenían entre 20-34 años, de ellas 29 presentaron partos anteriores para el 52, 7 %. La rotura prematura de membranas y el parto pretérmino en 13 y 10 pacientes respectivamente estuvo presente como complicación del embarazo. El hidramnios ligero se encontró en el 56, 3 % de las gestantes. El diagnóstico se realizó clínico y ultrasonográfico después de las 20 semanas (72, 7 %). El 38, 2 % de las pacientes interrumpieron el embarazo por solicitud propia debido a malformaciones y el 43, 6 % llegaron al término. Terminaron el parto por cesárea 31 pacientes para el 56, 3 %. Las malformaciones congénitas y las muertes con seis neonatos para el 10, 9 % respectivamente fueron las causas de morbilidad neonatal más frecuente.

DeCS: POLIHIDRAMNIOS.

ABSTRACT

An observacional descriptive study of the total of 55 pregnant with polyhidramnios was carried out which they were admitted in the consultation of genetics-pregnancy and they entered in the Provincial Hospital Ginecoobstétrico Ana Betancourt of Mora, Camagüey, years 2002-2003, to know the behavior of the same one in ours medium. Different variables were analyzed; being concluded that the 69, 1% of the patients had among 20-34 years: 29 presented previous labors for the 52, 7 %. The premature rupture of membranes and the preterm labor in 13 and 10 patients respectively was present as complication of the pregnancy. The light hidramnios was found in the 56, 3 % of the pregnant mothers. The diagnosis was carried out clinically and ultrasonographically after the 20 weeks (72, 7 %). The 38, 2 % of the patients interrupted the pregnancy by own request due to malformations and the 43, 6 % arrived al term. They finished the labor by cesarean section 31 patients for the 56, 3 %. The congenital malformations and the deaths with 6 newborns for the 10, 9 % respectively were the neonatal morbimortality more frequent.

DeCS: POLYDRAMNIOS.

INTRODUCCIÓN

El líquido amniótico rodea al feto intraútero y cumple funciones importantes como la protección contra traumatismos, propiedades antibacterianas, asegura la hidratación del feto, suministra sales minerales y nutrientes para su desarrollo, facilita los movimientos fetales evitando las adherencias a la membrana amniótica, permite además el desarrollo del sistema músculo-esquelético fetal y del tubo digestivo, así como la maduración y desarrollo pulmonar. ¹ Durante la primera mitad del embarazo es una constante determinada por el desarrollo embrionario, mientras que en la segunda mitad es derivado del metabolismo materno-placentario-fetal. ²

El líquido amniótico está constituido por agua, electrolitos, substratos, fosfolípidos y hormonas, se produce en la membrana amniótica, piel, orina, líquido pulmonar fetal, y en menor cuantía por la secreción de las cavidades nasales.³ Además se encuentra en constante renovación y eliminación (deglución fetal y absorción hacia la sangre por vía intramembranosa).^{4,5}

El volumen de líquido amniótico se mantiene por un balance entre la producción y la absorción, aumenta conforme avanza el embarazo.⁶ Durante el segundo trimestre incrementa 10ml diario, alcanza 500 ml a las 20 semanas, aumenta hasta 1000ml a las 34 semanas y disminuye 800-900 ml al término del embarazo. Si aumenta entre 1500-2000ml hay exceso de líquido y por encima de dos litros se designa como polihidramnios o hidramnios y puede ser agudo o crónico.^{3,7}

El embarazo con polihidramnios constituye un riesgo tanto para la madre (distocia en el parto, cesáreas, sangramiento postparto) como para el feto (parto pretérmino, crecimiento intrauterino retardado, rotura prematura de membranas, prolapso del cordón, presentaciones anómalas, hematoma retroplacentario, malformaciones y muertes).^{8,9}

El diagnóstico se realiza por el examen físico del abdomen de la paciente y la medición del volumen de líquido amniótico por ultrasonido.^{2,7,10}

Teniendo en cuenta la incidencia del polihidramnios y su relación con la morbilidad materno- fetal, nos motivamos a realizar un estudio para determinar el comportamiento del mismo en nuestro medio.

MÉTODO

Se realizó un estudio observacional-descriptivo a 55 embarazadas con polihidramnios, las cuales fueron atendidas en la consulta de genética-embarazo e ingresaron en el Hospital Provincial Docente Ginecoobstétrico Ana Betancourt de Mora de Camagüey durante los años 2002-2003.

El universo de estudio y la muestra coincidieron, estuvo constituido por 55 pacientes con líquido amniótico igual o mayor que 2000 ml. El dato primario se recogió del libro registro de la consulta de genética-embarazo. Se revisaron posteriormente las historias clínicas y la información se detalló en un formulario diseñado al efecto con las siguientes variables: edad y paridad,

enfermedades y /o eventos obstétricos, tiempo de gestación e índice de líquido amniótico, solicitud de interrupción de embarazo, afecciones obstétricas y morbimortalidad de los recién nacidos.

