

Morbimortalidad en embarazos postérmino

Morbimortality in the post-term labor

Dra. Norma González Lucas, Dra. Mabel Paz Román, Dra. Noris P. Navas Avalo

Hospital Ginecobstétrico Provincial Ana Betancourt de Mora. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo y prospectivo en gestantes con embarazo postérmino en el Hospital Ginecobstétrico Docente Ana Betancourt de Mora en el año 1995, para conocer la morbimortalidad relacionada con esa entidad. Las historias clínicas fueron la fuente de datos volcados a un cuestionario que se procesó por computación con el sistema Microstat aplicando por cientos y test de hipótesis de proporciones. Se diagnosticaron 250 gestantes para un 3,96 %; de ellas 224 tenían entre 18-35 años y 166 eran nulíparas. El punto de líquido amniótico por ultrasonido fue normal en el 57,37 %. El perfil biofísico fue normal en el 91,10 % y nacieron vigorosos el 95,10 % de los bebés. El comienzo del parto fue espontáneo en el 52,40 % de las gestantes y el 63,20 % terminó en partos distócicos. El 40 % de los neonatos pesó de 3 000 a 3 499 grs, fue más frecuente la macrosomía que el bajo peso. El impétigo y la broncoaspiración de líquido amniótico meconial fueron la causa morbilidad del recién nacido más frecuente.

DeCS: EMBARAZO PROLONGADO; MORBILIDAD; EPIDEMIOLOGIA DESCRIPTIVA; ESTUDIOS PROSPECTIVOS.

ABSTRACT

A descriptive and prospective study was performed in pregnant women with post-term labor in Ana Betancourt de Mora Gyneco-Obstetric Provincial Hospital during the year 1995 so as to know morbimortality related with this entity. Clinical Records were the source of data and a questionnaire was processed through computation with MICROSTAT System using percentages and the Proportion Hypothesis Test. Two-hundred and fifty pregnant women were diagnosed for a 3, 96%; 224 out of them were among 18 and 35 years-old, and 166 were nulliparous. The amniotic fluid rate through ultrasonography was normal in 91, 10% and 95, 10% were born vigorously. The early labor was spontaneous in 52, 40% of women and 63, 20% finished with dystocic labors. The 40% of newborn weighted from 3000grs to 3499grs. Macrosomy was more frequent than low birth weight. Impetigo and BALAM were the most frequent morbidity of the newborn.

DeCS: PREGNANCY; PROLONGED.

INTRODUCCIÓN

El embarazo prolongado es frecuente en todas las maternidades, se observa en el 7, 5 al 10 % de las embarazadas como una condición generalmente benigna desde el punto de vista de las perspectivas perinatales, aunque asociado a significativa ansiedad por parte de los padres y familiares

El verdadero postmaduro sólo ocurre en alrededor del 20 % de estos casos y existe una relación reconocida entre dismadurez y mortalidad perinatal

El embarazo postérmino ocasiona envejecimiento global de la placenta y por lo tanto de todas sus funciones, paralelamente a la claudicación del metabolismo placentario se va instaurando la insuficiencia respiratoria y esta hipoxia subaguda y progresiva es la que va a afectar al feto, originando el síndrome de postmadurez responsable del bajo peso y baja talla para su edad gestacional, cambios en la coloración de la piel y manifestaciones cutáneas (2). Clifford en 1952 reconoció tres estadios de postmadurez.

El embarazo prolongado es todavía un tema lleno de controversias en aspectos tales como diagnóstico, riesgos perinatales y atención, se reconoce por algunos con alta incidencia de morbimortalidad, aunque menos frecuente con los fetos hipertróficos, pero éstos a su vez constituyen también causa de morbimortalidad

por las distocias, trabajos de partos prolongados, relación feto-pélvica e incremento del número de cesáreas, entre otras (3).

De las pruebas que evalúan el bienestar fetal y de más uso en nuestro medio está el perfil biofísico que refleja la función del sistema nervioso del feto a través de cinco variables, este proceder permite valorar al feto, vigilar sus actividades y reacciones a diversos estímulos, procediendo a la exploración física, aunque en forma indirecta para el producto lo que permite intervenir en determinado momento en una embarazada con feto en peligro (4).

Por todo lo antes mencionado se han propuesto varios esquemas para el manejo del postérmino, pero existen desacuerdos para su seguimiento. Algunos autores sugieren la terminación del mismo en aras de disminuir las consecuencias del síndrome del postmaduro (3). Otros proponen el manejo conservador con pruebas de bienestar fetal, las ventajas de estos últimos es su bajo índice de inducción en casos de amenorrea dudosa; sin embargo, la vía más aceptada para el seguimiento de las gestantes con sospecha de postérmino es monitorizar el bienestar fetal y terminar el embarazo, de acuerdo con los riesgos reconocidos (5)

Con estos antecedentes nos propusimos determinar el comportamiento de la morbimortalidad en el embarazo postérmino.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo y prospectivo al universo constituido por 250 gestantes portadoras de embarazo postérmino durante el año 1995 en el Hospital Docente Ginecobstétrico Ana Betancourt de Mora de Camagüey con fines de demostrar la morbimortalidad en esta afección

Se revisaron los expedientes clínicos con el diagnóstico y se volcaron los datos en un cuestionario confeccionado según criterios de expertos analizando variables reconocidas y estudiadas previamente por otros autores, de importancia con el embarazo postérmino. Los datos obtenidos se procesaron en una computadora IBM compatible con el Sistema Estadístico MICROSTAT con técnicas estadísticas descriptivas, números absolutos, por cientos y test de hipótesis de proporciones. Los resultados se expresaron en cuadros de frecuencia y contingencia.

RESULTADOS

En la tabla 1 se analiza la relación existente entre la edad y la paridad en las gestantes con embarazos prolongados, demostrándose que el grupo de mayor incidencia fue el de 18 a 25 años con 121 grávidas, lo que representa el 48, 40 %.

En cuanto a la paridad predominaron las nulíparas con 166 pacientes para un 66, 40 %. De la relación entre el índice de líquido amniótico y el grado placentario prevalecieron las embarazadas con líquido amniótico normal, es decir, entre 9-18 con 133 (57, 37 %).

Tabla 1. Relación entre la edad y la paridad

Edad (años)	nulíparas	1-2	3 ó 4	Total
17 y menos	22	-	-	22
18-25	25	26	-	
26-35	47	55	1	103
+ de 35	2	2	-	4
TOTAL	166	83	1	250

El índice de líquido francamente disminuido (0-5) estuvo presente en 64 gestantes (27, 59 %).

Relacionamos los resultados del perfil biofísico último realizado anteparto y el Apgar del recién nacido, donde en el 91 % de las gestantes el PBF fue normal y esto se correspondió con un 88, 8 % de bebés vigorosos a los cinco minutos de vida. Los que nacieron deprimidos de este grupo tuvieron relación con complicaciones del período expulsivo que no se evalúan por el pronóstico del perfil.

En los tres casos con perfil patológico se cumplió que al nacer hubo depresión moderada que desapareció a los cinco minutos.

Se muestra la relación entre el modo de comenzar el parto y su terminación. El 52, 40 % de las gestantes comienza su trabajo de parto de forma espontánea y 101 para un 40, 40 % mediante inducción. Predominaron los partos eutócicos con 158 para un 63, 20 %. Hubo 40 cesáreas (16 %) y 39 partos instrumentados (espátulas). El mayor número de distocias (55) ocurrió en las gestantes que comenzaron por inducción y las causas más frecuentes de distocia fueron el sufrimiento fetal agudo, la sepsis ovular y el período expulsivo demorado. (Tabla 2)

Tabla 2. Modo de comenzar el parto y modo de terminación

Modo de comienzo del parto	Eutócico	Eutócico Instrumentado	Espátula	Pelviana	Cesárea	Total
Espontáneo	107	5	14	1	4	131
Conducido	5	-	2	-	2	9
Inducido	46	7	23	-	25	101
Cesárea primitiva	-	-	-	-	9	9
Total	158	12	39	1	40	250

En cuanto al peso y la talla fetal se encontró un mayor número entre los de 3000-3499 gr con 121 recién nacidos para un 48,40 % y 170 con 51 cm o más de talla, lo que constituye el 68 %. Solamente hubo cuatro bebés con peso inferior a 2500 gramos y todos con talla inferior a 50 cm. De los 19 que presentaron peso de 4000 gramos o más todos tenían talla superior a los 51 cms.(Tabla 3)

Tabla 3. Relación entre el peso y la talla del recién nacido

Peso	- de 50	Talla + de 51	No precisada	Total
2000-2499	4	-	-	4
2500-2999	21	19	1	41
3000-3499	40	79	2	121
3500-3999	11	53	1	65
4000 ó más	-	19	-	19
TOTAL	76			

La morbilidad de los recién nacidos se determinó en mayoría por impétigo, broncoaspiración meconial e insuficiencia respiratoria. Ocurrió una muerte fetal intraparto y dos neonatales por malformaciones congénitas. Hubo 192 recién nacidos sanos y algunos con más de una afección.

