

Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Ernesto 'Ché' Guevara de la Serna".  
Hospital Docente Ginecoobstétrico "Justo Legón Padilla". Pinar del Río

## **EMBARAZO PROLONGADO**

*Dr. Manuel Piloto Morejón,<sup>1</sup> Dra. Estela Morejón Tapia,<sup>2</sup> Dr. Esteban del Pino Malagón<sup>3</sup>  
y Dr. Hipólito Breijo Madera<sup>4</sup>*

**RESUMEN:** Con el objetivo de tener un mejor conocimiento del embarazo prolongado en nuestro medio, se realizó un estudio retrospectivo, transversal y analítico en el Hospital Docente Ginecoobstétrico "Justo Legón Padilla" de Pinar del Río, durante los meses de agosto 1997 a enero 1998, que comprendió 309 gestantes con embarazo prolongado (grupo estudio) y 300 con embarazo entre 37 y 41 semanas (grupo control). Se estudiaron variables como: incidencia, modo de comienzo de la labor de parto y tipo de nacimiento, causas de inducción y de cesárea y morbilidad del recién nacido. Los datos se analizaron en cuadros simples y de contingencia y se aplicó porcentaje y chi cuadrado, con un nivel de significación de  $p < 0,05$ . Los principales resultados fueron: incidencia de 9,11 % de embarazos prolongados y en esta entidad la cesárea fue 5,24 veces más frecuente en la labor de parto inducido. Las principales causas de cesárea fueron: el sufrimiento fetal agudo, la inducción fallida y la desproporción céfalo-pélvica; la morbilidad neonatal encontrada fue de 0,97 % y hubo una muerte fetal anteparto.

Descriptores DeCS: **EMBARAZO PROLONGADO; TRABAJO DE PARTO; TRABAJO DE PARTO INDUCIDO; PARTO; CESAREA.**

Según la FIGO, el embarazo prolongado (EP) es aquel de 42 semanas o más, es decir 294 días o más a partir del primer día de la última menstruación y es un evento clínico que ocurre alrededor del 7,5 al 10 %

de las embarazadas. Generalmente es una condición benigna desde el punto de vista de las perspectivas perinatales, aunque está asociado con significativa ansiedad por parte de los familiares cercanos a la gestante.<sup>1-5</sup>

<sup>1</sup> Asistente de Ginecología y Obstetricia. Vicedirector Docente. Jefe de la Cátedra de Ginecología y Obstetricia. FCM Pinar del Río.

<sup>2</sup> Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Hospital Docente Ginecoobstétrico "Justo Legón Padilla".

<sup>3</sup> Instructor de Ginecología y Obstetricia. Hospital Docente Ginecoobstétrico "Justo Legón Padilla".

<sup>4</sup> Instructor de Ginecología y Obstetricia. Policlínico Docente "Pedro Borrás".

La importancia del EP se relaciona con la morbimortalidad perinatal y materna, que se elevan en la medida en que el embarazo avanza más allá de las 42 semanas y esto constituye un riesgo, tanto para la madre como para el feto.<sup>2</sup>

El EP presenta actualmente 2 grandes problemas como son: su realidad y su alta mortalidad perinatal, lo cual constituye un problema aún por resolver. Los diversos criterios para definir el tema son de orden matemático o basado en criterios clínicos biológicos secundarios a insuficiencia placentaria o signos de posmadurez en el recién nacido (RN).

Sin embargo, el mayor problema del EP es el gran riesgo vital para el feto antes del parto, en el período expulsivo, y en los primeros días de vida extrauterina. La causa fundamental de estos riesgos es: la anoxia, que para la mayoría de los autores,<sup>2-7</sup> está ligada a la senescencia placentaria, proceso fisiológico que se acentúa con el devenir del tiempo, y que una vez presente, requiere cuidados especiales perinatales.

