



ISSN: 1561-3194

Rev. Ciencias Médicas. sept-dic. 2006; 10(3):11-20

ARTÍCULO ORIGINAL

Parto inducido por embarazo prolongado

Induced delivery in prolonged gestation

Mercedes Peña Abraham¹, Claribel Hernández Roque², Fermín Luis Martínez³, Hedí Lobany González Ungo⁴

¹ Especialista I Grado en Ginecología y Obstetricia. Hospital Gineco-Obstétrico "Justo Legón Padilla". Pinar del Río.

² Especialista I Grado en Ginecología y Obstetricia. Hospital Gineco-Obstétrico "Justo Legón Padilla". Pinar del Río.

³ Especialista I Grado en Ginecología y Obstetricia. Hospital Gineco-Obstétrico "Justo Legón Padilla". Pinar del Río.

⁴ Especialista I Grado en Pediatría. Hospital Gineco-Obstétrico "Justo Legón Padilla" Pinar del Río.

RESUMEN

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, explicativo y longitudinal sobre el comportamiento de la inducción del parto por embarazo prolongado en el Hospital Gineco-Obstétrico "Justo Legón Padilla", en el período comprendido entre enero del 2004 y diciembre del 2005. El universo estuvo constituido por la totalidad de los nacimientos por embarazo prolongado que se produjeron en el período, donde el grupo estudio estaba exclusivamente formado por las gestantes con trabajo de parto inducido (n=104); se estudiaron variables de la madre, del nacimiento y del producto de la concepción y a los datos obtenidos se les aplicó porcentaje. La edad materna más frecuente fue la del grupo de 20 - 35 años (65,5%); predominaron las nulíparas (40,4%), la vía del parto que predominó fue la transpelviana (42,3%);

todos con un índice de Bishop >7 puntos La causa más frecuente de cesárea fue el sufrimiento fetal agudo (23%); el embarazo prolongado no constituyó una causa importante de Apgar Bajo, en el parto distócico fue donde ocurrió el mayor número de morbilidad materna y neonatal (9,5%), no se encontró valor significativo en la macrosomía fetal y predominó el sexo femenino en los recién nacidos (65,3%).

Palabras clave: EMBARAZO PROLONGADO, PARTO INDUCIDO.

ABSTRACT

A retrospective, descriptive, explicative and longitudinal study about the behavior of the induction of labor in prolonged pregnancy was conducted at "Justo Legón Padilla" Gynecology-Obstetric Hospital during the period of January 2004 to December 2005. The whole sample was constituted by the totality of births in prolonged pregnancy during the period where the study group was exclusively formed by pregnant women who underwent induced labor (n = 104). Variables of mother, birth and conception product were taken, and percentage method was applied to data collected. The group of most frequent maternal age was 20 - 35 (65,5%), prevailing nulliparous (40,4%) and transpelvic labor (42,3%), having a Bishop index = 7. The most frequent cause of cesarean section was fetal distress (23%), prolonged pregnancy was not an important cause of low Apgar score. Dystocic labor presented the greatest figures of neonatal and maternal morbidity (9,5%), no significant value of fetal macrosomia was found, predominating female sex in newborn (65,3%).

Key words: PROLONGED PREGNANCY, INDUCED LABOR

INTRODUCCIÓN

Se denomina embarazo prolongado (EP) aquella gestación que alcanza 42 o más semanas de amenorrea o más de 280 días de gestación.¹⁻²⁻³

La incidencia de EP oscila entre el 3.5 y 7 % de las embarazadas. Este amplio rango de variación se debe especialmente a los criterios y métodos utilizados para el diagnóstico de la edad gestacional materna.²

El EP es una situación obstétrica que produce gran inquietud y temor en la embarazada y en su entorno familiar. Este temor está basado en el conocimiento público de que es un embarazo de alto riesgo de morbimortalidad perinatal. El término de post madurez, aunque se usa como sinónimo, sugiere una condición patológica en relación con la función placentaria. El cuadro clínico señalado por Ballantine en 1902 describe al niño postmaduro con uñas largas, ausencia de lanugo, abundante cabello, relativa ausencia de vérnix y ausencia de coloración rosada de la piel.⁴