RESULTADOS

Con respecto a la relación edad y paridad, predominó el grupo de edades comprendido entre 20-34 años con 38 gestantes para el 69, 1%, de ellas 29 mujeres (52, 7 %) tuvieron partos previos y 9 señoras (16, 4 %) eran nulíparas. Por su parte las adolescentes con cinco pacientes representaron el 9, 1% del total de pacientes afectadas, las mismas eran nulíparas, mientras que 10 mujeres con más de 35 años presentaron partos previos (18, 2 %) (Tabla 1).

Tabla 1. Relación edad y paridad

| Edad | Nulíparas | | Primer parto | | Segundo o más partos | | Total | |
|-------|-----------|------|--------------|------|----------------------|------|-------|------|
| | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % |
| 15-19 | 5 | 9,1 | - | - | - | - | 5 | 9,1 |
| 20-24 | 3 | 5,5 | 4 | 7,3 | 2 | 3,6 | 9 | 16,4 |
| 25-29 | 2 | 3,6 | 7 | 12,7 | 5 | 9,1 | 14 | 25,5 |
| 30-34 | 4 | 7,3 | 9 | 16,4 | 2 | 3,6 | 15 | 27,2 |
| 35-39 | 2 | 3,6 | 7 | 12,7 | 3 | 5,5 | 12 | 21,8 |
| Total | 16 | 29,1 | 27 | 49,1 | 12 | 21,8 | 55 | 100 |

Fuente: Formulario.

En las enfermedades y/o eventos obstétricos predominaron las roturas prematuras de membranas y el parto pretérmino con 13 (23, 7 %) y 10 (18, 2 %) señoras, respectivamente (Tabla2).

Tabla 2. Enfermedades y/o eventos obstétricos

| Enfermedades | Números | % |
|---|---------|------|
| Rotura prematura de membranas | 13 | 23,7 |
| Parto pretérmino | 10 | 18,2 |
| Hipertensión crónica | 8 | 14,5 |
| Crecimiento intrauterino retardado | 5 | 9,1 |
| Hipotiroidismo | 4 | 7,3 |
| Diabetes gestacional | 4 | 7,3 |
| Enfermedad vascular hipertensiva del embarazo | 3 | 5,5 |
| Anemia | 2 | 3,6 |
| Gestorragia de la segunda mitad | 2 | 3,6 |
| Isoinmunización | 2 | 3,6 |
| Otras | 2 | 3,6 |
| Total | 55 | 100 |

Fuente: Formulario.

Se observó la relación del tiempo de gestación y el índice del líquido amniótico, predominó el tiempo de gestación de 20-27 semanas con un líquido amniótico entre 25-30 ml en 24 pacientes para el 43, 6 %. Por su parte el hidramnios ligero (25-30ml) fue mayor en el estudio con 31 mujeres para el 56, 3 % de las gestantes (Tabla 3).

Tabla 3. Relación tiempo de gestación e índice de líquido amniótico

| Tiempo de gestación en semanas | Índice de líquido amniótico | | | | | | | |
|--------------------------------|-----------------------------|------|----------|------|------------|-----|-------|------|
| | 20-24 ml | | 25-30 ml | | 30.1-35 ml | | Total | |
| | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % |
| 20 -27 | 14 | 25,5 | 24 | 43,6 | 2 | 3,6 | 40 | 72,7 |
| 28-34 | 6 | 10,9 | 5 | 9,1 | - | - | 11 | 20,0 |
| 34.1-40 | 2 | 3,6 | 2 | 3,6 | - | - | 4 | 7,3 |
| Total | 22 | 40 | 31 | 56,3 | 2 | 3,6 | 55 | 100 |

Fuente: Formulario.

Existió un predominio de gestantes que terminaron el embarazo sin que se demostrara malformación en 28 pacientes (50, 9 %), de ellas, 22 (40 %) tuvieron partos a término. Por su parte 21 pacientes (38, 2 %) interrumpieron el embarazo por solicitud propia debido a malformaciones congénitas y 24 mujeres (43, 6 %) llegaron al término. La rotura prematura de membranas se describió como la afección de mayor incidencia con 13 gestantes (23, 7 %), de ellas 9 (16, 4 %) terminaron su parto por cesárea y 4 (7, 3 %) fueron eutócicos. En segundo lugar se presentó el parto pretérmino con 10 señoras (18, 2 %), de ellas 5 (9, 1 %) tuvieron parto eutócico y 5 (9, 1 %) fueron cesárea. Las malformaciones congénitas fetales y las muertes con seis neonatos (10, 9 %) respectivamente predominaron como la morbimortalidad de los recién nacidos, seguido del bajo peso con 5 niños lo que representó el 9, 1 %

Se apreció la morbimortalidad de los recién nacidos con relación al peso al nacer donde predominaron las malformaciones y las muertes con 6 neonatos (26, 5 %) respectivamente, de ellos, en 4 malformados (17, 9 %) su peso fue superior a 2500g y en 2 (8, 6 %) estaba por debajo de los 2500g, mientras que en 4 recién nacidos muertos (17, 9 %) su peso fue inferior a los 2500g. Por su parte el bajo peso se presentó en 5 neonatos (22, 2 %) (Tabla 4).

