

ARTÍCULOS DE REVISIÓN

Implicaciones obstétricas y perinatales de la embarazada obesa

Obstetric and perinatal implications of obese pregnant women

Dr. Edson Ibañez Romero¹
 Dra. Meibi Romero Montero²
 Dra. Gloriana Pereira Ramírez²
 Dr. Marco Calderón Espinoza³
 Dr. Franklin Escobar Zarate⁴

Cómo citar este artículo:

Ibañez E., Romero M., Pereira G., Calderón M., Escobar F.: Implicaciones obstétricas y perinatales de la embarazada obesa. Rev. Latin. Perinat. (2021) 24:55

Fecha de recepción: 22 de octubre 2020
 Fecha de aceptación: 08 de diciembre 2020

RESUMEN

Uno de los factores de riesgo más importantes y prevalentes en la población obstétrica es la vigilancia del embarazo y la atención del nacimiento en pacientes obesas, debido al incremento de las distocias fetales y las alteraciones metabólicas que se pueden suceder. Se comunican recomendaciones estratégicas dirigidas a mejorar el manejo de estas pacientes.

PALABRAS CLAVES: Obesidad. Embarazo de riesgo. Metformina. Macrosomía fetal.

ABSTRACT

One of the most important and prevalent risk factors in the obstetric population is the pregnancy surveillance and labor outcome in obese patients, due to the increasing of fetal dystocia and metabolic alterations that occur in these cases. Strategic recommendations are communicated aiming to improve obstetric and perinatal management in these patients.

KEY WORDS: Obesity. High risk pregnancy. Metformin. Fetal macrosomia.

INTRODUCCIÓN

La obesidad desde el periodo preconcepcional es un desorden metabólico que tiene trascendencia durante el embarazo y especialmente en el proceso del parto. Su relación con alteraciones fetales que complican el nacimiento, genera mayor incidencia de operación cesárea, desordenes hemorrágicos y de estabilización sistémica materna en el puerperio.

El incremento desordenado de peso se ha convertido en un problema mundial de salud pública, que

implica complicaciones cardiovasculares, síndrome metabólico, eventos cerebrovasculares e importante inversión de presupuesto en programas de gobierno. En Costa Rica, según el análisis de situación de salud del 2018, (1), el 35% de los hombres y el 32% de las mujeres, presentan algún grado de obesidad.

La embarazada que padece de obesidad implica un gran desafío para el clínico, debido a que esta comorbilidad altera y condiciona todas las etapas del embarazo, aumentando de manera considerable la presencia de un sin número de complicaciones maternas y fetales. (1).

DESARROLLO

Riesgo prenatal y en primer trimestre.

Las mujeres con obesidad tienen mayor dificultad para lograr un embarazo a término, ya que generan mayor riesgo de aborto espontáneo. Según Lashen y cols. (6) al analizar 1644 embarazadas con obesidad, se encontró que presentan el doble de incidencia de pérdidas tempranas, lo que registra 1.4 veces más pérdidas recurrentes que las pacientes no obesas.

Riesgo de Diabetes y Preclampsia

La diabetes gestacional, la preeclampsia y el tromboembolismo, constituyen grandes comorbilidades directamente asociadas a la obesidad. Esta alteración constituye un factor de riesgo para desarrollar diabetes gestacional o un trastorno hipertensivo del embarazo, lo cual establece riesgo elevado de desenlaces neonatales y maternos.

Hosp. San Vicente de Paúl. UCIMED

¹ Residente de Ginecología y Obstetricia, UCIMED

² Médico General, Esparza

³ Médico General, HSPV

⁴ Especialista en Gineco Obstetricia y Perinatología, HSPV
 Heredia. Costa Rica

La obesidad incrementa el riesgo de padecer diabetes mellitus gestacional (DMG). En el reporte de Lashen (6) se estudiaron de manera retrospectiva 1344 mujeres con DMG. El 47% presentaban obesidad diagnosticada mediante los criterios de la Organización Mundial de la Salud, (OMS). Aquellas en las que se combinaba obesidad y DMG, necesitaron más dosis de insulina y la incidencia de macrosomía fetal y el desarrollo de algún trastorno hipertensivo del embarazo era mal alta. Se destaca de manera importante que las mujeres obesas con DMG, tienen un pobre control de los perfiles de glicemia y que requieren altas dosis en su tratamiento.

La enfermedad de inicio temprano (menos de 34 semanas de gestación) constituye el 10% de los trastornos hipertensivos del embarazo y se asocia a un riesgo 5 veces mayor de muerte perinatal y 4 veces mayor de enfermedades cardiovasculares, renales, hepáticas graves y mayor morbilidad materna, en comparación con la enfermedad de inicio tardío (34 semanas de gestación o más).

Premru-Srsen (3) realizó una revisión en la que incluyó a todas las embarazadas de los Estados Unidos entre 2014-2017, encontrando que los niveles crecientes de obesidad materna se asocian con riesgo progresivamente mayor de trastornos hipertensivos del embarazo de aparición temprana y tardía, que son más evidentes entre las 24-27 semanas de gestación, entre las mujeres con obesidad de clase 2 y 3. Estos resultados, sin duda evidencian, que la obesidad durante el embarazo es una patología compleja que implica múltiples desenlaces neonatales y maternos no deseados.

