

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



"POLIHIDRAMNIOS Y SU RELACION CON ANOMALIAS CONGENITAS"
(CASOS ESTUDIADOS EN SEIS AÑOS EN LA MATERNIDAD
DEL HOSPITAL ROOSEVELT DE 1965 A 1970)

JORGE ALVARO PELLECER PAREDES

Guatemala, Mayo de 1972.

PLAN DE TESIS

- I. INTRODUCCION
- II. CONCEPTO
- III. ETIOLOGIA
- IV. GENERALIDADES
- V. SINTOMATOLOGIA
- VI. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
- VII. EVOLUCION
- VIII. PRONOSTICO
- IX. TRATAMIENTO
- X. ANALISIS DE LOS CASOS REVISADOS
EN LA MATERNIDAD DURANTE SEIS
AÑOS
- XI. CONCLUSIONES
- XII. BIBLIOGRAFIA.

I. INTRODUCCION

El trabajo que hoy presento se trata del estudio estadístico realizado sobre "Polihidramnios y su relación con Anomalías Congénitas" efectuado en el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt, durante seis años de trabajo, comprendidos del 1o. de Enero de 1965, al 31 de Diciembre de 1970. Se tomaron en cuenta para este estudio el número total de partos durante ese período, relacionándolo con el número de casos encontrados.

En este estudio encontramos un total de 86 casos de embarazos con polihidramnios de los cuales 81 casos se trataban de embarazos simples y 5 de embarazos gemelares, lo que nos da un total de 91 nacimientos.

Durante los seis años de recopilación de este trabajo, hubo un total de 72,694 partos comprendiendo entre éstos 86 casos de polihidramnios; lo que nos da una relación de 1 polihidramnios por cada 845 embarazos. De los 91 nacimientos hubo 61 casos de anomalías congénitas, es decir una anomalía congénita por cada 1,191, partos.

II. CONCEPTO

Polihidramnios: Se denomina así el aumento de líquido por encima de 1,000 centímetros cúbicos, pudiendo llegar a 5 y 10 litros o más.

III. ETIOLOGIA

La etiología es desconocida pudiéndose atribuir según los casos a:

a) Exceso de producción, sobre actividad secretoria:

1. - Toxinas (Alcoholismo)

2. - Infecciones (Sífilis)

b) Deficiencia de Eliminación:

1. - Anomalías del desarrollo que impiden la deglución:
Labio Leporino, Anencefalia, Malformaciones del
aparato digestivo, Espina Bífida, etc.

2. - Dificultad en su reabsorción, trastornos de la circula
ción:

2. 1 - De la placenta: Corangiomas, Sífilis, etc.

2. 2 - Del Cordon: Circulares, nudos, trombosis, etc.

2. 3 - En el feto: Cardiopatías.

c) Enfermedades Maternas:

1. - Desequilibrios circulatorios

1. 1 - Toxemias con edema

1. 2 - Cardiopatías

1. 3 - Nefropatías

2. - Procesos Tóxicos

2. 1 - Diabetes Mellitus

2.2 - Alcoholismo

3. - Procesos Infecciosos:

3.1 - Sífilis (Amiositis, Endarteritis, Malformaciones Fetales)

4. - Otras Causas.

4.1 - Embarazos múltiples, incompatibilidad Rh.

Las causas más frecuentes de polihidramnios:

- a) Embarazos múltiples
- b) Malformaciones congénitas
- c) Sífilis
- d) Diabetes
- e) Gestosis

IV. GENERALIDADES

A) Origen, formación y destino.

1. - Origen: Se han propuesto más de veinte teorías para explicar la formación del líquido amniótico, pero pocas han sobrevivido a la prueba del tiempo. Las teorías afirman sugerencias de que pudieran contribuir ambos organismos.

La explicación más antigua y sencilla atribuida a Hipócrates es - que el líquido amniótico es producido por los riñones del feto. Durante los períodos embrionarios más tempranos, el amnios está separado del embrión, de manera que no puede recibir productos de deshecho, pero a la décima o décimo segunda semana de gestación, los riñones fetales pueden funcionar, y varias investigaciones han proporcionado pruebas de que ocurren in-utero mic---ción fetal. La osmolaridad del líquido amniótico gradualmente se modifica - según la edad de gestación; en etapa inicial es hipotónico, al término del em- barazo es hipertónico. Makespeace y Freemont-Smith interpretan lo anterior - como acumulación gradual de orina. Más adelante comprobaremos que esta - explicación es demasiado estrecha para tomar en cuenta datos que después se han deshechado. Como apoyo de esta teoría se sugiere la observación de que la agenesia renal guarda relación con alta frecuencia de oligohidramnios, pero - otros informes clínicos también indican que a veces se advierte polihidramnios en estados en los cuales es patentemente imposible la micción intrauterina del

