

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

Embarazo prolongado: clínica y manejo

* L. Cruzat T.
**R. Espinoza G.

INTRODUCCION

El manejo del embarazo prolongado o post-término sigue siendo controvertido, pese a ser una situación que ha enfocado la atención a diversos autores en las últimas décadas. Las controversias se han planteado por el riesgo que puede significar la permanencia fetal in útero más allá del tiempo en que se obtiene el máximo beneficio placentario.

Se define embarazo prolongado como aquel que se extiende más allá de 42 semanas ó 294 días desde el primer día del último período menstrual.

Se ha determinado que aproximadamente un 5% de los nacimientos ocurre en la fecha probable de parto, es decir 40 semanas, 80% entre 38-42 semanas y un 10% con posterioridad a las 42 semanas cronológicas. Así el post-datismo es un problema relativamente común, pero cabe mencionar que sólo un porcentaje de éstos (20-25%) concentra a los recién nacidos (RN) que condicionan el alto riesgo perinatal, definidos como aquellos en que la madurez se

ha alcanzado y el feto se está deteriorando por una función empobrecida de la placenta.

Las características clásicas de los RN postmaduros incluyen: falla del crecimiento, deshidratación, reducción del depósito graso subcutáneo, extremidades delgadas, ausencia de vérmix, pelo lanugo, actitud en alerta y mirada aprensiva.

Se ha reportado aumento de mortalidad perinatal en asociación a embarazo prolongado, principalmente en gestaciones mayores de 43 semanas, como también morbilidad neonatal significativa que puede alcanzar al 20-25% de los RN postmaduros.

Muchos autores sugieren que, a excepción de este clásico cuadro, hay mínimo aumento de riesgo de pérdida perinatal y que los peligros del diagnóstico agresivo y las intervenciones, exceden los beneficios observados.

CONDICIONES GENERALES

La incidencia de embarazo prolongado se reportó en alrededor del 7,5-10%. Entre 2-4% se extiende más allá de 43 semanas.

Se demostró que muchas gestaciones prolongadas son debidas a ovulación retrasada particularmente con el uso de anticonceptivos orales (ACO) que prolongan la fase proliferativa del ciclo.

*Servicio de Obstetricia, Hospital Parroquial de San Bernardo.

**Departamento de Obstetricia y Ginecología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

La frecuencia de embarazo prolongado y la severidad de los efectos fetales en primíparas está aumentada en relación con las múltiparas. También aumenta la dismadurez en madres de edad avanzada, determinando que la primípara tardía sea una paciente de mayor riesgo.

El rango de anomalías congénitas está aumentando y puede duplicarse después de las 43 semanas. Las recurrencias de embarazo post-término no son comunes, pero se estima que una mujer que tiene un embarazo prolongado, tiene alrededor de un 50% de riesgo de repetirlo.

CARACTERISTICAS PLACENTARIAS

Según diversos estudios se ha determinado que la máxima función placentaria se alcanza alrededor de las 36 semanas de gestación, posteriormente declina en forma gradual el proceso de transferencia placentaria, que puede manifestarse en disminución de la cantidad de líquido amniótico, reducción de la masa placentaria y del crecimiento fetal.

Este fenómeno se aprecia en un 25% de los fetos, existiendo en el 75% restante, recién nacidos en buenas condiciones e inclusive algunos de ellos macrosómicos.

Morfológicamente en la placenta post-término asociada con dismadurez se observa disminución de su masa, aumento de infartos blancos, depósito de fibrina y calcificaciones. La vellosidad demuestra ausencia de fenómenos regenerativos, edema sincicial y trombosis arterial con hialinización-vascular y degeneración.

La duración del trabajo de parto tiende a ser prolongado en los embarazos post-término e incluso se describe mayor falla de inducción con el consiguiente aumento de 2 a 3 veces en el índice operación cesárea.

