

# Oligohidramnios, un problema de la Obstetricia contemporánea

## Oligohydramnios, a problem of contemporary Obstetrics

Isdeky Milián Espinosa<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-8614-6494>

Carlos Moya Toneut<sup>2\*</sup> <https://orcid.org/0000-0002-5017-8777>

Adrián Padrón Cruz<sup>2</sup> <https://orcid.org/0009-0008-9106-1330>

<sup>1</sup> Hospital Provincial Ginecobstétrico Universitario “Mariana Grajales”, Santa Clara. Villa Clara. Cuba.

<sup>2</sup> Hospital Provincial General Universitario “Mártires del 9 de abril”, Sagua la Grande. Villa Clara. Cuba.

\* **Autor para la correspondencia:** [carlosmt@infomed.sld.cu](mailto:carlosmt@infomed.sld.cu)

### RESUMEN

**Introducción:** el oligohidramnios es una situación de riesgo perinatal y un problema de salud a nivel mundial que impone un gran reto a los Especialistas en Ginecología y Obstetricia. Su incidencia oscila entre el 0,5 y el 8,0% de todos los embarazos. Se le asocian una morbilidad y mortalidad perinatal elevadas.

**Objetivo:** valorar el oligohidramnios como una situación clínica compleja y de difícil atención.

**Métodos:** se realizó una revisión bibliográfica narrativa que incluyó diversos textos, artículos, materiales impresos y digitales relacionados con el oligohidramnios. Se consultaron las bases de datos y directorios SciELO, LILACS, Latindex, Medline y Scopus, mediante las palabras clave en español y operadores booleanos para ampliar los resultados: “oligohidramnios”. Fueron seleccionados 22 artículos originales y de revisión, en el contexto nacional e internacional, publicados entre 2000 y 2025.

**Conclusiones:** la diversidad de causas posibles y de las severas complicaciones que de esta situación clínica derivan han llevado a considerarlo como un problema de salud. Los resultados perinatales en función del oligohidramnios dependen fundamentalmente de la causa subyacente, de la edad gestacional en el momento de su aparición y de la cifra de índice de líquido amniótico.

**Palabras clave:** oligohidramnios; diagnóstico clínico; complicaciones

### ABSTRACT

**Introduction:** oligohydramnios is a perinatal risk situation and a worldwide health problem that poses a great challenge to obstetricians. Its incidence ranges from 0,5 – 8,0 % of all pregnancies. It is associated with high perinatal morbidity and mortality.

**Objective:** to assess oligohydramnios as a complex clinical situation that is difficult to treat.

**Methods:** a narrative bibliographic review was carried out that included various texts, articles, printed and digital materials related to ectopic pregnancy. The databases and directories Scielo, Lilacs, Latindex, Medline and Scopus were consulted, through the keywords in Spanish and boolean operators to expand the results: “oligohydramnios”. 22 original and review articles were selected, in the national and international context, published between 2000 and 2025.

**Conclusions:** the diversity of possible causes and the severe complications that derive from this clinical situation have led to consider it as a health problem. Perinatal outcomes as a function of oligohydramnios depend primarily on the underlying cause, the gestational age at onset and the number of amniotic fluid index.

**Key words:** oligohydramnios; clinical diagnosis; complications

**Recibido:** 11/03/2025

Esta revista está bajo una licencia Creative Commons Atribución/Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional — CC BY-NC 4.0

Aprobado: 06/05/2025

## INTRODUCCIÓN

La importancia del líquido amniótico (LA) en el desarrollo y bienestar durante la gestación ha sido discutida desde hace varios años y actualmente se acepta que el acúmulo de LA es de vital importancia para el feto.

El LA es el líquido que rodea al feto después de las primeras semanas de edad gestacional (EG). Durante la mayoría del embarazo, el LA se deriva del feto y posee un número de funciones que son esenciales para el crecimiento y desarrollo normal: ayuda a proteger al feto del trauma del abdomen materno, amortigua al cordón umbilical de compresiones entre el feto y el útero, posee propiedades antibacteriales que proporcionan cierto grado de protección hacia las infecciones, sirve como reservorio de fluido y nutrientes para el feto, proporciona el espacio, el líquido y los factores de crecimiento necesarios para permitir el desarrollo normal de los pulmones y de los sistemas musculo esqueléticos porque brinda un medio óptimo al feto y le permite moverse libremente, permite el desarrollo gastrointestinal del feto<sup>(1,2)</sup> y evita adherencias o bridas entre el amnios y el feto.<sup>(3)</sup>