feto; por ejemplo: cierre congénito de las vías génito-uritarias inferiores. Si se tratara de acumulación de orina fetal, sería lógico que la concentración de urea del líquido amniótico fuese mayor de lo que en realidad es, aunque podría aducirse como explicación la difusión rápida comprobada de esta sustancia. Incluso lo anterior es discutible, porque la concentración de urea en el líquido amniótico es casi el doble que en la sangre materna fetal y bastante menor que en la orina del recién nacido. Observaciones más recientes e inéditas acerca de la función renal prenatal señalan un concepto distinto del aplicable en el adulto.

En etapas iniciales el epitelio amniótico posee carácter secretor, facultad que disminuye de importancia cuando la membrana se torna avascular en etapas posteriores de la gestación.

El índice máximo de aumento de volumen de líquido amniótico corresponde cronológicamente a una etapa de degeneración de las células amnióticas, y es indudable que el estado de polihidramnios guarda relación con falta completa de células secretoras. Ha renacido el interés en fecha reciente en glándulas salivales, mucosa bucal, pulmones y tráquea, como factores etiológicos. Los experimentos de Reynolds en fetos de ovejas indican que puede obtenerse abundante líquido de la faringe fetal de composición semejante a la del líquido amniótico. La canulación directa de la tráquea también indicó que pudiera ser sitio de producción de líquido, pero experimentos hasta hoy -

inéditos han brindado pruebas de que puede ocurrir lo opuesto (absorción de líquidos) en este sitio. La piel y las glándulas mamarias fetales que se tomaron en cuenta seriamente son fuentes poco probables. Experimentos de perfusión utilizando cordón umbilical humano, por otra parte, indican que a través de las paredes de este órgano, hay recambio activo de agua y metabolitos. Quizá ello tenga mucho mayor influencia en la regulación del volumen líquido de lo que se suponía.

En lo que se refiere al origen materno, es patente que este líquido y todos sus componentes en definitiva deben provenir de la madre. La explicación más atractiva; esto es: que se trata de un ultrafiltrado de suero materno, es apoyada por escasas pruebas, por virtud de las diferencias de composición, experimentos en los cuales inyectaron colorantes orgánicos exógenos en la circulación materna, y que aparecen o no en el líquido amniótico, no pueden ser concluyentes, porque indican una vía de colorante y no del agua ni de otro componente normal de este líquido.

2. - Destino: Si el líquido amniótico se forma continuamente incluso en volumen muy pequeño, debe haber un mecanismo para eliminarlo. Entre las varias formas que puede lograrse lo anterior se cuentan absorción en los pulmones fetales, o paso directo o difusión a través del corión y la decidua. La hipótesis propuesta por Harvey en 1651 de que el feto elimina el líquido al tra-

garlo, ha gozado de aceptación general y tiene datos experimentales que lo apoyan. De las muchas aportaciones al respecto, merecen la pena señalar un informe reciente de Pritchard, por la claridad y la precisión experimental que permiten al autor calcular el volumen que el feto traga normalmente en un período de 24 horas; por el feto a término el volumen es de 450 c. c. aproximadamente.

B) Composición y Volumen:

Se ha investigado cabalmente la composición del líquido amniótico.

En términos generales, las variaciones en la composición según edad de la gestación, o estados patológicos no son lo suficientemente intensos para establecer relación con fenómenos clínicos o patológicos, por ejemplo: Los límites normales para concentración de electrolitos, carbohidratos y proteínas son bastante más extensos que en otros líquidos corporales. El volumen total también presenta grandes variaciones en estado normal y patológico hecho reconocido desde la antigüedad. Es patente que el volumen varía según la duración de la gestación.

No se han informado medidas para las etapas más tempranas del desarrollo, pero hacia las 10 semanas el volumen promedio es de 30 cc., aumenta gradualmente hasta 350 cc. a las 20 semanas, y alcanza el promedio máximo de casi 1,000 cc. durante la trigésima octava semana de gestación. Después disminuye y al término de la gestación (40 semanas) el volumen medio de un gran número de pacientes normales se estima en 800 cc. aproximadamente. Después de las 40 se

manas, sigue disminuyendo en proporción con el grado de post-madurez. Hay variaciones patológicas interesantes en el volumen, cuyos extremos se designan oligohidramnios y polihidramnios. Deben considerarse signos de muchos fenómenos patológicos posibles y no son, como fácilmente podría tenderse a suponer, patognomónicos de una enfermedad específica.