S. H. Clifford,⁵ en 1954, describió y reanudó el interés con similares observaciones de niños mal nutridos de embarazos prolongados o post término, donde el 20% de los recién nacidos post término presentan el denominado Síndrome de post madurez, que se clasifican en 3 tipos:

Tipo I: El recién nacido presenta aspecto de alerta, con los ojos abiertos, la piel flácida por pérdida de grasa subcutánea y reducción de la masa muscular, especialmente de los muslos y nalgas. La piel es seca sin vérnix, despellejada y agrietada especialmente en las zonas palmares y plantares. Tienen uñas y pelos largos.

Tipo II: Se agrega a las características anteriores la impregnación de la piel, del cordón umbilical y de las uñas con meconio verde.

Tipo III: A las características de los dos tipos anteriores se agrega la pigmentación amarillo brillante de la piel, uñas y cordón umbilical, como consecuencia de la impregnación con meconio antiguo.

Desde el punto de vista operacional esta clasificación se continúa usando en los recién nacidos post término. Los estudios sobre el pronóstico a largo plazo en estos niños son contradictorios (son escasos los estudios prospectivos y controlados sobre el tema).⁶⁻⁸

El cuadro clínico de hipermadurez está relacionado con la función placentaria y ha sido demostrado que puede aparecer en cualquier edad gestacional. Indudablemente, un gran por ciento de los presuntos embarazos prolongados constituye en realidad errores de cuenta, pero siempre queda un grupo no despreciable de casos en los que fallan los mecanismos normales del desencadenamiento del parto, y aparece entonces un mayor riesgo de hipoxia fetal, producto de la senescencia placentaria.

La etiología del EP no ha sido aclarada. Se conocen condiciones que se asocian a una gestación prolongada: malformaciones fetales (an encefalia), edad materna, paridad y EP previos que condicionan un 50% de probabilidades de recurrencia en la gestación actual. La mortalidad fetal está aumentada en el embarazo de 42 semanas. Esta se dobla a las 43 semanas y se quintuplica a las 44 semanas. En la actualidad se estima que el riesgo perinatal aumenta desde las 41 semanas cumplidas, un 30% de estas muertes se deben a asfixia intrauterina por insuficiencia placentaria.⁹⁻¹¹

Como consecuencia de ese mayor riesgo de asfixia fetal, se observa en el EP una mayor incidencia de cesáreas, fórceps, puntaje de Apgar bajo, síndrome aspirativo de meconio y encefalopatía hipóxico-isquémicas.

La conducta obstétrica del EP ha pasado por diferentes modalidades a lo largo del tiempo. Con los métodos de evaluación de la condición fetal se han diseñado protocolos de manejo más conservadores, que permiten la evolución de la gestación hasta el desencadenamiento espontáneo del trabajo de parto o la inducción electiva del parto con madurez cervical.¹²⁻¹³

Por todo lo antes expuesto decidimos realizar nuestro trabajo trazándonos como objetivos: Lograr un mayor conocimiento y a la vez una reducción de las tasas de morbimortalidad perinatal e infantil por embarazo prolongado. Identificar el índice real de embarazo prolongado. Precisar la existencia de factores de riesgo que puedan influir en la prolongación del embarazo. Evaluar los resultados maternos y del producto de la concepción en cuanto a la morbimortalidad de este grupo.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, explicativo y longitudinal sobre el comportamiento de la inducción del parto por embarazo prolongado en el Hospital

Gineco-Obstétrico "Justo Legón Padilla", en el período comprendido entre enero del 2004 y diciembre del 2005.

Desde el punto de vista conceptual, la inducción del parto consiste en desencadenar los fenómenos fisiológicos del mismo después de las 20 semanas de gestación, tratando de reproducir lo más fielmente el parto normal y espontáneo.

