

**Pregunta:** ¿Cuál es el manejo adecuado en el Embarazo de postérmino?

Dr. Haroldo Capurro

Actualización Septiembre 2009

## **MANEJO del EMBARAZO de POST-TERMINO**

### **INTRODUCCIÓN**

Embarazo de post-término es aquél que tiene más de 41 semanas de gestación (294 días o más). A las 41 semanas puede ser definido como embarazo en vías de prolongación. Cuando se calcula su incidencia por la fecha de la última menstruación el embarazo de post término alcanza cifras entre el 3% y 15% (datos muchas veces no del todo confiable); en cambio cuando se usa el ultrasonido tempranamente la incidencia se reduce en forma importante.

La pregunta a responder es ¿Cuál es el manejo ideal en embarazos de postérmino? Inducción o supervisión y manejo expectante.

### **DIAGNOSTICO**

Una revisión sistemática que incluyó 26 investigaciones clínicas aleatorizadas (1) estudió la ecografía temprana de rutina, estimulación del pezón al término, inducción del parto después de la 41 semanas y el monitoreo fetal antenatal. Los resultados mostraron que la ecografía temprana de rutina redujo la incidencia de embarazo de post término en 32% (RR = 0,68 IC 95% 0,57-0,82) lo mismo que la inducción del trabajo de parto a las 41 semanas

Un cohorte retrospectivo (2) de un grupo de mujeres con embarazo único se les realizó ecografía antes de las 13 semanas y a otro grupo entre las 13 y las 24 semanas. La incidencia de postérmino en el 1er grupo fue de 2,7% y en el 2do grupo 3,7% ( $p = 0,022$ ). También hubo significativamente menos inducciones en el primer grupo ( $p = 0,017$ ). Estos resultados indican la importancia de una ecografía temprana que reduce el falso diagnóstico de postérmino con la consiguiente utilización de intervenciones innecesarias.

Los últimos estudios muestran una disminución de embarazos de más de 41 semanas y seguramente sea debido a un mejor diagnóstico de

la edad gestacional, donde la ecografía temprana de rutina juega un rol importante.

A su vez, es fundamental para tomar decisiones de la conducta a seguir, el control de la salud fetal y efectuar la prueba anteparto sin estrés y la evaluación del volumen del líquido amniótico (3).

### **FACTORES de RIESGO para la CONTINUACIÓN o INTERRUPTIÓN del EMBARAZO.**

En general en el embarazo de postérmino (42 semanas o más) existe un incremento del riesgo del feto; una serie de factores adversos son posibles, como ser la mortalidad fetal, la macrosomía, la injuria traumática, el síndrome de aspiración del líquido amniótico meconial, sufrimiento fetal y el oligoamnios entre otros. También está comprometida la salud de la madre ya que puede presentar mayor prevalencia de injuria perineal, de hemorragia puerperal y en general reciben más cesáreas, más inducciones y partos instrumentales, que en ciertas oportunidades no tienen una indicación precisa (4).

### **INTERRUPTIÓN del EMBARAZO versus MANEJO EXPECTANTE con ESTRICTA SUPERVISION.**

Las evaluaciones de trabajos internacionales al respecto, han demostrado que la interrupción electiva de embarazos entre las 41 semanas cumplidas y las 42 semanas, no provoca un aumento en las tasas de cesáreas, de parto vaginal instrumental, de alteración en el trazado cardiotocográfico, ni de la presencia de meconio. La incidencia de convulsiones del recién nacido y el Síndrome de Aspiración del Líquido Amniótico Meconial (SALAM) no se ven reducidos. Se estima que deben efectuarse alrededor de 500 interrupciones electivas para evitar una muerte perinatal.

En aquellas circunstancias en las que se ha elegido la vigilancia fetal expectante, se debe hacer un monitoreo continuo materno fetal y frente a signos de alarma decidir el manejo activo ya sea inducción, parto instrumental o cesárea.

Un estudio realizado en Noruega (5) tuvo como objetivo comparar la inducción del parto a las 41 semanas con el manejo expectante. Un total de 508 mujeres, con embarazo único, feto vivo, presentación cefálica, sin trabajo de parto, ni ruptura de membranas con más de 289 días de gestación. Fueron randomizados en 2 grupos de 254 mujeres cada uno. No se encontraron diferencias en cuanto a morbilidad neonatal y tipo de nacimiento. En el grupo inducido hubo

*Este documento es un instrumento de información, que no reemplaza al personal médico en el cuidado de la salud y no es responsable directa ni indirectamente del posible daño causado a terceros.*

más partos precipitados y la duración del período expulsivo fue menor.

Un estudio realizado en Nepal (6) encuentra que en embarazos de más de 37 semanas una frecuencia de inducción de 19,7%. De ellas, el 51,28% tuvo como indicación el embarazo de post término y la falla de la misma después de las 41 semanas fue del 31%.

A su vez Mozurkewich en Estados Unidos (7) encontró que se debe hacer una fuerte recomendación para la inducción del parto en el embarazo de post término y ello está respaldada por un alto grado de evidencia. Estos resultados fueron extraídos de una revisión de 1.387 resúmenes y 418 artículos a texto completo.

