PREDICCION DEL DESENCADENAMIENTO ESPONTANEO DEL PARTO

*Dr. Fernando Sánchez Torres***
*Dr. Jaime Ramírez Sánchez***

Estudio comparativo entre el estado clínico del cuello uterino y la citología vaginal*

En la práctica es muy frecuente que nos preguntemos qué tan cercano estará el momento de iniciación espontánea del trabajo de parto, una vez que cronológicamente el embarazo ha llegado a su término. Si fuera posible contar con un sistema que nos proporcionara la respuesta cierta a este interrogante, el ejercicio obstétrico se haría, indudablemente, menos desordenado e intranquilo.

Aunque todavía no está perfectamente aclarado el mecanismo por el cual el trabajo de parto se desencadena en la especie humana cuando el embarazo ha completado 38 o 42 semanas, parece que el predominio de los estrógenos sobre la progesterona (5, 6, 18), junto con el aumento de la secreción de oxitocina (9, 12) sean factores primordiales.

Basados en las determinaciones hormonales hechas por Brown y cols. (6), según las cuales la eliminación del pregnandiol urinario, principal metabolito de la progesterona, desciende rápidamente en el curso del último mes del embarazo con el consecuente predominio de los estrógenos, Lichtfus y cols. (14), y Lichtfus (15) describieron las modificaciones citológicas vaginales correspondientes al embarazo avanzado, próximo al término, a término y claramente a término, siguiendo una clasificación propuesta inicialmente por Lemberg-Siegfried y Stam (13). El "embarazo avanzado" (EA) se caracteriza citológicamente por su uniformidad celular. Hay un franco predominio de las células intermediarias de tipo navicular, dispuestas en placas, con ausencia casi total de las células superficiales. El frotis es más o menos limpio, exento de leucocitos y moco. La demarcación celular es muy definida, así como su afinidad tintorial.

En el cuadro de "embarazo próximo al término" (EPT) hay células más individualizadas y aisladas. Las células naviculares comienzan a disminuir en número, conservando sin embargo su predominio. Los leucocitos aumentan en número.

En el de "embarazo a término" (ET) predominan las células intermediarias propiamente dichas sobre

---

* Trabajo elaborado en la Clínica San Pedro Claver (I.C.S.S.) de Bogotá.

** Del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina (Universidad Nacional).

las naviculares. La agrupación celular es menos marcada y el número de elementos en el extendido disminuye. Aumentan las células superficiales, así como la picnosis y la eosinofilia. El moco y los leucocitos son más aparentes, lo cual le dá al frotis un aspecto sucio.

En el de "embarazo claramente a término" (ECT) se evidencia un estímulo estrogénico mucho más neto. Las células se encuentran aisladas y son de tipo superficial, basófilas y acidófilas. La picnosis nuclear es también más frecuente y a los numerosos leucocitos se agregan algunos eritrocitos y moco, tomando la preparación un aspecto francamente sucio.

La representación citológica de los cambios hormonales al final del embarazo también ha podido comprobarse mediante el estudio urocitográfico (1, 2, 4).

Utilizando el recurso de la citología se ha querido predecir el momento del desencadenamiento del parto. Alvarez Bravo y cols. (1) aseguran que por medio del urocitograma es posible determinar la proximidad del parto de 1 a 7 días antes, en casi el 100% de los casos; Arzac (2) y Benavides (4) no son tan categóricos en sus afirmaciones. Para Barnes y Zurpen (3) la citología vaginal proporciona una certeza del 73%, y para Sammour (17) del 83%. Dexeus y Segur (11) juzgan que el parto ocurrirá antes de 6 días, si el frotis citológico corresponde a uno de completa madurez.