El SOGC Maternal-Fetal Medicine Committee recomienda que los embarazos que se encuentran entre las 41 y 42 semanas, sin otra enfermedad sobreañadida, se deben interrumpir. Si no hay contraindicación para el parto vaginal, se debe efectuar la inducción de éste. Si el cuello está inmaduro, se deben utilizar los métodos aceptados y disponibles. Las condiciones del cuello uterino se determinan según el índice de Bishop (IB), el cual permite determinar la maduración del cuello teniendo en cuenta el grado de borramiento del mismo y la altura de la cabeza fetal. Considerando que el cuello está inmaduro cuando tiene un IB < 7 puntos.

El universo estuvo constituido por la totalidad de los nacimientos por embarazo prolongado que se produjeron en el período, donde el grupo estudio estaba exclusivamente formado por las gestantes con trabajo de parto inducido (n=104); se estudiaron variables de la madre, del nacimiento y del producto de la concepción y a los datos obtenidos se les aplicó porcentaje.

FORMULARIO

NUMERO	Número consecutivo de pacientes
DÍA DE LA INDUCCIÓN	Anotar el día en que comienza la inducción
MES DE LA INDUCCIÓN	Anotar el mes en que ocurre la inducción
HORA DE COMIENZO DE LA INDUCCIÓN	Anotar hora en que comienza la inducción aclarar si a.m. o p.m.
NOMBRE Y APELLIDOS	Se explica por si solo
EDAD GESTACIONAL	Edad estacional en semanas completas
EDAD MATERNA	Edad materna en años
PARIDAD ANTERIOR	Anotar los partos anteriores
ÍNDICE DE BISHOP	Anotar los puntos otorgados en la evaluación del cérvix
MES DEL NACIMIENTO	Se explica por si solo
DÍA DE NACIMIENTO	Se explica por si solo
HORA DEL NACIMIENTO	Se explica por si solo
HORAS TRANSCURRIDAS	Horas transcurrida desde el inicio de la inducción del parto hasta el nacimiento(por cualquier vía que se produzca)
MODO DE NACIMIENTO	F (parto fisiológico), I (parto instrumentado), E (cesárea extraperitoneal) , T (cesárea transperitoneal)
CAUSA DE LA CESÁREA	Si cesárea, anotar la causa de la misma
LIQUIDO AGNIOTICO	1 (meconio x), 2 (meconio xx), 3 (meconio xxx), 4 (meconio xxxx), 5 (liquido claro)
APGAR 1 MINUTO	Anotar los puntos obtenidos
APGAR 5 MINUTOS	Anotar los puntos obtenidos
APGAR 10 MINUTOS	Anotar los puntos obtenidos
PESO FETAL	Anotar el peso en gramos
SEXO FETAL	F(femenino), M(masculino), I (indeterminado)
MORBI - MORTALIDAD NEONATAL	Anotar la morbilidad neonatal detectada. Si fue un fallecido fetal o neonatal aclarar al dorso de la encuesta, el tipo de fallecido y la causa del certificado de defunción
MORBIMORTALIDAD MATERNA	Anotar la morbilidad materna detectada. Si fue una muerte materna, aclarar al dorso de la encuesta la causa del certificado de defunción
OBSERVACIÓN	Cualquier observación necesaria

Tabla 1. Inducción del parto por embarazo prolongado según edad materna.

EDAD MATERNA EN AÑOS	n	%
< 20	24	23
20 - 35	68	65,5
> 35	12	11,5
TOTAL	104	100

Fuente: Historia Clínica.

En esta tabla podemos observar la inducción del parto por embarazo prolongado según la edad materna, donde del total de 104 casos 68 corresponden a la edad de 20 - 35 años, lo cual representa el 65,5 %. Esto obedece a que éste es el período de mayor fertilidad.

Urribarren,¹ en su estudio, encontró que la edad de las gestantes con embarazo prolongado osciló entre 17 y 35 años.

Nuestros resultados se comportaron similares a los de Shine, quien no encontró en la edad un factor de riesgo en la aparición del embarazo prolongado.

Tabla 2. Inducción del parto por embarazo prolongado según modo de nacimiento e índice de bishop.

