

Resultados de la finalización de la gestación cronológicamente prolongada en el Complejo Asistencial de Zamora.

Herrero Flores S*, Lorenzo Castañón N*, Alcántara Jurgszat R, Conde Palacios A**, Feijóo Rodríguez L***.**

* *MIR. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora, (España).*

** *LES. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).*

*** *Jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora, (España).*

Correspondencia: *sandra_salamanka@hotmail.com*

RESUMEN

Objetivo: Se trata de analizar los resultados obstétricos obtenidos en el Complejo Asistencial de Zamora en lo que se refiere a la gestación cronológicamente prolongada durante el año 2014.

Material y método: Análisis estadístico descriptivo de los resultados de la finalización de las gestaciones de más de 41 semanas que tuvieron lugar durante el año 2014, teniendo en cuenta si ésta tiene lugar de manera espontánea o mediante técnicas de inducción del parto. Además se analizan las tasas de parto por vía vaginal y las de cesárea en este conjunto de gestantes. El porcentaje de cesáreas y de partos vaginales serán analizados para cada subgrupo atendiendo también al método de inducción empleado.

Resultados: Del total de partos asistidos en nuestro centro durante el año 2014, un 15% correspondieron a gestaciones cronológicamente prolongadas. En un 59% de esas gestaciones, la finalización del embarazo se consiguió mediante distintas técnicas de inducción. En cuanto a la tasa de cesáreas, es mayor en aquellos casos en los que se opta por una inducción frente a aquellos en los que el comienzo del parto es espontáneo (41% frente a un 15%). La mayor tasa de partos por vía vaginal se consigue en las gestantes que finalizan la gestación de manera espontánea.

PALABRAS CLAVE

Gestación prolongada. Inducción.

ORIGINAL

INTRODUCCIÓN.

La definición actual de gestación cronológicamente prolongada (GCP) afecta a aquellos embarazos de duración mayor a 42 semanas (aproximadamente un 10% de las gestaciones). Se sabe que a partir de la semana 41 de gestación aumenta el riesgo y la frecuencia de complicaciones perinatales (macrosomía, distocia de hombros, oligoamnios, aspiración meconial, retraso del crecimiento intrauterino, muerte fetal...) y también maternas (parto instrumental, desgarros del canal del parto...)¹

Debido al aumento en la incidencia de esas complicaciones, actualmente están contempladas dos opciones: la primera de ellas consiste en finalizar de manera activa la gestación, empleando para ello distintas técnicas de inducción del parto (en el caso del CAZA usamos o bien un dispositivo de liberación de dinoprostona vía vaginal, el goteo con oxitocina o bien la combinación de ambos métodos). La otra opción consiste en esperar el inicio del parto de manera espontánea, haciendo controles antenatales cada 48 horas en la consulta de Tocología, realizando en cada visita un registro cardiotocográfico de unos 20 minutos, estimación de peso fetal, valoración

ecográfica de líquido amniótico, perfil biofísico fetal y calculando el índice de pulsatilidad de la arteria cerebral media

Ambas formas están contempladas y aprobadas por distintas sociedades científicas, y corresponde a la gestante el decidir cuál de ellas prefiere, siempre y cuando no exista algún problema médico (tanto para la madre como para el feto) por el que se tenga que finalizar la gestación de manera activa.

El objetivo de este estudio es hacer un análisis descriptivo de los resultados obtenidos durante el año 2014 en nuestro hospital en cuanto a las gestaciones cronológicamente prolongadas. Analizaremos en cuantos casos de opta por una finalización activa del embarazo una vez alcanzada la semana 41, la tasa de cesáreas que se obtiene en el grupo en el que se opta por un manejo expectante y en el grupo de las inducciones, así como la tasa de cesáreas y de partos vaginales que se obtienen al utilizar las distintas tácticas de inducción (dinoprostona vaginal, oxitocina o combinación de dinoprostona vaginal y oxitocina).

MATERIAL Y MÉTODO.

