

Comportamiento del embarazo postérmino en nuestro medio

Behavior of the post-term pregnancy in our environment

Dra. Caridad Irene Amador de Varona ^I; Dra Zailik Ventura Balmaseda ^{II};
Tec. Kathiuska Arencibia Rifá ^{III}; Dr .Daniel Ávila Rosales ^{IV}

I Especialista de I Grado en Ginecobstetricia. Profesor Instructor. Hospital Ginecobstétrico de "Ana Betancourt de Mora". Camagüey, Cuba.
cirene@finlay.cmw.sld.cu

II Especialista de II Grado en Ginecobstetricia. Profesor Auxiliar

III Técnico en Anestesia y Reanimación cardiorespiratoria.

IV Especialista de I Grado en Ginecobstetricia. Profesor Instructor.

RESUMEN

Fundamento: El embarazo postérmino a lo largo de los años ha sido motivo de angustia y preocupación familiar. **Objetivo:** Determinar cómo se comportó el embarazo postérmino en nuestro medio. **Método:** Se realizó un estudio prospectivo descriptivo y lineal en el hospital Ginecobstétrico Provincial Docente "Ana Betancourt de Mora" de Camagüey, de enero a diciembre de 2006. El universo y la muestra estuvieron constituidos por 100 gestantes que tuvieron este evento en las 42 semanas de embarazo y más. **Resultados:** Predominó el grupo etéreo entre 19 y 24 años, con un total de 35 para un 3,5 % del universo, el 6,6 %, no tenían experiencia previa de parto. El modo de terminación del embarazo más frecuente fue el inducido con 86, (86 %), y el tipo de parto, el distócico con 53 para un 53 %. La característica de líquido que predominó fue el meconial. **Conclusiones:** La

depresión respiratoria moderada en el neonato fue la principal causa de morbilidad encontrada, seguido de la BALAM. Mientras que en las madres la enfermedad asociada al embarazo más frecuente fue la anemia ferripriva moderada.

Palabras clave: Embarazo prolongado/epidemiología

ABSTRACT

Background: The post-term pregnancy throughout the years has been reason of anguish and family concern. **Objective:** To determine how the pregnancy post-term behaved in our environment. **Method:** A prospective descriptive and lineal study was performed in the Provincial Educational Gynecobstetric Hospital "Ana Betancourt de Mora" of Camagüey, from January to December 2006. The universe and the sample were constituted by 100 pregnancy women that had this event in the 42 weeks of pregnancy and more. **Results:** The age group that prevailed was the one of 19 and 24 years, with a total of 35 for 3,5% of the universe, 6,6% didn't have previous experience of childbirth. The most frequent way of ending of pregnancy was the induced one with 86, (86%), and the childbirth type, the dystocic with 53 for 53%. The fluid characteristic that prevailed was the meconial. **Conclusions:** The moderate respiratory depression in the neonate was the main cause of morbidity found, followed by BALAM. While in mothers the most frequent associated disease to pregnancy was the moderate ferripriva anemia.

Key words: Prolonged pregnancy/epidemiology

INTRODUCCIÓN

El embarazo postérmino descrito por primera vez por Hipócrates en el año 350 ante de Cristo, después por el Rey Alfonso en el siglo XIII en nuestra era, más adelante por Ballantyne en 1902 quien además describió sus riesgos inherentes, conceptualizado definitivamente como la gestación que alcanza las 42 semanas ó 294 días.^{1,2}

Hoy en los albores del 2do. Milenio de nuestra era se reportan frecuencias con un rango de 3-12 % de todos los partos, sus causas directas permanecen sin conocerse, al respecto se han planteado varias teorías como son factores hereditarios, fetales y hormonales, otros autores lo asocian a retraso de la ovulación, factores hereditarios, osteogénesis imperfecta, trisomía 16 y 18,