### **DIVULSIÓN de las MEMBRANAS OVULARES y PREVENCIÓN del PARTO DE POS-TÉRMINO en EMBARAZOS de BAJO RIESGO; ESTUDIO RANDOMIZADO CONTROLADO.**

Un estudio clínico randomizado realizado por Miranda en Chile (8) incluyó 742 embarazadas de bajo riesgo con edades gestacionales entre 41 y 42 semanas. A un grupo se le realizó divulsión de las membranas cada 48 horas y al otro grupo no se le intervino (controles). Los resultados mostraron que la frecuencia de embarazo de post término fue significativamente menor en el grupo intervenido (RR = 0,57 IC 95% 0,46-0,71) en relación con los controles. Lo mismo sucedió en el grupo de nulíparas que en el de multíparas. La Conclusión es que al grupo al que se le realizó divulsión de las membranas a las 41 semanas tuvo significativamente menos embarazos de post término que en el grupo control.

Similares resultados los obtuvo Valdez (9) en Chile ( $p < 0,005$ ).

### **BIBLIOGRAFIA**

1) Crowley Patricia. Intervention for preventing or improving the outcome of delivery at or beyond term. Cochrane Database of Systematic Review. In The Cochrane Library, , Issue 3. 2009. Art No CD000170. DOI:10.1002/16451858 CD000170.pub2.

<http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/main.php?lib=COC&searchExp=Intervention%20and%20for%20and%20preventing%20and%20the%20and%20outcome%20and%20of%20and%20delivery&lang=es>

2) Caughey AB, Nicholson JM, Washington AE. First-versus second-trimester ultrasound: the effect on pregnancy dating and perinatal outcomes. Am J Obstet Gynecol. 2008 Jun;198(6):703.e1-

*Este documento es un instrumento de información, que no reemplaza al personal médico en el cuidado de la salud y no es responsable directa ni indirectamente del posible daño causado a terceros.*

5;discussion 703.e5-6.

[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18538160?ordinalpos=7&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed\\_ResultsPanel.Pubmed\\_DefaultReportPanel.Pubmed\\_RVDocSum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18538160?ordinalpos=7&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum)

3) Beucher G, Dreyfus M. Management of postterm pregnancies. Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2008 Apr;37(2):107-17. Epub 2007 Nov 7.

[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17997231?ordinalpos=4&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed\\_ResultsPanel.Pubmed\\_DefaultReportPanel.Pubmed\\_RVDocSum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17997231?ordinalpos=4&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum)

4) Norwitz ER, Snegovskikh VV, Caughey AB. Prolonged pregnancy: when should we intervene ?. Clin Obstet Gynecol. 2007 Jun;50(2):547-57.

[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17513940?ordinalpos=20&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed\\_ResultsPanel.Pubmed\\_DefaultReportPanel.Pubmed\\_RVDocSum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17513940?ordinalpos=20&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum)

5) Heimstad R, Skogvoll E, Mattsson LA, Johansen OJ, Eik-Ness SH, Salvessen KA. Induction of labor or serial antenatal fetal monitoring in postterm pregnancy: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol 2007 Mar;109(3):609-17.

[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17329511?ordinalpos=3&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed\\_ResultsPanel.Pubmed\\_DefaultReportPanel.Pubmed\\_RVDocSum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17329511?ordinalpos=3&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum)

6) Rayamajhi RT, Karli C, Shrestha N, Padhye SM. Indication of labour induction and predictors for failed induction at KMCTH. Kathmandu Univ Med J (KUMJ). 2009 Jan-Mar;7(25):21-5.

[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19483448?ordinalpos=3&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed\\_ResultsPanel.Pubmed\\_DefaultReportPanel.Pubmed\\_RVDocSum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19483448?ordinalpos=3&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum)

7) Nozurkewich E, Chilimigras J, Koepke E, Keeton K, King VJ. Indications for induction of labour: a best-evidence review. BJOG. 2009 Apr;116(5):626-36. Epub 2009 Feb 4.

[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19191776?ordinalpos=12&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed\\_ResultsPanel.Pubmed\\_DefaultReportPanel.Pubmed\\_RVDocSum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19191776?ordinalpos=12&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum)

8) De Miranda E, van der Bom JGm, BInsel JGm Bleker OP, Rosndaal FR. Divulsión de membranas y prevención de embarazo post término en embarazadas de bajo riesgo: un estudio randomizado controlado.

*Este documento es un instrumento de información, que no reemplaza al personal médico en el cuidado de la salud y no es responsable directa ni indirectamente del posible daño causado a terceros.*

VJOG 2006; 113(4):402-0. Revista chilena de Obstetricia y Ginecología v 71 n 3:222-223.

[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16489935?ordinalpos=33&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed\\_ResultsPanel.Pubmed\\_DefaultReportPanel.Pubmed\\_RVDocSum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16489935?ordinalpos=33&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum)

9) Enrique Valdés, Paula Candia, Rodrigo Terra, Jaime Escobar, Rafael Caballero, Guido Juárez. Divulsión del polo inferior: Método seguro y eficaz para disminuir los partos espontáneos después de la 41 semanas. REV CHIL OBSTET GINECOL2005;70(1):12-14.

[www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_isoref](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_isoref) .