

Pregunta: ¿Cuál es el manejo adecuado en embarazos de post-término?

MANEJO del EMBARAZO POSTTERMINO

ACTUALIZACIÓN – JULIO 2008

INTRODUCCION

El 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 seguros); en cambio cuando se usa el ultrasonido tempranamente la incidencia oscila entre 1,5 y 4%.

En estos casos, las tasas de morbi-mortalidad fetal aumentan debido a causas tales como macrosomía, trauma obstétrico, oligoamnios, sufrimiento fetal intraparto y la aspiración de meconio.

En general, hay un incremento del riesgo tanto del niño, como ser un significativo incremento de la mortalidad neonatal y post-neonatal (1,2) y problemas obstétricos de la madres asociados con un cervix desfavorable, un parto prolongado, mayor frecuencia de cesáreas, injuria perineal hemorragia post-parto y nacimiento traumático.

RESULTADOS

Inducción versus Manejo Expectante

Estudios clínicos randomizados han intentado, responder esta pregunta y conocer la mejor opción tanto para la madre como para el niño.

Heimstad en el 2007 (3), tuvo como objetivo comparar los resultados de la inducción del parto a las 41 semanas con el manejo expectante y a su vez estimar el efecto de este último sobre el tipo de nacimiento y las complicaciones maternas. Estudió embarazos de post-término con feto único, presentación cefálica y sin ruptura de membranas anteparto y los randomizó en 2 grupos: a uno se les realizó inducción a los 289 días de gestación y al otro grupo un manejo expectante hasta el comienzo del parto espontáneo, controlándolo cada 3 días. Cada grupo contó con 254 mujeres no encontrándose diferencias significativas con el puntaje de Apgar menor de 7 al 5to minuto de vida, pH de los vasos del cordón menor de 7, ni en la prevalencia de cesáreas, ni de parto vaginal instrumental. En el grupo inducido hubo significativamente más partos precipitados y menos duración del período expulsivo ($p < 0,01$). No hubo diferencias ni en morbilidad, mortalidad ni en el modo de nacimiento.

Otra revisión sistemática que incluyó 16 ensayos clínicos randomizados (4), tuvo los mismos objetivos (inducción vs manejo expectante) que la revisión realizada por Heimstad (3). La población estudiada fue de embarazos con feto único, no complicados y como mínimo 41 semanas de gestación cumplidas.

El grupo con manejo expectante tuvo menos cesáreas (20,1% vs 22%) (OR = 0,88 IC95% 0,78-0,99), pero el grupo inducido tuvo menos mortalidad perinatal (0,09% vs 0,33%) aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa (OR = 0,41 IC95% 0,14-1,18). Tampoco hubo diferencias en admisión a neonatología, aspiración de meconio, ni en el puntaje de Apgar. La única leve diferencia fue una mínima menor frecuencia de cesáreas en caso del manejo expectante.

Una revisión realizada por Gulmezoglu (5), comparó los resultados de la inducción (41 semanas o más) con el manejo expectante en embarazos de post-término. La revisión incluyó 19 estudios clínicos randomizados con casi 8.000 mujeres. El grupo inducido tuvo menos mortalidad perinatal aunque el riesgo absoluto fue muy pequeño (RR = 0,30 IC95% 0,09-0,99). No hubo diferencia en las cesáreas.

En 1994 (6) se estudiaron 440 pacientes con embarazo prolongado no complicado y se analizó el tipo de manejo adecuado, cuando el cuello uterino no era favorable para ser inducido. Fueron randomizadas en un grupo para realizar una inducción del parto (N = 265) y al otro grupo se le realizó un manejo expectante (N = 175). Al grupo inducido, se le aplicó prostaglandina E2 por gel intracervical o placebo 12 horas previas a la inducción con ocitocina. Los factores perinatales adversos fueron 1,5% en el grupo de inducción y 1% en el de manejo expectante ($p > 0,05$). No hubo diferencias de cesáreas entre ambos grupos.

El manejo expectante y la inducción de ocitocina (previa administración de prostaglandina o placebo) tienen resultados similares en embarazos de posttérmino no complicados.

Inducción - Cesárea

Un estudio de Sue (7) estudió en embarazos de post-término la mortalidad fetal en partos inducidos (electivo a las 41 semanas) o cesáreas. El estudio realizado en Canadá mostró un incremento en la proporción de nacidos de 41 semanas entre 11,9% en 1980 y 16,3% en 1995, mientras esa proporción se invierte a las 42 semanas, 7,1% en 1980 y 2,9% en 1995. La mortalidad fetal entre los nacimientos de 41 semanas o más disminuyó de 2,8 por 1.000 en 1980 a 0,9 por 1.000 en 1995 ($p < 0,001$) o sea que el descenso se redujo a la 1/3 parte.

