



# Parto de la paciente obesa

M. Chehab, N. Mottet, R. Ramanah, D. Riethmuller

*El problema de la obesidad de la parturienta se ha convertido en la actualidad en una dificultad frecuente, ya que, por ejemplo en Francia, afecta a casi el 10% de las mujeres. La mecánica obstétrica puede alterarse por una distocia de los tejidos blandos, de forma similar en caso de obesidad. Lo que cambia son las técnicas obstétricas, que deben adaptarse a esta situación, y ninguno de los obstetras de los siglos pasados ha descrito principios técnicos específicos de las obesas. En el manejo del trabajo de parto y de sus diferentes fases se deben tener en cuenta las dificultades inherentes a la obesidad, y el control del bienestar fetal puede también complicarse. La decisión de practicar una cesárea suele tomarse con demasiada rapidez con base en supuestos fracasos del inicio del trabajo de parto o supuestas distocias dinámicas, incrementando la tasa global en esta población. La propia técnica de la cesárea debe adaptarse y revisarse, con el fin de facilitar la vía de acceso y la extracción fetal y disminuir la morbilidad postoperatoria. Este artículo evalúa los conocimientos actuales del manejo del parto de la mujer obesa y analiza el impacto de la obesidad en el manejo del parto por vía vaginal y las especificidades de la cesárea en estas pacientes.*

© 2016 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

**Palabras clave:** Obesidad; Parto; Trabajo de parto

## Plan

|  |   |
|--|---|
| ■ <b>Introducción</b>  | 1 |
| ■ <b>Inducción artificial del trabajo de parto</b>           | 2 |
| ■ <b>Trabajo de parto de la mujer obesa</b>                  | 2 |
| Manejo de la primera fase del trabajo de parto               | 2 |
| Manejo de la segunda fase del trabajo de parto               | 3 |
| ■ <b>Asistencia instrumental al nacimiento</b>               | 4 |
| ■ <b>Cesárea</b>   | 4 |
| Cesárea antes del trabajo de parto                           | 4 |
| Cesárea durante el trabajo de parto                          | 5 |
| Tasa global de cesáreas                                      | 6 |
| Complicación postoperatoria de la cesárea                    | 6 |
| Particularidades técnicas de la cesárea en la paciente obesa | 7 |
| ■ <b>Manejo de la tercera fase del trabajo de parto</b>      | 7 |
| Hemorragias del posparto inmediato                           | 7 |
| Desgarros perineales   | 8 |
| ■ <b>Conclusión</b>  | 8 |

## ■ Introducción

El mundo occidental sufre una importante epidemia de obesidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) advierte del problema y considera la obesidad como una amenaza para la salud pública. Alerta sobre la creciente tasa de personas con sobrepeso u obesas y recuerda algunos datos [1]:

- a escala mundial, el número de casos de obesidad se ha duplicado desde 1980;
- en 2014, el 39% de los adultos de 20 años o más de edad presentaban sobrepeso, y el 13% eran obesos.

La definición de la obesidad se basa en el cálculo del índice de masa corporal (IMC), que corresponde a la relación del peso (en kilos) con la talla al cuadrado (en metros). La OMS define de esta forma distintas categorías:

- inferior a 16,5: desnutrición o hambruna;
- entre 16,5 y 18,5: delgadez;
- entre 18,5 y 25: normal;
- entre 25 y 30: sobrepeso;
- entre 30 y 35: obesidad moderada;
- entre 35 y 40: obesidad grave;
- superior a 40: obesidad mórbida o masiva.

En Estados Unidos, cerca de dos tercios de las mujeres en edad fértil presentan sobrepeso u obesidad [2]. En Francia, el 15% de la población es obesa y el 32,3% presenta sobrepeso, según el estudio ObÉpi de 2012 [3]. Esta epidemia afecta tanto a los varones como a las mujeres y aumenta progresivamente con la edad. Sin embargo, la franja de edad en la que la tasa de obesos es mayor en los últimos años abarca desde los 18 a los 24 años. Se trata, por lo tanto, de las mujeres en edad fértil.

En Francia, y según la encuesta nacional perinatal de 2010, aproximadamente el 10% de las parturientas son obesas (Cuadro 1).

Este aumento del IMC medio de estas pacientes representa un importante reto de la obstetricia moderna. Existe una relación lineal entre el IMC y la tasa de preeclampsia, de diabetes gestacional y de hipertensión arterial gravídica [4]. Por otra parte, las pacientes obesas presentan mayor riesgo de distocia dinámica, hecho responsable de un aumento del número de intervenciones médicas durante el parto y de un aumento de la tasa de cesáreas en esta población [5,6]. Sin embargo, la obesidad representa también un importante factor de riesgo de complicaciones postoperatorias y de morbilidad-mortalidad materna perioperatoria [7,8]. Además, la obesidad constituye también un factor de riesgo

demostrado de embarazo prolongado y de postérmino, aumentando así directamente el número de inducciones del parto en esta población [9-12].

Este artículo propone analizar los conocimientos actuales relacionados con el manejo del parto de la mujer obesa mediante una revisión de la literatura. También se tratan en este artículo el impacto de la obesidad en el manejo del parto vaginal y, por último, las especificidades de la cesárea en estas pacientes.

## ■ Inducción artificial del trabajo de parto

La tasa de inducción es 2-3 veces superior a la de la población de referencia en caso de obesidad, y la tasa aumenta con el IMC.

