

HOSPITAL GENERAL DOCENTE
“DR. AGOSTINHO NETO”
GUANTANAMO

**REPERCUSION DEL EMBARAZO
PROLONGADO EN RESULTADOS
PERINATALES**

Dr. Angel Ganfong Elías¹, Dra. Alicia Nieves Andino², Dra. Norka Mireya Simonó Bell³, Dr. Juan Manuel González Pérez⁴, Dra. María del Carmen Díaz Pérez⁵, Dr. Antonio Rubinos Vega⁶, Dr. Rolando Ramírez Robert.⁶

RESUMEN

Se realiza un estudio de casos y controles con las gestantes con embarazo prolongado que parieron en el Hospital General Docente “Dr. Agostinho Neto” de Guantánamo. Se determina la repercusión del embarazo prolongado, que culmina en operación cesárea, en los resultados perinatales en nuestro medio. Se tomaron 140 gestantes con embarazo prolongado y que terminaron por vía cesárea y 150 con embarazos normales que terminaron también por esta vía. Se determinan algunas variables como: edad, paridad, forma de inicio del trabajo de parto, complicaciones maternas de las cesáreas e indicaciones de las cesáreas. Las gestantes con embarazo prolongado tienen 3 veces más posibilidades de terminar el embarazo mediante inducción del parto que el resto de las embarazadas a término. No existen diferencias estadísticamente significativas en las complicaciones relacionadas a la operación cesárea. El sufrimiento fetal agudo es 2 veces más frecuente entre los embarazos prolongados y la inducción fallida es 3 veces más frecuente.

Palabras claves: EMBARAZO PROLONGADO: SUFRIMIENTO FETAL/ etiología.

¹ *Master en Atención Integral a la Mujer. Especialista de I Grado en Ginecobstetricia. Asistente.*

² *Especialista de I Grado en Anestesiología y Reanimación. Instructor.*

³ *Master en Atención Integral a la Mujer. Especialista de II Grado en Ginecobstetricia. Profesor Auxiliar.*

⁴ *Especialista de I Grado en Ginecobstetricia. Instructor.*

⁵ *Master en Atención Integral a la Mujer. Especialista de I Grado en Ginecobstetricia.*

⁶ *Especialista de I Grado en Ginecobstetricia.*

INTRODUCCION

El embarazo prolongado es una de las afecciones que mayor preocupación produce entre los obstetras de todo el mundo. Este efecto tiene su explicación lógica cuando observamos cómo incide este evento en los resultados perinatales y maternos¹, y muy específicamente, en la elevación del número de gestantes que terminan su embarazo mediante operación cesárea; proceder que trae aparejado, por sí mismo, sus propias complicaciones y riesgos.

El estudio del comportamiento de los embarazos que van más allá de las 42 semanas es una constante en nuestro país^{2,3} y en otras partes del mundo.⁴ El problema reside por una parte en la dificultad que en ocasiones se presenta en la determinación de la edad gestacional exacta de las pacientes, en la correlación de este último dato con las condiciones maternas y, fundamentalmente, fetales de cada gestante con prolongación de su embarazo, la presencia o no de afectación placentaria y la determinación del momento adecuado de culminación de la gestación incluyendo la vía que debe tomarse para extraer el producto.

La incidencia oscila en diversas partes del mundo en un rango de 4 a 14 %, con un promedio de 10 %.⁵

Nuestro objetivo fue determinar la repercusión del embarazo prolongado que culmina en operación cesárea en algunos resultados perinatales.

METODO

Se realiza un estudio analítico de casos y controles durante el período de un año en el Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto" de la provincia de Guantánamo durante el año 2006. Los casos fueron 140 gestantes con embarazo de 42 semanas o más que terminaron en operación cesárea y los controles fueron 150 gestantes con menos de 42 semanas.

Se estudian las variables: edad, paridad, modo de inicio del parto, complicaciones maternas y diagnóstico de las cesáreas.

El dato primario, inicialmente recogido en una planilla de vaciamiento, fue introducido en el sistema bioestadístico EPINFO 2000 para su ulterior procesamiento estadístico.

Para analizar los datos se realizó primeramente un análisis univariante utilizando el porcentaje como medida de resumen para variables cualitativas. Posteriormente, se realizó un análisis bivariante para identificar la posible asociación entre cada factor con el grupo de estudio y el de control. Se confeccionaron tablas de contingencia donde se obtuvo el Odds Ratio (OR) para cada uno de ellos, prefijándose el 95 % para el intervalo de confianza (IC).

RESULTADOS Y DISCUSION

El grupo de edades más frecuente para ambos grupos fue de 25 a 29 años con el 28.6 y 27.3 %, respectivamente, para los embarazos prolongados y los embarazos con 40 o menos semanas. Las nulíparas fueron predominantes con el 56.4 y el 56.7 % dentro del grupo estudio y del grupo control, respectivamente.

