

**HOSPITAL GINECOOBSTÉTRICO  
PLACETAS  
VILLA CLARA**

**EMBARAZO PROLONGADO.**

Por:

Dr. José Antonio Marrero Martínez<sup>1</sup>, Dr. Abraham Reyes Pérez<sup>2</sup>, Dra. Maribel Romay Buchanan<sup>1</sup>,  
Dr. Ulises González Mejías<sup>3</sup> y Enf. Yelenys Bello Sarduy<sup>4</sup>

1. Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia.
2. Especialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor Auxiliar. ISCM-VC.
3. Especialista de I Grado en Medicina General Integral.
4. Enfermera General Hospital Materno.

**Resumen**

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de 104 gestantes a las que se les diagnosticó un embarazo prolongado, en el período comprendido entre el primero de enero y el 31 de diciembre de 2002 en el Hospital Materno de Placetas, con el objetivo de conocer algunos factores presentes en esta entidad. Se estudiaron diversas variables: incidencia por trimestre, modo de comienzo de la labor del parto, causas de las cesáreas, paridad e hipoxia. Correspondieron con un embarazo prolongado 11,60 % de los partos; 63,46 % comenzó espontáneamente la labor del parto después de la semana 42; 36,53 % requirió una cesárea a causa de las malas condiciones para el parto y la desproporción feto-pélvica. La hipoxia se comportó de forma similar en ambos grupos.

**Descriptores DeCS:**  
EMBARAZO PROLONGADO

**Subject headings:**  
PREGNANCY PROLONGED

**Introducción**

El embarazo prolongado (EP) es aquel de 42 semanas o más, es decir, 294 días o más a partir del primer día de la última menstruación, teniendo presente que la duración normal ocurre aproximadamente del 7-10 % de las embarazadas que fueron calculadas por la fecha de la última regla, y alrededor del 10 % cuando es hecho por ecografía.

Se desconocen aún las razones por las cuales algunas mujeres tienen un embarazo más prolongado que otras. Generalmente se debe a un error en el cálculo de la fecha de concepción, aunque se defiende la teoría de que el sexo masculino predispone a la prolongación del embarazo<sup>1</sup>.

El EP se relaciona con una alta morbilidad y mortalidad materna y perinatal, especialmente asociada a la anoxia perinatal y la presencia de meconio<sup>2,3</sup> debido a la senescencia placentaria, que de modo fisiológico se acentúa con el decursar del tiempo.

Hay autores que defienden la inducción de la labor del parto<sup>4-7</sup> una vez completada la semana 41, lo que evitaría posibles complicaciones fetales intraútero.

Existe actualmente una tendencia de autores que en sus trabajos manifiestan la falta de elementos para considerar diferencias entre la morbilidad y mortalidad del embarazo a término y el postérmino, tanto fetales como maternas<sup>8-10</sup>, e informan que no existe deterioro en los resultados

perinatales en la conducta expectante del EP y sí posibilita la reducción de los partos inducidos. En un estudio al respecto en Estocolmo, en 1995, se concluyó que la frecuencia de inducción del parto fue significativamente menor en el grupo de interrupción del embarazo en la semana 43, pero los resultados perinatales fueron similares<sup>11</sup>.

Dada la importancia de dominar y analizar la incidencia del EP, así como sus previsible complicaciones maternas y fetales, nos hemos motivado a informar nuestro estudio, donde se determinan aspectos importantes en el tratamiento y conducta de esta condición benigna del embarazo.

## **Métodos**

Se realizó un estudio descriptivo de todas las gestantes a las que se les diagnosticó un embarazo prolongado en el Hospital Materno de Placetas, en el período comprendido desde el 1º de enero hasta el 31 de diciembre del 2002.

Se analizaron diferentes variables como: incidencia por trimestre, modo de comienzo de la labor del parto, causas de las cesáreas, paridad e hipoxia.

Se realizaron técnicas de procesamiento y análisis, como determinación de proporciones y porcentajes. Los resultados obtenidos se reflejan en tablas de frecuencias, lo que facilita su análisis e interpretación.

## **Resultados**

La tabla 1 muestra la incidencia de EP por trimestres. En el año de estudio, de un total de 896 nacimientos, 104 (11,6 %) correspondieron a EP. Al desglosarlos según los trimestres del año, el de julio-septiembre fue el de mayor incidencia (13,17 %), mientras el de menor fue el trimestre abril-junio (6,43 %).

Tabla1 Embarazo prolongado según incidencia por trimestres.