implantación anómala de la placenta, desproporción céfalopélvica, cuello desfavorables para el parto y gestantes obesas. Estudios mas recientes denotan un exceso de producción de progesterona por la placenta o un aumento excesivo de sus receptores. Se encontró una disminución apreciable de la cantidad de estrógenos que se producen en la gestación normal, se dosificaron iones de Ca, Na, Mg, y P inorgánicos por lo que disminuyó el Na, aumentó el Mg y por último se asoció al déficit de sulfatasa placentaria, patología adquirida hereditariamente con patrón recesivo ligado al sexo, la cual conlleva a un nivel bajo de estrógenos y como consecuencia se altera la maduración cervical.^{1,3} También se describió la falla en la función de las membranas fetales, la decidua es rica en prostaglandinas (PGs) principalmente la PGF 2 alfa, el amnios es rico en PGs prostaglandinas principalmente PGE 2, por el contrario el corion cataboliza las PGs por medio de la 15 hidroxí – prostaglandin deshidrogenasa. Lo anterior hace que un disbalance en este sistema expresado en una deficiencia en la producción de PGs conlleve a una demora en la maduración cervical.³

Teniendo en cuenta que la frecuencia en nuestro medio del embarazo postérmino, entra en el rango de la literatura contemporánea, avalado el mismo como de mal pronóstico perinatal, es objeto de gran polémica en diagnóstico, manejo y momento de su interrupción, sujeto a la alta tasa de inducción y determina alto índice de distocia y alta repercusión en la morbilidad materno infantil, es esto precisamente lo que nos motivó a la realización de este trabajo, en el mismo el universo en coincidencia con la muestra fue de 100 gestantes que parieron en nuestro Hospital en el período relacionado, con el objetivo principal de disminuir al mínimo la morbilidad tanto materna como fetal, demostrando que las pruebas de bienestar fetal acupuntura y la maniobra de Hamilton , resultan de mucha utilidad para lograr dichos objetivos planteados.

MÉTODO

Se realizó un estudio prospectivo descriptivo y lineal en el hospital Ginecobstétrico Provincial Docente “Ana Betancourt de Mora” de Camagüey en el período de enero a diciembre de 2006, con el objetivo de determinar la morbilidad del embarazo postérmino en nuestro medio, el universo en coincidencia con la muestra estuvo comprendido por las gestantes que tuvieron el parto con 42 semanas de embarazo y se tuvo en cuenta su amenorrea, donde se estudiaron 100 embarazadas en edades comprendidas entre 18 y 35 años de edad. El dato primario lo constituyó el libro de parto del hospital. Se creó encuesta según criterios de expertos, donde se recogieron las siguientes variables:

Demográficos (edad – paridad).

Modo de terminación del embarazo y tipo de parto.

Características del líquido amniótico

Morbilidad materna y neonatal

Los criterios de inclusión fueron todas aquellas gestantes que tuvieron su parto en la semana 42 y hasta las 42,3 y que este tiempo coincidiera con amenorrea y USG del programa.

Los criterios de exclusión fueron todos las gestantes las cuales su amenorrea no era confiable y no le coincidía con el USG del programa o su seguimiento era por este último ó las pacientes que tenían mas de 42,3 semanas de gestación.

Se realizaron pruebas estadísticas a través del programa MICROSTAT en una computadora Pentium IV. Para el procesamiento de los datos se utilizó distribución de frecuencia y por ciento. Los resultados se expusieron en tablas, donde se confirmó la necesidad del estudio, seguimiento y control del embarazo post término por su elevada morbimortalidad materno- fetal para así lograr mejor calidad de vida.

RESULTADOS

La edad que predominó fue entre 19-24 años con 35 y 34 eran nulíparas, esto corresponde con la edad que con mayor frecuencia paren las mujeres en nuestro hospital. [Tabla 1](#)

El modo de terminación del embarazo que primó fue el parto inducido con 84 y el líquido amniótico que prevaleció fue el meconial con 56. [Tabla 2](#)

Respecto al tipo de parto 47 fueron eutócicos, seguidos de la cesárea con numeración similar 45 y de estas 57 tenían un líquido meconial. [Tabla 3](#)

Cuando analizamos la morbilidad del recién nacido lo mas frecuente que se presentó fue la depresión moderada al nacer con 14 y de los cuales 10 fueron partos distócicos le siguió la BALAM con 11 y de ellos 7 fueron distócicos. [Tabla 4](#)

En la morbilidad materna lo que prevaleció fue la anemia moderada en 36, es decir que no fue relevante, si lo comparamos con la morbilidad fetal, esta si nos aporta

datos de importancia, encontramos 14 de los neonatos con depresión moderada al nacer y de estas 10 fueron partos distócicos, le siguió la broncoaspiración de líquido amniótico meconial con 11 y de ellos 7 fueron distócicos.