La literatura destaca la alta presencia de meconio en estos embarazos.<sup>6-8</sup> La mortalidad perinatal aumenta después de las 42 semanas, asociada con la dismadurez. Este compromiso fetal puede ser diagnosticado con razonable seguridad por medios clínicos, endocrinológicos y particularmente por los *test* biofísicos. Dada la inestabilidad bioquímica del feto, es preciso la vigilancia electrónica de la frecuencia cardíaca fetal durante el trabajo de parto.

Existe un mayor índice de cesáreas en esta población debido a la frecuencia de fallas en la inducción y la presencia de *distress* fetal.<sup>5</sup> Goeree y otros<sup>9</sup> en su estudio en Canadá en 1995, para evaluar los beneficios de la inducción de la labor de parto *versus* monitoreo fetal con conducta expectante en el EP, encontraron resultados más favorables en el primer grupo y menos costo por paciente.

Por otro lado, una de las razones que eleva el riesgo de hipoxia y parto distócico en pacientes con EP, es el exagerado peso fetal en muchos de estos embarazos.<sup>10-14</sup>

En el mundo, las 2 corrientes que se indican en la atención del EP son: la de esperar bajo vigilancia hasta la semana 43 y posteriormente inducir y la de inducir de inmediato en la semana 42.

En un estudio al respecto en Estocolmo en 1995, se concluyó que la frecuencia de inducción del parto fue significativamente menor en el grupo de interrupción del embarazo en la semana 43, pero los resultados perinatales fueron similares.<sup>15-20.</sup>

## **Métodos**

Se realizó un estudio retrospectivo, transversal y analítico del embarazo prolongado en el Hospital Docente Ginecoobstétrico "Justo Legón Padilla" de Pinar del Río, durante los meses de agosto 1997 a enero 1998. El universo estuvo constituido por la totalidad de los nacimientos de ese período; el grupo estudio por la totalidad de pacientes que en el momento del parto tenían 42 semanas y más (n=309), y un grupo control (n=300) conformado por los 50 primeros nacimientos de cada mes con una edad gestacional entre las 37 y 41 semanas.

Se estudiaron las variables: incidencia del EP por meses, el modo de comienzo de la labor de parto, el tipo de nacimiento, la causa de la inducción y de las cesáreas y la morbilidad neonatal.

Los datos obtenidos se agruparon en cuadros simples y de contingencia, aplicándoles pruebas estadísticas como porcentaje y chi cuadrado, según paquete computarizado MICROSTA con un nivel de significación de  $p < 0,05$ .

La tabla 1 muestra la incidencia del EP por meses. En el semestre estudiado (agosto-97 a enero-98) de un total de 3 389 nacimientos, 309 (9,11 %) corresponden a EP. Al desglosarlos según los meses del año, diciembre fue el de mayor incidencia (12,26 %), mientras que agosto fue el de menor (7,17 %).

**TABLA 1. Embarazo prolongado según incidencia por meses**

Meses	Nacimientos No.	Embarazos prolongados	
		No.	%
Agosto - 97	488	35	7,17
Septiembre - 97	593	45	7,58
Octubre - 97	638	50	7,83
Noviembre - 97	548	59	10,76
Diciembre - 97	587	72	12,26
Enero - 98	535	40	8,97
<b>Total</b>	<b>3 389</b>	<b>309</b>	<b>9,11</b>

El modo de comienzo de la labor de parto relacionado con la culminación del mismo y el EP se describe en la tabla 2, destacándose el parto inducido como modo de

comienzo predominante (244/309) en las embarazadas de 42 o más semanas como es de esperarse, con cifras altamente significativas sobre el grupo control, mientras que el parto espontáneo y las cesáreas electivas se presentaron con cifras estadísticamente similares en ambos grupos (244/309 = 78,9 % y  $p < 0,001$ ).

La cesárea en el EP se presentó 5,24 veces más frecuentes en los nacimientos con la labor de parto inducida que en los espontáneos, todo lo contrario a lo registrado en el grupo control.

