

EMBARAZO DE POSTERMINO (EPT)

INTRODUCCION

La incidencia de EPT varía entre el 3 a 15%, siendo más cercanas al 3-6% cuando existe Ecografía precoz que establezca EG. La incidencia varía de acuerdo a las características de la población siendo más frecuente si se consideran primigestas, tasa de complicaciones maternas durante el embarazo, EPT previo, madre nacida de EPT, fetos masculinos, obesidad materna, entre otros. Por otra parte depende de las características de la práctica obstétrica local, como tasa de cesáreas electivas, tasa de inducción de parto, control ultrasonográfico, etc.

DEFINICIONES

EPT: embarazo mayor a 42 semanas o 294 días desde la FUR.

Embarazo en vías de prolongación (EVP): embarazo entre las 41 – 41 +6 semanas.

FACTORES ETIOLOGICOS:

Causa más frecuente de EPT es un error en la FUR. (1)

Con FUR segura y confiable, generalmente etiología es desconocida. Los dos factores de mayor relevancia son primiparidad y EPT anterior.

PRECISAR EDAD GESTACIONAL (EG):

Objetivo: minimizar el falso diagnóstico de EPT.

Métodos:

(A) Conocimiento de la fecha de última regla en mujer con ciclos regulares – normales

(B) Ecografía:

1) Longitud céfalo – caudal (LCC) en primer trimestre

2) Diámetro biparietal (DBP), circunferencial craneal (HC) y longitud del fémur (LF) en segundo trimestre.

Rango de dispersión: Las variaciones por ecografía generalmente es de +/- 7 días hasta la semana 20, +/- 14 entre las 20 – 30 semanas de gestación y +/- 21 días después de las 30 semanas.

Recomendación: si EG estimada por FUR difiere de estas variaciones aceptadas, se debe considerar la EG estimada por ecografía.(1, 2)

RIESGOS EPT: (1, 2, 3)

Fetales:

- Mayor mortalidad perinatal
- Insuficiencia útero – placentaria
- Aspiración de meconio
- pH arteria umbilical bajo, bajo APGAR a los 5 minutos
- Mayor incidencia de macrosomía fetal
- Mayor riesgo de muerte en el primer año de vida.

Maternos:

- Aumento de distocia del parto
- Lesiones perineales graves relacionadas con macrosomía
- Doble tasa de cesáreas.

Recomendación C: tendencia a interrumpir con 41 semanas completas de gestación. (1,3,5)

CONSIDERACIONES Y RECOMENDACIONES

1. La FUR fijada por ecografía reduce los EPT mal diagnosticados (OR:0.68; IC 95%, 0.57 – 0.82) (1, 3)
2. Vigilancia Antenatal: entre las 40 – 42 semanas existe mayor morbi – mortalidad fetal, por lo tanto universalmente se acepta la vigilancia antenatal en este periodo. Métodos de vigilancia: La medición del líquido amniótico parece ser importante. No existe definición para OHA en EPT, se ha propuesto: A) no se puede medir un bolsillo de líquido mayor 2 – 3 cm de profundidad o, B) ILA <5 (1, 6). Frecuencia de la vigilancia: dos veces por semana (sin evidencia consistente). (1, 5)

Método adecuado de vigilancia podría ser el PBF modificado (Recomendación Nivel C) (1)

3. EVP –EPT con cuellos favorables, generalmente se induce el parto, ya que en ellos el riesgo de falla en la inducción y tasa cesáreas es bajo. Pacientes con cuellos desfavorables, la pre inducción de madurez cervical ha mostrado

beneficios respecto a menos inducciones fracasadas, reduce morbilidad materno fetal y posiblemente las tasas de cesáreas. (1)

4. Inducción del parto a las 41 semanas se asocia con menor tasa de mortalidad perinatal (IC95%. 0.06 – 0.7) y no incrementa las tasas de cesáreas (IC 95%, 0.75 – 1.38). La inducción rutinaria no afecta: partos instrumentales, uso de analgesia o incidencia de alteraciones de la FCF. Reduce el riesgo de líquido con meconio, pero el riesgo de aspiración meconial y convulsiones neonatales no se ve afectado. (1, 5)

Recomendaciones ACOG: No hay suficiente evidencia para indicar vigilancia antenatal rutinaria en embarazos de bajo riesgo entre las 40 – 42 semanas. Iniciar entre 41 – 42 semanas (Recomendación Nivel C) (1, 5)

Niveles de evidencia científica:

I Al menos un ensayo clínico controlado y aleatorizado diseñado de forma apropiada.

II-1 Ensayos clínicos controlados bien diseñados, pero no aleatorizados.

II-2 Estudios de cohortes o de casos y controles bien diseñados, preferentemente multicéntricos.

II-3 Múltiples series comparadas en el tiempo, con o sin intervención, y resultados sorprendentes en experiencias no controladas

III Opiniones basadas en experiencias clínicas, estudios descriptivos, observaciones clínicas o informes de comités de expertos

Niveles de Recomendación

Nivel A: las recomendaciones se basan en buena y consistente evidencia científica.

Nivel B: las recomendaciones se basan en evidencia científica limitada o inconsistente.

Nivel C: las recomendaciones se basan principalmente en consenso y opinión de expertos.

Bibliografía.

1. ACOG Practice Bulletin. Clinical management guidelines for obstetricians-gynecologists. Number 55, September 2004. Management of Postterm Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2004;104:639—46.
2. Crowley Patricia. Interventions for preventing or improving the outcome of delivery at or beyond term. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* In: *The Cochrane Library*, Issue 9, Art. No. CD000170. DOI: 10.1002/14651858.CD000170.pub2
3. Crespo R, Lapresta C, Castán S, Contamina P, Rodríguez B, Tobajas J. Complicaciones perinatales de la hiperdatia gestacional. Editors in: *Progresos de Obstetricia y Ginecología.* 2011; 54(1):9—15.
4. Aaron B. Caughey, MD, MPP, MPH, PhD; Vandana Sundaram, MPH; Anjali J. Kaimal. Systematic Review: Elective Induction of Labor Versus Expectant Management of Pregnancy. Editors in: *Annals of Internal Medicine* Volume 151 • Number 4 (2009) pp. 252 – 262
5. Mandruzzato G, Alfirevic Z, Chervenak F, Gruenebaum G, Heimstad R. Guidelines for the management of postterm pregnancy. Editors in: *J. Perinat. Med.* 38 (2010) 111–119
6. Morris J, Thompson K, Smithey J, Gaffney G, Cooke I, Chamberlain P, The usefulness of ultrasound assessment of amniotic fluid in predicting adverse outcome in prolonged pregnancy: A prospective blinded observational study. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology* November 2003, Vol. 110, pp. 989–994.

Dr. Mario Hidalgo Roco

Dr. Juan Guillermo Rodríguez Arís

Centro de Referencia Perinatal Oriente (CERPO)

Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina Universidad de Chile