Durante toda la gestación el líquido amniótico tiene varias funciones mecánicas importantes. Actúa como amortiguador protector, iguala la presión e impide la adherencia del amnios, con lo cual permite cambiar en la posición fetal. Además, probablemente tenga muchas funciones inmunológicas y bioquímicas que en la actualidad no se han dilucidado a fondo. El que participe en algunos fenómenos metabólicos el feto indica que merece más atención de la que se le ha concedido.

1. - Carácteres Físicos:

Desde el punto de vista físico-químico, el líquido amniótico es un sistema heterogéneo que consiste en una solución que presenta en suspensión material no disuelto. Estas sustancias no disueltas pueden ser material organizado celular, o materia insoluble no organizada. En términos generales, la materia celular e insoluble que presenta en suspensión el líquido amniótico no se tomará en cuenta. Desde el punto de vista físico; el líquido amniótico normal es cristalino; cuando se eliminan las sustancias insolu-

bles, es muy semejante al agua en transparencia. La densidad y la viscosidad son algo mayores que las del agua. El punto de congelación es algo inferior al del agua.

2. - Caracteres Químicos:

El líquido amniótico consiste en un 98% a un 99% de agua y 1 a 2% de sólidos. Aproximadamente el 50% de los sólidos son orgánicos y el 50% de los sólidos son proteínas. Los componentes inorgánicos del líquido amniótico guardan semejanza con los del líquido extracelular; esto es: La concentración de sodio, cloruro y CO_2 es alta, y hay pequeñas cantidades de potasio, magnesio, calcio y fosfato.

C) Asistencia Post-Partum:

Los deberes del médico en estas pacientes no terminan con el diagnóstico y el tratamiento del hidramnios. Ulteriormente durante el parto, debe tratarse de precisar la causa del hidramnios, por examen cuidadoso del niño, el cordón umbilical y la placenta. Aunque el niño tenga aspecto normal deberá examinarse cabalmente. Se introducirán una sonda en el estómago para comprobar permeabilidad del esófago, como han aconsejado Moya y Apgar. Cuando más pronto se descubra una anomalía gastrointestinal y se emprenda el tratamiento adecuado, tanto más serán las probabilidades de que el niño sobreviva.

V. SINTOMATOLOGIA

Depende de que su producción sea:

A) Lenta: Se presenta en el octavo y noveno mes observándose un excesivo volumen abdominal. Existe dificultad en la palpación fetal y en la percep---ción de los latidos fetales.

B) Aguda: Se observa entre el quinto y sexto mes o a veces más tarde. Raro

Varía su sintomatología en relación con la cantidad de líquido:

- a) Dolor con irradiación a las ingles
- b) Disnea por disminución de la superficie de hematosis
- c) Taquicardia
- d) Cianosis de las extremidades
- e) Albuminuria
- f) Deshidratación
- g) A veces fiebre

Al examen:

- a) Aumento exagerado del abdomen
- b) Distensión Uterina
- c) Edema suprapúbico con irradiación a los miembros inferiores
- d) Feto que pelotea y cambia de posición fácilmente. No sólo lo hace el polo cefálico, sino también el pelviano.

- e) Transmisión de la onda líquida
- f) A la percusión, matidez en la zona uterina y timpanismo en los flancos.
- g) Auscultación negativa, aún con feto vivo, o bien latidos alejados.
- h) Al tacto, el segmento inferior está distendido, el cuello entreabierto y las membranas tensas.

VI. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- a) Quíste del ovario: faltan signos y síntomas del embarazo. Utero Normal.
- b) Ascitis: vientre de batracio. La matidez se traslada a los flancos.
- c) Embarazo múltiple: Palpación de partes fetales relativamente fácil y percepción de más polos.
- d) Mola hidatidiforme: Poco tiempo de gravidez metrorragias. En caso de duda ante cualquiera de estos casos examen radiológico.
- e) Mioma y embarazo: Antecedentes de la enferma y evolución del caso.

VII. EVOLUCION

El polihidramnios agudo puede llevar a la muerte si no se interrumpe - el embarazo espontánea o artificialmente. Puede originar:

A) En el embarazo:

1. Gestosis y Partos prematuros
2. Desprendimiento prematuro de placenta.

B) En partos y alumbramientos:

1. Inercia uterina (por sobre distensión de fibra uterina)
2. - Presentaciones viciosas
3. - Procidencias de cordón o de miembros al desgarrarse las membranas.
4. - Shock por descompensación brusca.
5. - Inercia uterina del alumbramiento que origina hemorragias.
6. - Desprendimiento de placenta prematuro.