Tabla 4. Morbimortalidad de los recién nacidos y peso al nacer

| Morbimortalidad de los recién nacidos | Peso al nacer en g | | | | | | | | | |
|--|--------------------|------|-----------|------|-----------|------|------------|-----|-------|------|
| | 1500-1999 | | 2000-2499 | | 2500-3999 | | 4000 o más | | Total | |
| | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % |
| Malformaciones | 1 | 4,3 | 1 | 4,3 | 3 | 13,6 | 1 | 4,3 | 6 | 26,5 |
| Muertes | 3 | 13,6 | 1 | 4,3 | 2 | 8,6 | - | - | 6 | 26,5 |
| Bajo peso | 2 | 8,6 | 3 | 13,6 | - | - | - | - | 5 | 22,2 |
| Distrés respiratorio. | - | - | 1 | 4,3 | 2 | 8,6 | 1 | 4,3 | 4 | 17,2 |
| Broncoaspiración de líquido amniótico meconial | - | - | 1 | -4,3 | 1 | 4,3 | -- | - | 1 | 44,3 |
| Asfixia | | | | | | | | | | |
| Total | 6 | 26,5 | 7 | 30,8 | 8 | 35,1 | 2 | 8,6 | 23 | 100 |

Fuente: Formulario.

Se mostró la relación del tiempo de gestación y la morbilidad de los recién nacidos donde la mayor incidencia estuvo en el grupo de pacientes con 37-40 semanas de gestación con 10 neonatos (44, 4 %), de ellos 3 malformados y 3 muertes para el 13, 6 %, respectivamente. En segundo lugar el grupo de 34, 1-36, 6 semanas de embarazo con 9 recién nacidos (39, 4 %), de ellos, 3 bajo peso (13, 6 %) y los otros 6 neonatos se distribuyeron de la siguiente forma: 2 malformados, 2 distrés respiratorios y 2 muertes para el 25, 8 %, respectivamente (Tabla 5).

Tabla 5. Tiempo de gestación y morbilidad de los recién nacidos

| Tiempo de gestación en semanas | Morbimortalidad de los recién nacidos | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|---------------------------------------|------|---------|------|-----------|------|----------------------|------|--------------------------|-----|---------|-----|-------|------|
| | Malformaciones | | Muertes | | Bajo peso | | Distrés respiratorio | | Broncoas p. Liq. am. me. | | Asfixia | | Total | |
| | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % |
| 28-34 | 1 | 4,3 | 1 | 4,3 | 2 | 8,6 | - | - | - | - | - | - | 4 | 17,2 |
| 34.1-36.6 | 2 | 8,6 | 2 | 8,6 | 3 | 13,6 | 2 | 8,6 | - | - | - | - | 9 | 39,4 |
| 37-40 | 3 | 13,6 | 3 | 13,6 | - | - | 2 | 8,6 | 1 | 4,3 | 1 | 4,3 | 10 | 44,4 |
| Total | 6 | 26,5 | 6 | 26,5 | 5 | 22,2 | 4 | 17,2 | 1 | 4,3 | 1 | 4,3 | 23 | 100 |

DISCUSIÓN

Al analizar el comportamiento de la edad y paridad en las mujeres que presentaron polihidramnios, la mayor incidencia fue en el grupo de edades de 20-34 años con partos previos, lo que coincide con la mayoría de la literatura revisada,¹⁰⁻¹² por ser el período fértil o reproductivo de la mujer. Por su parte en las edades extremas de la vida fértil la incidencia fue baja. Con respecto a las enfermedades y eventos obstétricos más frecuentes predominó la rotura prematura de membranas y el parto pretérmino, estos resultados son contradictorios con los publicados por otros autores,^{4, 12} que reflejan que la diabetes mellitus y la hipertensión arterial crónica son más frecuentes.

Prevaleció el tiempo de gestación de 20-27 semanas con un líquido amniótico entre 25-30 ml, lo que coincide con otros autores,^{11, 13} los cuales plantean que en el segundo trimestre del embarazo y principios del tercero es más frecuente el polihidramnios ligero, sobre todo asociado a malformaciones.