Realizamos un estudio estadístico descriptivo para evaluar los resultados obstétricos obtenidos durante 2014 en las gestaciones de más de 41 semanas; en total 145 embarazos.

Para llevarlo a cabo inicialmente determinamos el porcentaje de las gestaciones cronológicamente prolongadas en ese periodo de tiempo. Posteriormente las dividimos en tres grupos: el primero corresponde a las gestaciones que iniciaron trabajo de parto de manera espontánea una vez alcanzada la semana 41, el segundo corresponde a las gestaciones en las que se decide la realización de cesárea segmentaria transversa por indicación obstétrica sin intentar un parto por vía vaginal, y el tercero corresponde a los embarazos en los que se decide finalización activa de la gestación mediante las distintas técnicas de inducción del parto.

De acuerdo a los protocolos vigentes, en nuestro centro se dan dos opciones una vez que la gestante alcanza la semana 41: o bien inducir el parto una vez alcanzada esa semana, o bien adoptar una conducta expectante con vigilancia antenatal cada 48 horas hasta alcanzar la semana 41+5 cuando se indicaría una finalización activa del embarazo ².

Una vez establecidos los distintos grupos, evaluamos en primer lugar las tasas de parto vaginal

y de cesárea tanto en aquellas gestaciones que iniciaron trabajo de parto de manera espontánea como en aquellas en las que se decidió una inducción de parto.

También fueron estudiadas las indicaciones de las cesáreas que se hicieron, así como los porcentajes de cada una de las causas que propiciaron esa decisión por parte del obstetra.

Nos fijamos también en el porcentaje de partos por vía vaginal y de cesáreas conseguidos con las distintas técnicas de inducción de parto y en los casos en los que se consiguió inicio espontáneo del mismo.

RESULTADOS.

Durante el año 2014 el porcentaje de gestaciones de más de 41 semanas alcanzó el 15% del total de embarazos. En un 37% de los casos el inicio del trabajo de parto se produjo de manera espontánea; un 4% de los casos correspondía a indicaciones electivas de cesárea (esto es, indicación de realización de cesárea por indicación obstétrica en aquellos casos en los que no es recomendable o está contraindicado un parto por vía vaginal), el 59 % restante corresponde a las gestaciones en las que se opta por una finalización activa de la misma empleando las técnicas de inducción del parto de las que disponemos en nuestro hospital.

Analizando de manera global la vía de finalización del parto a partir de la semana 41 nos encontramos que en un 53% se consigue un parto por vía vaginal, en un 13% se consigue el parto por vía vaginal pero instrumentado y en el 34% restante se indica una cesárea por distintas causas obstétricas.

Las causas más frecuentes de indicación de cesárea son la sospecha de pérdida de bienestar fetal durante el procedimiento de inducción, la no progresión de parto (por distocia de presentación fetal, distocia dinámica, sospecha de desproporción céfalo-pélvica...) o el fracaso de inducción. La indicación más frecuente en nuestro paritorio fue la no progresión de parto (43%), seguida de la sospecha de pérdida de bienestar fetal (33%) y el fracaso de inducción (12%).

En aquellos casos en que se decide finalización activa del embarazo, la técnica empleada se decide teniendo en cuenta las condiciones obstétricas que presenta la paciente (para ello empleamos el test de Bishop) Un test de Bishop con puntuación \leq a 6 es indicación de utilización de dinoprostona vaginal para mejorar las condiciones del cérvix. Un Bishop $>$

6 podría ser candidato a la utilización de oxitocina de manera directa. En un porcentaje elevado de casos (52%) se emplea la combinación de ambas técnicas de inducción: previamente la dinoprostona vaginal para maduración cervical y posteriormente oxitocina. El porcentaje de mujeres en las que únicamente se empleó dinoprostona vaginal fue de un 7%; en un 52% se empleó la combinación de ambos recursos para la inducción y en el 41% restante se empleó la oxitocina de manera directa por presentar una exploración obstétrica adecuada (Bishop > 6) ^{3,4}.