ETIOLOGIA

Continúa siendo controvertida la explicación del por qué un embarazo se prolonga más allá de las 42 semanas cronológicas sin iniciar trabajo de parto espontáneo. Se han planteado

diversas hipótesis buscando la respuesta a este hecho, entre las que se destaca:

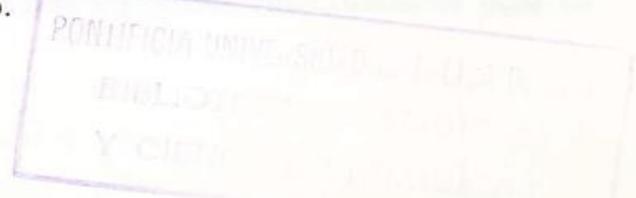
- Bloqueo progesterónico: al existir un envejecimiento placentario llevaría a una disminución de producción de progesterona, lo que debiera traducirse en una liberación del miometrio para iniciar su contractilidad. Esto no ocurre en estos casos, sugiriéndose que es más importante la relación estrógeno-progesterona. No hay aumento de estrógeno por el mismo hecho de la insuficiencia placentaria.
- La disminución del volumen uterino secundario u oligoamnios y la probable disminución del peso fetal y placentario que limitan el grado de elongación de la fibra miometrial.
- Función córtico-adrenal fetal: se plantea que el nivel de cortisol sea uno de los determinantes del inicio de trabajo de parto.

DIAGNOSTICO

Es importante en el diagnóstico del embarazo prolongado tener precisión de la edad gestacional basándose fundamentalmente en dos aspectos:

Clínico

- Amenorrea: debe consignarse acuciosamente la fecha exacta del último período menstrual, las características de los ciclos y el antecedente de anticoncepción hormonal (no haber ingerido anticonceptivos orales antes de 3 meses de la fecha de la última menstruación).
- Control prenatal precoz: para determinar a través del examen pélvico, tamaño uterino en relación a la edad gestacional.
- Percepción de movimientos fetales: clásicamente descritos entre las 18-20 semanas para múltiparas y entre 20-22 semanas de primigrávidas.
- Auscultación de latidos cardiorfetales: ya sea con Doppler (12-14 semanas) o estetoscopio de Pinard (20-22 semanas).
- Medición periódica de la altura uterina, principalmente en la primera mitad del embarazo.



Ultrasonografía

Cuya máxima utilidad se obtiene cuando se practica en las primeras 20 semanas de gestación; con medición de longitud céfalo nalgas si es precoz o diámetro biparietal y longitud del fémur posteriormente, con una aproximación de más o menos 4-10 días (dependiendo de la fecha en que se practique) con respecto a edad gestacional calculada por amenorrea.

EVALUACION FETAL

Frente a un embarazo prolongado existen diversos medios para determinar el grado de riesgo fetal, entre los que se cuentan:

Clínica

Se describen como expresión de bienestar fetal los movimientos fetales activos que son percibidos en un 85% de los casos por la madre, alcanzándose su mayor expresión alrededor de las 38 semanas. Más tarde disminuyen, probablemente por la menor cantidad de líquido amniótico. Algunos autores asocian la disminución en los movimientos fetales a distress fetal; sin embargo, se ha visto que existe una alta tasa de falsos positivos.

Parámetros hormonales

La placenta post-término se correlaciona con disminución de la producción de estriol y lactógeno placentario, hecho que ha llevado a muchos a utilizarlos como parámetro para determinar el riesgo fetal. Sin embargo, sus mediciones deben ser diarias, por lo que su costo no justifica plenamente su uso rutinario en el 10% de los embarazos considerados como cronológicamente prolongados. Por otra parte, se ha descrito que la actividad trombotrófica del líquido amniótico aumenta con la edad gestacional y su alto valor ha sido correlacionado con recién nacidos con signos de postmadurez.

Líquido amniótico

La determinación de la cantidad de líquido amniótico, principalmente por ultrasonografía, ha sido señalado como buen parámetro para

evaluar la condición fetal in útero. Su disminución constituye un buen indicador de dismadurez fetal, asociándose a un mayor riesgo de meconio, acidosis fetal, cesárea por distress fetal y morbimortalidad perinatal.

