

NACERLATINOAMERICANO www.nacerlatinoamericano.org

Pregunta: Vía de parto. Polihidramnios. Obito Fetal. 29 semanas

Dr. Ricardo Velasco

Actualización: Octubre 2009

VIA de PARTO – OBITO FETAL – POLIHIDRAMNIOS

INTRODUCCION

El polihidramnios, es un exceso de líquido amniótico (LA) que complica entre el 0,5% y 1% de los embarazos. La ecografía permite clasificar el polihidramnio en breve, moderado y severo y este último sucede en el 5% de los polihidramnios (PHD).

El pronóstico depende de la causa, las cuales deben ser descartadas antes de calificar el PHD como idiopático, que en general es leve, aunque puede complicarse con macrosomía lo que hace que aumente la frecuencia de cesáreas.

La mortalidad fetal, se debe fundamentalmente a malformaciones, congénitas, pretérmino y complicaciones derivadas del síndrome de transfusión feto-fetal.

CAUSAS

Ciertas causas son dependientes de la madre, como ser la diabetes mellitus, el exceso de benzodiazepinas y la terapia con litio. Causas fetales, son las anomalías congénitas predominando las atresias intestinales, estrechez del esófago, anomalías neurológicas, cromosomopatías, distrofias musculares y la falla cardiovascular, anemia y cierto tipo de infecciones congénitas.

CLINICA

La sobredistensión uterina, causa dificultad para respirar, disconfort, mayor frecuencia de hemorragia post-parto, preeclampsia y aumento de las cesáreas.

MORTALIDAD

La mortalidad se incrementa sobre todo a malformaciones congénitas o prematuridad. Por otro lado, el aumento del volumen del LA puede comprometer la perfusión uterina y ser causa de hipoxia fetal.

EVACUACION UTERINA

Si se trata de una muerte fetal tardía, la intervención dependerá, de la situación fetal y de los antecedentes obstétricos.

En caso de situación longitudinal y cuello favorable se podrá inducir con 10 mU/minuto de ocitocina, en suero glucosado al 5%. No se recomienda, realizar amniotomía hasta que el cuello esté borrado y sea seguro el inicio del trabajo de parto.

Si las condiciones son desfavorables, las prostaglandinas locales son una alternativa válida.

Si la situación es transversa, se recomienda una cesárea o intentarse la versión externa del feto.

En caso de cesárea previa, la inducción deberá comenzarse con muy baja dosis de ocitocina (5 mU/minuto en 500 cc de suero glucosado) y estricto control.

Debe acompañarse con sostén psicológico de la madre y su pareja.

BIBLIOGRAFIA SUGERIDA

- Dashe JS, McIntire DD, Ramus RM, Santos Ramos RN, Twickler DM. Hydramnios: anomaly, prevalence and sonographic detection. Obstet Gynecol 2002;134-9.

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12100815?ordinalpos=2&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum

- Panting-Kemp A, Nguyen T, Chang E, Willam E, Castro L. Idiopathic polyhydramnios and perinatal outcomes. Am J Obstet Gynecol 1999;181:1079-82.

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12237634?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum

- Marino T. Ultrasound abnormalities of the amniotic fluid, membranes, umbilical cord, and placenta. Obstet Gynecol Clin North Am. 2004 Mar; 31(1):177-200.

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15062453?ordinalpos=5&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum

- Hofmeyr GJ, Kulier R. Versión cefálica externa para la presentación podálica a término . (Revisión Cochrane traducida). En Biblioteca Cochrane Plus, 2005 Nro 4. Oxford: Update Software Ltd.

- Sheiner E, Hallak M, Shoham-Vardi, Goldtein D, Mazor M, Katz M. Determining risk factors for intrapartum fetal death. J reprod Med. 2000 May;45(5):419-24.

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10845177?ordinalpos=19&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum

- Golan A, Wolman I, Sagi J, Tovel I, David PM. Persistence of polyhydramnios during pregnancy—its significance and correlation with maternal and fetal complications. Gynecol Obstet Invest. 1994;37(1):18-20.

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8125402?ordinalpos=22&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum