



Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología

ISSN 0138-600X *versión impresa*

Rev Cubana Obstet Ginecol v.30 n.2 Ciudad de la Habana Mayo-ago. 2004



Como citar
este artículo

Obstetricia

Hospital Docente Ginecoobstétrico de Guanabacoa

Comportamiento del embarazo prolongado en el servicio de cuidados perinatales

[Dra. Vivian Asunción Álvarez Ponce,¹ Dra. Ana María Lugo Sánchez,² Dra. Aleida Zaida Álvarez Sánchez³ y Dra. Milagros Eusebia Muñiz Rizo⁴](#)

Resumen

El embarazo prolongado es todavía un tema lleno de controversias. Se realizó un estudio retrospectivo longitudinal y descriptivo de todas las pacientes con diagnóstico de embarazo prolongado que ingresaron en el servicio de cuidados perinatales del hospital docente ginecoobstétrico de Guanabacoa durante el año 2002. Se seleccionó un grupo control de los 4 primeros nacimientos de cada mes con una edad gestacional entre 37 y 41 semanas. El 60,4 % del total de pacientes fueron nulíparas y el 49,4 % comenzó el trabajo de parto espontáneamente; prevaleció el parto inducido, 67,4 % en las pacientes del grupo estudio. Hubo un total de 30 mujeres a las que se les realizó cesárea y de ellas el mayor porcentaje, 46,5 %, correspondió también al grupo estudio. En este grupo se apreció líquido amniótico meconial en un mayor número de mujeres con relación al grupo control, no hubo recién nacidos severamente deprimidos y en el 16,2 % de estas pacientes el peso de sus productos fue mayor o igual a 4 000 g. Se concluyó que el comportamiento del embarazo prolongado en el hospital ginecoobstétrico de Guanabacoa fue similar en lo fundamental en lo descrito a la literatura médica revisada.

Palabras clave: Embarazo prolongado.

Como embarazo prolongado se define aquel que dura 42 semanas o más desde el primer día de la última menstruación normal.

Es un evento que ocurre en el 10 % de todos los embarazos y se encuentra asociado con un aumento de la morbilidad y mortalidad perinatal, la cual se eleva en relación directa con el número de semanas de gestación. Además, se ha observado, que el riesgo perinatal intraparto está incrementado en los embarazos prolongados de forma particular cuando hay meconio y que la inducción del trabajo de parto y el parto por cesárea se hallan significativamente elevados. La paridad se encuentra entre los factores que se asocian con el embarazo prolongado.¹

El diagnóstico, los riesgos perinatales y la conducta ante el embarazo prolongado son todavía temas polémicos. El manejo de este embarazo implica una cuidadosa evaluación de la edad gestacional y del bienestar fetal, entre otros aspectos relacionados con esta entidad nosológica se ha planteado que deben evitarse las inducciones y los partos complicados.

Hay autores que aconsejan realizar pruebas fetales anteparto desde la semana 41 aunque no se ha demostrado que modifiquen los resultados, para ellos tiene gran importancia conocer la madurez cervical con la finalidad de continuar la gestación si el cuello uterino es desfavorable, consideran que la inducibilidad del mismo ejerce un impacto considerable sobre su manejo.²

Por la influencia que tiene sobre la morbilidad y mortalidad perinatal y materna, se realizó este estudio después de haber revisado algunos aspectos publicados en la literatura médica relacionados con el embarazo prolongado.

Métodos

Se realizó un estudio retrospectivo longitudinal y descriptivo de todas las pacientes con diagnóstico de embarazo prolongado que ingresaron en el servicio de cuidados perinatales del hospital universitario ginecoobstétrico de Guanabacoa durante el año 2002. El universo de estudio lo constituyó un grupo de 43 pacientes. Se tomó como grupo control a los primeros 4 nacimientos de cada mes que tenían una edad gestacional entre 37 y 41 semanas, conformado por 48 pacientes.

En ambos grupos se estudiaron las siguientes variables obtenidas mediante la revisión del registro de partos y los expedientes clínicos de cada paciente.

- Paridad: si no habían parido (nulípara), si tenían entre 1 y 2 partos y mujeres con 3 o más partos.
- Modo de comienzo del parto: espontáneo, inducido, cesárea electiva.
- Modo de terminación del parto: eutócico, instrumentado, cesárea.
- Características del líquido amniótico: claro, meconial.
- Puntaje de Apgar: al min, a los 5 min.

- Peso del recién nacido en gramos. Se agruparon en: de 2 000 a 2 499, de 2 500 a 2 999, de 3 000 a 3 499 y mayor o igual a 4 000.