En la Tabla 1 se analiza la forma de terminación del embarazo y puede apreciarse que el número de partos inducidos fue superior entre las gestantes con embarazo prolongado con un OR de 3.22 (95 % IC = 1.85-5.64), es decir, altamente significativo.

En las gestantes con embarazo prolongado se presentaron 16 complicaciones (10.8 %) y en las que no lo presentaban, 29 (18.3 %). En general, el cálculo del OR para el conjunto de complicaciones de ambos grupos fue de 1.86 (95 % IC= 0.92-3.79) (Tabla 2).

Posteriormente, se analizaron los diagnósticos preoperatorios de ambos grupos de estudios. El sufrimiento fetal fue el primer diagnóstico que llevó a la realización de la operación cesárea con el 55.0 y 36.7 % para los grupos de estudio y de control, respectivamente. El OR para esta eventualidad fue de un 2.11 (95 % IC = 1.28-3.48) con $X^2=9,78$ y $P< 0,05$.

Las gestantes con embarazo prolongado tienen 3 veces más posibilidades de terminar el embarazo por inducción que aquellas sin esta situación obstétrica.

Rigol⁶ plantea que alrededor del 25 % de los embarazos prolongados terminan por operación cesárea.

Resultados muy similares encontró Balestena³, quien encontró un OR de 3.90 para los partos inducidos, solo ligeramente superior a nuestros resultados. Piloto² obtuvo resultados semejantes en su estudio; ambos estudios realizados en Pinar del Río pero en diferentes años.

Wilkes⁴ por su parte plantea que alrededor del 80 % de las pacientes que llegan a las 42 semanas tienen un cuello no favorable para el parto, lo que conlleva a alguna forma de inducción del parto.

En el Williams Obstetrics⁷ este tema es analizado cuidadosamente, citándose varios macro estudios realizados por diferentes colectivos de investigadores, que concluyen que la gran mayoría tiende a la inducción. Existen otros estudios que abogan por el seguimiento conservador bajo vigilancia anteparto estrecha. Entre ambos grupos no se han encontrado diferencias significativas en los resultados perinatales finales.

En algunos sitios esta decisión se toma teniendo en cuenta las características del cuello al final del embarazo, verificadas mediante determinación ultrasonográfica vaginal.^{8,9}

Recientemente hemos comenzado a utilizar este proceder en nuestro servicio de perinatología para decidir la conducta obstétrica a seguir. Otros practican aún la decoloración de membranas para inducir el parto^{10,11}, proceder totalmente abolido de nuestra práctica obstétrica por las implicaciones negativas que puede acarrear como son: sepsis, rotura prematura de membranas, etc.

Otros lugares acuden a la maduración paulatina con el uso de prostaglandinas por vía vaginal e incluso oral, tales como el Misoprostol o el Dinoprostone¹² con resultados positivos. Nosotros no utilizamos las prostaglandinas y sí utilizamos el índice de líquido amniótico (ILA) antes de decidir la inducción o no de una paciente con embarazo prolongado, tal y como lo hacen otros autores revisados.^{13,14}

Como las complicaciones maternas encontradas no fueron diferentes entre los dos grupos de estudio, podemos decir que el presentar un embarazo prolongado en nuestro medio no predispone a la aparición o no de una complicación ligada a la operación cesárea. En tal sentido, estimamos que no hay consenso a nivel mundial en cuanto a ser agresivos o no con las pacientes que cursan un embarazo prolongado por temor a complicaciones ligadas a la operación cesárea. Algunos apoyan la intervención¹⁵ mientras otros llegan hasta

cuestionarse la necesidad de intervención en vista de las complicaciones posibles.¹⁶

El sufrimiento fetal fue el diagnóstico preoperatorio más frecuente, resultado que coincide con Piloto² con el 49.9 y 40.5 %, respectivamente.

Otros autores coinciden con nuestros resultados.^{17,18} La desproporción cefalopélvica fue el segundo diagnóstico más frecuente pero no hubo diferencias estadísticamente significativas. No podemos plantear que esta situación obstétrica se incrementa a causa de un embarazo prolongado, resultados que coinciden con los encontrados por Piloto² en Pinar del Río.

CONCLUSIONES

Concluimos que el embarazo prolongado en nuestro medio incide de manera negativa en la posibilidad de parto inducido con las potencialidades negativas que esta situación trae consigo y es el Sufrimiento fetal la principal indicación preoperatoria.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Colectivo de autores. Manual de diagnóstico y tratamiento en Obstetricia y Perinatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1997.p.189.
2. Piloto MM, Morejón TE, Pino ME, Breijo MH. Embarazo prolongado. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2000; 26(1):48-53.
3. Balestena SJM, Pino ME, Suárez BC, Soto UM. Características maternas y resultados perinatales en el embarazo prolongado. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2002; 28(1):11-7.
4. Wilkes P. Postdate Pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2000;(2).
5. Alvarez V, Lugo A, Alvarez A, Muñiz M. Comportamiento del embarazo prolongado en el servicio de cuidados perinatales. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2004; 30(2).
6. Rigol O. Obstetricia y Ginecología. Ciudad de la Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.
7. Cunningham G. Williams Obstetrics[en CD-ROM]. 20ªed. Washington: Appleton & Lange; 1997.

8. Rane SM, Guirgis RR, Higgins B, Nicolaides KH. Pre-induction sonographic measurement of cervical length in prolonged pregnancy: the effect of parity in the prediction of the need for cesarean section. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2003; 22(1):45-8.
9. Rane SM, Pandis GK, Guirgis RR, Higgins B, Nicolaides KH. Pre-induction sonographic measurement of cervical length in prolonged pregnancy: the effect of parity in the prediction of induction-to-delivery interval. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2003; 22(1):40-4.
10. Wong SF, Hui SK, Choi H, Ho LC. Does sweeping of membranes beyond 40 weeks reduce the need for formal induction of labour?. *BJOG.* 2002; 109(6):632-6.
11. Dare FO, Oboro VO. The role of membrane stripping in prevention of post-term pregnancy: a randomised clinical trial in Ile-Ife. *Nigeria J Obstet Gynaecol.* 2002; 22(3):283-6.
12. Moodley J, Venkatachalam S, Songca P. Misoprostol for cervical ripening at and near term—a comparative study. *S Afr Med J.* 2003; 93(5):371-4.
13. Stigter RH, Mulder EJ, Bruinse HW, Visser GH. The amniotic fluid index in late pregnancy. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2002;12(5):291-7.
14. Pasquini L, Nasto R, Mie ME, Giuliani B, Periti E. Amniotic fluid analysis as a screening test in term and post-term pregnancy. *Minerva Ginecol.* 2003; 55(1):69-73.
15. Sanchez-Ramos L, Olivier F, Delke I, Kaunitz AM. Labor induction versus expectant management for postterm pregnancies: a systematic review with meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2003; 101(6):1312-8.
16. Otoide F, Okonofua V. Outcome of prolonged pregnancy revisited in a Nigerian tertiary centre. *J Obstet Gynaecol.* 2001; 21(3):261-5.
17. Treger M, Hallak M, Silberstein T, Friger M, Katz M, Mazor M. Post-term pregnancy: should induction of labor be considered before 42 weeks?. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2002; 11(1):50-3.
18. Hollis B. Prolonged pregnancy. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2002; 14(2):203-7.
19. Wu WL. Cesarean delivery in Shantou, China: a retrospective analysis of 1922 women. *Birth.* 2000; 27(2):86-90.

TABLA 1. FORMA DE TERMINACION DEL EMBARAZO.

MODO DE INICIO DEL TRABAJO DE PARTO	GRUPO ESTUDIO		GRUPO CONTROL		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Espontáneo	63	45.0	103	68.7	166	57.2
Inducción	61	43.6	29	19.3	90	31.0
Sin trabajo de parto	16	11.4	18	12.0	34	11.7
TOTAL	140	100	150	100	290	100

OR (para inducción) = 3.22 (95% IC = 1.85 – 5.64) $X^2 = 19.88$ $P < 0.05$

TABLA 2. COMPLICACIONES MATERNAS.

COMPLICACIONES MATERNAS	GRUPO ESTUDIO		GRUPO CONTROL		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Anemia	5	3.4	9	5.8	14	4.6
Sepsis de la herida	5	3.4	5	3.2	10	3.3
Dehiscencia de la herida	3	2.0	4	2.6	7	2.3
Hematoma de la pared	1	0.7	2	1.3	3	1.0
Restos ovulares	0	0.0	3	1.9	3	1.0
Histerectomía	2	1.4	6	3.9	8	2.6
Sin complicaciones	132	89.2	125	81.2	257	85.1
TOTAL	148	100	154	100	302	100

OR = 1.86 (95% IC = 0.92 – 3.79) $X^2 = 3.83$ $P > 0.05$

TABLA 3. DIAGNOSTICO PREOPERATORIO.

INDICACIONES DE CESAREA	GRUPO ESTUDIO		GRUPO CONTROL		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Sufrimiento fetal	77	55.0	55	36.7	132	45.5
Inducción fallida	12	8.6	4	2.7	16	5.5
Oligoamnios	3	2.1	3	2.0	6	2.1
Placenta previa	0	0.0	6	4.0	6	2.1
DCP	26	18.6	47	31.3	73	25.2
Pelviano	5	3.6	20	13.3	25	8.6
Crecimiento intrauterino retardado	0	0.0	9	6.0	9	3.1
Meconio con MCC	2	1.4	3	2.0	5	1.7
Macrosomia fetal	8	5.7	0	0.0	8	2.8
Otras	7	5.0	3	2.0	10	3.4
TOTAL	140	100	150	100	290	100

OR = 2.11 (95% IC =1.28 - 3.48)

X² = 9.81

P < 0.05 (para sufrimiento fetal)