El LA, además, mantiene una temperatura adecuada para el desarrollo del feto y, desde el punto de vista clínico, su análisis ayuda al Especialista en Ginecología y Obstetricia en el manejo y seguimiento de situaciones de riesgo perinatal como puede ser en la evaluación de la madurez pulmonar fetal, en el diagnóstico de infección prenatal, en el tratamiento de la ruptura prematura de membranas (RPM) (amnioinfusión) y en algunos trastornos del volumen del LA que pueden ser expresiones de enfermedad fetal como es el tema que ocupa (oligohidramnios).<sup>(2)</sup> Por otra parte, al facilitar la difusión de ondas ultrasónicas ayuda al Especialista en Radiología a realizar una buena evaluación morfológica fetal.<sup>(2,4)</sup>

El LA está compuesto por un 98 o un 99% de agua, pero además contiene una gran cantidad de sustancias en suspensión y disolución:

- Elementos en suspensión: células exfoliadas por el amnios, células epidérmicas fetales, células epiteliales del árbol respiratorio y del tracto urinario del feto (y vaginales en los fetos femeninos), además de lanugo y materias sebáceas.
- Elementos en disolución:
  - Sustancias orgánicas: proteínas, aminoácidos, alfafeto-proteína; sustancias nitrogenadas no proteicas, lípidos, carbohidratos, vitaminas, enzimas, bilirrubina, hormonas, prostaglandinas; sustancias producidas por el feto, como el meconio, surfactante y otras.
  - Sustancias inorgánicas: están representadas por los electrolitos (sodio, potasio, cloruro, calcio, magnesio, fósforo, zinc y hierro).<sup>(2,3)</sup>

La composición del LA varía a lo largo de la gestación, al inicio es isotónico, muy similar al plasma materno.<sup>(1,2,3)</sup> El pH del LA es de 7,2 y tiene una densidad baja de 1,008.<sup>(3)</sup> El LA se produce, fundamentalmente, a partir de la secreción de líquido por el pulmón fetal y la excreción de orina fetal. Los sistemas encargados de renovarlo son principalmente la barrera corioamniótica y la deglución fetal. El volumen de LA se recambia aproximadamente tres veces cada día. Las alteraciones en los mecanismos de producción y recambio (o ambos) del LA producen modificaciones de su cantidad, lo que puede observarse en la ecografía.<sup>(5)</sup>

Las alteraciones del volumen del LA, ya sea disminución (oligohidramnios) o aumento (polihidramnios), se asocian con múltiples problemas relacionados al embarazo y a la salud fetal.<sup>(1)</sup> Los autores en esta investigación se ocuparán del oligohidramnios. Una comprensión sólida de los mecanismos fisiológicos básicos que regulan el volumen y la composición del LA se requiere para proporcionar estrategias de manejo efectivas para los embarazos complicados con desordenes del volumen de LA.

## MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa que incluyó diversos textos, artículos y materiales impresos y digitales relacionados con el diagnóstico de oligohidramnios. Se consultaron las bases de

datos y los directorios SciELO, LILACS, Latindex, Medline y Scopus, mediante las palabras clave en español e inglés y los operadores booleanos para ampliar los resultados: "oligohidramnios" AND "índice de líquido amniótico". Fueron seleccionados 20 artículos originales y de revisión, en el contexto nacional e internacional, publicados entre 2000 y 2025, los tipos de documentos seleccionados fueron artículos originales, revisiones bibliográficas y libros. Los criterios de inclusión para la selección de los artículos fueron: artículos disponibles en los portales de datos seleccionados que se relacionan con el tema, y se excluyeron las cartas al editor y los artículos repetidos. El resultado de la búsqueda mostró un total de 24 artículos distribuidos en las bases de datos Medline, SciELO, LILACS, Latindex y Scopus. Después de una lectura de los títulos fueron excluidos 13 artículos que no eran pertinentes con los objetivos de la investigación, para un total de 11 artículos referenciados en este estudio. La información fue procesada por medio de una lectura detallada de los artículos incluidos y el análisis de documentos. Se tuvo en cuenta, además, la experiencia personal de los autores.