INDICE BISHOP PUNTOS	T. INDUC.		PARTOS		CESAREAS	
	n	%	n	%	n	%
< 7	34	32,6	14	13,4	20	19,3
≥7	70	67,4	44	42,3	26	25
TOTAL	104	100	58	55,7	46	44,3

Fuente: Historia Clínica.

Teniendo en cuenta el modo de nacimiento en relación con el Índice de Bishop apreciamos que de 104 inducciones, 70 de ellas corresponden a un índice >7 puntos y de éstos el 42,3 % resultaron partos transpelvianos, coincidiendo con lo planteado por Rigor.³ La vía del parto es preferentemente la transpelviana, con cuidados intensivos durante el trabajo de parto.

Tabla 3. Inducción del parto por embarazo prolongado según causa de la cesárea primitiva e índice de bishop.

CAUSA DE CESAREA	ÍNDICE BISHOP		< 7		≥ 7	
	n	%	n	%	n	%
DCP	8	7,6	2	2,0	6	5,5
SFA	24	23,6	12	11,5	12	11,5
DPB	2	2,0	2	2,0	-	-
MAC.	2	2,0	-	-	2	2,0
DR	2	2,0	-	-	2	2,0
DT	6	5,7	4	3,8	2	2,0
PF	2	2,0	-	-	2	2,0
TOTAL	46	44,3	20	19,3	26	25

Fuente: Historia Clínica.

Leyenda:

DCP: Desproporción Céfalo pélvica

SFA: Sufrimiento fetal agudo

DPB: Distocia de partes blandas

MAC: Macrosomía

DR: Distocia de la rotación

DT : Distocia de tránsito

PF : Presentación de frente

En esta tabla relacionamos el Índice de Bishop con la causa de la cesárea. Observamos que el 23 % de las cesáreas fueron por sufrimiento fetal agudo y aquí el 50% de los casos (que es el 11,5 %), tenían un índice <7 y el otro 50% tenían un índice =7. La segunda causa de cesárea fue la DCP (7,6%) y la tercera causa fue la distocia de tránsito (5,7 %). Como se plantea en el manual de diagnósticos y tratamiento, en el embarazo prolongado la cesárea se realizará ante la presencia de sufrimiento fetal y de condiciones del cervix que no permitan el parto en un tiempo breve.⁴ Llama la atención el alto número de partos por cesárea (44,3 %) independientemente del IB. Urribarren¹ encontró en su estudio mayor intervencionismo y mayor índice de cesárea.

Tabla 4. Inducción del parto por embarazo prolongado según paridad.

PARIDAD	n	%
NULIPARA	42	40,4
PRIMIPARA	26	25,0
SECUNDIPARA	28	27,2
MULTIPARA	8	7,4
TOTAL	104	100

Fuente: Historia Clínica.

Predominaron las nulíparas (40,4 %), la multiparidad no se presentó prácticamente en nuestro estudio. La frecuencia de error de cuentas fue mayor entre las nulíparas y primíparas (porcentualmente) que entre las multíparas, nuestros hallazgos coinciden con lo planteado por otros autores.^{1,4,5}

Tabla 5. Inducción del parto por embarazo prolongado según modo de nacimiento y puntaje de apgar a los 5 minutos.

PUNTAJE APGAR	PARTO EUTOCICO		PARTO DISTOCICO	
	n	%	n	%
3 - 6	4	3,8	6	5,7
7 - 10	54	51,9	40	38,6
TOTAL	58	55,7	46	44,3

Fuente: Historia Clínica.

El embarazo prolongado no fue causa importante de Apgar bajo, ya que de 104 casos, sólo 10 presentaron signos de hipoxia y ninguna muerte fetal. Aunque estos resultados son superiores a los obtenidos por Gómez,⁶ coincidimos con él en

afirmar que el sufrimiento fetal es superior en embarazos prolongados con relación a los embarazos a términos.

Tabla 6. Inducción del parto por embarazo prolongado según modo de nacimiento y morbilidad materna y neonatal.