VIII. PRONOSTICO

A) Materno: Benigno en el crónico, no así en el agudo, por las intervenciones que determina.

B) Fetal: Grave por ser frecuente;

1. - Prematurez: (por anoxia originada por isquemia deciduo-placentaria, consecuencia de fenómenos compresivos).

2. - Malformaciones

3. - Operación que determina

4. - Frecuencia de prociencia del cordón al romperse la bolsa.

IX. TRATAMIENTO

Depende de la Etiología.

En cuanto al hidramnios en sí:

A) En el embarazo:

1. - Con feto no viable

- a) Prevenir el parto prematuro (opiáceos, reposo)
- b) Punciones: Transparieto-abdominales (la mejor); vaginal ---
(no aconsejable).
- c) Prevenir su formación: diuréticos: Dieta hiposódica.

2. - Con feto viable:

Punciones a través del orificio vaginal en posición de Trende---
lenburg evitando la salida brusca del líquido.

B) En el Parto:

1. - Ruptura artificial de las membranas tratando de controlar la salida brusca del líquido fuera de las contracciones.

No sacar la mano vaginal.

2. - Tratar la inercia que frecuentemente se asocia con oocitócicos

3. - Evitar los accidentes: descompensación brusca. (Bolsa de arena, com
presión abdominal), pues pueden ocasionar choque obstétrico.

C) En el alumbramiento:

Oocitocicos por atonía consecutiva. Preferible la vía endovenosa (ergo-

trate, etc.).

Deben recordarse dos conceptos de importancia:

- 1.- Si el polihidramnios coincide en presentación pelviana o de tronco en la fecha correspondiente al parto se harán versión externa y luego se rompe la bolsa para que el feto quede definitivamente bien ubicado para el parto.
- 2.- La vía intravenosa debe preferirse para estimular la contracción uterina, tanto en el parto como en el alumbramiento.

RELACION DE POLIHIDRAMNIOS CON MALFORMACION
F E T A L.

Malformaciones Fetales:

Sean cual sean las afirmaciones de Plentl de lo contrario, al revisar la literatura se advierten muchos informes de frecuencia elevada de anencefalia y anomalías gastrointestinales en el hidramnios y anomalías de vías urinarias en el oligohidramnios.

Stevenson, en su amplia revisión sobre hidramnios apareció frecuencia de 3.2% en Belfast, que a su juicio depende de la elevada frecuencia de malformaciones fetales. Sólo los datos de Barry del Hospital Nacional de Maternidad de Dublin (1.6% de Hidramnios con 63.8% de malformaciones en niños), se acercaron a los datos de Stevenson. El considera que la frecuencia de a--nencefalia en Dublin y Belfast, es mayor que en cualquier otra región (4 por 1,000 nacidos vivos y mortinatos). Destaca que en Belfast el hidramnios sobresale -

como la relación principal considerada aisladamente de la gestación con perjuicio para el niño. A la anencefalia corresponde más del 50% de los casos de hidramnios concomitantes con malformaciones y para el resto hay una amplia gama de anomalías poco frecuentes.

Citaremos a Stevenson: "Es difícil eludir la conclusión de que el ambiente materno a las acciones mutuas materno-fetales que rigen las anomalías en estos casos también rigen hidramnios". Opina que el amplio "espectro de defectos no apoyan la hipótesis de que gran parte de los casos de hidramnios de incapacidad del feto para tragar líquido amniótico".

Jeffcoate y Scott, en una magnífica revisión de 179 casos consecutivos de hidramnios, descubrieron 54 (32%) acompañados de una malformación que pudiera haber dificultado la deglución o la absorción del líquido amniótico por el feto. En las 54 pacientes ocurrieron 32 casos de anencefalia, y los autores consideran que la anomalía pudo haber dificultado la deglución, porque el centro para la deglución no se ha desarrollado en el encéfalo, o porque la deformidad afecta boca y cuello.

La amniografía efectuada en tres pacientes que tenían feto anencéfalo, no reveló sustancia radio-opaca en el aparato gastrointestinal. Los autores consideran que la anencefalia ocurre a veces sin hidramnios, pero que en estas circunstancias la deformidad suele ser incompleta de manera que el feto puede deglutir.

En el grupo de pacientes estudiadas por los autores, trece niños presentaron atresia esofágica, pero sólo en 12 había hidramnios.

En el caso en que no se acompañó de hidramnios el defecto congénito no fue de la variante corriente, pues las porciones superior e inferior del esófago, tenían comunicación indirecta por la tráquea.

Jeffcoate y Scott, opinan que si los demás mecanismos y absorción de líquido amniótico funcionaran normalmente, los estados patológicos fetales que impiden al feto tragar y absorber por el intestino, originan hidramnios.