## DESARROLLO

El oligohidramnios se define como la disminución patológica del LA para la EG.<sup>(2)</sup> Son múltiples los estudios y el esfuerzo de los investigadores por cuantificar el LA, para lo que se han utilizado diversas técnicas. La falta de una definición de oligohidramnios aceptada universalmente limita la utilidad de esta técnica.<sup>(4)</sup>

Se señalan como fuentes de LA:<sup>(2)</sup>

- En la primera mitad de la gestación: piel y membrana corioamniótica (en la segunda mitad esta contribución disminuye por queratinización de la primera y transformación epitelial de la segunda).
- En la segunda mitad de la gestación: aparato urinario, árbol traqueobronquial y cordón umbilical.

A criterio de los autores, al encontrarse el LA en continua formación, existe también un mecanismo para su reabsorción, de los que el más importante conocido es la deglución fetal; la circulación del LA no es más que el resultado de un rápido intercambio de agua y electrolitos entre el feto y el organismo materno y el volumen resultante oscila ampliamente a través del embarazo.

Tradicionalmente se ha considerado que existen signos indirectos predictores de alteraciones perinatales y de cromosomopatías, uno de estos signos es el volumen de LA.<sup>(2,4)</sup> El oligohidramnios es un signo indirecto de malformaciones genitourinarias que, a su vez, dificulta una observación adecuada de las estructuras fetales. Antes de las 16 semanas de gestación el volumen de LA no depende de la producción de orina fetal, por lo que este puede ser normal, a pesar de existir una agenesia renal.<sup>(4)</sup> Las causas del oligohidramnios pueden ser de causa materna, de causas ovulares y de causas idiopáticas -aparecen detalladas en la Figura Cuadro 1-.<sup>(1,2,3,5,6)</sup>

**Cuadro 1.** Causas de oligohidramnios

<b>Causas maternas</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Enfermedades o situaciones maternas que menoscaban el flujo sanguíneo útero-placentario:<ul style="list-style-type: none"><li>• Hipertensión arterial crónica</li><li>• Preeclampsia</li><li>• Diabetes mellitus con compromiso vascular</li><li>• Colagenosis (síndrome antifosfolípido, lupus eritematoso sistémico, etc.)</li><li>• Nefropatías</li><li>• Hipovolemia</li></ul></li><li>- Uso de drogas: inhibidores de prostaglandinas, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina</li></ul>
<b>Causas ovulares</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Rotura prematura de membranas ovulares (RPM)</li><li>- Relacionadas con el feto:<ul style="list-style-type: none"><li>• RCIU</li><li>• Embarazo cronológicamente prolongado</li><li>• Embarazo gemelar (síndrome parabiótico o de transfusión feto-feto)</li><li>• Malformaciones congénitas (agenesia o displasia renal, obstrucción ureteropélvica, valvas uretrales posteriores, riñones poliquísticos, síndrome de Potter, hipoplasia pulmonar, malformaciones digestivas, defectos del tubo neural, etc.)</li><li>• Anomalías cromosómicas (trisomías, triploidías, síndrome de Turner)</li><li>• Infecciones TORCHS</li><li>• Isoinmunización Rh</li><li>• Muerte fetal</li></ul></li><li>- Relacionadas con la placenta:<ul style="list-style-type: none"><li>• Insuficiencia placentaria</li><li>• Malformaciones placentarias</li><li>• Trombosis e infartos placentarios</li><li>• Desprendimientos parciales</li></ul></li></ul>
<b>Causas idiopáticas</b>

Fuente: elaboración por los autores

En el segundo trimestre de la gestación la presencia de RPM explica el 50% de los casos de oligohidramnios, seguida por el retardo del crecimiento intrauterino (RCIU) y las malformaciones fetales en el 20% y el 15% de los casos respectivamente, con un 5% de los casos idiopáticos.<sup>(7,8)</sup>

### Diagnóstico

El diagnóstico de oligohidramnios es eminentemente clínico y se confirma por ultrasonografía, esta condición en si tiende a no causar síntomas maternos aparte de una sensación de disminución de los movimientos fetales y que el tamaño uterino puede ser menor que el esperado para la EG. Es opinión de los autores que en esta situación obstétrica una palpación abdominal esmerada es trascendental en el diagnóstico porque se palpan fácilmente las partes fetales y, en ocasiones, en pacientes delgadas, hasta se perciben los movimientos fetales por debajo de las cubiertas abdominales; como señalaban los clásicos de la Obstetricia es un "útero lleno de feto a la palpación", también consideran los autores que al existir poco LA y no existir interposición líquida, la frecuencia cardíaca fetal se ausculta con más facilidad.