Según Caldeyro y Alvarez (8), después de la semana trigésima del embarazo, y por un aumento progresivo de la oxitocina, "la actividad uterina aumenta lenta y gradualmente, debido al incremento de la intensidad y frecuencia de las contracciones de Braxton-Hicks, las que además mejoran su coordinación y propagación invadiendo cada vez áreas mayores del útero. Este período de creciente actividad uterina que dura varias semanas, es el llamado **preparto.** Durante éste el cuello uterino madura en forma progresiva, presumiblemente por acción de las contracciones uterinas".

En la práctica el método más socorrido, ya que está a la mano, para juzgar la proximidad del parto es, precisamente, el estado de madurez cervical. En opinión de Browne, (7) Benavides (4) y de Racker y cols. (16), la madurez del cuello es una evidencia de que el embarazo está de término y de que el útero está listo para actuar.

Aceptando, pues, que para predecir la proximidad del parto solo contamos con el estudio de las modificaciones colpourocitológicas —producto de los cambios hormonales— y con la comprobación del estado clínico del cuello uterino —producto de las contracciones uterinas del preparto—, quisimos emprender una investigación comparativa de los dos métodos. El motivo de la presente publicación es dar a conocer los resultados obtenidos.

MATERIAL Y METODOS

Este estudio fue llevado a cabo en la consulta prenatal de la Clínica San Pedro Claver, de Bogotá, dependencia del Instituto Colombiano de Seguros Sociales, en un grupo de pacientes cuya gestación había llegado cronológicamente a su término, basados en el dato de la fecha de la última menstruación.

El material para el extendido fue tomado del tercio superior de la pared lateral de la vagina y fijado en

alcohol-éter y coloreado luego según la técnica de Papanicolaou. Se desecharon aquellos frotis cuya lectura se hacía difícil a causa de alteraciones celulares por procesos inflamatorios vaginales. La interpretación fue hecha en forma ciega por uno de nosotros (J. R. S.), vale decir, ignorando premeditadamente los datos clínicos de las pacientes. Los cuadros citológicos observados fueron incluídos en uno de los grupos de la clasificación de Zidowsky (19), modificada por Castaño Almendral (10) (Cuadro Nº 1). Para comodidad de la relación entre citología y características del cuello uterino, los grupos de EA y PT los incluímos en uno solo que denominamos "pretérmino" (PT). (Cuadro Nº 1).

CUADRO Nº 1

CUADRO CITOLOGICO AL FINAL DEL EMBARAZO

Cambios	Embarazo avanzado	Embarazo próximo al término	Embarazo a término	Embarazo claramente a término
DESCAMACION				
Nº de células	++++	+++	++	++
Placas de células	+++	++	+	0
Placas espesas	+++	++	+	0
Pacas grandes	+++	++	+	0
Células plegadas	+++	++	+	0
Células aisladas	+	+	++	+++
INDICE CELULAR				
Células superficiales	0	+	+	+++ (40—80%)
Células intermedias	+++	++	+	+
Células naviculares	+++	++	+	0
Células parabasales	0	0	0	0
Indice acidófilo	menor de 1%	2%	8%	2—20%
Indice picnótico	menor de 4%	6%	17%	10—40%
Moco	0—+	+	+	++
Leucocitos	+	+	+	++
Eritrocitos	0	0	+	+
Vitalidad celular	++++	+++	++	+
Aspecto del frotis	limpio	+ o — limpio	+ o — sucio	sucio

Una vez tomado el material para el extendido vaginal, se procedió a comprobar digitalmente el estado clínico del cuello uterino, comprobación hecha siempre por la misma persona (FST). En base a las características encontradas cada caso fue involucrado en uno de los siguientes grupos:

Primigestantes y secundigestantes. Cuello "completamente maduro" (C M) cuando era central, borrado, con 2 o más centímetros de dilatación y de consistencia muy blanda. "Maduro" (M) cuando era central, corto, permeable a un dedo y blando. "Inmaduro" (I) cuando era central o posterior, largo, cerrado y de consistencia firme, (Cuadro Nº 2).

