

Cesarea y embarazo prolongado en el hospital provincial de Ciego de Ávila durante 1999.

Dr. Juan Carlos Pérez Morales(1), Dra. Maribel Tusell Pérez de Corcho(2), Dr. Aníbal Cruz Castellanos(3).

RESUMEN

La cesárea es significativamente más común en mujeres con embarazo prolongado y esta asociación no parece ser el resultado de patologías que complican la gestación.

Se analizó la influencia de algunos factores de riesgo (líquido amniótico meconial, peso fetal superior a 4000g, parto inducido con oxitocina, edad gestacional superior a 42.3 semanas, nuliparidad) en relación a la operación cesárea en el embarazo prolongado, a través de un estudio epidemiológico de casos y controles en gestantes con 294 días o más de amenorrea confiable, sin patología asociada y feto en presentación cefálica atendidas en el Hospital Provincial de Ciego de Avila durante el año 1999. El líquido amniótico meconial (OR 4.28 IC 2.38-7.74), el parto inducido (OR 5.07 IC 2.69-5.79) y la nuliparidad (OR 3.24 IC 1.78-5.92) mostraron asociación con la operación cesárea. Consideramos que la presencia de estos factores incrementa el riesgo de parto abdominal en el embarazo prolongado.

Palabras claves: OPERACION CESAREA, EMBARAZO PROLONGADO, ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES.

1. Especialista de primer grado en Ginecología y Obstetricia. Hospital provincial Dr. Antonio Luaces Iraola, Ciego de Ávila.
2. Especialista de primer grado en Medicina General Integral. Policlínica Norte, Ciego de Avila.
3. 3.Especialista de primer grado en Ginecología y Obstetricia. Departamento de salud reproductiva, Sectorial Provincial MINSAP, Ciego de Ávila.

INTRODUCCION

La importancia del embarazo prolongado, definido como aquel que dure 42 semanas o más a partir del primer día de la última menstruación, se relaciona con la morbilidad y la mortalidad perinatal y materna, que se elevan en la medida en que el embarazo avanza más allá de los 294 días y esto constituye un riesgo, tanto para la madre como para el feto (1).

Se considera que en promedio el 10% de todos los embarazos exceden las 42 semanas de amenorrea, con rangos que oscilan entre 4-10% acorde con el autor. La incidencia varía con el uso del examen ecográfico precoz, que elimina la posibilidad de error en la estimación de la edad gestacional (2).

El manejo del embarazo prolongado es controversial cuando el cuello uterino no es favorable para inducción (3). Por tal motivo la conducta debe individualizarse basado en el análisis de factores de riesgo, en general el tratamiento incluye métodos activos como inducción del parto o cesárea electiva y la vigilancia fetal estricta en espera del inicio espontáneo del parto (4-6). La operación cesárea es significativamente más común en mujeres con embarazo prolongado a expensas de una mayor frecuencia de sufrimiento fetal e inadecuado progreso del trabajo de parto y ésta asociación no parece el resultado de patologías que complican la gestación prolongada (7,8).

Evaluar el comportamiento de algunas variables en relación a la terminación del embarazo que alcanza o sobrepasa las 42 semanas mediante operación cesárea en nuestro hospital fue el motivo que nos animó en la realización de ésta investigación.

OBJETIVOS

General

Analizar la influencia de algunos factores de riesgo en relación a la operación cesárea en el embarazo prolongado.

Específicos

Constatar la influencia de las siguientes variables sobre la terminación del embarazo mediante operación cesárea:

- líquido amniótico meconial
- macrosomía fetal
- parto inducido con oxitocina
- edad gestacional
- paridad anterior

METODO

Se realizó un estudio epidemiológico retrospectivo de casos y controles para conocer la influencia de algunas variables (líquido amniótico meconial, peso fetal superior a 4000g, parto inducido con oxitocina, edad gestacional superior a 42.3 semanas y nuliparidad) sobre el riesgo de operación cesárea en pacientes con embarazo prolongado atendidas en el Hospital Provincial Docente Dr. Antonio Luáces Iraola de Ciego de Avila durante el año 1999.

El universo estudiado quedó constituido por todas las pacientes cuyos embarazos alcanzaron o sobrepasaron las 42 semanas de amenorrea confiable, sin patologías asociadas y feto en presentación cefálica.

El grupo estudio lo formaron aquellas gestantes a las cuales se le realizó cesárea y el grupo control por las que tuvieron parto transpélvico durante el mismo periodo de tiempo.

Los datos fueron obtenidos mediante la revisión del registro de parto y las historias clínicas de cada paciente por los autores de la investigación.

Realizamos cálculo de tamaño de muestra para un nivel de significación de 5% y una potencia de 80% teniendo en cuenta la exposición de cada uno de los factores de riesgos analizados, no resultando el mismo suficiente para revelar diferencias entre ambos grupos en el caso del peso fetal y la edad gestacional.

Se calculó la razón de odds o razón de productos cruzados además de los límites de confianza cómo medidores de la fuerza de asociación y del nivel de significación estadística.

Los resultados se reflejaron a través de tablas de 2x2 para una mejor comprensión de los mismos.