DISCUSIÓN

La distribución de los grupos de edades en los embarazos postérminos coincidió con la edad fértil que con mayor frecuencia paren las mujeres en nuestro país. Los resultados de este trabajo son semejantes a los de otros estudios realizados en nuestro centro y en otras escuelas donde se destaca la segunda década de la vida con la aparición del embarazo postérmino el cual a su vez se va a desarrollar en las nulíparas.^{3,4,5}

Al valorar el modo de terminación del parto y su relación con el líquido amniótico encontramos un mayor número de partos inducidos y prevaleció el líquido meconial esto corresponde con la bibliografía revisada. En nuestro centro el embarazo postérmino ocupa la primera causa de inducción pues el mismo está sometido a un protocolo que incluye seguimiento con pruebas de bienestar fetal cada 72 horas a partir de la semana 41 y diario en la semana 42 sin dejar pasar de las 42,3 semanas en espera del desenlace espontáneo del parto, si existe alteración del perfil biofísico, se termina el embarazo en dependencia de el tipo de alteración del mismo se induce el parto independientemente de las condiciones cervicales o se valora en colectivo y se determina en dependencia de la puntuación del perfil y de todas las condicionantes del caso. Últimamente se utiliza la acupuntura para inducir la maduración cervical, y así disminuir el fallo de inducción. Múltiples han sido los protocolos adoptados por las diferentes escuelas de obstetricia, obtienen que el 90 % de los embarazos postérminos se induzcan al llegar a la semana 42 sin reportar incrementos en la tasa de distocias. Otros autores utilizan la inducción del parto en la semana 41 como método seguro para las perspectivas perinatales, para evitar así los efectos de la posmadurez, las distocias, macrosomías fetales, y parto prolongado.⁶⁻⁹

La escuela Japonesa de obstetricia utiliza a su vez la fibronectina fetal (mayor de 50ng/ml) y de interleucina1-B(mayor de 100g/ml) en la vagina materna para la predicción en una semana del parto espontáneo , determinando así cuando el embarazo se prolonga mas allá de las 42 semanas.¹⁰

*Rigor*¹¹ en la segunda edición año 2000 cita la edad materna avanzada y la multiparidad como factores contribuyentes al embarazo postérmino, pero las causas directas del mismo no aparecen expuestas.

Otros autores consideran la prolongación del embarazo, como un factor de riesgo, y plantea que son muchas las publicaciones de resultados perinatales adversos cuando el embarazo sobrepasa la semana 42, sin embargo nuestro protocolo de trabajo considera con muy buenos resultados desde hace más de dos años llegar el embarazo hasta las 42,3 semanas con perfil biofísico diario y no sobrepasar esta fecha, consideramos esto se deba a que la mayoría de nuestros postérminos evolucionan con el tipo de forma clínica de embarazo normal o al ralenty sin disfunción placentaria.¹²

Aaaaal relacionar el tipo de parto con las características del líquido amniótico, se encontró un alto índice de distocias en el postérmino que coincide con la literatura revisada. Algunos autores consideran la incidencia del meconio en el postérmino entre un 30 y un 32,1 % y que asociado al oligohidramnios ocasiona dificultad pulmonar, también se plantea que el líquido meconial asociado a corioamnionitis aparece como consecuencia de la hipoxemia producida por vasculitis a nivel de la placenta y/o consumo exagerado de oxígeno que ocasiona la propia fiebre e incrementa la morbimortalidad fetal.^{13,14}

El oligohidramnios originado por senescencia placentaria, puede solo o combinado con otros eventos (distocia funicular por compresión o por disminución del perímetro del cordón umbilical) ocasionar un estado fetal intranquilizante, que se agrava con la presencia de las contracciones, si aceptamos que cada contracción es un período de hipoxia fisiológica en la que el feto debe tolerar si las reservas metabólicas placentaria es adecuada (placenta senescente con disminución de las áreas de intercambio), se identificará las necesidades de oxígeno para el feto y se manifestará por desaceleraciones variables de la frecuencia cardíaca fetal, Dips umbilicales y/o tardíos (DIPSIII).