CUADRO Nº 2

CLASIFICACION DEL CUELLO UTERINO EN PRIMIGESTANTES Y SECUNDIGESTANTES

TIPO DE CUELLO	POSICION	LONGITUD	DILATACION	CONSISTENCIA
Completamente maduro	central	0-1/2 cm. (borrado)	2 o más cms.	muy blando (+++)
Maduro	central	1-2 cms. (corto)	1 cm.	blando (++)
Inmaduro	central o posterior	2-3 cms. (largo)	cerrado	firme (+)

Multigestantes (3 ó más embarazos). "Completamente maduro" si era central, casi borrado o borrado, por lo menos 3 centímetros de dilatación y de consistencia muy blanda. "Maduro" si estaba central o posterior, grueso, con 2 centímetros de dilatación y blando. Finalmente, se consideró "Inmaduro" si era central o posterior, corto, cerrado y de consistencia firme (Cuadro Nº 3).

CUADRO Nº 3

CLASIFICACION DEL CUELLO UTERINO EN MULTIGESTANTES

TIPO DE CUELLO	POSICION	LONGITUD	DILATACION	CONSISTENCIA
Completamente maduro	central	0-1 cm.	3 cms.	muy blando (+++)
Maduro	central o posterior	1-2 cms. (grueso)	2 cms.	blando (++)
Inmaduro	central o posterior	2 cms. (corto)	cerrado	firme (+)

Posteriormente la historia clínica de cada paciente fue revisada para extraer el dato referente a la fecha del parto. Se desecharon aquellas cuyo parto había sido inducido o las que presentaron complicaciones anteparto como ruptura prematura de membranas o hemorragia. En esta forma fueron 135 los casos seleccionados: 41 eran primigestantes, 32 secundigestantes y 62 multigestantes.

RESULTADOS

De los 135 casos estudiados, 13 tuvieron el parto dentro de las 24 horas siguientes al examen. Al tacto 9 tenían un cuello maduro y 4 completamente maduro. La citología en 2 fue de embarazo pretérmino, 10 de término y 1 completamente a término.

En 15 el parto se desencadenó a los 2 días siguientes: el cuello era inmaduro en 8, maduro en 4 y completamente maduro en 3. Citológicamente 3 eran pretérmino, 11 a término y 1 completamente a término.

En 26 el parto ocurrió en los siguientes 3 ó 4 días: el cuello se mostró inmaduro en 16, maduro en 6 y completamente maduro en 4. La colpocitología correspondió a pretérmino en 9 casos, en 16 a término y completamente a término en 1.

En 20 el embarazo terminó al cabo de 5 ó 6 días. Catorce tenían un cuello inmaduro, 5 maduro y 1 completamente maduro. Cinco tuvieron una citología de pretérmino, 13 de término y 2 completamente a término.

En 12 el parto sucedió al cabo de 7 u 8 días: en 11 el cuello era inmaduro y en 1 maduro. En 7 la citología correspondía a embarazo pretérmino, en 4 a término y en 1 completamente a término.

Finalmente, 49 tuvieron su parto entre 9 y 15 días después. En 40 el cuello fue inmaduro, y maduro en 9. El cuadro citológico de 18 fué de embarazo pretérmino, en 24 a término y en 7 completamente a término (Cuadro Nº 4).

CUADRO Nº 4

RELACION ENTRE LA MADUREZ CITOLOGICA Y LA MADUREZ CERVICAL CON LA INICIACION ESPONTANEA DEL PARTO

	MADUREZ CITOLOGICA			MADUREZ CERVICAL			
Tiempo anteparto	**CT**	**T**	**PT**	**CM**	**M**	**I**	**Total**
12 horas			2	1	1		2
24 horas	1	10		3	8		11
2 días	1	11	3	3	4	8	15
3-4 días	1	16	9	4	6	16	26
5-6 días	2	13	5	1	5	14	20
7-8 días	1	4	7		1	11	12
9-15 días	7	24	18		9	40	49

CONCLUSIONES

Por los resultados anteriores podemos deducir que, en forma general, ni la citología vaginal ni el estado de madurez cervical nos permiten predecir en forma constante y segura la proximidad del parto en aquellos casos de gestación cronológicamente a término.