Riesgo de complicaciones trombo embolicas

Otra de las complicaciones que puede presentar la mujer que padece de obesidad son las inherentes a la trombosis venosa, que es una complicación de baja incidencia en el embarazo, pero que puede generar embolia pulmonar, de consecuencia mortal.

Larsen (4) define los factores de riesgo para sufrir un evento tromboembólico en las mujeres no embarazadas, tales como tabaquismo y obesidad y señala, que cuando se produce un aumento desordenado de peso durante el embarazo, se eleva de manera significativa el riesgo vascular.

En el mismo reporte se refiere que el tabaquismo y

la obesidad, están estrechamente relacionados con el desarrollo de trombosis, principalmente en etapas tempranas del embarazo y que las mujeres obesas sean o no fumadoras tienen mas riesgo de sufrir tromboembolismo pulmonar. (4).

Riesgos y complicaciones intraparto

La obesidad materna va más allá de complicaciones con su fisiopatología, también se relaciona con grandes complicaciones al momento del trabajo de parto, tales como diferentes tipos de distocia, aumento del riesgo de necesidad de cesárea y hemorragia postparto.

Según Norman y cols., 2012 (5) la cesárea afecta de manera desproporcionada a las mujeres obesas, presentando mayor índice de infección de herida quirúrgica, dehiscencia, trombosis, y complicaciones anestésicas, por lo que es necesario, revisar de manera exhaustiva la indicación de cesárea en estas pacientes.

Las mujeres obesas tardan más en llegar a la etapa activa del trabajo de parto y al contrario de lo comúnmente aceptado, en este grupo de pacientes la fase activa de la primera etapa del trabajo de parto no comienza hasta los 6 cm de dilatación cervical. Al registrar mayor índice de masa corporal (IMC) se necesita más tiempo para alcanzar el período expulsivo. El tiempo necesario para completar la primera etapa del trabajo de parto requiere dos horas más, en mujeres con IMC superior a 40, en comparación con las de peso normal, tanto para nulíparas como para multíparas. (5)

ESTRATEGIAS PARA DISMINUIR LA INCIDENCIA DE COMPLICACIONES

Periodo preconcepcional

El periodo preconcepcional de la mujer con obesidad es de suma importancia. Si planea embarazarse y tiene un IMC en rangos de obesidad, debe someterse con antelación a un régimen modificado en carbohidratos y estilos de vida saludable, para alcanzar el periodo de inicio gestacional con un IMC lo mas cercano a la normalidad, y así disminuir los riesgos que conlleva la obesidad durante el embarazo.

Las estrategias de cambio del estilo de vida en el periodo preconcepcional, tienen mayor importancia que en la época de gestación. Toda mujer obesa en el periodo preconcepcional, debe ser informada de

los beneficios de un plan de ejercicio y alimentación, antes de quedar embarazada y que la reducción de riesgos con esta intervención es evidencia nivel III-B. El control óptimo de la obesidad comienza antes de la concepción y se ha demostrado que la pérdida de peso antes del embarazo, lograda mediante métodos quirúrgicos o no quirúrgicos, es la intervención más eficaz para mejorar las comorbilidades médicas. Las mujeres obesas que tienen incluso pequeñas reducciones de peso antes del embarazo pueden tener mejores resultados en la gestación. Las técnicas de entrevistas motivacionales implican un enfoque individualizado y centrado en el paciente para explorar y resolver la ambivalencia.

El uso de ácido fólico en los 3 meses previos a la concepción, disminuye el riesgo de anomalías del tubo neural relacionadas a la obesidad, evidencia II-2A. También se debe insistir en el abandono del hábito de fumar y en la suplementación con ácido fólico, que debe ser con un mínimo de 0,4 mg / día, con el fin de disminuir la incidencia de defectos del tubo neural y cardiopatía congénita.(6)

Ganancia de peso durante el embarazo

El exceso de ganancia de peso se ha relacionado a macrosomía fetal, desarrollo de preeclampsia y aumento del parto por cesárea. Según Sawangkum y cols. 2020, (7) la obesidad preconcepcional es un importante factor de riesgo que genera ganancia de peso excesiva durante el embarazo.

CONSULTA Y MANEJO SOBRE OBESIDAD

La embarazada obesa debe ser instruida en cada consulta prenatal sobre el proceso de alimentación y se le debe indicar, que no existe el requerimiento de “comer para dos”. El clínico debe tomarse el tiempo para explicar un plan dietético balanceado e Informar que las necesidades energéticas no cambian en los primeros seis meses de embarazo y que durante los últimos tres meses, solo se necesitan 200 calorías adicionales por día. Además de recomendar que se realice diariamente, media hora de actividad física moderada.