Contradictorio al pensamiento de muchos Especialistas en Ginecología y Obstetricia, la medición de la altura uterina (AU) no constituye un medio de diagnóstico del oligohidramnios porque esta medición diagnostica un signo de menos, lo que puede tener causas maternas y ovulares, éstas últimas dependientes del feto, de la placenta y del LA, entre las que el oligohidramnios es una causa posible.

Esta revista está bajo una licencia Creative Commons Atribución/Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional — CC BY-NC 4.0

Si el oligohidramnios se presenta en el segundo trimestre del embarazo se debe descartar la posibilidad de RPM o malformación del tracto urinario. Es importante comprender que mientras más temprano en el embarazo se diagnostique el oligohidramnios, peor es el pronóstico fetal y perinatal.

Tradicionalmente en la segunda mitad del embarazo el volumen del LA se ha calculado mediante técnicas que requieren amniocentesis, inyectando sustancias colorantes y calculando posteriormente su volumen de distribución.<sup>(2)</sup>

Con la introducción del ultrasonido en la práctica obstétrica estas técnicas invasivas han quedado en el olvido y, a partir de ese momento, se han ideado diferentes métodos ultrasonográficos para estimar el volumen del LA.

El método de mayor relevancia clínica debe ser el que determine de mejor manera el volumen de LA asociado a desenlaces adversos, más que el que calcule de mejor manera el volumen de LA estimado para la EG.<sup>(1)</sup>

En ocasiones se realiza una valoración subjetiva del volumen de LA, que se refiere a la interpretación visual sin mediciones ultrasonográficas, en la que el Especialista en Radiología que observa el LA lo informa como oligohidramnios, normal o polihidramnios. Este tipo de visualización actualmente está en desuso.

La técnica de bolsillo único se refiere a la dimensión vertical del bolsillo más largo de LA que no contenga cordón umbilical o las extremidades fetales y que mide el ángulo derecho del contorno uterino. El componente horizontal de esta dimensión vertical debe ser de al menos 1 cm. La técnica de bolsillo único se ha interpretado de la siguiente manera: oligohidramnios de 0 a 2 cm, normal de 2,1 a 8 cm y polihidramnios mayor a 8 cm.<sup>(1,4)</sup>

En 1987 Phelan describió el índice de líquido amniótico (ILA);<sup>(2)</sup> múltiples autores consideran que esta técnica es la que mejor objetiviza la cantidad de LA.<sup>(2,4,5)</sup> Consiste en lo siguiente: se utiliza el ombligo como punto de referencia y se trazan dos líneas perpendiculares que dividen el útero en cuatro cuadrantes (a, b, c, d). El transductor del ultrasonido se coloca sobre el eje longitudinal de la madre y perpendicular al piso. Se mide el diámetro vertical del lago mayor de LA en cada cuadrante (en cm) que no contenga el cordón o las extremidades fetales. La sumatoria de estas cuatro medidas dará el ILA<sup>(1,2,4)</sup> y se considera que esta sumatoria proporciona un método reproducible para establecer el ILA con una variación interobservador de 3-7%.<sup>(4)</sup>

Los valores normales del ILA en el embarazo a término fluctúan entre 5,0 cm y 25,0 cm, con un promedio de  $16,2 \pm 5,3$  cm, y también señala que 1 cm de ILA equivale aproximadamente a 50 ml de LA.<sup>(2)</sup>

El ILA puede interpretarse de la siguiente manera: oligohidramnios de 0 a 5 cm, normal de 5,1 a 25 cm y polihidramnios mayor a 25 cm.<sup>(1)</sup>

El Centro de Medicina Fetal y Neonatal de Barcelona, en su Protocolo: Oligohidramnios en gestación única, del año 2024,<sup>(8)</sup> considera oligohidramnios en la medida de bolsón único < 2 cm o un ILA < 5 cm.