DISCUSIÓN

Estudios previos en nuestro Hospital coinciden con otros resultados (6) que también encuentran mayor frecuencia de embarazos postérmino en nulíparas. Se señala con énfasis el oligohidramnios como un marcador de condición perinatal patológico, con causa en la hipoxia acompañada por hemoconcentración dada por el desbalance líquido materno-fetal, disminución en la producción de orine fetal y disminución del líquido amniótico que pueden favorecer compresiones del cordón (7). Este indicador estuvo presente también en nuestra serie.

Jiménez Solís en 1990 (8) reporta resultados similares, donde la variable de líquido amniótico es la más eficaz para identificar los fetos afectados. Sugiere que con un perfil biofísico normal se cuenta con un examen de agudeza en la evaluación del estado de salud fetal determinando un valor predictivo del 90% y la variable de líquido amniótico la más eficaz para esta identificación y la segunda con mayor especificidad. Esto es reconocido también más recientemente por Tongsong (9).

Para algunos autores es discutible si la inducción del parto resulta en mejores resultados cuando se hace rutinaria a las 42 semanas, sin embargo, otros afirman que el mayor número de distocias y de mortalidad coincide con pacientes sometidas a inducción y concluyen que la realización de estudios anteparto es un parámetro fidedigno para evaluar el estado fetal y que deben ser los resultados de estas pruebas los que deciden la conducta terapéutica del postérmino (10). Cardoso (11) plantea que cada caso debe ser considerado individualmente y que resulta muy importante también la decisión de la gestante en la inducción. Una certera valoración de los criterios de inducción es necesaria para no incurrir en el abuso del procedimiento.

La preocupación sobre el embarazo pasado de fecha va desde el parto difícil de un feto excesivamente grande hasta la preocupación de la muerte de un feto pequeño, desnutrido, debido a la fecha. La mayoría de los autores muestran resultados con cambio gradual hacia el peso superior al nacimiento, planteando que los dismaduros constituyen una minoría con respecto a los macrosómicos que sí repercuten en la morbimortalidad por las distocias y otras complicaciones ya mencionadas (12)

En relación con la morbilidad del recién nacido se plantea que ésta puede encontrarse duplicada en relación con el embarazo a término señalando como frecuente la broncoaspiración meconial.

En nuestros resultados se establece coincidencia con la literatura revisada en varios aspectos: En cuanto a la frecuencia de la entidad nuestro índice es inferior, pero en edad, paridad, aplicación de pruebas de bienestar fetal, como el perfil biofísico y la

decisión de la inducción por criterio de la evaluación de estas pruebas, son los elementos que se aplican en nuestro medio. No obstante, debemos señalar que el comienzo por inducción está establecido en un por ciento considerable y que el mismo en esta serie está representado por la inducción oxitócica, demostrándose además que es más frecuente el macrosómico que el dismaduro y que la morbilidad del recién nacido coincide con la literatura en la broncoaspiración de líquido amniótico meconial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cazenave G H. Prolonged pregnancy. Actual Ginecol Obstet 1989; 3(1):17-27
2. Botella Lusiá J, Clavero Núñez JA. Tratado de ginecología. 12 ed. La Habana:Editorial Científico-Técnica; 1983, t2:302-6.
3. Angeles Weintraub CD. Fetal Growth in prolonged pregnancy. Ginecol Obstet Mex 1989; (57):16-22.
4. Harbrider S, Brar. Perfil biofísico. Clínicas NA Obstétricas y Ginecológicas 1988:895-905
5. Kassis A. Management of post date pregnancy; a case control study. Isri Med Serl 1991; (27):82-6
6. Iffy y Kaminetzki. Principios prácticos de Obstetricia y Ginecología. Editorial médica Panamerican; 1990:1484
7. Shaeider H, Hermann V. Prolonged pregnancy pathophysiology and clinical aspects.1990; 50(1):8-14.
8. Jiménez Solís G. Biophysical people in prolonged pregnancy. Another alternative to fetal monitoring. Ginecol Obstet Mex 1990;58:284-88.
9. Tongsong T. Amniotic fluid volume in a prediction of fetal distress in postterm pregnancy. Int J Gynaecol Obstet 1993; 40(3):213-17.
10. Ahmed AI, Versi E. Prolonged pregnancy. Curr Opin Obstet Gynecol 1993; 669-74.
11. Cardoso L. Is routine induction of labour at term end justified? MJ 1993; 669-74.
12. Mclean FH. Postterm infants too big or too small? An J Obstet Gynecol 1991; 164(2): 619-24.

Norma González Lucas. Especialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor Asistente. Hospital Ginecobstétrico Provincial Ana Betancourt de Mora. Camagüey, Cuba