Moya y colaboradores estudiaron 74 pacientes de hidramnios en el Hospital Esloane para mujeres y descubrieron relación entre hidramnios y anomalías congénitas del aparato gastrointestinal. Diez pequeños presentaban anomalías que hubieran impedido la deglución o dificultaban el paso del líquido por el aparato alimenticio durante la vida intrauterina.

X. ANALISIS DE LOS CASOS DE LA MATERNIDAD

CUADRO No. 1.

| <u>EDAD:</u> | <u>No. de Casos:</u> | <u>Porcentaje:</u> |
|--------------------|----------------------|--------------------|
| De 15 a 25 años | 32 | 37.2% |
| De 25 a 35 años | 38 | 44.2% |
| Mayores de 35 años | 16 | 18.6% |
| Total: | 86 | 100.0% |

El cuadro anterior nos muestra que la edad en que se encontró mayor número de polihidramnios fue de 25 a 35 años, siendo en 38 casos lo que nos da un 44.2%.

CUADRO No. 2.

| <u>PARIDAD:</u> | <u>No. de Casos:</u> | <u>Porcentaje:</u> |
|-----------------|----------------------|--------------------|
| Múltiparas | 73 | 84.9% |
| Primigestas | 13 | 15.1% |

La mayor incidencia de polihidramnios fue en pacientes múltiparas, encontrándose 73 casos que nos da un 84.9%.

CUADRO No. 3.

| <u>PRENATAL:</u> | <u>No. de Casos:</u> | <u>Porcentaje:</u> |
|----------------------|----------------------|--------------------|
| Sin Control Prenatal | 50 | 58.2% |
| Con Control Prenatal | 36 | 41.8% |

El número de pacientes con control prenatal es menor siendo en 36 casos que nos da un 41.8%. Las pacientes que no tuvieron control prenatal fueron

50 casos que nos dan un 58.2%.

CUADRO No. 4.

| <u>PROCEDENCIA:</u> | <u>No. de Casos:</u> | <u>Porcentaje:</u> |
|---------------------|----------------------|--------------------|
| Urbana | 83 | 96.5% |
| Rural | 3 | 3.5% |

Podemos observar que de los 86 casos el 96.5% o sea 83 casos fueron - del area urbana y sólo el 3.5% procedían del área rural.

CUADRO No. 5.

| <u>EDAD DEL EMBARAZO:</u> | <u>No. de Casos:</u> | <u>Porcentaje:</u> |
|---------------------------|----------------------|--------------------|
| Por última menstruación | 64 | 43.8% |
| Por altura uterina | 82 | 56.2% |

Este cuadro demuestra que el diagnóstico se basó en la edad estimada ya en 82 casos, ó sea el 56.1% se hizo el diagnóstico basándose en la altura uterina.

CUADRO No. 6.

| <u>DIAGNOSTICO PREVIO:</u> | <u>No. de Casos:</u> | <u>Porcentaje:</u> |
|----------------------------|----------------------|--------------------|
| Clínico | 61 | 70.9% |
| Rayos X | 25 | 29.1% |

Como se puede observar el porcentaje mayor de diagnóstico fue el clínico, es decir 61 casos ó sea el 70.9% y tan sólo en 25 casos se recurrió al auxilio de los Rayos X, siendo estos el 29.1%.

CUADRO No. 7.

| <u>AMNIOSENTESIS:</u> | <u>No. de Casos:</u> | <u>Porcentaje:</u> |
|-----------------------|----------------------|--------------------|
| abdominal | 8 | 8.9% |
| cervical | 2 | 2.2% |

De las amniosentesis practicadas no se reportó ninguna complicación.

porcentaje fue 11.1.

CUADRO No. 8.

| <u>CANTIDAD ESTIMADA:</u> | <u>No. de Casos:</u> | <u>Porcentaje:</u> |
|---------------------------|----------------------|--------------------|
| 100 cc. | 4 | 7.5% |
| 200 cc. | 2 | 5.6% |
| 300 cc. | 11 | 20.7% |
| 400 cc. | 12 | 22.6% |
| 500 cc. | 9 | 16.9% |
| 600 cc. | 10 | 18.8% |
| 700 cc. | 4 | 7.5% |

Como se puede observar en sólo 53 casos se estimó la cantidad de líquido amniótico existente, siendo la mayor cantidad que se encontró, de 7000cc.

4 casos. En el resto de los casos no se estimó ó se reportó la cantidad de líquido.