La mayor cantidad de gestantes terminaron el embarazo sin que se demostrara malformación congénita fetal al parto, por su parte, hubo un

número importante de embarazadas que interrumpieron el embarazo por solicitud propia debido a malformaciones congénitas fetales. El diagnóstico temprano de las malformaciones y la interrupción del embarazo son esenciales debido a la alta morbilidad fetal.^{10, 13} En nuestro país, a diferencia de otros, existe un Programa Nacional de Detección de Malformaciones Congénitas y Hereditarias a través de la consulta de genética-embarazo donde una vez realizado el pesquizado y diagnóstico de la malformación fetal se le da asesoramiento genético a la pareja y la posibilidad de decidir si desea o no continuar el embarazo, estableciendo lo normado para cada caso.

La cesárea se destacó como forma de terminar el parto en aquellas pacientes que presentaron rotura prematura de membranas y parto pretérmino, estos resultados coinciden con los de Siribaddana, et al,¹⁴ quienes reflejan los riesgos de la cesárea y el aumento de la morbilidad materna dada por sangramiento, infección, reacción anestésica, muertes, etc.

Las malformaciones congénitas y las muertes prevalecieron, por ejemplo, la morbilidad de los recién nacidos asociadas con el peso al nacer, malformaciones fetales en la mayoría con peso superior a 2500g; mientras que la mayor cantidad de muertes neonatales eran bajo peso, esto último resultó similar a los resultados encontrados en literatura revisada.¹⁵⁻¹⁷

La mayor morbilidad de los recién nacidos estuvo en el grupo de pacientes con 37-40 semanas de gestación, estos resultados son contradictorios con los reportados por Kemp, et al,¹⁸ quienes plantean que en la mayoría de los embarazos pretérminos se refleja la morbilidad y mortalidad de los recién nacidos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brace R. Fisiología de la regulación del líquido amniótico. *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas* 2000; 20(3): 238-46.
2. Williams. *Tratado de Obstetricia*. 20ed. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana; 1998.p. 615-24.

3. Botella Llusia J, Clavero Nuñez JA. Tratado de Ginecología y Obstetricia. TI. 14ed. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1983.p. 297-304.
4. Danforth. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 8ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2000. p. 317.
5. Flack NJ, Sepulveda W, Brower S. Acute maternal hydration in Third-Trimester Oligohidramnios. J Obstet and Gynecol 1999; 50(3):81-90.
6. Simone Calboun RN. Focus on Fluids. J Obstet and Gynecol 20 Awhonn Lifeline. Manchester. 2000; 3(6):21-4.
7. Pacheco J. Vigilancia fetal en Ginecología y Obstetricia. España: Editorial MAD; 1999. p. 843-58.
8. Sparey C, Wawaberr G, Barrett AM. La atresia esofágica en la anomalía congénita. J Obstet and Gynecol. Reino Unido 2000; 182(2):427-30.
9. Mazrahi M, Furman B, Shoham-Vardi H. El resultado perinatal y las complicaciones preparto y en los partos. J Obstet and Gynecol 1999; 8(1): 56-61.
10. Lazebnik N, Mory A. The severity of polyhydramnios J Obstetric and Gynecology 1999; 48(1): 28-32.
11. Furman E, Erez O, Mayor L. Hidramnios pequeño para la edad gestacional. J Obstet and Gynecol. scand 2000; 79(1): 31-6.
12. Martínez Frías ML, Bermejo E, Rodríguez Pinilla E. Los factores maternos y fetales relacionados con el fluido de líquido amniótico. Facultad de Medicina Universidad Complutense Madrid 1999; 19(7): 514-20.
13. Biggio JR, Wenstrem KD, Dubard MD. Predicción de hidramnios y resultados perinatales adversos. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Berminghom 1999; 94(5):1737.
14. Siribaddana SH, Dishabandu R, Fernando DJ. Predominio de diabetes gestacionales en Sri Lanka. Universidad Colombo 1999; 43(2):88-9.
15. Johnson MP, Smiht CA, Evans MI. Intervención prenatal en la urofaringe obstructiva. Departamento de Urología Pediátrica. 1999; 31(354): 374-77.
16. Mitra EL, Savino AG, Sponce AR. Diagnóstico prenatal del síndrome de hipoplasia cerebral infantil. J Ginecología y Obstetricia. 1999; 19(4): 375-78.
17. Ruseva R, Koleva V. El índice del pronóstico en la hernia del diafragma. J Ginecología y Obstetricia 1999; 36 (2):15-7.

18. Kemp UN, Ugyuen T, Cheng E. Polihidramnios idiopático y resultados perinatales. Departamento de Ginecología y Obstetricia. 1999; 181(5):1072-82.

Recibido: 1 de junio de 2005.

Aceptado: 11 de octubre de 2005.

Dr. Santiago Palacio Álvarez. Especialista de I Grado en Obstetricia y Ginecología. Hospital Provincial Docente Ginecoobstetrico Ana Betancourt de Mora Camagüey. Cuba.