



clínica e investigación en ginecología y obstetricia

www.elsevier.es/gine



ORIGINAL

Índice de masa corporal y aumento de peso en el embarazo. Resultado obstétrico de la inducción de parto

Á. Luengo*, V. Zornoza, A. Fernández-Corona y C. González-García

Servicio de Ginecología y Obstetricia, Complejo Asistencial de León, León, España

Recibido el 11 de diciembre de 2010; aceptado el 23 de mayo de 2011

Disponible en Internet el 31 de agosto de 2011

PALABRAS CLAVE

Parto inducido;
Maduración cervical;
Índice de masa
corporal;
Sobrepeso;
Obesidad

KEYWORDS

Induced labor;
Cervical Ripening;
Body Mass Index;
Overweight;
Obesity

Resumen

Objetivo: Determinar el resultado de la inducción de parto en función del índice de masa corporal (IMC) materno y del aumento de peso en el embarazo en el Hospital de León en el periodo enero-marzo de 2008.

Material y método: Estudio de cohortes prospectivo. Analizamos 127 inducciones de parto. Incluimos las variables: causa de la inducción, procedimientos de maduración cervical e inducción empleados, edad materna al fin de la gestación, tipo de parto, paridad, test de Bishop inicial, IMC, peso, talla, incremento ponderal durante la gestación, peso del recién nacido y test de Apgar al primer y quinto minuto.

Resultados: Se realizó inducción en el 21,3% de los partos del periodo. En el 81,1% se consiguió parto vaginal. El 36,2% de las pacientes tenía sobrepeso, el 21,2% obesidad y el 4,7% obesidad mórbida.

Conclusiones: Se encontraron relaciones no significativas entre el fracaso de la inducción con el IMC ($p=0,08$) y con el aumento de peso ($p=0,07$), incrementando el porcentaje de partos por cesárea.

© 2010 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Body mass index and gestational weight gain. Pregnancy outcomes after labor induction

Abstract

Objective: To determine the obstetric results of labor induction in relation to body mass index (BMI) and gestational weight gain at the Leon Hospital between January and March, 2008.

Material and method: We conducted a prospective cohort study of 127 labor inductions. The variables included were the medical reason for induction, the procedures employed for cervical ripening and induction, maternal age at the end of pregnancy, type of labor, parity, initial Bishop's score, BMI, weight, height, gestational weight gain, neonatal weight and Apgar test at 1 and 5 minutes.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: a.luengo@yahoo.com (Á. Luengo).

Results Inductions were performed in 21.3% of births, while vaginal delivery was achieved in 81.1%. A total of 36.2% of the patients were overweight, 21.2% were obese and 4.7% were morbidly obese.

Conclusions: A non-statistically significant association was observed between failure of vaginal delivery and BMI ($P = .08$) and body weight gain ($P = .07$). These two variables seem to increase the chances of failure of cervical ripening and induction of labor, increasing the percentage of cesarean sections.

© 2010 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

En la actualidad la obesidad supone un problema de salud de ámbito global. Su incidencia crece en todo el mundo un 1% anual^{1,2}. En 2008 en España el 31,8% de la población adulta tiene sobrepeso y el 15,6% obesidad. Las mujeres en edad fértil no escapan a estas patologías, con incidencias del 24 y el 11%, respectivamente; en población inmigrante estas cifras son aún mayores³. Para su estimación se emplea el índice de masa corporal (IMC), relación entre el peso (en kilogramos) y el cuadrado de la talla (en metros). La Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad distingue: normalidad (20-24,9), sobrepeso (25-29,9), obesidad (30-39,9) y obesidad mórbida (≥ 40).

En el embarazo, un elevado IMC es un factor de riesgo para complicaciones como preeclampsia, diabetes gestacional, menor probabilidad de inicio espontáneo del parto y necesidad de inducción, parto instrumental y cesárea, morbilidad posquirúrgica y patología fetal (macrosomía, presencia de meconio y mortalidad intraútero y posparto)^{1,4-6}. Un gran aumento de peso en el embarazo es además factor de riesgo para obesidad de la mujer a largo plazo⁴.