CUADRO No. 9.

| <u>COMPLICACIONES DEL EMBARAZO:</u> | <u>No. de Casos:</u> | <u>Porcentaje:</u> |
|-------------------------------------|----------------------|--------------------|
| -Eclampsia | 3 | 3.3% |
| ampsia | 1 | 1.1% |
| emia | 1. | 1.1% |
| tor Rh negativo | 1 | 1.1% |

Como se puede observar, las complicaciones del embarazo fueron mínimas y que en total hacen un 7.8%.

CUADRO No. 10

| <u>DIAGNOSTICO DE VIABILIDAD</u> | <u>No. de Casos:</u> | <u>Porcentaje:</u> |
|----------------------------------|----------------------|--------------------|
| Fetos Muertos | 51 | 56.0% |
| Fetos vivos | 33 | 36.2% |
| Fetos dudosos | 7 | 7.6% |

Este cuadro demuestra que en 51 casos se diagnóstica feto muerto ó sea en el 56.0%. Los 7 casos de fetos dudosos fueron la menor cantidad, siendo el 7.6%.

CUADRO No. 11.

| <u>TIPO DE PRESENTACION:</u> | <u>No. de Casos</u> | <u>Porcentaje:</u> |
|------------------------------|---------------------|--------------------|
| Cefálica | 39 | 42.8% |
| Cara | 36 | 39.5% |
| Podálica | 9 | 9.8% |
| Hombro | 4 | 4.3% |
| Frente | 3 | 3.2% |

El mayor número de partos se resolvió en presentación cefálica, siguiéndole la presentación de cara en 36 casos ó sea 39.5%.

CUADRO No. 12.

| <u>TIPO DE PARTO</u> | <u>No. de Casos</u> | <u>Porcentaje:</u> |
|----------------------|---------------------|--------------------|
| Eutócico Simple | 64 | 74.4% |
| Distócico Simple | 17 | 19.7% |
| Eutócico Gemelar | 3 | 3.4% |
| Distócico Gemelar | 2 | 2.3% |

Como se puede observar 64 casos ó sea el 74.4%, fueron eutócicos simples. Le sigue en frecuencia el parto distócico simple en 17 casos, ó sea el -- 19.7%.

CUADRO No. 13

| <u>COMPLICACIONES DEL PARTO:</u> | <u>No. de Casos:</u> | <u>Porcentaje:</u> |
|---|----------------------|--------------------|
| Desprendimiento prematuro de la placenta. | 3 | 3.4% |
| Shock Hipovolémico | 1 | 1.1% |
| Retención de cabeza fútilima | 2 | 2.2% |

CUADRO No. 14

| <u>AYUDA INSTRUMENTAL:</u> | <u>No. de Casos</u> | <u>Porcentaje:</u> |
|---------------------------------|---------------------|--------------------|
| Forceps Bajo | 1 | 1.1% |
| Punción Occipital | 1 | 1.1% |
| Forceps Profiláctico | 1 | 1.1% |
| Maniobra de Braxton Hicks | 1 | 1.1% |
| Maniobra de Moriceau y Deventer | | |
| Mteller | 1 | 1.1% |
| Pinza de Willet | 1 | 1.1% |
| Embriotomía | 1 | 1.1% |

CUADRO No. 15

| <u>ALUMBRAMIENTO</u> | <u>No. de Casos</u> | <u>Porcentaje:</u> |
|----------------------|---------------------|--------------------|
| Naturales | 63 | 73.2% |
| Artificiales | 17 | 19.7% |
| Esponfáneos | 2 | 2.2% |

Como se puede observar los alumbramientos naturales fueron en 63 casos ó sea el 73.2%. Le siguió el alumbramiento artificial en 17 casos ó sea el ---- 19.7%

CUADRO No. 16.

| <u>PUERPERIO:</u> | <u>No. de Casos:</u> | <u>Porcentaje:</u> |
|-------------------|----------------------|--------------------|
| Normales | 82 | 95.3% |
| Complicados | 4 | 4.6% |

Los puerperios complicados fueron por endometritis en 3 de los 4 casos y uno por Gastroenterocolitis aguda.

CUADRO No. 17

| <u>CONDUCCION E INDUCCION</u> | <u>No. de Casos:</u> | <u>Porcentaje:</u> |
|-------------------------------|----------------------|--------------------|
| Conducción | 13 | 15.1% |
| Inducción | 3 | 4.4% |

El cuadro demuestra que en sólo 16 casos hubo necesidad de ayuda durante el trabajo de parto.

CUADRO No. 18.

MORTALIDAD MATERNA:

En los Casos revisados no hubo ninguna muerte materna.