Confirmamos en nuestra casuística que las tasas de parto vía vaginal son más altas en aquellos casos en que la mujer inicia el trabajo de parto de manera espontánea, tal y como se describe en otros trabajos publicados, en los que la tasa de cesáreas aumenta cuando hablamos de aquellas gestaciones de más de 41 semanas en las que se decide llevar a cabo una inducción. En nuestro centro la tasa de partos por vía vaginal en los casos en que éste se inicia de manera espontánea es del 85% con un porcentaje de cesáreas del 15%; en el caso de los partos inducidos la tasa de cesáreas alcanza el 41% y se consigue un parto vaginal (ya sea instrumentado o no) en un 59%.

Si hablamos de los partos vaginales, en el caso de las inducciones, se consiguen mejores resultados obstétricos si partimos de un test de Bishop > 6. En ese caso se emplea la oxitocina de manera aislada consiguiendo un 64% de partos vaginales y un 36% de cesáreas. También mejoran los resultados en cuanto a la consecución del parto por vía vaginal si cuando partimos de una exploración desfavorable (Bishop < = a 6) empleamos previamente al goteo oxotócico la dinoprostona vaginal para mejorar las condiciones cervicales obteniendo un 56% de partos por vía vaginal y 44% de cesáreas. El subgrupo en el que se empleó solamente la dinoprostona vía vaginal, fue el que consiguió menor tasa de partos por vía vaginal, siendo ese porcentaje de 38%.⁵

CONCLUSIONES.

La GCP se trata de una condición obstétrica que puede aumentar el riesgo de complicaciones tanto maternas como fetales^{6,7}. Es necesario un buen manejo del embarazo desde el inicio datando la gestación de una manera correcta y estableciendo los límites para finalizar la misma. En nuestro centro, con un número de gestaciones prolongadas de 145, obtuvimos 10 recién nacidos con peso al nacimiento mayor a 4000 g (6,9%). No tuvimos durante 2014 ningún caso de éxitus fetal por encima de la semana

41, y tampoco ningún caso de asfixia intraparto ni de distocia de hombros.

La forma de manejo de estas situaciones, debe individualizarse en cada caso, para determinar si adoptamos una actitud expectante o bien finalizamos la gestación de manera activa; y para ello nos ayudaremos de distintos parámetros clínicos, ecográficos y el registro cardiotocográfico. En el caso de la finalización activa de la gestación es muy importante la exploración física materna, y dependiendo de la puntuación del test de Bishop elegiremos emplear maduración cervical con dinoprostona vaginal o bien goteo con oxitocina. Con una exploración física adecuada, podremos decidir de manera más acertada el método empleado para la finalización del embarazo y con ello podremos conseguir mejores resultados obstétricos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bruckner TA, Cheng YW, Caughey AB. Increased neonatal mortality among post-term births in California. *Am J Obstet Gynecol.* 2008;199:421.
2. ACOG Practice Bulletin. Clinical management guidelines for obstetricians gynecologists. No 55, septiembre 2004 (replaces practice pattern number 6, October 1997). Management of Postterm Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2004; 104 (3): 639-46.
3. Crowley P. Interventions for preventing or improving the outcome of delivery at or beyond term (withdrawn). *Cochrane Database Syst Rev.* 2007 Jul 18; (4): CD000170. Update of Cochrane Database Syst Rev. 2000; (2):CD000170.
4. Stotland NE, Cheng YW, Hopkins LM, Caughey AB. Gestational weight gain and adverse neonatal outcome among term infants. *Obstet Gynecol.* 2006; 108 (3 Pt 1): 635-43.
5. ACOG Committee on Practice Bulletins -- Obstetrics. ACOG Practice Bulletin No.107: Induction of labor. *Obstet Gynecol.* 2009 Aug;114(2 Pt 1):386-97.
6. Bruckner TA, Cheng YW, Caughey AB. Increased neonatal mortality among post-term births in California. *Am J Obstet Gynecol.* 2008;199:421.
7. Caughey AB, Bishop J. Maternal complications of pregnancy increase beyond 40 weeks of gestation in low risk women. *J Perinatol.* 2006;26:540-545