Cuando analizamos la morbilidad materna la enfermedad asociada al embarazo que mas prevaleció fue la anemia Y si vemos la morbilidad neonatal la broncoaspiración de líquido meconial. A pesar que la bibliografía revisada plantea que el embarazo prolongado sin otra complicación presenta un bajo riesgo perinatal, en nuestro hospital tenemos un protocolo de trabajo que nos obliga a realizar perfil biofísico fetal diario y ante cualquier alteración interrumpir el embarazo, y esto propicia que

hoy el embarazo postérmino no nos ha aportado una morbilidad elevada ni fetal ni materna.

*Almaguer A.*¹⁵ en 1980 sugirieron el uso combinado de cinco variables biofísicas fetales , como medio mas preciso para evaluar la salud fetal , mejor que cualquier variable usada en forma aislada , así se reducen ostensiblemente los resultados falsos positivos y falsos negativos.

CONCLUSIONES

- Primó la nuliparidad y el grupo de edades entre 19-24 años.
- El modo de terminación del embarazo más frecuente fue el inducido y el líquido amniótico que prevaleció fue el meconial y el tipo de parto más común, el distócico.
- La anemia y la broncoaspiración meconial constituyeron la morbilidad materna y fetal mas frecuentes respectivamente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Divulsión del polo inferior: Método seguro y eficaz para disminuir los partos espontáneos después de las 41 semanas. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2005; 70(1): 12-4.
2. Castillo Fernández FA, Navas Ábalos N. Comportamiento del perfil biofisico fetal en el embarazo postérmino. *Archivo Médico de Camagüey* 2006; 8 (2): 10.
3. Vintzileos AM, Ananth CV, Smulian JC, Scorsa WE, Knuppel RA. The impact of prenatal care on neonatal deaths the presence and absence of antenatal high-risk condition. *AMJ Obstet Gynecol* 2007; 186(5): 1011-16.
4. Taipale P, Hiilesmaa V. Predictin deliverydate by ultrasound last menstrual period in early gestation. *Obstet Gynecol* 2007; 97(2): 189-94.
5. Filoy Ana C. Inducción en la gestación prolongada. *Rev Obstet-Ginecol* 2003; 4(1): 29-33.
6. Figaró C. El recién nacido postmaduro. *Rev Ginecol-Obstet Clínica* 2003; 4(1): 27-8.

7. Rodríguez FL. Perfil biofísico como prueba de bienestar fetal en pacientes de alto riesgo obstétrico. UNAN 2004; 15:25.
8. Uribe P. Pruebas de bienestar fetal. España: INFOINPER; 2006.
9. Crowley P. Interventions for preventing or improving the outcome of delivery at or beyond term. Oxford: Cochrane Library; 2006 Update Software. ISSUE3.
10. Ministerio de Salud Pública. Manual de diagnóstico y tratamiento en Obstetricia y Perinatología. Ciudad Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008. p. 22-25.
11. Rigol Ricardo, Cutié León E, Santisteban Alba S, Vázquez Cabrara J. Obstetricia y Ginecología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004. p. 157-8.
12. Cunningham FG, Mc Donald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap III LC, Hankins GD, et al. Williams Obstetricia. 2ª ed. Madrid: Panamericana; 2006. p. 932-69.
13. Thacker SB, Stroup D, Chang M. Monitoreo electrónico continuo de la frecuencia cardíaca para la evaluación fetal durante el trabajo de parto. Bibliot Cochrane Plus 2006; 1:3.
14. Corrales GA, Carrillo GT. Problemática actual del embarazo prolongado: esperar o inducir. Rev Cubana Obstet-Ginecol 2007; 28(3): 26-28.
15. Almaguer A. Vigilancia de los movimientos fetales. Clinical Obstet-Gynecol 2006; 45(4): 986.

Recibido: 22 de julio de 2008.

Aceptado: 5 de diciembre de 2008.

Dra. Caridad Irene Amador de Varona. cirene@finlay.cmw.sld.cu