Trimestres	Nacimientos	Embarazo prolongado	
		No.	%
Enero-marzo	208	27	12,98
Abril-junio	202	13	6,43
Julio-septiembre	254	35	13,17
Octubre-diciembre	232	29	12,50
TOTAL	896	104	11,60

Fuente: Libro de partos.

El modo de inicio de la labor del parto relacionado con la culminación del mismo y el EP se describe en la tabla 2; se destaca que 63,46 % de los EP de nuestro centro comenzaron espontáneamente la labor del parto, y sólo requirieron interrupción 36,54 % del total. Se determinó, además, que el comienzo espontáneo del parto termina en una cesárea (31,82 %), con 1,40 veces menos frecuente que el parto inducido (44,73 %). Es de destacar que el índice de cesáreas primitivas en el EP en nuestro estudio fue de 36,54 %.

Tabla 2 Embarazo prolongado según modo de comienzo de la labor del parto y tipo de nacimiento.

Modo de comienzo de la labor del parto	Parto		Cesárea		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Espontáneo	45	68,18	21	31,82	66	63,46
Inducción	21	55,27	17	44,73	38	36,54
TOTAL	66	63,47	38	36,53	104	100

Fuente: Historia clínica.

La tabla 3 refleja las principales causas de cesárea de las pacientes estudiadas; hubo 36,5 % de pacientes cesareadas del total de EP.

Tabla 3 Embarazo prolongado según causa de cesárea.

Cesárea	No	%
Malas condiciones para el parto	12	31,57
Desproporción feto-pélvica	11	28,94
Sufrimiento fetal agudo	8	21,05
Fracaso inducción	4	10,52
Macrosomía	1	2,64
Pelviana	1	2,64
Cara	1	2,64
TOTAL	38	100

Fuente: Historia clínica.

Las principales causas de cesárea en el grupo estudiado fueron: malas condiciones para el parto, desproporción feto-pélvica y sufrimiento fetal agudo.

La tabla 4 expresa la paridad y la relación con el inicio de la labor del parto en el EP. El 56,73% del grupo estudiado está formado por nulíparas, o sea, 1,30 veces más que las multíparas, de las cuales 45,77 % es necesario inducir, frente a sólo 24,45 % de inducción en las que tienen al menos un parto anterior.

Tabla 4 Embarazo prolongado según paridad e inicio de la labor del parto.

Paridad	Modo de comienzo de la labor del parto					
	Espontáneo		Inducido		Total	
	No	%	No	%	No	%
Nulípara	32	54,23	27	54,77	59	56,73
Multípara	34	75,55	11	24,45	45	43,27
TOTAL	66	63,46	38	36,54	104	100

Fuente: Historia clínica.

La tabla 5 refleja el comportamiento de la hipoxia en el embarazo de menos de 42 semanas y en el de 42 semanas y más. De 13 recién nacidas con puntuación de Apgar menor de 7 en el año, dos de ellas (1,92 %) ocurrieron en el EP, resultado perinatal muy similar al encontrado en paridas con menos de 42 semanas (1,38 %).

Tabla 5 Embarazo prolongado e hipoxia.

Edad gestacional	Partos	Hipoxia	
		No	%
Menos de 42 semanas	792	11	1,38
42 semanas y más	104	2	1,92
<b>TOTAL</b>	<b>896</b>	<b>13</b>	<b>1,40</b>

Fuente: Historia clínica.

### **Discusión**

Hay algunos autores que aseguran que el EP no es una entidad frecuente en la obstetricia<sup>12</sup>; sin embargo, Piloto<sup>13</sup> en Pinar del Río, informa 9,11 %.

Otoide<sup>4</sup> defiende la teoría de inducir la labor del parto no mas allá de la semana 42; sin embargo, Maly<sup>8</sup> plantea que sus resultados en la conducta expectante del postérmino no confirma nuestra preocupación por la alta morbilidad y mortalidad del recién nacido y su madre, y sentencia categóricamente que no es necesario considerar peligrosa la conducta expectante en el embarazo postérmino.

Piloto Morejón<sup>13</sup> informa un índice de cesárea en el EP de 34,03 %, muy similar al de nosotros. Otros estudios reflejan altos índices de cesárea al prolongarse el embarazo<sup>14</sup>.

No encontramos en la bibliografía consultada las causas de las mismas.

La paridad en relación con el inicio de la labor del parto no es recogida en la bibliografía consultada; al parecer ésta facilita el inicio espontáneo del parto después de la semana 42 de la gestación.