RESULTADOS

En el período analizado hubo un total de 275 gestaciones postérmino con los criterios establecidos para ser incluidas en el estudio, de ellas 79 requirieron operación cesárea (28.7%).

El líquido amniótico meconial (OR 4.28 IC 2.38-7.74), el parto inducido (OR 5.07 IC 2.69-5.79) y la nuliparidad (OR 3.24 IC 1.78-5.92) mostraron asociación con la operación cesárea, mientras que el peso fetal mayor de 4000g (OR 1.07 IC 0.48-2.35) y la edad gestacional (OR 1.69 IC 0.96-2.98) no tuvieron relación con el tipo de parto.

DISCUSION

El índice de cesáreas varía internacionalmente e incluso dentro de cada país, los hechos determinantes de estas variaciones pueden incluir características y trastornos maternos-fetales, así como estilos de práctica del médico (9).

El embarazo prolongado incrementa notablemente la probabilidad de terminar la gestación mediante operación cesárea. Al analizar nuestros resultados encontramos que el riesgo de parto abdominal en el embarazo prolongado se incrementa ante la presencia de líquido amniótico meconial, parto inducido y gestantes nulíparas.

Estudios anteriores reconocen que el incremento en el peso fetal y el líquido amniótico meconial parecen estar asociados con la operación cesárea en el embarazo posttérmino (10,11). Sin embargo, en nuestra investigación no demostramos esa asociación para el peso fetal mayor de 4000g ni para la edad gestacional en la medida que esta va más allá de las 42 semanas.

Esto puede deberse a que para estos dos factores específicamente se necesita una muestra significativamente mayor de casos para demostrar esa asociación si es que ésta existe.

CONCLUSIONES

1. El líquido amniótico meconial, el parto inducido con oxitocina y la nuliparidad incrementan el riesgo de terminación del parto mediante operación cesárea en el embarazo prolongado.
2. El peso fetal mayor de 4000g y la edad gestacional superior a las 42.3 semanas no parecen incrementar significativamente el riesgo de parto abdominal.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. MINSAP. Manual de diagnóstico y tratamiento en obstetricia y perinatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1997: 189-91.
2. Boisselier P, Guettier X. Prolonged pregnancy. Review of the literature. J Gynecol Obstet Biol Reprod 1995; 24(7): 739-46.
3. Shaw KJ, Medearis AL, Horenstein J, Walla CA, Paul RH. Selective labor induction in postterm patients. Observations and outcomes. J Reprod Med 1992; 37(2): 157-61.
4. Chazan B, Niemiec KT, Filipp E. Postterm pregnancy-importance of this problem in modern obstetrics. Ginekol Pol 1996; 67(3): 148-56.
5. Norgaard LN. Prolonged pregnancy. Labor induction versus intensified monitoring. Ugeskr Laeger 1998; 160(40): 5786-90.
6. Ohel G, Yaacobi N, Linder N, Younis J. Postdate antenatal testing. Int J Gynaecol Obstet 1995; 49(2): 145-7.
7. Luckas M, Buckett W, Alfirevic Z. Comparison of outcomes in uncomplicated term and postterm pregnancy following spontaneous labor. J Perinat Med 1998; 26(6): 475-9.
8. Mancuso S, Ferrazzani S, De Carolis S, Carducci B, De Santis L, Caruso A. Term and postterm low-risk pregnancies: management schemes for the reduction of high rates of cesarean section. Minerva Ginecol 1996; 48(3): 95-8.
9. Joffe M, Chapple J, Paterson C, Beard RW. ¿Cuál es la tasa óptima de cesáreas? Resultado de una variación existente. J Epidemiol Community Health 1994; 48: 406-11.
10. Montan S, Malcus P. Amniotic fluid index in the postterm pregnancy. J Matern Fetal Invest 1995; 5(2): 4-7.
11. Kirschbaum TH. Vigilancia fetal anteparto. en: Mishell DR, Kirschbaum TH, Morrow P, eds. Year Book de Obstetricia y Ginecología 1996. Madrid: Harcourt Brace, 1997: 132-67.

ANEXOS

Tabla 1: Relación líquido amniótico meconial -operación cesárea

Líquido Amniótico	Cesárea	Parto
Meconial	47	50
Claro	32	146
Total	79	196
Or 4.28 (Ic 2.38-7.74)		

Tabla 2: Relación peso fetal -operación cesárea

Peso Fetal	Cesárea	Parto
Más De 4000g	12	28
Hasta 4000g	67	168
Total	79	196
Or 1.07 (Ic 0.48-2.35)		

Tabla 3: Relación parto inducido -operación cesárea

Comienzo Del Parto	Cesárea	Parto
Inducido	37	29
Esponáneo	42	167
Total	79	196
Or 5.07 (Ic 2.69-5.79)		

Tabla 4: Relación edad gestacional - operación cesárea

Edad Gestacional	Cesárea	Parto
42.4 – 43 Sem	37	67
42 – 42.3 Sem	42	129
Total	79	196
Or 1.69 (Ic 0.96-2.98)		

Tabla 5: relación paridad -operación cesárea

Paridad Anterior	Cesárea	Parto
Nulípara	56	84
Uno O Más	23	112
Total	79	196
Or 3.24 (Ic 1.78-5.92)		