

Aspectos clinicoepidemiológicos de gestantes con embarazo prolongado en el municipio de Palma Soriano

Clinical and epidemiological aspects of pregnant women with prolonged pregnancy in Palma Soriano municipality

MsC. Iván Sánchez De la Cruz

Hospital Ginecoobstétrico Docente "Dra. Nelia I. Delfín Ripoll", Palma Soriano, Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio de tipo epidemiológico, observacional, analítico, longitudinal y prospectivo, de 44 gestantes con parto a las 42 semanas o más, atendidas en el Hospital Ginecoobstétrico Docente "Dra. Nelia I. Delfín Ripoll" del municipio de Palma Soriano, en Santiago de Cuba, de enero a diciembre de 2013, con vistas a caracterizarles clínica y epidemiológicamente y determinar la repercusión del embarazo prolongado en el binomio madre-hijo. Entre los resultados sobresalientes figuraron: la alta incidencia de la fecha no confiable de la última menstruación en el grupo de nulíparas (51,9 %), el parto por cesárea (29,5 %), cuya principal causa fue la inducción fallida (38,4 %), seguida de la desproporción céfalo-pélvica (23,1 %); el síndrome de aspiración meconial como complicación en los recién nacidos (29,5 %), y la atonía uterina y el sangrado (6,8 %, respectivamente) como complicaciones en las madres. Pudo concluirse que en la serie, el embarazo prolongado generalmente cursó en gestantes con fecha confiable de la última menstruación, el indicador de cesárea primitiva se incrementó y fue más frecuente la presencia de complicaciones en los recién nacidos que en las madres.

Palabras clave: embarazo prolongado, cesárea, síndrome de aspiración meconial, atonía uterina, hospitales maternos.

ABSTRACT

An epidemiological, observational, analytic, longitudinal and prospective study of 44 pregnant women with childbirth date at 42 weeks or more, assisted in "Dr. Nelia I. Delfín Ripoll" Teaching Gynecological and Obstetrical Hospital from Santiago de Cuba municipality was carried out from January to December, 2013, with the objective of characterizing them clinically and epidemically and to determine the influence of prolonged pregnancy in the binomial mother-son. Among the excellent results there were: the high incidence of non reliable date of the last menstruation in the nulliparous group (51.9%), the childbirth through caesarean section (29.5%) whose main cause was the failed induction (38.4%), followed by the cephalopelvic disproportion (23.1%); the syndrome of meconium aspiration as complication in the newborns (29.5%), and the uterine atony and bleeding (6.8%, respectively) as complications in the mothers. It could be concluded that in the series, the prolonged pregnancy generally took place in women with reliable last menstruation date, the indicator of primitive cesarean section was increased and the presence of complications was more frequent in the newborn than in mothers.

Key words: prolonged pregnancy, cesarean section, syndrome of meconium aspiration, uterine atony, maternal hospitals.

INTRODUCCIÓN

Un embarazo que dura más de 42 semanas (294 días o más a partir del primer día de la última menstruación) se considera prolongado. La gran mayoría de las mujeres dan a luz entre las semanas 37 y 42 del embarazo, pero se ha comprobado estadísticamente que cerca de 7 % de los bebés nacen en la semana 42 o más tarde. Otros términos utilizados para denominar a este trastorno son embarazo posttérmino y posmadurez.¹

En 1902 Ballantyne fue el primero en describir el problema que significaba el embarazo posttérmino en la práctica obstétrica moderna; así lo definía: "El infante posmaduro ha permanecido mucho tiempo intraútero; ha sido tanto, que es difícil su nacimiento con seguridad para él y su madre".²

Se desconocen aún las razones por las cuales algunas mujeres tienen un embarazo más prolongado que otras, aunque generalmente se debe a un error en el cálculo de la fecha de concepción. De igual manera, una mujer tiene mayor probabilidad de tener un embarazo prolongado si sus embarazos anteriores lo fueron. La causa no ha sido dilucidada; sin embargo, han sido relacionados algunos factores hormonales, mecánicos y fetales.

Al respecto, precisar con exactitud la fecha de gestación es importante para diagnosticar y controlar un embarazo prolongado. El tamaño del útero en determinados momentos al comienzo del embarazo y las fechas en que por primera vez se escuchó el latido del feto y la madre sintió los movimientos de este, ayudan a confirmar las fechas del embarazo.