MODO NACIMIENTO	MORBILIDAD NEONATAL		MORBILIDAD MATERNA			
	n	%	n	%		
EUTOCICO	58	55,7	-	-	2	2,0
DISTOCICO	46	44,3	6	5,7	4	3,8
TOTAL	104	100	6	5,7	6	5,7

Fuente: Historia Clínica.

En el parto distócico fue donde ocurrió el mayor número de morbilidad neonatal y materna, la neonatal obedeció a BALAM, y la materna resultaron ser dos hematomas y dos sepsis de heridas quirúrgicas. Los partos eutócicos solo presentaron dos morbilidades maternas que correspondieron a restos placentarios. Con estos hallazgos se potencializa lo planteado en el manual de diagnósticos y tratamiento,⁴ que dice: "el incremento de las cesáreas no mejora los resultados de la morbilidad y mortalidad maternas y perinatales, y más allá del límite de sus beneficios agrega morbilidad y costo, y se transforma de solución en problema".

La mortalidad neonatal en recién nacidos postmaduros es mucho mayor si el intervalo desde el embarazo anterior es del orden de los 10 años. Lo antes planteado se debe a los cambios que ocurren en el embarazo prolongado. Los mismos son: cambios placentarios: la placenta del embarazo prolongado muestra una disminución en el diámetro y longitud de las vellosidades, necrosis fibrinoide y aterosclerosis acelerada de los vasos coriales y deciduales. Cambios en el líquido amniótico: disminución del volumen del L.A (= 400 ml) lo cual se asocia a un crecimiento de las complicaciones fetales, que parece deberse a una disminución en la producción de la orina fetal. Además el L.A se vuelve lechoso, debido a los abundantes fragmentos de vérmix caseoso y/o puede tener un color amarillo o verdoso, dado por el paso de meconio al mismo, que cuando es espeso, incrementa considerablemente el riesgo fetal. Cambios fetales: un 45% de los fetos continúan incrementando su peso a medida que el embarazo se prolonga, pero 5 -10% de los fetos presentarán características de malnutrición intrauterina, constituyendo el grupo de mayor riesgo perinatal.⁹⁻¹⁰⁻¹¹

Tabla 7. Inducción del parto por embarazo prolongado según peso del recién nacido.

PESO EN GRAMOS	n	%
Menos 2500	-	-
De 2500 - 3599	98	94,2
De 3600 y más	6	5,8
TOTAL	104	100

Fuente: Historia Clínica.

Los macrofetos no fueron frecuentes y no tuvimos CIUR entre los embarazos prolongados. La forma de prolongación normal o de relente fue la más frecuente en nuestros casos. David⁷ en sus casos describe en el embarazo prolongado que el 25 % de los recién nacidos pesaban más de 3600 gramos y Pritchard⁸ encontró 1.9 % de macrosomía fetal en embarazos prolongados.

Parece ser que la macrosomía fetal predomina en el post término, al compararlo con el a término. Sin embargo no es la forma clínica más frecuente de presentación en nuestro estudio.

Tabla 8. Inducción del parto por embarazo prolongado según sexo.

SEXO DEL RECIEN NACIDO	n	%
FEMENINO	68	65,3
MASCULINO	36	34,7
TOTAL	104	100

Fuente: Historia Clínica.

Se destaca una diferencia porcentual en la incidencia de embarazos prolongados entre el sexo femenino y el masculino (65,3 % y 34,7 % respectivamente). Esto es opuesto a lo planteado por Iffy,⁵ quien reporta o asocia los embarazos prolongados a fetos masculinos más que a los femeninos.