El valor pronóstico del ILA se ha examinado en varios estudios, los que muestran que una prueba anormal no es exacta para predecir un desenlace adverso.<sup>(1)</sup>

### **Conducta ante la gestante con oligohidramnio**

Ante el diagnóstico del oligohidramnios se debe:<sup>(7)</sup>

- Descartar ruptura prematura de membranas: mediante anamnesis y exploración obstétrica
- Descartar la existencia de RCIU mediante ultrasonografía
- Descartar malformaciones fetales, sobre todo de tipo nefrourológicas
- Descartar la infección fetal por citomegalovirus (CMV): serologías maternas (IgG/IgM) y marcadores fetales ecográficos
- Descartar ingestión por la gestante de fármacos: inhibidores de la síntesis de prostaglandinas e inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA).

Se recomienda, en el manejo de la paciente con oligohidramnios en el segundo trimestre, el seguimiento con: ultrasonido (de alta resolución) con frecuencia no menor de siete días, monitorización electrónica fetal no estresante, amnioinfusión (para mejorar el diagnóstico ultrasónico y disminuir la compresión feto-umbilical) y amniocentesis (para análisis cromosómico y de la madurez pulmonar).<sup>(2)</sup>

El Centro de Medicina Fetal y Neonatal de Barcelona<sup>(8)</sup> señala que el manejo clínico de oligohidramnios depende principalmente de su causa, así como de la EG en el momento del diagnóstico. El manejo anteparto lo hacen mediante realización semanal de estudio Doppler y cardiotocografía simple (a partir de las 28 semanas), si estos resultan patológicos se interrumpe el embarazo y se realiza estimación del peso fetal cada dos semanas. Mantienen una conducta expectante hasta las 37 semanas de gestación si el control de bienestar fetal es normal, a partir de ese momento se programa la finalización de la gestación y consideran que no existe contraindicación para el uso de prostaglandinas (prostaglandina E2). Durante el parto realizan monitorización fetal continua e informan a los padres del mayor riesgo de cesárea por pérdida de bienestar fetal intraparto y realizan amnioinfusión en casos seleccionados.

El American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)<sup>(9,10)</sup> recomienda ecografía seriada para determinar el ILA o el bolsillo de LA más profundo (SDP, por sus siglas en inglés) y controlar el crecimiento fetal por ultrasonografía cada dos a cuatro semanas (cada dos semanas si el crecimiento está restringido) además, cardiotocografía simple o el perfil biofísico. También recomiendan el parto incluso a las 36 a 37 semanas para el oligohidramnios aislado y no complicado o en el momento del diagnóstico si se diagnostica  $\geq 37$  semanas. Consideran que el momento óptimo para el parto es controvertido y puede variar en función de las características de la paciente y las complicaciones fetales.

En el Hospital Universitario Virgen de las Nieves, de Andalucía, en el Protocolo Asistencial: Oligohidramnios, del año 2024,<sup>(11)</sup> plantean que la conducta dependerá de la causa o la patología asociada con el oligohidramnios y la EG a la que se diagnostique. En el caso de los embarazos a término con oligohidramnios aislado e ILA  $< 5$  cm la conducta es la finalización de gestación, si ILA 5-8 cm, la conducta es el control en consulta mediante seguimiento semanal con ecografía y cardiotocografía no estresada hasta finalización del embarazo.

### Complicaciones

Las complicaciones del oligohidramnios pueden ser tanto para la madre como el feto o recién nacido, generalmente están en dependencia a la causa que lo provoca, a la EG en el momento de su aparición y a la intensidad del oligohidramnios. Las complicaciones aparecen en el Cuadro 2.

**Cuadro 2.** Complicaciones del oligohidramnios

Complicaciones maternas	Complicaciones fetales y neonatales
<ul style="list-style-type: none"><li>- Aumento del número de inducciones del parto</li><li>- Aumento del índice de cesáreas</li><li>- Ansiedad y estrés</li><li>- Partos pretérminos inducidos</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Síndrome de estrangulación por bandas amnióticas (dismorfia facial y anomalías de los miembros). Es más evidente en el oligohidramnios crónico precoz</li><li>- Compresión de la cabeza fetal y cordón umbilical durante las contracciones uterinas produciendo desaceleraciones tardías y variables de la frecuencia cardíaca fetal</li><li>- Hipoplasia pulmonar</li><li>- Aumenta la incidencia de LA meconial/síndrome de aspiración meconial (SAM)</li><li>- Hipoxia fetal/Apgar bajo</li><li>- Aumento del número de ingresos en las Salas de Cuidados Intensivos Neonatales</li><li>- Muerte fetal y neonatal</li></ul>