Los resultados obtenidos del estudio se expresaron en porcentajes y se presentaron en tablas de doble salida.

Resultados

En la tabla 1 (paridad), predominaron las nulíparas en ambos grupos y la diferencia entre ellos no fue relevante. (60,4 % del total de pacientes).

Tabla 1. *Paridad en el embarazo prolongado*

Paridad	Grupo estudio		Grupo control		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Nulípara	25	58,3	29	60,4	54	60,4
1-2	15	38,4	16	33,3	31	33,0
≥ 3	3	6,9	3	6,3	6	6,6
Total	43	100	48	100	91	100

Fuente: expedientes clínicos.

En la tabla 2 se observa que el 49,4 % de las gestantes comenzó el trabajo de parto de forma espontánea y en el grupo estudio prevaleció el parto inducido (67,4%).

Tabla 2. *Modo de comienzo del parto*

Modo de comienzo del parto	Grupo estudio		Grupo control		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Espontáneo	12	28	33	68,8	45	49,4
Inducido	29	67,4	13	27,0	42	46,2
Cesárea electiva	2	4,6	2	4,2	4	4,4
Total	43	100	48	100	91	100

Fuente: expediente clínicos.

En el modo de terminación del parto (tabla 3), en el grupo estudio, la cesárea y el parto eutócico

se comportaron igual con 20 pacientes para un 46,5 % respectivamente y sólo hubo 3 partos instrumentados (7%), mientras que en el grupo control prevaleció este modo de parto con un 58,4%.

Tabla 3. *Modo de terminación del parto*

Modo de terminación del parto	Grupo estudio		Grupo control		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Eutócico	20	46,5	10	20,8	30	32,9
Instrumentado	3	7	28	58,4	31	34,2
Cesárea	20	46,5	10	20,8	30	32,9
Total	43	100	48	100	91	200

Fuente: expedientes clínicos.

En general predominó el líquido amniótico claro (64,8%), no obstante el líquido amniótico meconial se presentó en un mayor número de mujeres (46,6 %) en el grupo estudio (tabla 4).

Tabla 4. *Características del líquido amniótico*

Características del líquido amniótico	Grupo estudio		Grupo control		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Claro	23	53,4	36	75	59	64,8
Meconial	20	46,6	12	25	32	35,2
Total	43	100	48	100	91	100

Fuente: expedientes clínicos.

El 95,3 % de los recién nacidos tuvo puntaje de Apgar mayor o igual a 7 al min de vida (tabla 5), no hubo recién nacido severamente deprimido en el grupo estudiado.

Tabla 5. *Puntaje de Apgar*

Puntaje de Apgar	Grupo estudio	Grupo control	Total

	No.	%	No.	%	No.	%
0-3			2	4,1	2	2,2
4-6	2	4,7	1	2,1	3	3,2
≥ 7	41	95,3	45	93,8	16	54,6
Total	43	100	48	100	91	100

Fuente: expedientes clínicos.

Prevaleció el grupo con peso entre 3 000 -3 499 gramos (tabla 6). En el grupo estudio, el primer lugar lo ocupó el comprendido entre 3 500 y 3 999 g (19 recién nacidos) para un 44,0%.

Tabla 6. *Peso del recién nacido*

Peso del recién nacido (g)	Grupo estudio		Grupo control		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
2 000 - 2 499	0	0	0	0	0	0
2 500 - 2 999	1	2,3	9	18,7	10	0,22
3 000 - 3 499	16	37,2	27	56,3	43	47,4
3 500 - 3 999	19	44,0	10	20,9	29	31,8
≥ 4 000	7	16,2	2	4,1	9	9,8
Total	43	100	48	100	91	100

Fuente: expediente clínicos.

La macrosomía fetal no fue significativa, 9,8 % del total de recién nacidos (ambos grupos).

Discusión

En este estudio predominaron las pacientes nulíparas en el embarazo prolongado, lo que coincidió con los datos publicados en la literatura revisada.³ Otro aspecto de importancia lo constituye el modo de comienzo del parto sobre el cual se ha cuestionado si la inducción del parto tiene mejores resultados. En la actualidad se enfatiza sobre el importante papel que juega el estudio anteparto del bienestar fetal, para la mayoría de los autores el mayor número de distocias y el incremento de la mortalidad es a expensas de pacientes que han sido sometidas a inducción.⁴

Otros estudios comentan que la incidencia de cesárea fue significativamente mayor en el

embarazo postérmino y los riesgos se incrementaron cuando el modo de comienzo del parto fue por inducción del trabajo de parto.⁴⁻⁷