PRINCIPALES RESULTADOS

1. Del total de 104 inducciones por embarazo prolongado en el período estudiado, la mayor paridad la encontramos entre los 20 -35 años de edad, ya que este constituye el período de mayor fertilidad.
2. En cuanto a la vía del parto y el Índice de Bishop, predominó el parto transpelviano (42,3%) y todos ellos con un índice =7 puntos.
3. Los signos de sufrimiento fetal agudo se presentaron con mayor frecuencia (23%) en nuestro estudio y aquí el Índice de Bishop no repercutió en la aparición del mismo (se comportó de igual manera en el IB =7 y en el <7).
4. Predominaron las nulíparas (40,4%) ya que la frecuencia de error de cuenta es mayor entre las nulíparas y las primíparas que entre las múltiparas.
5. El embarazo prolongado no fue causa importante de Apgar bajo.
6. En el parto distócico por cesárea primitiva fue donde ocurrió el mayor número de morbilidad neonatal y materna (10 casos para 9,5%).
7. Los macrofetos no fueron frecuentes (5,8%). La forma de prolongación normal fue más frecuente en nuestro estudio.
8. Con respecto al sexo del recién nacido, observamos predominio del femenino (65,3%), asociado al embarazo prolongado.

CONCLUSIONES

Al concluir esta investigación pudimos conocer que en nuestro hospital en el año 2004 se realizaron 163 inducciones del parto (excluyendo las causas genéticas), donde 52 casos fueron por embarazo prolongado, lo que representa el 32 %. Decidimos estudiar en detalle esta causa porque constituye una entidad altamente preocupante tanto para la gestante y su familia como para el equipo médico que la asiste. Encontrando los resultados antes expuestos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Botella 1, Clavero 1, Tratado de Ginecología 14ª ed. Madrid: Ediciones Díaz de Santos 1993. pág. 618-712.
2. Pérez A. Donoso E. Obstetricia. 2da Ed. Santiago de Chile Mediterráneo; 1999 pág. 575-579.
3. Cuba Ministerio de Salud Pública. Grupo Nacional de Ginecología y Obstetricia. Manual de Procedimiento de Diagnóstico Tratamiento en Obstetricia y Perinatología. Ciudad Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2000, pág. 189 -191.
4. Ballantine, J.W.: The problem of mature infant. J. Obstet Gynecol Br Emp 2: 36, 1902.
5. Clifford, S.H.: Postmaturity with placental dysfunction; clinical syndrome and pathologic finding. Pediatr 44: 1, 1954.
6. Guo SW: Genetic Influences of prolonged gestation: maternal, paterna l or fetal?. Am J Obstet Gynecol 2004; 190: 2.
7. Caughey AB; Washington AE; Laros RK Neonatal complications of term pregnancy: rates by gestational age increase in a continuous, not threshold fashion. Am J Obstet Gynecol 2005; 192(1):185 -90.
8. ACOG Committee on Practice Bulletin -Obstetrics. ACOG Practice Bulletin. Clinical management guidelines for obstetricians -gynecologists. Number 55, September 2004 (replaces practice pattern number 6, October 1997). Management of Postterm Pregnancy.
9. Westfall RE; Benoit C. The rhetoric of "natural" in natural childbirth: childbearing women's perspectives on prolonged pregnancy and induction of labor. Soc Sci Med 2004; 59(7):1397-408.
10. Perri T; Ferber A; Digli A; Rabizadeh E; Weissmann -Brenner A; Divon MY. Nucleated red blood cells in uncomplicated prolonged pregnancy. Obstet Gynecol 2004; 104(2):372-6.
11. Iqbal S. Management of prolonged pregnancy. J Coll Physicians Surg Pak; 2004; 14(5):274-7.

12. Doganay M; Erdemoglu E; Avsar AF; Aksakal OS. Maternal serum levels of dehydroepiandrosterone sulfate and labor induction in post-term pregnancies. J Gynaecol Obstet 2004; 85(3):245-9.

13. Divon MY; Ferber A; Sanderson M; Nisell H; Westgren M A functional definition of prolonged pregnancy based on daily fetal and neonatal mortality rates. Ultrasound Obstet Gynecol 2004; 23(5):423-6.

Recibido: 14 de febrero de 2006

Aprobado: 25 de mayo de 2006

Dra. Mercedes Peña Abraham. Especialista I Grado en Ginecología y Obstetricia. Hospital Gineco-Obstétrico "Justo Legón Padilla". Pinar del Río. Dirección: Rafael Morales No. 237 Sur. Pinar del Río, Cuba