En el control de un embarazo prolongado se pueden realizar pruebas para verificar el bienestar del feto, identificar algún problema y evitar complicaciones, a fin de lograr un parto con un bebé saludable. Generalmente se utilizan la ecografía (para evaluar el desarrollo del feto en los inicios), las pruebas sin estrés (para determinar cómo responde la frecuencia cardíaca del feto ante la actividad fetal) y los cálculos del volumen de líquido amniótico.^{3,4}

De igual modo, este tipo de embarazo está asociado a un trabajo de parto más largo y a intervenciones quirúrgicas (asistidas por fórceps o ventosas), debido principalmente al tamaño del bebé. Las mujeres corren mayor riesgo de presentar traumatismos en un parto vaginal cuando el bebé es grande; por lo tanto, es 2 veces más probable el parto por cesárea, además de las probabilidades de padecer infecciones, complicaciones en la herida y hemorragias posparto (después del alumbramiento).

También están en riesgo el feto o el recién nacido. Hacia el final del embarazo, la placenta, que aporta nutrientes y oxígeno al feto desde la circulación de la madre, comienza a envejecer y la efectividad de su función puede disminuir. Igualmente el volumen de líquido amniótico puede disminuir y el feto deja de aumentar de peso, o incluso llega a perder peso. Los peligros para un feto que recibe un aporte deficiente de oxígeno pueden aumentar durante el trabajo de parto y el parto. Si el bebé es grande, además se pueden presentar lesiones debido al parto, y si nace después de la semana 42, corre el riesgo de aspiración de meconio e hipoglucemia, por tener reservas muy pequeñas de glucosa.⁵

La mortalidad fetal aumenta después de las 42 semanas y se duplica a las 43. Aproximadamente un tercio de las muertes se deben a la asfixia intrauterina por insuficiencia placentaria, lo que contribuye además a la mayor incidencia de malformaciones, especialmente del sistema nervioso central. En la asfixia perinatal

influyen, además, la compresión del cordón umbilical y el síndrome de aspiración meconial.

Por otra parte, el retardo del crecimiento y la macrosomía fetal son condiciones que se observan con mayor frecuencia en el embarazo en vías de prolongación y prolongado. La segunda condición constituye un factor de riesgo para el traumatismo obstétrico (fractura de clavícula, parálisis braquial y céfalo-hematoma). Otros riesgos suelen ser la dificultad para regular la temperatura y las complicaciones metabólicas como hipoglucemia y policitemia. De 20 a 25 % de los recién nacidos postérmino poseen alto riesgo perinatal.⁶ Todos los planteamientos anteriores motivaron a realizar esta investigación en el Hospital Ginecoobstétrico Docente "Dra. Nelia I. Delfín Ripoll" en el año 2013.

MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo epidemiológico, observacional, analítico, longitudinal y prospectivo, de 44 gestantes con parto a las 42 semanas o más, atendidas en el Hospital Ginecoobstétrico Docente "Dra. Nelia I. Delfín Ripoll" del municipio de Palma Soriano, en Santiago de Cuba, de enero a diciembre de 2013, con vistas a determinar las características clínicas y epidemiológicas del embarazo prolongado y su repercusión en el binomio madre-hijo.

Según los criterios de inclusión, se consideraron las gestantes que dieran su consentimiento informado, procedieran del mismo municipio y cuyos diagnóstico, seguimiento y parto se hubieran realizado en esta institución hospitalaria. Fueron excluidas aquellas pacientes que no cumplieran tales criterios; finalmente, se tuvo en cuenta si la gestante deseaba abandonar la investigación (criterio de salida).

Las variables empleadas fueron: embarazo prolongado, edad (menos de 20, de 20-35 y más de 35 años), paridad (nulípara, con 1-2 hijos nacidos anteriormente y múltipara), fecha de la última menstruación (confiable y no confiable), tipo de parto (eutócico y por cesárea), causas de la cesárea (corioamnionitis, meconio agudo, sufrimiento fetal, desproporción céfalo-pélvica e inducción fallida), complicaciones de los recién nacidos (trauma, infección, depresión al nacer y síndrome de aspiración meconial) y complicaciones maternas (atonía uterina, sangrado y endometritis).

La información necesaria se recogió en una planilla elaborada a los efectos, directamente del interrogatorio, el examen físico, el carné de embarazada y las historias clínicas de la madre y el recién nacido; posteriormente fue procesada a través del paquete estadístico Epiinfo-6, con el uso del porcentaje como medida de resumen. Para detectar posibles incongruencias y dificultades en su recolección, se efectuó una verificación de la encuesta.

RESULTADOS

Al relacionar la fecha de la última menstruación (FUM) y la paridad (tabla 1), se obtuvo que 63,6 % poseía una fecha confiable y 36,4 % no confiable. De las gestantes con embarazos prolongados, 61,4 % fueron nulíparas, 31,8 % presentaba de 1 a 2 hijos anteriores y 6,8 % eran múltiparas. Resultó importante la alta incidencia de la FUM no confiable en el grupo de las nulíparas (51,9 %).