Sin embargo, actualmente no existe evidencia para el manejo de la obesidad en la gestante y no están establecidos los perfiles de riesgo según el peso de la madre⁷.

Por otro lado, la inducción de parto es un procedimiento habitual, eficaz y seguro, cuyas indicaciones han ido aumentando en las últimas décadas, pasando su única indicación inicialmente, el feto muerto intraútero, a ser la más rara y predominando la gestación prolongada y la hipertensión materna, ambas relacionadas con la obesidad⁸.

Material y método

Nuestro objetivo principal ha sido determinar la relación entre IMC y aumento de peso durante la gestación con el resultado obstétrico, en mujeres sometidas a maduración cervical e inducción de parto. Como objetivos secundarios, determinar otros factores que influyen en la efectividad de la inducción en estas pacientes.

Se diseñó un estudio de cohortes prospectivo. Se analizaron todos los partos asistidos en el Complejo Asistencial de León en los meses de enero a marzo de 2008, mediante consulta del registro de partos del Servicio de Obstetricia y Ginecología. Posteriormente se realizó revisión individualizada de cada historia clínica y cartilla maternal. Se entrevistó personalmente a aquellas pacientes en las que la historia era incompleta.

Las variables clínicas recogidas fueron: causa de la inducción, procedimientos de maduración cervical e inducción empleados, edad materna al fin de la gestación, tipo de parto, paridad, test de Bishop inicial, IMC en kg/m², peso, talla, incremento ponderal durante la gestación, peso del recién nacido y test de Apgar al primer y quinto minuto.

Se realizó maduración cervical con Prepidil® (dinoprostona 0,5 mg) intracervical, en aquellas mujeres con bolsa íntegra y cérvix desfavorable (Bishop menor de 7). Empleamos una dosis cada 24 h hasta un máximo de tres. Conseguida la maduración, rota la bolsa o empleadas las tres dosis, se continuó con infusión intravenosa de oxitocina.

Se establecieron dos grupos en función del éxito. Se consideró fracaso de inducción cuando ésta no progresó o cuando el parto se estacionó antes de la dilatación completa, concluyendo en cesárea.

La asociación estadística entre las variables se estudió mediante test t de Student y Chi-cuadrado (χ^2) de Pearson, mediante bases de datos con el programa estadístico SPSS versión 15.0 y con Microsoft Office Excel versión 2007.

Resultados

Durante el periodo estudiado se asistieron 595 partos. Con una incidencia de inducción (N = 127) del 21,3%, porcentaje que aumenta al 24,4% si descontamos del total a aquellas pacientes a las que fue indicada una cesárea programada. Los diagnósticos que motivaron la inducción se muestran en la figura 1.

En cuanto al resultado obstétrico: 127 partos (dos gestaciones dobles), de los cuales 24 fueron por cesáreas, 74 eutócicos y 29 instrumentales (13 ventosas, 12 fórceps y 4 espátulas).

La edad media de las pacientes inducidas fue de 31 años (rango: 16 a 42 años). Se encontró relación inversa entre el éxito y la edad, obteniendo menor fracaso las mujeres de menor edad ($p < 0,05$).

En el momento de la intervención, el 67,4% de las pacientes era nulípara y el 32,6% multipara, y de éstas seis pacientes lo eran tras cesárea (tres de ellas también con partos vaginales). El 25,9% había tenido abortos previos. En cuanto al éxito de la vía vaginal, no se hallaron diferencias entre multiparas y nulíparas, ni entre aquellas con o sin pérdidas fetales. Sin embargo, sí se encontró significación entre la nuliparidad y la necesidad de instrumentación del parto vaginal ($p < 0,001$).

El test de Bishop previo al procedimiento no resultó predictivo de la vía vaginal.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2812810>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2812810>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)