En relación con la morbilidad neonatal, Hollis<sup>9</sup> considera que aunque el riesgo de muerte fetal aumenta después de la semana 42, una mayoría considerable de fetos mueren intraútero entre las 37 y 42 semanas, y Maly<sup>10</sup> manifiesta que en su estudio comparativo el riesgo de hipoxia fetal intraútero no aumenta en el postérmino y, por tanto, no hay deterioro en los resultados perinatales.

Mientras algunos autores<sup>15-17</sup> abogan por la reducción del parto postérmino como factor importante en la reducción del síndrome de aspiración de meconio, otros argumentan que los factores intrínsecos de la paciente que se encuentra en inducción de la labor del parto son la causa del exceso de cesáreas en el EP.

### **Summary**

A retrospective descriptive study was carried out of 104 pregnant women diagnosed for a prolonged pregnancy from January 1<sup>st</sup> to December 31<sup>st</sup>, 2002 at Placetas Maternal Hospital. It was aimed at finding several factors present in this unit. Different variables were studied: incidence per trimester, way to begin labor, causes of C-sections, parity and hypoxia. An 11,60 per cent of labors corresponded to prolonged pregnancies, 63,46 per cent started labor spontaneously after 42<sup>nd</sup> week, 36,53 per cent required C-section due to bad conditions for the labor and fetus-pelvis disproportion. Hypoxia was similar in both groups.

### **Referencias bibliográficas**

1. Divon MY, Ferber A, Nisell H, Westgren M. Male gender predisposes to prolongation of pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2002;187(4):1081-3
2. Cazenave GH. Embarazo prolongado. *Actual Ginecol Obstet* 1989;31(1):17-27.
3. Divon MG, Marks AD, Herderson CE. Longitudinal measurement of amniotic fluid index in post-term pregnancies and its association in fetal outcome. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 172:142-6.
4. Otoide FE, Okonofua V. Outcome of prolonged pregnancy revisited in a Nigerian tertiary center. *J Obstet Gynecol* 2001;21(3):261-5.
5. James C, George SS, Gaunekar N, Seshadri L. Management of prolonged pregnancy: a randomized trial of induction of labor and ante partum fetal monitoring. *Natl Med J India* 2001;14(5):270-3.
6. Oz AU, Holub B, Mendilcioglu I, Mari G, Bahado-Singh RO. Renal artery Doppler investigation of the etiology of oligohydramnios in post-term pregnancy. *Obstet Gynecol* 2002;100(4):715-8.
7. Wong SF, Hui SK, Choi H, Ho LC. Does sweeping of membranes beyond 40 weeks reduce the need for formal induction of labor? *Br J Obstet Gynaecol* 2002;109(6):632-6.
8. Maly Z, Grosmanova A, Pulkrabkova S, Gogela J. Effect of birth weight on neonatal and maternal morbidity in expectant management of post-term pregnancy. *Ceska Gynekol* 2002; 67(Suppl 1):20-2.
9. Hollis B. Prolonged pregnancy. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2002;4(2):203-7.
10. Maly Z, Novotna M, Pulkrabkova S, Gogela J. Comparison of the risk of fetal hypoxia in active and expectant management of post-term delivery. *Ceska Gynekol* 2002;67(Supl1):13-5.
11. Almstrom H, Granstrom L. Serial antenatal monitoring compared with labor induction in post term pregnancies. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1995;74(8):599-603.
12. Votta RA, Cibils LA. Tratamiento del embarazo prolongado. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168(2):557-63.
13. Piloto Morejón M, Morejón Tapia E, Pino Malagon E, Breijo Madera H. Embarazo prolongado. *Rev Cubana Obstet Gynecol* 2000;26(1):48-53.
14. Luciano AA, Roy G, Solima E. Prolonged pregnancy. *Ann N Y Acad Sci* 2001;943:235-54.
15. Yoder BA, Kirsch EA, Barthprac WH, Gordon MC. Changing obstetric tices associated with decreasing incidence of meconium aspiration syndrome. *Obstet Gynecol* 2002;99(5 pt 1):731-9.
16. Dimond B. Legal aspects of consent 3: the duty of care to inform. *Br J Nurs* 2001;10(7):466-8.
17. Alexander JM, McIntire DD, Leveno KJ. Prolonged pregnancy: induction of labor and cesarean births. *Obstet Gynecol* 2001;97(6):911-5.