En los seis días anteriores a la iniciación espontánea del parto la citología vaginal correspondió a los grupos de "embarazo a término" y "completamente a término" en el 74.25% de los casos, en tanto que el estado clínico del cuello correspondió a los grupos de "maduro" y "completamente maduro" en el 48.65%.

Sin embargo, al comparar el valor pronóstico del cuadro citológico denominado "completamente a término" con el estado del cuello denominado "completamente maduro", podemos apreciar que a este último debe concedérsele mayor credibilidad, pues aparece dentro de los cinco días que anteceden al parto, en tanto que el citológico puede observarse desde quince días antes. En la misma forma, las modificaciones ci-

tológicas propias de un embarazo inmaduro o pretérmino pueden existir doce horas antes del parto, en tanto que un cuello inmaduro no se encuentra antes de veinticuatro horas de que el parto se desencadene espontáneamente.

RESUMEN

En 135 pacientes con embarazo a término se hizo un estudio comparativo entre la citología vaginal y el estado del cuello uterino, como índices para predecir la proximidad del desencadenamiento espontáneo del parto.

Aunque ninguno de los dos métodos permite prejuzgar, en forma individual y constante, la vecindad del parto, al comparar uno con otro se concluye que el grado de madurez cervical, valorado correctamente, es un recurso más práctico y exacto que la citología vaginal.

BIBLIOGRAFIA

1 ALVAREZ, A., GONZALEZ, M., GUTIERREZ, E. y DOSAL, M. Ginec. Obstet. Mex. 12: 73, 1957.

2 ARZAC, J. P. Ginec. Obstet. Mex. 12: 467, 1957.

3 BARNES, A. C. y ZUSPAN, F. P. Am. J. Obst. & Gynec. 71: 1080, 1956.

4 BENAVIDES, L. Ginec. Obstet. Mex. 17: 409, 1962.

5 BOTELLA, J. Endocrinología de la mujer. Ed. Científico Médica, Barcelona, 1961. Pág. 376.

6 BROWNE, J. S. L., HENRY, J. S. y VENNING, E. H. J. Clin. Investig. 17: 503, 1938.

7 BROWNE, J. C. J. A. M. A. 186: 1047, 1963.

8 CALDEYRO BARCIA, R. y ALVAREZ, H. Mem. III Congr. Lat. Am. Obst. y Gin. México, 1058; pág. 140.

9 CALDEYRO-BARCIA, R. y POSEIRO, J. J. "Oxytocin and contractility of the pregnant human uterus". Conference on "The uterus". New York. Academy of Sciences, Febr. 1958.

10 CASTAÑO, A. A. Acta Gyn. et Obst. Hisp. Lus. 12: 155, 1963.

11 DESEUX, J. M. y SEGUR, J. M. Rev. Esp. Obst. Gin. 16: 143, 1957.

12 HAWKER, R. W. y ROBERTSON, P. A. Endocrinology. 60: 652, 1057.

13 LEMBERG-SIEGFRIED, S. y STAMM, O. Geburth. u. Frauenheilk. 15: 885, 1955.

14 LICHTFUS, C., PUNDEL, J. P. y GANDAR, R. Gynéc. Obstét. 57: 380, 1958.

15 LICHTFUS, C. Acta Cytol. 3: 247, 1959.

16 RACKER, D., BURGESS, G. H. y MANLY, G. The Lancet. 265: 953, 1953.

17 SAMMOUR, M. B. Obst. and Gynec. 24: 682, 1964.

18 WENNEN, R. Zbl. Gynac. 65: 2027, 1941.

19 ZIDOVSKY, I. Zbl. Gynak. 82: 513, 1960.