La cirugía bariátrica es eficaz y lleva a una pérdida de peso del 30%. Se recomienda a las mujeres que se someten a esta cirugía, que no conciban durante al menos un año después de la intervención quirúrgica, ya que es cuando se produce la pérdida de peso más rápida y existe un mayor riesgo de alteraciones

nutricionales y electrolíticas, lo que podría tener implicaciones para el desarrollo del feto. Se relaciona el uso de metformina únicamente para el control de peso en mujeres obesas no diabéticas. (7)

Screening de comorbilidades durante el embarazo

El riesgo de desarrollar diabetes mellitus gestacional (DMG) aumenta en mujeres obesas con una razón de probabilidad de 4,6 en comparación con aquellas con un IMC normal. Según las recomendaciones del American College of Obstetrics and Gynecologists (ACOG) del 2015, (10), toda mujer con IMC mayor a 30 debe ser tamizada para diabetes preexistente, al inicio del embarazo y luego entre la semana 24 y 28.

El tamizaje para diabetes gestacional puede hacerse antes del embarazo, lo que apoyaría a la detección de los casos problema, dando la posibilidad de reducir de manera importante las tasas de macrosomía fetal y nacimientos por cesárea.

La detección temprana (a las 14-20 semanas) mejoraría los resultados perinatales seleccionados, en comparación con la detección de rutina (24 a 28 semanas) para la diabetes gestacional en mujeres obesas, teniendo en cuenta, que las que dan positivo en el tamizaje temprano, también lo harán en el segundo control. (8).

Profilaxis de trastornos hipertensivos del embarazo

Las embarazadas con obesidad, tienen mayores probabilidades de presentar deficiencia de vitamina D, carencia que se asocia al bajo peso al nacer y contribuye al desarrollo de trastornos hipertensivos del embarazo.

La obesidad se asocia con niveles más bajos de 25-hidroxivitamina D. Las concentraciones de vitamina D neonatal reflejan los niveles maternos. Los recién nacidos de madres con índice de masa mayor a 30 kg/m² se han asociado con bajo peso al nacer, diabetes gestacional y preeclampsia.

El aumento del IMC está inversamente asociado con las concentraciones séricas de vitamina D, lo que significa que las mujeres obesas tienen más probabilidades de tener deficiencia de vitamina D que las que tienen IMC normal. La suplementación de 10 mcgr. de vitamina D durante el embarazo puede reducir el riesgo de bajo peso al nacer, parto

prematureo y preeclampsia. (9,10)

Aspirina: la obesidad ha sido identificada como uno de los principales factores de riesgo para que se presenten trastornos hipertensivos del embarazo, en especial para preeclampsia tardía. En este caso la aspirina no ha demostrado ser tan efectiva, sin embargo, a pesar de otros factores de riesgo, el uso de aspirina está considerado como profilaxis para trastornos hipertensivos del embarazo en estas pacientes y dada su alta incidencia de resistencia, la periodicidad y la dosificación en que se utilizan deben ser especialmente evaluados en este grupo. (10)

Metformina: este fármaco no ha demostrado controlar o disminuir la ganancia de peso en pacientes obesas no diabéticas. En nuestro centro se utiliza con éxito este medicamento en este grupo de pacientes, suministrando dosis que van desde 1.5 a 2 gr al día. (11)

Inducción de la labor de parto y tiempo de entrega

Las embarazadas obesas tienen un riesgo mayor de complicaciones quirúrgicas y postquirúrgicas, por lo tanto, si no existe contraindicación absoluta, debe preferirse el modo del parto vaginal.

La obesidad es un factor de riesgo para el diagnóstico de inducción fallida. La duración del trabajo de parto y las necesidades de oxitocina, son mayores en la mujer obesa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mraers P. Obesity in pregnancy, Practice Bulletin, December 2015, ACOG
2. Kennedy D. identifying women who might benefit from high doses of folic acid, Canadian Family Physician, April 2012
3. Premru-Srsen T, Kocic Z, Fabjan Vodusek V, et al. Total gestational weight gain and the risk of preeclampsia by pre-pregnancy body mass index categories: a population-based cohort study from 2013 to 2017. J Perinat Med 2019;47(6): 585–91.
4. Larsen T M. Maternal smoking obesity and risk of venous thromboembolism, Thrombosis Research, 2007
5. Norman SL. The effects of obesity on the first stage of labor. Obstet Gynecol July 2012.
6. Lashen H. Obesity associated with increased risk of first trimester and recurrent miscarriage, Human Reproduction 2004.

7. Sagwankung P. Gestational weight gain, Obstet Gynecol Clin North Am, 47,2020.

8. Royal College. Green Guidelines. Obesity in pregnancy 2015.

9. Karlson T. Lower status on Vitamina D, compare with normal weight women. Clinical Nutrition, 2014

10. ACOG, Committee Opinion. Aspirin, 2015

11. Syngelaky A. Metformin versus Placebo in obese pregnant women without diabetes mellitus, New England J. Med, 2016.

12. Gibbs C. Term elective induction of labor and pregnancy outcomes among obese women, Obstet and Gynecol 2019

13. Pevzner I. Effects of maternal obesity on duration of prostaglandin Cervical ripening and labor induction, Obstet Gynecol, December 2009.

DIRECCIÓN DE LOS AUTORES

Dr. Franklin Escobar

escobar.franklin23@gmail.com

Heredia. Costa Rica