CUADRO No. 19.

| <u>MORTALIDAD FETAL:</u> | <u>No. de Casos:</u> | <u>Porcentaje:</u> |
|--------------------------|----------------------|--------------------|
| Nacidos muertos | 54 | 59.3% |
| Nacidos vivos | 37 | 40.6% |

El cuadro anterior nos muestra que de los 91 nacimientos 37 nacieron vivos, ó sea el 40.6% y 54 nacieron muertos ó sea el 59.3%.

CUADRO No. 20

RELACION NACIMIENTOS CON ANOMALIAS CONGENITAS:

| | <u>No. de Casos:</u> | <u>Porcentaje:</u> |
|-----------------------------|----------------------|--------------------|
| Niños Muertos con anomalías | 47 | 51.6% |
| Niños Vivos Sanos | 18 | 19.7% |
| Niños Vivos con anomalías | 13 | 14.2% |
| Niños muertos sin anomalías | 13 | 14.2% |

Se puede observar que 47 casos ó sea el 51.6%, los niños nacieron muertos con anomalías, siguiéndole en frecuencia niños que nacieron completamente sanos en 18 casos o sea el 10.7%.

CUADRO No. 21.

PESO AL NACER:

| | <u>No. de Casos</u> | <u>Porcentaje:</u> |
|------------|---------------------|--------------------|
| Prematuros | 61 | 67.0% |
| A término | 30 | 32.9% |

El cuadro anterior nos muestra que en 61 casos nacieron niños prematuros, clasificándose así a los niños que pesaban menos de 4 libras 8 onzas y arriba de este peso de clasificaron a término.

CUADRO No. 22

TIPO DE ANOMALIAS:

| | <u>No. de Casos:</u> | <u>Porcentaje:</u> |
|-------------------------------|----------------------|--------------------|
| Anencefalia | 32 | 52.4% |
| Anencefalia más espina bífida | 7 | 11.4% |
| Hidrocefalia | 4 | 6.5% |
| Atresia del esófago | 3 | 5.9% |
| Meningocele gigante cervical | 2 | 3.2% |
| Anomalías no determinadas | 2 | 3.2% |
| Hidrocefalia más polidactilia | 1 | 1.6% |
| Hidrocefalia más pié zambo | 1 | 1.6% |

Continuación del Cuadro No. 22...

| | | |
|---|----------|--------------|
| Agnesia de oído y pabellón de oreja | 1 | 1.6% |
| Equino varus | 1 | 1.6% |
| Craneocinostosis | 1 | 1.6% |
| Atresia duodeno | 1 | 1.6% |
| Síndrome de hemafroditismo más hi- pospadias | 1 | 1.6% |
| Polidactilia | 1 | 1.6% |
| Meningocele lumbar más paladar <u>hen-</u> dido. | 1 | 1.6% |
| Hidropesía fetalís | 1 | 1.6% |
| Micrognosia | 1 | 1.6% |
| T O T A L : | <hr/> 61 | <hr/> 100.0% |

De los 61 casos de niños con anomalías que están presentes en el cuadro anterior, la anomalía más frecuente fue la anencefalia, que se presentó en 32 casos, o sea en el 52.4%, y luego se observa la incidencia de anomalías correlativamente.

XI. CONCLUSIONES

La incidencia de polihidramnios con respecto al número de partos es de 86 casos, es decir un polihidramnios por cada 845 partos.

De los 86 casos de polihidramnios se tuvo 61 casos de anomalías, es decir 1 anomalía por cada 1,191 partos.

El mayor número de polihidramnios, estuvo comprendido entre las edades - de 25 a 35 años siendo 38 casos es decir un 44,2%. Creemos que este dato a que prácticamente es la edad de mayor reproductividad.

El estudio de la paciente con control prenatal, nos demostró que únicamente 36 pacientes o sea el 41,8% asistieron a sus consultas y 50 pacientes que es el 58,2% no asistieron. Esto nos demuestra que el diagnóstico de polihidramnios en consulta prenatal es bajo.

El estudio al respecto de la procedencia de la paciente con polihidramnios, nos demuestra que la mayoría de las pacientes o sea 83 casos, proceden del área urbana, y sólo 3 casos procedían del área rural. Esto no quiere decir que en el área rural no hayan casos de polihidramnios, sino que tiene poca afluencia al hospital en vista de que no tiene mayor problema para la resolución del mismo y sólo son enviados los casos problema.

El estudio de tipo de presentación, nos muestra que el mayor número se resolvió en presentación cefálica, es decir 39 casos o sea el 42,8%. Le siguió en frecuencia la presentación de cara con 36 casos y esto es lógico --

puesto que la anomalía congénita que más se presentó fue la anencefalia y en estas generalmente el parto se resuelve en presentación de cara.