La tabla 3 nos muestra el EP y las inducciones según causas y tipo de nacimiento. En general observamos que el índice de cesáreas primitivas en el EP inducido fue del 34,03 % y el índice de parto distócico del 11,07 %. En relación con la cesárea relacionada con la causa de inducción en el EP, vemos que el mayor índice fue: en la RPM de más de 12 h (100 %), la CTG alterada 100 %, en el oligohidramnios severo (63,6 %), aunque también hubo índices altos cuando la causa de inducción fue 42 semanas y el CIUR (32 y 25 % respectivamente).

**TABLA 2. Embarazo prolongado según modo de comienzo de la labor de parto y tipo de nacimiento**

Modo de comienzo de la labor de parto	Tipo de nacimiento							
	Grupo estudio				Grupo control			
	Parto		Cesárea		Parto		Cesárea	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Espontáneo	58	93,5	4	6,5	248	92,1	21	7,9
Inducido	*161	65,9	83	34,1	*15	50,0	15	50,0
Cesáreas electivas	-	-	3	100	-	-	1	100

\*Z = 15,396    \*p = 8,363

**TABLA 3. Embarazo prolongado según causas de inducción y tipo de nacimiento**

Causas de inducción del parto	Parto eutócico		Tipo de nacimiento				Total	
	n	%	Parto distócico		Cesárea primitiva		n	%
			n	%	n	%		
42 sem	125	57,1	24	10,9	70	32,0	219	89,7
Oligohidramnios severo	2	18,2	2	18,2	7	63,6	11	4,5
43 sem	4	66,6	1	16,7	1	16,7	6	2,4
CIUR	3	75,0	-	-	1	25,0	4	1,6
RPM + 12 h	-	-	-	-	3	100,0	3	1,2
CTG alterada	-	-	-	-	1	100,0	1	0,4
<b>Total</b>	<b>134</b>	<b>54,9</b>	<b>27</b>	<b>-11,07</b>	<b>83</b>	<b>-34,03</b>	<b>244</b>	<b>100,0</b>

Observaciones: Del total de 90 cesáreas de la muestra de estudio, faltan 4 pacientes con oligohidramnios moderado que no se indujeron y 3 cesáreas electivas.

Nota: Los % están reflejados en línea, salvo en el total que se refieren a toda la muestra.

Es de destacar que el índice de cesáreas primitivas en el EP en nuestro estudio fue de 29,12 %.

La tabla 4 refleja las principales causas de cesáreas de las pacientes estudiadas, encontrándose que hubo un 29,1 % de pacientes cesareadas del total de EP y sólo 12,3 % en las pacientes con tiempo gestacional normal al nacimiento. Las principales

**TABLA 4. Embarazo prolongado según causas de cesáreas**

Causas de cesáreas	Grupo estudio		Grupo control	
	No.	%	No.	%
Sufrimiento fetal agudo	45	49,9	15	40,5
Inducción fallida	22	24,4	8	21,6
Desproporción cefalopélvica	11	12,3	12	32,5
Malas condiciones para el parto	8	8,9	1	2,7
Presentación pelviana	4	4,5	-	-
Otras	-	-	1	2,7
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>

causas de las cesáreas en el grupo estudio son: el SFA, la inducción fallida y la DCP.

Por otro lado, las principales causas en el grupo control fueron el SFA, DCP y la inducción fallida.

Aunque el índice de cesáreas primitivas en el grupo estudio fue de 2,36 veces más frecuente que en el grupo control, las causas se comportaron de forma similar en ambos grupos, excepto la DCP que resultó 2,6 veces más frecuente en el grupo control, para lo cual no tenemos explicación.

Es indudable el riesgo de *distress* respiratorio de los fetos en EP durante el parto y su repercusión sobre la morbilidad perinatal.<sup>14</sup>

La tabla 5 expresa la morbilidad neonatal del EP relacionada con el tipo de nacimiento, donde se aprecia que de los 2 niños con hematoma subcapsular hepático, uno fue producto de un parto eutócico y otro de uno distócico, mientras que el desequilibrio hidromineral se observó en una cesárea primitiva. No hubo muerte neonatal, pero sí una muerte fetal intrahospitalaria (aunque en otro hospital).

