Revista de Revistas

Riesgo de muerte perinatal en el parto, después de operación cesárea, en embarazos de término sin complicaciones

Smith GC, Pell JP, Cameron AD, Dobbie R. *JAMA* 2002; 287: 2684-90.

Resumió: Dr. HERNÁN RAMÍREZ PIÑA

Nuevos estudios destacan el mayor riesgo de rotura uterina en el trabajo de parto después de operación cesárea, pero existen pocas referencias respecto al riesgo absoluto y relativo de muerte perinatal en estos casos.

Los AA de este trabajo intentan determinar el riesgo de muerte intraparto o neonatal, no relacionado con malformaciones congénitas, en mujeres con embarazos de término no complicados que tuvieron cesárea anterior, comparándolo con mujeres que tuvieron cesárea electiva y mujeres multíparas o nulípara de término que no tuvieron parto por cesárea electiva.

En Escocia, entre 1992-97, hubo 313.238 partos de 37-43 semanas de gestación, con fetos en presentación cefálica. Se consideró muerte perinatal aquella ocurrida intraparto o neonatal, en ausencia de malformación congénita. En 15.515 partos después de una operación cesárea se encontró un 12,9 por 10.000 mujeres con muertes perinatales,

lo que significa casi 11 veces de mayor riesgo que en cesáreas electivas; más del doble que en el parto de multíparas y riesgo similar en partos de nulíparas. Estos resultados no estuvieron relacionados con diferencias en el peso materno, tabaquismo, nivel socioeconómico, edad, peso fetal o semanas de gestación. En mujeres que tuvieron trabajo de parto, la tasa de mortalidad debida a causas mecánicas, incluida la rotura uterina, fue 4,5 por 10.000 mujeres, lo que significa 8 veces más que en el parto de multíparas y nulíparas.

Los AA concluyeron que el riesgo absoluto de muerte perinatal en mujeres con trabajo de parto después de operación cesárea es bajo. Sin embargo, según este estudio, el riesgo fue significativamente mayor que en cesáreas electivas y hubo exceso de muertes fetales debidas a roturas uterinas, en comparación con otras mujeres con trabajo de parto.

Comparación entre diversas vías y dosis de misoprostol para la maduración cervical e inducción del parto

How YH, Leaseburge L, Khoury JC, Siddigi T, Spinat J y Sibai BM. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 185: 911-5.

Resumió: Dr. HERNÁN RAMÍREZ PIÑA

La inducción del parto con un cuello desfavorable suele ser prolongada y puede terminar en una operación cesárea innecesaria por el diagnóstico de "inducción fracasada". La ocitocina y la prostaglandina (PGE2) son los agentes más empleados para madurar el cuello e inducir el parto. Con este objetivo, en los últimos años, se ha utilizado el

misoprostol, un análogo de PGE1. Numerosos trabajos y recientes metaanálisis han demostrado la eficacia del misoprostol vaginal y su superioridad sobre la ocitocina y la PGE2 sin significativo aumento de resultados adversos maternos o fetales. Pocos estudios existen sobre la eficacia y seguridad del misoprostol por vía oral en dosis de 50 µg

cada 4 horas a 200 µg cada 6 horas. El efecto colateral más frecuente es la taquisistolia y el ideal es conseguir la dosis más eficaz y que disminuya la hiperestimulación y la taquisistolia uterina. Los AA de este estudio se propusieron comparar la eficacia de diferentes vías y dosis de misoprostol sobre la maduración cervical y la inducción del parto.

Se estudiaron en forma randomizada 330 mujeres con ≥ 32 semanas de gestación con indicación de inducción y se dividieron en 3 grupos doble ciego: (1) 25 µg de misoprostol vía vaginal; (2) placebo vía oral + 25 µg de misoprostol vía vaginal y (3) 25 µg de misoprostol vía oral + placebo vía vaginal. Las dosis se repitieron cada 4 horas hasta el comienzo del trabajo de parto o hasta completar un máximo de 12 dosis. El principal resultado fue conseguir el parto vaginal dentro de 24 horas de iniciada la inducción. Se analizó también el tiempo transcurrido desde el comienzo de la inducción al parto, la necesidad de agregar ocitocina, el tipo de parto, la frecuencia de efectos colaterales y los resultados maternos y neonatales. Se analizó la variabilidad, test chi cuadrado y la regresión logística de los resultados.

No hubo diferencia significativa en las caracte-

rísticas maternas o las indicaciones para la inducción. El porcentaje de partos vaginales dentro de las 24 horas fue mayor en el grupo en que se usó misoprostol vaginal: 67% en comparación con 53% para el grupo oral + vaginal ($p < 0,05$) y 36% para el grupo oral ($p < 0,05$). El tiempo promedio de duración del parto vaginal fue menor en los grupos con misoprostol vaginal y oral + misoprostol vaginal (13,5 horas y 14,3 horas respectivamente), en comparación con 23,09 horas para el grupo oral ($p < 0,05$). La tasa de operación cesárea fue menor en el grupo de misoprostol vaginal (17% comparado con 30% en el grupo oral + vaginal y 32% en el grupo oral; $p < 0,05$). La taquisistolia se observó con menor frecuencia en el grupo con misoprostol oral (10% en comparación con 32% en el grupo vaginal y 34% en el grupo oral + vaginal; $p < 0,05$). La hiperestimulación uterina también fue menos frecuente en el grupo oral (4% comparado con 15% en el grupo vaginal y 22% en el grupo oral + vaginal; $p < 0,05$).

Los AA concluyen que a las dosis estudiadas, la inducción del parto con misoprostol por vía vaginal es más eficaz que la administración oral + vaginal o la vía oral exclusiva.