Tabla 1. Relación entre la fecha de última menstruación y la paridad de las gestantes con embarazo prolongado

Paridad	Fecha de la última menstruación					
	Confiable		NO confiable		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Nulíparas	13	29,5	14	31,8	27	61,4
De 1-2 hijos	12	27,3	2	4,5	14	31,8
Multíparas	3	6,8			3	6,8
Total	28	63,6	16	36,3	44	100,0

Se evidenció que 31 gestantes (70,5 % del total) evolucionaron hacia un trabajo de parto normal, con parto eutócico; mientras que en 13 embarazadas fue necesario realizar cesárea, para 29,5 %. Debe destacarse que la gestación prolongada incrementó la práctica de cesáreas primitivas.

En la tabla 2 se muestra que en las 13 gestantes cesareadas, la principal causa de intervención fue la inducción fallida, con 38,4 %, seguida de la desproporción céfalo-pélvica, con 23,1 %.

Tabla 2. Gestantes con embarazo prolongado según causas de la cesárea

Causa	Cesárea	
	No.	%
Corioamnionitis	1	7,7
Meconio intenso con cérvix desfavorable para parto transpélvico en breve tiempo	2	15,4
Sufrimiento fetal crónico agudizado	2	15,4
Desproporción céfalo-pélvica	3	23,1
Inducción fallida	5	38,4
Total	13	100,0

No hubo complicaciones en 70,5 % de los recién nacidos (tabla 3), en tanto, de 29,5 % que presentó alguna noxa, el síndrome de aspiración meconial constituyó la más frecuente, con 13,6 %, seguido de la depresión al nacer y el trauma (6,8 %, respectivamente).

Tabla 3. Recién nacidos de embarazos prolongados según complicaciones al nacer o no

Complicaciones	Recién nacidos	
	No.	%
Infección	1	2,3
Trauma	3	6,8
Depresión al nacer	3	6,8
Síndrome de aspiración meconial	6	13,6
Sin complicación	31	70,5
Total	44	100,0

No se produjo ninguna complicación en 38 de parturientas (86,4 %). Del grupo que presentó alguna dificultad durante el parto o puerperio (o en ambos), las más frecuentes fueron la atonía uterina y el sangrado, con 3 afectadas en cada caso, para 6,8 %, respectivamente; seguidas de la endometritis puerperal, con solo 2 pacientes (4,5 %).

DISCUSIÓN

En la serie se obtuvo una mayor frecuencia de la fecha confiable de la última menstruación, pero fue considerable la alta incidencia de la FUM no confiable en el grupo de las nulíparas, lo cual se debió específicamente al embarazo en adolescentes, quienes presentan menstruaciones irregulares y cuyos embarazos no son deseados ni planificados. Tales resultados coincidieron con los de la bibliografía consultada, donde se refiere que es probable que la mayor parte de las gestaciones de más de 42 semanas completas luego de la última menstruación, no sean en realidad prolongadas en el sentido biológico, y solo unos pocos que no hubieran cumplido las 42 semanas podrían ser postérmino. Estas variaciones en los ciclos menstruales podrían explicar, por lo menos en forma parcial, por qué alrededor de 10 % de los embarazos humanos llegan a las 42 semanas completas, aunque una proporción relativamente pequeña de estos fetos tienen signos de posmadurez.⁷

Asimismo, es importante destacar que la gestación prolongada incrementó la práctica de cesáreas primitivas, de manera que se elevó este indicador de salud materna. Todo lo anterior concordó con un estudio⁸ sobre el tema, en el cual se plantea que de no conseguirse la realización del parto en un tiempo prudencial, se indica la operación cesárea. Al respecto, las opiniones sobre cuándo termina la gestación, varían en la literatura biomédica, desde autores que recomiendan finalizarla cuando el cérvix está maduro, hasta los que deciden esperar el inicio espontáneo del trabajo de parto, siempre sin que la gravidez sobrepase la semana 43 y con el control estricto del bienestar fetal. De igual manera, otros proponen que si el cérvix no es favorable para la inducción, se debe producir la maduración de este, y una vez que se logre, se inducirá el parto.

La principal causa de cesárea en las integrantes de esta casuística, fue la inducción fallida, lo cual coincidió con lo expuesto en las investigaciones revisadas. Cabe agregar que el trabajo de parto constituye un momento de gran riesgo para el feto postérmino. La cesárea se indica -- sin previo intento de un parto natural -- cuando exista un cuadro de sufrimiento fetal prolongado, un bebé de grandes dimensiones o cualquier otra causa de la madre o el hijo que así lo sugieran. En otros estudios se comenta que la incidencia de cesárea fue significativamente mayor en el embarazo postérmino y que los riesgos se incrementaron cuando el comienzo del parto se originó por inducción del trabajo de parto.^{9,10}

Respecto a las complicaciones presentes en los recién nacidos de embarazos prolongados, los hallazgos de la serie se correspondieron con los de la bibliografía. Se ha informado que el líquido amniótico meconial es 2 o 3 veces más frecuente en los embarazos prolongados y que en 50 % de las gestantes es espeso, lo cual favorece el desarrollo del síndrome de aspiración de meconio.