Las primíparas obesas presentan mayor riesgo de inducción artificial del trabajo de parto que las múltiparas obesas, pero sobre todo mayor riesgo que las primíparas con normopeso. Varios autores demuestran esta diferencia. El Cuadro 2 muestra los resultados de los principales estudios sobre el tema.

En relación con las modalidades de la inducción, sólo el estudio de Vinturache et al ha comparado los tipos de inducción en función del IMC. No demuestran ninguna diferencia significativa entre el uso de oxitocina, la ruptura artificial del saco amniótico y los demás métodos, como el uso de prostaglandinas [14]. Según los autores de este artículo, las indicaciones de inducción no han sido objeto de estudios específicos en el caso concreto de la obesidad.

### Cuadro 1.

Encuesta nacional perinatal 2010 (comparación con 2003).

| 2003                   |      |          | 2010     |      |           |
|------------------------|------|----------|----------|------|-----------|
| IMC antes del embarazo | %    | <i>p</i> | <i>n</i> | %    | IC 95%    |
| < 18,5                 | 9,2  | <0,001   | 1126     | 8,3  | 7,8-8,8   |
| 18,5-24,9              | 68   |          | 8811     | 64,6 | 63,8-65,4 |
| 25-29,9                | 15,4 |          | 2360     | 17,3 | 16,7-17,9 |
| 30 y superior          | 7,4  |          | 1347     | 9,9  | 9,4-10,4  |

IMC: índice de masa corporal; IC: intervalo de confianza.

### Cuadro 2.

Tasa de inducción artificial del trabajo de parto en función del índice de masa corporal (IMC).

| Estudio                       | IMC       | Número de pacientes | Resultados | Cociente de probabilidades (OR) [IC 95%] o <i>p</i> |
|-------------------------------|-----------|---------------------|------------|---|
| Garabedian et al (2011) [13]  | < 25      | 83 278              |            | Referencia  |
|                               | 25-29,9   |                     |            | OR = 1,38 [1,28-1,49]                               |
|                               | 30-34,9   |                     |            | OR = 1,87 [1,70-2,06]                               |
|                               | 35-39,9   |                     |            | OR = 2,05 [1,79-2,34]                               |
|                               | > 40      |                     |            | OR = 3,02 [2,57-3,55]                               |
|                               | 40-49,9   |                     |            | OR = 3,00 [2,53-3,56]                               |
|                               | ≥ 50      |                     |            | OR = 3,21 [1,97-5,23]                               |
| Bhattacharya et al (2007) [4] | < 20      | 2842                | 24%        | OR = 0,8 [0,8-0,9]                                  |
|                               | 20-24,9   | 14 076              | 27,2%      | Referencia  |
|                               | 25-29,9   | 5308                | 33,4%      | OR = 1,3 [1,2-1,4]                                  |
|                               | 30-34,9   | 1858                | 42,8%      | OR = 1,8 [1,6-2]                                    |
|                               | > 35      | 157                 | 49%        | OR = 1,8 [1,3-2,5]                                  |
| Vinturache et al (2014) [14]  | 18,5-24,9 | 1269                | 28,8%      | <i>p</i> < 0,001                                    |
|                               | 25-29,9   | 456                 | 39,3%      |   |
|                               | > 30      | 204                 | 49%        |   |
| Sukalich et al (2006) [15]    | 18,5-24,9 | 3324                | 18,3%      | <i>p</i> < 0,007                                    |
|                               | ≥ 25      | 1498                | 25%        |   |
|                               | 25-29,9   | 981                 | 22,7%      |   |
|                               | 30-34,9   | 347                 | 26,7%      |   |
|                               | > 35      | 170                 | 35,3%      |   |

Algunos autores han demostrado un aumento de la prematuridad en estas pacientes. Estos resultados se observan de forma no sistemática en diferentes estudios [4] y parecen predominar en la prematuridad inducida [16]. Al ser más frecuentes las patologías gravídicas en las pacientes obesas, los obstetras realizan más inducciones, incluso cesáreas antes de término, debido a la repercusión materna y/o fetal.

La obesidad no debería constituir por sí sola una indicación de inducción salvo en caso de cualquier patología sobreañadida.

## ■ Trabajo de parto de la mujer obesa

### Manejo de la primera fase del trabajo de parto

La velocidad de progresión de la primera fase del trabajo de parto varía de forma inversamente proporcional al IMC. Por lo tanto, independientemente de la paridad, este hecho aumenta el riesgo de intervención médica en el trabajo de parto. En un gran estudio que incluyó 118.978 pacientes, Kominiarek et al estudiaron la duración de la primera fase del trabajo de parto en función del IMC. La población estaba compuesta por 57.462 primíparas con una tasa de cesáreas durante el trabajo de parto de un 22,9% y 61.516 múltiparas con una tasa de cesáreas del 4,9% (se excluyeron del estudio a las pacientes con antecedente de cesárea). Los autores se interesaron entonces en el tiempo que separa el inicio del trabajo de parto, independientemente del modo de inicio del trabajo de parto y de la primera observación de una dilatación cervical completa. Demostraron un alargamiento progresivo de la primera fase del trabajo de parto proporcional al IMC.

El Cuadro 3 resume estos resultados; el IMC se expresa en kg/m<sup>2</sup> y la duración del trabajo de parto corresponde al promedio de cada grupo expresado en horas, y el valor entre paréntesis es el valor del percentil 95 [17].

Este alargamiento es estadísticamente significativo en ambos grupos, pero es mucho más importante en el grupo de las primíparas. Estos datos invitan a los autores a alargar la duración valorada como «tolerable» del trabajo de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8777847>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8777847>

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