En ese período la inducción aumentó en mujeres de 41 semanas o más, pero esos cambios no se tradujeron en la frecuencia de cesáreas.

Los autores interpretan que entre 1980 y 1995 las normas de atención de los embarazos de post-término han cambiado e incrementado las inducciones y ello pudo haber contribuido a la reducción de la mortalidad fetal, pero no es claro, cual es el rol que juega la cesárea en estos casos.

RESUMEN

En las 4 revisiones sistemáticas analizadas no se encontraron mayores diferencias entre los grupos de manejo expectante e inducidos. En la revisión de Heimstad, se encontró en el grupo inducido un período expulsivo menos prolongado. En la revisión realizada por Sánchez, el grupo de manejo expectante tuvo una mínima menor frecuencia de cesáreas y no encontró diferencias entre la mortalidad y otras variables neonatales. En la revisión realizada por Gulmezoglu, el grupo inducido tuvo menos mortalidad perinatal aunque el riesgo absoluto fue muy pequeño. La revisión realizada en 1994 por el "National Institute of Child Health" en mujeres con cuello uterino desfavorable, pero sin complicaciones no hubo diferencias entre los grupo inducidos en relación con los de manejo expectante. Por otro lado, Sue muestra que en Canadá se han incrementado las inducciones a través del tiempo (1980-1995) y ello pudo haber contribuido a la reducción de la mortalidad fetal.

CONCLUSION

No hay una evidencia concluyente para recomendar una determinada intervención en embarazos de postérmino. Nuevos estudios son necesarios.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Hilder L, Costloe K, Thilaganathan B. Prolonged pregnancy: evaluating gestation-specific risks of fetal and infant mortality. Br J Obstet Gynaecol. 1998 Feb;105(2):169-73.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9501781?ordinalpos=2&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum
- 2) Olesen AW, Westergaard JG, Olsen J. Perinatal and maternal complication related to postterm delivery: a national register-based study, 1978-1993. Am J Obstet Gynecol 2003 Jul;189(1):222-7.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12861166?ordinalpos=5&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum
- 3) Heimstad R, Scogvoll E, Mattsson LA, Johansen OJ, Eik-Nes SH, Salvesen KA. Induction of labor or serial antenatal fetal monitoring in postterm pregnancy: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol 2007 Mar;109(3):609-17. Commentary [Evid Based Med. 2007 Dec;12\(6\):174.](#)
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17329511?ordinalpos=7&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum

4) Sanchez-Ramos L, Olivier F, Delke I, Kaunitz AM. Labor induction versus expectant management for postterm pregnancies: a systematic review with meta-analysis. *Obstet Gynecol* 2003 Jun;101(6):1312-18. Comment [J Fam Pract. 2003 Nov;52\(11\):844-5.](#)

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12798542?ordinalpos=1&itool=>

=

5) Gulmezoglu AM, Crowter CA, Middleton P. Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library Issue 2, 2008*. Oxford: Updated Software. A substantive amendment to this systematic review was last made on 21 August 2006.

<http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/show.php?db=reviews&mf=2>

.

6) No author list – A clinical trial of induction of labor versus expectant management in postterm pregnancy. The National Institute of Child Health and Human Development Network of Maternal-Fetal Medicine Unit. *Am J Obstet Gynecol* 1994 Mar;170(3):716-23.

[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7710467?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DiscoveryPanel.Pubmed_Discovery_RA&linkpos=4&log\\$=relatedarticles&logdbfrom=pubmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7710467?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DiscoveryPanel.Pubmed_Discovery_RA&linkpos=4&log$=relatedarticles&logdbfrom=pubmed)

7) Sue A, Quan AK, Hannah ME, Cohen MM, Foster GA, Liston RM. Effect of labour induction on rates of stillbirth and caesarean section in post-term pregnancies. *CMAJ*. 1999 Apr 20;160(8):1145-9.

[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10234344?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DiscoveryPanel.Pubmed_Discovery_RA&linkpos=2&log\\$=relatedarticles&logdbfrom=pubmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10234344?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DiscoveryPanel.Pubmed_Discovery_RA&linkpos=2&log$=relatedarticles&logdbfrom=pubmed)