La presencia de meconio en el líquido se encuentra en un porcentaje significativo de las gestaciones post-término. Para algunos autores no está relacionado con riesgo en la ausencia de signos de asfixia fetal determinado por la alteración de la frecuencia cardíaca basal fetal, basado en el hecho de que la expulsión de meconio puede representar madurez de la actividad refleja parasimpática.

Sin embargo, para muchos otros cobra real importancia, fundamentado en el hecho de que el pesaje de meconio es debido a hipoxia de la musculatura lisa del tracto gastrointestinal, resultando en hiperistaltismo y relajación del esfínter anal, demostrando en los casos estudiados significativo aumento de la asfixia neonatal y en las tasas de morbimortalidad perinatal.

Monitorización electrónica

La monitorización de la frecuencia cardíaca fetal y sus características sigue siendo uno de los pilares fundamentales para evaluar el estado de bienestar fetal.

Se ha centrado la discusión en la utilidad que ofrecen las dos formas de monitorización, registro basal no estresante (R.B.N.E.) y test de tolerancia a las contracciones (TTC). Clásicamente el test de tolerancia a las contracciones ha sido realizado mediante el uso de ocitocina, aunque algunos sugieren realizarlo con estimulación de pezón.

Frente a un TTC negativo y reactivo se puede tener bastante confiabilidad acerca del bienestar fetal, por su bajo índice de falsos negativos, asociándose con un menor riesgo de mortalidad intrauterina dentro de la semana del test (0,4%). Por lo tanto, debe repetirse semanalmente.

Si es sospechoso o insatisfactorio, se repite en 24 horas. La presencia de un TTC positivo (desaceleraciones tardías en más del 50% de las contracciones uterinas) indica la interrupción del embarazo. Aproximadamente el 50% de es-

tos tests son falsos positivos, por lo tanto, idealmente debe practicarse amniotomía, monitorización con electrodo cefálico y reevaluación según el nuevo registro.

La presencia de desaceleración variable, tanto en RBNE como en TTC casi siempre es signo de oligoamnios por compresión de cordón y si está asociado a un registro no reactivo, adquiere el carácter de ominoso. No hay falsos positivos en un TTC positivo NO reactivo.

En un gran estudio colaborativo se comprobó la mejor utilidad del TTC en relación con el RBNE en la evaluación de la condición fetal, con cifras de mortalidad antenatal de 1,1% y 7,8% respectivamente.

RIESGOS PERINATALES

Está bien documentado el mayor riesgo fetal que existe en las gestaciones prolongadas en términos de morbimortalidad perinatal. Conviene destacar, sí, que sólo un 20-25% de los recién nacidos de estos embarazos, llamados postmaduros, concentra el alto riesgo fetal, lo que representa un 2-3% del total de los embarazos.

La tasa de mortalidad fetal ha sido reportada ser tres veces mayor a las 43 semanas que entre 39 y 41 semanas. El aumento de distress fetal está claramente demostrado en trazado de registro de latidos cardiorfetales, con desaceleraciones tardías, variables y disminución de la línea de variabilidad.

Cuando existe sufrimiento fetal y meconio en líquido amniótico, surge el riesgo de la aspiración de meconio y de mayor mortalidad neonatal por distress respiratorio.

Otros riesgos neonatales se relacionan con la inestabilidad en regular temperatura y las complicaciones metabólicas tipo hipoglicemia y policitemia.

MANEJO DEL EMBARAZO PROLONGADO

Al proponer un protocolo de manejo de embarazo prolongado, se debe tener presente que esta condición está claramente asociada con mayor mortalidad perinatal y que los esfuerzos

serán destinados principalmente al grupo con insuficiencia placentaria anteparto.