Se informa que el líquido amniótico meconial es 2 ó 3 veces más frecuente en los embarazos prolongados y que en el 50 % de las gestantes este es espeso lo cual favorece el desarrollo del síndrome de aspiración de meconio.⁸

En un estudio realizado por *Luckas* y otros resultó que no hubo diferencias en el puntaje de Apgar, pero la admisión de recién nacidos en la sala de cuidados intensivos neonatales fue superior en el grupo de embarazos postérmino.⁵

Balestena Sánchez y otros encontraron en un grupo de gestantes con 42 semanas o más un peso fetal promedio superior en relación con el grupo control (3 407 contra 3 194 g).⁹

La literatura registra un alto índice de macrosómicos.¹⁰

Finalmente se puede concluir que el comportamiento del embarazo prolongado en el hospital ginecoobstétrico de Guanabacoa fue similar en lo fundamental a lo descrito en la literatura médica revisada.

Summary

Prolonged pregnancy is still a controversial topic. A retrospective, longitudinal and descriptive study of all patients with prolonged pregnancy that were admitted at the perinatal care service of the Gynecobstetric Teaching Hospital of Guanabacoa during 2002, was conducted. A control group of the first four births of every month with a gestational age between 37 and 41 weeks was selected. 60.4 % of the total of patients were nulliparas and 49.4 % began the labor spontaneously. Induced delivery prevailed (67.4 %) in patients from the study group. A total of 30 women underwent cesarean section and of them, the highest percentage, 46.5 %, corresponded to the study group. The meconial amniotic fluid predominated in the study group, 46.6 %. There were no severely depressed newborn infants in the study. Only 5.4 % of the newborn infants had low Apgar score at the minute of extrauterine life. In 16.2 % of the study group, birth weight was $\geq 4\,000$ grams.

Key words: Prolonged pregnancy.

Referencias bibliográficas

1. Gary Cunningham F, Mac Donald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hankins GDV, et al. Embarazo prolongado. En: Williams. Obstetricia. 20 ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana:1998.p.71-3.
2. Abdul-Karim RW, Beydoun SN. Embarazo prolongado y postmadurez.

- En: Iffy L, Kaminitzky HA. Obstetricia y Perinatología. Principios y práctica. t2. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana;1986.p.1484-9.
3. González Lucas N, Paz Román M, Navas Avalo NP. Morbimortalidad en embarazos postérmino. Arch Méd Camagüey 1999; 3(1):1025-55.
 4. Alexander JM, McIntire DD, Leveno KJ. Forty weeks and beyond: pregnancy outcomes by week of gestation. Obstet Gynecol 2000;96(2):291-4.
 5. Luckas M, Buckett W, Alfirevic Z. Comparison of outcomes in uncomplicated term and post-term pregnancy following spontaneous labor. J Perinat Med 1998;26(6):475-9.
 6. Matijevic R. Outcome of post term pregnancy: a matched pair case-control study. Croat Med J 1998;3(4):430-4.
 7. Pérez Morales JC, Tusell Pérez de Corcho M, Cruz Castellanos A. Cesárea y embarazo en el Hospital Provincial de Ciego de Avila durante 1999(tesis).Ciego de Avila: Hospital Provincial de Ciego de Avila;1999. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/www.cav.sld.cu>
 8. Piloto Morejón M, Morejón Tapia E, Pino Malagón E del, Breijo madera H. Embarazo prolongado. Rev Cubana Obstet Ginecol 2000,26(1):48-53.
 9. Balesteno Sánchez JM, Pino Malagón E del, Suárez Blanco C, Soto Urquiola H. Características maternas y resultados perinatales en el embarazo prolongado. Rev Cubana Obstet Ginecol 2002;28(1):11-7
 10. Chaun SP, Sullivan CA, Luton TC. Parous patients estimate of birth weight in postterm pregnancy. J Perinatol 1995; 15(3):192-4

Recibido: 19 de febrero de 2004. Aprobado: 5 de mayo de 2004.

Dra. *Vivian Asunción Álvarez Ponce*. Independencia 234 e/ Bécquer y Cruz Verde. CP 11100. Guanabacoa. La Habana.Teléfono: 970645.

1Especialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesora Auxiliar.

2Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia.

3Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesora Asistente.

4Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesora Instructora.

© **2005 2000, Editorial Ciencias Médicas**

Calle E No. 452 e/ 19 y 21, El Vedado, La Habana, 10400, Cuba



ecimed@infomed.sld.cu