También se ha notificado que la importancia del embarazo prolongado está dada por la morbilidad y mortalidad a la cual se expone el binomio madre-feto. Entre los principales problemas se pueden citar: aumento de la mortalidad perinatal, sufrimiento fetal agudo intraparto, síndrome de aspiración de meconio, traumatismos fetal y materno (debido principalmente a la macrosomía fetal y a las dificultades para el parto que ello conlleva: céfalo-hematoma, tumor del parto, retención de hombros, fracturas, desgarros perineales, entre otros) y síndrome de posmadurez e inmadurez -- descrito por Klifford en 1954 --; este último posee una incidencia de 5-10 % en los embarazos prolongados y consiste en la disminución de la grasa subcutánea, que origina una piel arrugada, y la aparición de un tinte amarillo o verdoso de la piel, el cual depende del tiempo en que el feto ha estado expuesto al meconio.^{11,12}

Los resultados de este estudio en cuanto a las complicaciones de las parturientas, coincidieron con los de otros autores.⁷ La importancia de este aspecto radica en su gran relación con la morbilidad y mortalidad perinatales, que se duplican a medida que el embarazo avanza más allá de las 42 semanas. Así, los riesgos para la madre son: mayor índice de inducciones, parto disfuncional, mayor índice de cesárea, desgarros del canal blando, mayor índice de instrumentaciones y complicaciones tardías como endometritis, hemorragias y trastornos emocionales.

El embarazo prolongado está asociado con trabajos de parto más largos y partos realizados mediante intervenciones quirúrgicas (asistidos por fórceps o ventosas). Las mujeres corren mayor riesgo de sufrir traumatismos en un parto vaginal cuando el bebé es grande; por tanto, el parto por cesárea es 2 veces más probable en un embarazo prolongado debido al tamaño del bebé. Igualmente, las madres tienen más probabilidades de padecer infecciones, complicaciones en la herida y hemorragias posparto (después del alumbramiento).³

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bochner CJ, Williams J, Castro L, Medearis A, Hobel CJ, Wade M. The efficacy of starting post-term antenatal testing at 41 weeks as compared with 42 weeks of gestational age. *Am J Obstet Gynecol.* 1988; 159(3): 550-4.
2. Clark SL. Intrapartum management of the postdate patient. *Clin Obstet Gynecol.* 1989; 32(2): 278-84.
3. Donoso E, Pérez A. Embarazo prolongado. En: Pérez Sánchez A, Donoso Siña E. *Obstetricia.* Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo; 2009. p. 506-10.
4. Espinoza R. Edad gestacional y embarazo en vías de prolongación. *Boletín Escuela de Medicina.* Pontificia Universidad Católica de Chile. 1993; 22(2): 131-4.
5. University Health Care. Embarazo prolongado. Utah: University of Utah Hospitals and Clinics; 2013 [citado 16 Dic 2013].
6. Espinoza R. Embarazo prolongado y en vías de prolongación. En: Oyarzún Ebensperger E, Badía Arnaiz JI. *Alto riesgo obstétrico.* Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile; [s.a.] [citado 16 Dic 2013].
7. Rodríguez Hidalgo N. *Manual de diagnóstico y tratamiento en obstetricia y perinatología.* La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2000.
8. The National Institute of Child Health and Human Development Network Maternal Medicine Units. A Clinical trial of induction of labor versus expectant management in postterm pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 1994; 170(3): 716-23.
9. Cunningham FG, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hauth JC, Wenstrom KD, Bloom SL. *Obstetricia de Williams.* 22 ed. México, D.F.: McGraw-Hill Interamericana; 2006.
10. Oliva Rodríguez JA. *Temas de obstetricia y ginecología.* La Habana: Infomed/CNICM; [s.a.] [citado 16 Dic 2013].

11. Creasy RK, Resnik R, Iams JD. Maternal-fetal medicine: principles and practice. 5 ed. Philadelphia: Saunders; 2004.
12. Leveno KJ, Quirk JG, Cunningham FG, Nelson SD, Santos-Ramos R, Toofanian A, et al. Prolonged pregnancy. I. Observations concerning the causes of fetal distress. Am J Obstet Gynecol. 1984; 150(5): 465-73.

Recibido: 7 de mayo de 2014.

Aprobado: 22 de junio de 2014.

Iván Sánchez De La Cruz. Hospital Ginecoobstétrico Docente "Dra. Nelia I. Delfín Ripio", carretera central, Km 2 ½, El Chelín, Palma Soriano, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: navidelacruz@nauta.cu