TABLA 5. Embarazo prolongado y morbilidad neonatal según tipo de nacimiento

Tipo de nacimiento	Morbilidad neonatal	
	Hematoma subcapsular hepático n=2	Desequilibrio hidroelectrolítico n=1
Parto eutócico	1	0
Parto distócico	1	0
Cesárea primitiva	0	1

Nota: Porcentaje de recién nacidos con morbilidad=0,97 % (3/308) .

## Discusión

Referente a la incidencia general encontrada, ésta coincide con la reportada por *Boisselier*<sup>11</sup> y *Votta*<sup>7</sup> pero son superiores a las señaladas por *Wirtgen*,<sup>12</sup> el cual asevera que el EP no es una entidad frecuente en la Obstetricia y que se observa en menos del 6 % de todas las embarazadas.

En la tabla 2 se refleja el EP según modo de comienzo de la labor de parto y el tipo de nacimiento. *Alfirevic*<sup>13</sup> señala que la mortalidad perinatal está aumentada en el EP, pero puede ser reducida por la inducción del parto. *Wirtgen*<sup>12</sup> plantea que la inducción es necesaria si existe la presencia de oligohidramnios o monitoreo fetal alterado y que el manejo conservativo es posible siempre que el monitoreo fetal sea normal. El índice de partos inducidos en nuestro estudio fue muy superior al reportado por *Votta*.<sup>7</sup>

Las causas de inducción y el tipo de nacimiento del EP se reflejan en la tabla 3. Aunque el índice de cesáreas ha aumentado en el EP según algunos autores,<sup>2,12</sup> nuestros resultados duplican el índice del 17 % señalado por *Votta*.<sup>7</sup>

Muchos estudios reportan altos índices de cesárea al prolongarse el embarazo, siempre asociados con macrosomías y signos de hipoxia en el periparto.<sup>14-16</sup>

El oligohidramnios es un marcador de condición perinatal patológico en cualquier etapa de la gestación, pero resulta particularmente relevante cuando el embarazo se prolonga.<sup>17</sup>

En la actualidad el uso de técnicas sofisticadas en el diagnóstico del bienestar fetal como son: los estudios Doppler, para medición de la velocidad del flujo sanguíneo en las arterias umbilical y media cerebral del feto, permiten predecir las alteraciones del bienestar fetal con alta confiabilidad y de esta forma poder mantener una actitud de vigilancia activa pero no intervencionista.<sup>18,19</sup>

No encontramos en la literatura revisada las causas de cesáreas.

La morbilidad neonatal en el EP se observa en la tabla 5. *Votta*<sup>7</sup> señala la presencia de muertes perinatales en la labor de parto espontáneo.

*Lin*<sup>20</sup> plantea que el riesgo de muerte perinatal existe especialmente cuando hay presencia de retardo del crecimiento fetal. Por último, *Alfirevic* y otros<sup>13</sup> refieren que la mortalidad perinatal está incrementada en el embarazo de 42 semanas y más, pero que puede ser reducida por la inducción de la labor de parto.

**SUMMARY:** An analytical and retrospective cross-sectional study was carried out at the "Julio Legón Padilla" Gynecobstetric Teaching Hospital in Pinar del Rio from August, 1997, to January, 1998, in order to know more about prolonged pregnancy in our environment. 309 expectants with prolonged pregnancy (study group) and 300 with gestation between the 37th and the 41st week (control group) took part in this study. Variables such as: incidence, way in which labor began, type of birth, causes of induction and of caesarean and morbidity of the newborns, were studied. Data

were analyzed in simple and contingency tables and percentage and Chi square were applied with a signification level of  $p < 0.05$ . The main results were: incidence of 9.11% of prolonged pregnancies and, in this entity, caesarean was 5.24 times more frequent than in induced labor. The fundamental causes of caesarean were: acute fetal suffering, failed induction and head-pelvic disproportion. Neonatal morbidity was 0.97%. There was a fetal death before delivery.