7.- De los 86 casos sólo 7 habían con complicación del embarazo, siendo en la forma siguiente: Pre-eclampsia 3 casos = 3.3%; Eclampsia 1 caso = 1.1%; Anemia 1 caso = 1.1%; Factor Rh negativo 1 caso = 1.1%.

8.- De los 86 casos de embarazos en 51 casos se hizo el diagnóstico de feto muerto, o sea el 56.0%; en 33 casos = 36.2%, se hizo diagnóstico de feto vivo y en 7 casos o sea el 7.8% hubo duda o dificultad para clasificarlos como fetos vivos a fetos muertos, debido a la cantidad de líquido.

9.- De los 86 casos de embarazos con polihidramnios, únicamente en 10 casos hubo necesidad de practicar amniosentesis por cuadro compresivo, -- siendo en 8 casos abdominal y en 2 cervical.

10.- El diagnóstico previo de polihidramnios en la paciente embarazada se efectuó en 61 casos, ó sea el 70.9% y únicamente en 25 casos o sea el 29.1% hubo necesidad de recurrir a la ayuda de los rayos X.

11.- De las 7 complicaciones que se obtuvieron en la revisión, la más frecuente fue el desprendimiento prematuro de placenta en 3 casos, ó sea el 3.3%; siguiéndole en frecuencia la retención de cabeza en 2 casos, o sea el 2.2%.

- 12- Consideramos halagador, que de los 86 casos, no hubo mortalidad materna.
- 13- La estadística nos mostró que de los 91 niños nacidos de madres con polihi
dramnios, 61 niños nacieron con anomalías congénitas, es decir que la in
cidencia de anomalías en el polihidramnios es de 67,0%.
- 14- De las 61 anomalías encontradas en el estudio, 32 casos o sea el 52,4%, -
fueron casos de anencefalia por lo tanto podemos decir que la incidencia
de anencefalia con respecto al polihidramnios, es de 35,1%.
- 15- De los 91 nacimientos, 37 nacieron vivos ó sea el 40,6% y 54 nacieron ---
muertos, ó sea el 59,2%; no teniéndose el dato exacto de los niños nacidos
vivos que pudieron sobrevivir con la anomalía congénita.

BIBLIOGRAFIA

1. - García Córdova, Juan Sergio. Polihidramnios, Casos estudiados en cinco años en la Maternidad del Hospital Roosevelt de 1957-1961. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Mayo 1964. pp. 5-7.
2. - Greenhill, J. P. Cirugía ginecológica, Traducida al español por Jaime Segura del Castillo. 3a. Ed. México, Interamericana. 1956. pp. 713-715.
3. - Guatemala, Hospital Roosevelt. Archivos del Hospital: 1965-1970.
4. - Leo Doyle, M.S. Handbook of obstetrics and diagnostic gynecology. Palo Alto, California, University Medical Publishers. 1950. pp. 151-152.
5. - Nicholson, Eastman and Obstetricia de Williams; Versión española de H. - Vela Treviño. 3a. Ed. México, D. F. Unión Tipográfica Editorial Hispano Americana. 1960. pp. 562-567.
6. - Recasens Girol, Sebastian. Tratado de obstetricia 7a. ed. México, D. F. Editora Nacional. 1948, pp. 135-140.
7. - Rosenwaser, Eliseo B. Tratado de obstetricia; Terapéutica obstétrica para médicos y estudiantes. 2a. Ed. Buenos Aires. Editora Médica Panamericana. 1964. pp. 536-537.
8. - Schwarcz, Ricardo, et al. Obstetricia. 3a. Ed. Buenos Aires, El Ateneo -- 1970. pp. 614-616.
9. - Taylor, Stewart. Obstetricia de Beeck; Versión española de Homero Vela - Treviño. 8a. Ed. México D. F. Editorial Interamericana. 1968. pp. 286-288.

Bibliografía...

- 10- Tenney, Benjamín. *Clinical obstetrics*. W. B. Philadelphia, Saunders --
Company. 1961, pp. 37-38.

Vo. Bo.


Sra. Ruth Ramírez de Amaya
Bibliotecaria.

BR. JORGE ALVARO PELLECCER PAREDES

DR. JOSE BENEDICTO VASQUEZ

Asesor.

DR. FRANCISCO CEREZO

Revisor.

DR. JOSE QUIÑONEZ AMADO

Director de Fase III.

DR. CARLOS ALBERTO BERNHARD R.

Secretario.

Vo. Bo.

DR. CESAR AUGUSTO VARGAS M.

Decano.