Es importante señalar que no hay consenso en la elaboración de un protocolo ideal de manejo y es así como en la literatura se proponen diversos tipos con diferentes técnicas que contribuyen a establecer la buena condición fetal.

A nuestro juicio, y como se realiza actualmente en el Servicio del Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile, el protocolo de manejo se inicia con la evaluación de la unidad fetoplacentaria a las 41 semanas, aplicado sólo a embarazos de evolución fisiológica, descartando cualquier condición que le confiera un alto riesgo obstétrico utilizando los siguientes parámetros: Registro basal no estresante (RBNE), visualización de líquido amniótico (LA) por amnioscopía (AMCP), determinación de LA por ecografía y evaluación de las condiciones cervicales.

Ante la presencia de un RBNE reactivo, LA en cantidad normal y de aspecto claro a la AMCP (no siempre posible, condición no obligatoria de valorar) y condiciones cervicales desfavorables (Bishop menor a 7), se continúa con la gestación repitiendo igual evaluación a las 72 horas, que al resultar normal, permite la prolongación del embarazo hasta las 42 semanas.

Al existir un RBNE no reactivo o sospechoso deberá practicarse un test de tolerancia a las contracciones (TTC) que al ser negativo permite proseguir con el feto in útero hasta la siguiente evaluación a las 72 horas.

La interrupción del embarazo se practica si estamos frente a cualquiera de las siguientes condiciones: TTC positivo, visualización de meconio a la AMCP, condiciones obstétricas favorables (Bishop > 7) u oligoamnios ecográfico, tras haber repetido el examen ultrasonográfico a las 24 horas de la primera evaluación con LA disminuido.

Completadas las 42 semanas cronológicas creemos que la conducta más aceptada es la interrupción del embarazo.

Hay gran controversia en la decisión de interrupción existiendo unidad feto-placentaria indemne y malas condiciones obstétricas (Bishop < 7), por la alta probabilidad que el parto se

resuelva por operación cesárea, con el consiguiente aumento de la morbilidad materna.

La alternativa ofrecida a las pacientes con condiciones obstétricas desfavorables, es la inducción ocitócica iterativa logrando de esa manera mejorar en forma gradual y progresiva las condiciones cervicales para terminar con éxito en un parto vaginal.

Se planifica inducción estrictamente monitorizada, con lo que se evalúa la condición fetal en forma permanente a través de este test de tolerancia a las contracciones logrado por la intubación.

Si la monitorización normal no muestra alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal, la indicación de interrupción no es mandatoria en un primer día de inducción si no se han logrado mejorar las condiciones cervicales. Se repite el proceso en días sucesivos hasta el tercer día en el que deberá resolverse el parto por la vía más expedita que se presente.

Si el compromiso fetal antenatal es evidente y el cérvix uterino es desfavorable, debe practicarse la operación cesárea.

De gran importancia es el manejo neonatal,

de aspiración de meconio, encefalopatía hipóxico-isquémica e hipoglicemia. □

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Clifford, S.H.: Postmaturity and placental dysfunction. J. Pediatr. 44:1, 1954.
2. Green, J.N.; Paul, R.H.: The value of amniocentesis in prolonged pregnancy. Obstet. Gynecol. 51:293, 1978.
3. Hauth, J.C.; Goodman, M.T.; Gilstrap, L.C. et al.: Post-term pregnancy. Obstet. Gynecol. 56:467, 1980.
4. Knox, G.E.; Huddlestone, J.F.; Flowers, C.E. et al.: Management of prolonged pregnancy: results of a prospective randomized trial. Am. J. Obstet. Gynecol. 134:376, 1979.
5. Rayburn, W.; Motley, M.; Stempel, L.; Gendreau, R.M.: Antepartum prediction of the postmature infant. Obstet. Gynecol. 60:148, 1982.
6. Weingold, A.B.: Management of prolonged pregnancy. In: Pitkin, R.; Zlatnik, F. eds. Year Book of Obstetrics and Gynecology. Year Book Medical Publishers, Inc.