

Hospital Ginecoobstétrico "Mariana Grajales". Santa Clara, Villa Clara

## **PROBLEMÁTICA ACTUAL DEL EMBARAZO PROLONGADO: ESPERAR O INDUCIR**

*Dr. Alexis Corrales Gutiérrez<sup>1</sup> y Dra. Tania Carrillo González<sup>2</sup>*

**DeCS: EMBARAZO PROLONGADO; TRABAJO DE PARTO INDUCIDO; PARTO NORMAL.**

Se presentan los planteamientos fundamentales en torno a la problemática actual del embarazo prolongado, publicados en el período 1996-2002.

No existe en la práctica obstétrica un tema más discutido, con relación a la conducta a tomar, que el embarazo prolongado. Las opiniones están divididas entre inducir el parto, una vez que el embarazo cumpla la semana 42, o mantener una conducta expectante con estudio del bienestar fetal en espera del parto espontáneo, induciendo sólo cuando existan alteraciones de este.

En los últimos tiempos se ha publicado el incremento del riesgo fetal y neonatal en el embarazo prolongado, motivo por el cual en algunos servicios inducen el parto incluso en la semana 41.<sup>1</sup> En esto ha influido también la aparición de las prostaglandinas para la maduración cervical y el temor a los riesgos de la macrosomía fetal en el momento del parto.<sup>2,3</sup> Todo ello ha provocado que los índices de inducción se eleven en casi todos los países. En los Estados Unidos, *Zhang* registró un aumento de

9,5 % en 1988 a 19,4 % en 1998 y con tendencia a ser cada vez mayor.<sup>4</sup>

*Hilder* en 1998 en una serie de 171 527 nacimientos, en Londres, encontró un incremento de la mortalidad perinatal en pacientes de bajo riesgo, de 0,7 por 1 000 en la semana 37; 2,4 en la semana 40 y de 5,8 por 1 000 en la semana 43. Se desconoce qué tipo de atención recibieron esas gestantes después de la semana 40.<sup>5</sup>

Se ha publicado así mismo el riesgo elevado de distocia de hombros, broncoaspiración de líquido amniótico meconial, distres fetal, con el consiguiente aumento de los ingresos en cuidados intensivos neonatales.

Los partidarios de la conducta expectante se basan en que cada vez existen mejores posibilidades de estudiar el bienestar fetal y que la decisión de interrumpir un embarazo conlleva una gran responsabilidad, incluso mayor que no inducir en el momento oportuno. Indicar la inducción del parto en Cuba en una gestante con el cuello inmaduro parece una obstetricia agresiva.

<sup>1</sup> Especialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor Auxiliar.

<sup>2</sup> Especialista de I Grao en Imagenología. Profesora Asistente

va con la que sólo se puede obtener un importante aumento de complicaciones.

Wing en un trabajo realizado con mifepristone para maduración cervical e inducción a la semana 41, obtuvo un 17,4 % de Apgar bajo y un 13,4 % de ingreso de los neonatos en cuidados intensivos, cifras que se explican por sí mismas.<sup>6</sup>

Sánchez-Ramos planteó que en la macrosomía (una de las indicaciones que se toman para inducción precoz) no son diferentes los resultados entre esperar o inducir.<sup>7</sup>

Tan reciente como en marzo del 2002, investigadores de la Duke Evidence-Based Practice, evaluaron el riesgo-beneficio de las diferentes conductas de manejo en el embarazo prolongado y llegaron a las siguientes conclusiones:

- Un buen cuidado anteparto (e intraparto, añadirían los autores de esta revisión) reduce los riesgos perinatales en el embarazo prolongado.
- No existen trabajos confiables donde se muestre el costo-beneficio entre conducta activa y expectante.

- Los resultados perinatales no difieren entre ambas conductas.
- Los más altos índices de parto operatorio están en las pacientes inducidas.<sup>8</sup>

También la National Guidelines del American College of Obstetricians and Gynecologists planteó que no existe suficiente información para determinar como se obtienen mejores resultados entre esperar o inducir, aun con cuello favorable.<sup>9</sup>

El Atlanta Maternal-Fetal Medicine llegó a la conclusión en el año 2001, en un estudio sobre 4 869 embarazos prolongados que sólo el entre el 1 y el 4 % de los embarazos sobrepasa la semana 43 y que no existe diferencia en los resultados perinatales entre inducir de rutina y manejo expectante, aunque consideró que con cuello favorable no está contraindicada la inducción acorde al medio.<sup>10</sup>

El futuro de esta controversia estará basado en la aparición de mejores recursos para estudiar el bienestar fetal, que permita esperar el parto espontáneo; que este transcurra lo más natural posible y practicar así una obstetricia cada vez menos invasiva.

## Referencias bibliográficas

1. Divon MY. Perinatal outcome in a large cohort of postdate pregnancies. *Am J Obst Gynecol* 1996; 174(Part 2 #1):351-4.
2. Rasmussen KL, Aggen AO. Influence of fetal weight on outcome of prolonged pregnancy. *Ugeskr Loege* 2000;162(32):4265-7.
3. Ryo E. Fetal size as a determinant of obstetrical outcome of postdate pregnancy. *Gynecol Obst Invest* 1999;47(3):172-6.
4. Zhang J. Induced labor rate in US more than doubled a decade. *J Reproduc Med* 2002;47:120-24.
5. Hilder L, Costeloe K, Thilaganather B. Prolonged pregnancy evaluating gestation specific risks of fetal and infant mortality. *Br J Obst Gynaecol* 1998;105(2):169-73.
6. Wing Deborah A. Mifepristone for preinduction cervical ripening beyond 41 weeks gestations: a randomized controlled trial *Obst Gynecol* 2000;96(4):543-67.
7. Sánchez-Ramos L, Bennstein S, Kaunitz AM. Expectant management versus labor induction for suspected fetal macrosomia: a systematic review. *Obst. Gynecol* 2002;100(5PTI):997-1002.
8. Management of prolonged pregnancy. *Evid Rep Technol Assess* 2002;53:1-6.
9. Management of post-term pregnancy. National Guidelines American College of Obstetricians and Gynecologists. *Int J Gynaecol Obst* 1998;60(1):86-91.
10. Management of the postdate pregnancy. Atlanta Maternal Fetal Medicine. [www.Obgyn.net/2001](http://www.Obgyn.net/2001)

Recibido: 3 de abril del 2003. Aprobado: 10 de abril del 2003.

Dr. Alexis Corrales Gutiérrez. Prolongación de Colón No.78, Sta Clara, Villa Clara, Cuba. e-mail [acorrales@capiro.vel.sld.cu](mailto:acorrales@capiro.vel.sld.cu)