Subject headings: **PREGNANCY, PROLONGED; LABOR; LABOR, INDUCED; DELIVERY; CAESAREAN SECTION.**

### **Referencias bibliográficas**

1. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Manual de procedimientos de diagnóstico y tratamiento en Obstetricia y Perinatología. La Habana: Instituto Cubano del Libro 1991:157-8.
2. Manual de diagnóstico y tratamiento en Obstetricia y Perinatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas 1997:189.
3. Mavad Filho F, Pereira DA, Urbanetz AA, Duarte G, Chufalo GE, Adelaida L. Prolonged pregnancy; critical analysis of complementary exams. Rev Esp Obstet Ginecol 1986;45:277-82.
4. Balash Cortova J. Obstetricia y Ginecología. Barcelona: Salvar 1990:202-6.
5. Cazenave GH. Embarazo prolongado. Actual Ginecol Obstet 1989;31(1):17-27.
6. Díaz Martín JV, Hernández Cabrera J, Crespo Hernández J, Deulofeo Jiménez M. Embarazo post-término. Seguimiento paraclínico, correlación de variables. Rev Cubana Obstet Ginecol 1997;23(1):37-42.
7. Votta RA, Cibils LA. Tratamiento del embarazo prolongado. Am J Obstet Gynecol 1993;168(2):557-63.
8. Divon MG, Marks AD, Herderson CE. Longitudinal measurement of amniotic fluid index in postterm pregnancies and its association with fetal outcome. Am J Obstet Gynecol 1995;172:142-6.
9. Goerree R, Hannah M, Hewson S. Cost effectiveness of induction of labour versus serial antenatal monitoring in the Canadian Multicentre Postterm pregnancy trial. Can Med Assoc J 1995;152(9):1445-50.
10. Essel JK, Opai Tetteh ET. MACrosomía maternal and fetal risk factors. S Afr Med J 1995;85(1):43-6.
11. Boisselier P, Guettier X. Prolonged pregnancy. Review of the literature. J Gynecol Obstet Biol Reprod 1995;24(7):739-46.
12. Wirtgen P. Prolonged pregnancies. Rev Prot 1995;45(14):1748-50.
13. Alfirevic Z, Walkinshaw SA. Management of post term pregnancy: to induce or not? Br J Hosp Med 1994;52(5):218-21.
14. Dávila Castillo GA. Embarazo prolongado, características maternas y morbilidad perinatal en el Hospital Arzobispo Loayza S/L: UPCH, Facultad de Medicina Alberto Hurtado; 1991: 84.
15. Almstrom H, Granstrom L, Ekmang. Serial antenatal monitoring compared with labor induction in post-term pregnancies. Acta Obstet Gynecol Scan 1995;74(8):599-603.
16. Phiel G, Yoacobin, Lender N, Younis J. Post date antenatal testing. Int J Gynecol Obstet 1995;49(2):145-7.
17. Bowen Chatoor JS, Kulkarni SK. Amniotic fluid index in the management of the post date pregnancy. West Indian Med J 1995;44(2):64-6.
18. Alfirevic Z, Walkinshaw SA. A randomised controlled trial of simple compared with complex antenatal fetal monitoring after 42 weeks of gestation. Br J Obstet Gynecol 1995;102(8):638-43.
19. Arnaudeau S, Mironnaeuj. Doppler flow velocimetry of the umbilical artery, utero placental arteries and fetal middle cerebral artery in prolonged pregnancy. Ultrasound Obstet Gynecol 1995;5(3):189-97.
20. Lin SY, Lin MH, Wang KG. Perinatal characteristic of low weight infants in postdate pregnancies. Chung Hua I Hsueh Chih 1994;54(6):412-6.

Recibido: 25 de mayo de 1999. Aprobado: 12 de enero del 2000  
Dr. Manuel Pilato Morejón. Calle Cuarteles No. 121, apto 2. Pinar del Río, Cuba.