Leyenda: SAM (síndrome de aspiración meconial)

Fuente: elaboración por los autores

## CONCLUSIONES

La diversidad de causas posibles y de las severas complicaciones que de esta situación clínica derivan ha llevado a considerar el oligohidramnios como un problema de salud. Los resultados perinatales en función del oligohidramnios dependen fundamentalmente de la causa subyacente, de la EG en el momento de su aparición y de la cifra de ILA.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guadarrama Sánchez FR, Batiza Reséndiz VA, Zamora Escudero R, Sierra Losada N. Obstetricia y temas selectos de medicina fetal. El feto como paciente [Internet]. México: Cuéllar Ayala; 2020 [citado 15/05/2023]. Disponible en: [https://flasog.org/wp-content/uploads/2022/03/LIBRO-OBSTETRICIA-TEMAS-SELECTOS-2020\\_compressed.pdf](https://flasog.org/wp-content/uploads/2022/03/LIBRO-OBSTETRICIA-TEMAS-SELECTOS-2020_compressed.pdf)
2. Cifuentes R. Obstetricia de alto riesgo. 4<sup>ta</sup> ed. Colombia: Universidad del Valle: Editorial Aspromédica; 1994. p. 67-78.
3. Sáenz Cantero V. Fisiología del feto. En: Rigol Ricardo O, Santisteban Alba SR. Obstetricia y Ginecología [Internet]. 4<sup>ta</sup> ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2023 [citado 23/01/2024]: 299. Disponible en: <https://www.bvscuba.sld.cu/libro/obstetricia-y-ginecologia-cuarta-edicion/>
4. Oliva Rodríguez JA. Ultrasonografía diagnóstica fetal, obstétrica y ginecológica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009.
5. Carvajal Cabrera JA. Manual de Obstetricia y Ginecología. Cap. 9. Ecografía obstétrica de rutina [Internet] 2023 Chile: Editorial Pontificia Universidad Católica de Chile [citado 15/05/2023]; XIV Edic. p 85. Disponible en: [https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2023/03/Manual-Obstetricia-y-Ginecología-2023-FINAL\\_compressed.pdf](https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2023/03/Manual-Obstetricia-y-Ginecología-2023-FINAL_compressed.pdf)
6. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloon SL, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, et al. Williams Obstetricia. 25<sup>ed</sup>. New York: McGraw-Hill; 2019.

7. Cambero Martínez Y. Temas de obstetricia para la atención primaria de salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2019.
8. Centro de Medicina Fetal y Neonatal de Barcelona. Protocolo: Oligohidramnios en gestación única [Internet]. Barcelona: Centro de Medicina Fetal y Neonatal de Barcelona; 2024 [citado 10/03/2025]. Disponible en: <https://fetalmedicinebarcelona.org/wp-content/uploads/2024/12/Oligohidramnios-23122024.pdf>
9. American College of Obstetricians and Gynecologists. Indications for Outpatient Antenatal Fetal Surveillance. Obstet Gynecol [Internet]. 2021 [citado 10/03/2025]; 137(6):e177-e197. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34011892/> <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000004407>
10. 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 [Internet]. 2021 [citado 10/03/2025]; 138 (1):e35–e39. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34259491/> <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000004447>
11. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Protocolos Asistenciales. Oligohidramnios [Internet]. Andalucía: Hospital Universitario Virgen de las Nieves; 2024 [citado 10/03/2025]. Disponible en: [https://www.huvn.es/archivos/cms/ginecologia-y-obstetricia/archivos/publico/Protocolos\\_clinicos/Embarazo/PolihidramniosHUN-Pdf](https://www.huvn.es/archivos/cms/ginecologia-y-obstetricia/archivos/publico/Protocolos_clinicos/Embarazo/PolihidramniosHUN-Pdf)

#### **Declaración de conflictos de interés**

Los autores no declaran conflictos de intereses

#### **Contribución de autores:**

**IME, CMT:** Conceptualización, investigación, visualización, redacción – revisión y edición

**IME, CMT, APC:** Curación de datos, análisis formal, metodología

**CMT:** Redacción – borrador original