

## Comentarios obstétricos contemporáneos

*Dr. Oscar Agüero*

La obstetricia actual recurre a un número importante de métodos diagnósticos, de controles y de tratamientos, muchos de los cuales han sido rápidamente introducidos en la práctica diaria sin haber probado sus beneficios, sus costes razonables, ni su inocuidad. El no uso, el uso y el abuso de algunas de estas llamadas “nuevas tendencias” o “nuevas tecnologías”, ha tenido repercusiones desfavorables en el ejercicio médico, especialmente en EE.UU. donde son comunes las sanciones legales y la penalización con elevadas cantidades de dinero, basadas en los resultados o en la omisión de pruebas no convalidadas científicamente. En Venezuela, no se ha llegado a estos extremos, pero sí hay inclinación a aceptar ciegamente dichos procedimientos sin someterlos localmente a ensayos, sin evaluar sus potencialidades y sus limitaciones.

En los países donde se originan esas nuevas técnicas existe un alto nivel de crítica y son numerosos los estudios que las analizan seriamente y las colocan en el sitio que realmente les corresponde, aun cuando, desgraciadamente, sus conclusiones y recomendaciones no son siempre aceptadas en la proporción que merecen.

En el “Volumen 2/1998” de las “Clínicas Obstétricas y Ginecológicas de Norte América” se analizan, basados en estudios aleatorios, controlados y en meta análisis, varias de las proposiciones actualmente utilizadas en obstetricia y ginecología. Expondremos las opiniones sobre algunos de los tópicos obstétricos enfocados.

### 1. “Vigilancia fetal electrónica intraparto (VFE)” (1).

“La amplia aceptación de la VFE en la práctica obstétrica comenzó a cuestionarse en el decenio de 1980, para cuya terminación el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología señaló que, aunque todas las parturientas necesitaban alguna forma de vigilancia fetal, la elección de la técnica (VFE o auscultación intermitente) se basaba en una serie de factores y debería dejarse a juicio del médico individual. Grupos de expertos en Estados Unidos y Canadá recomendaron no hacer VFE sistemática en embarazos de bajo riesgo y encontraron débiles pruebas para su inclusión o exclusión del uso sistemático en embarazos de alto riesgo.... Como es evidente a partir de la experiencia con la VFE, la amplia difusión de una tecnología antes de determinar resultados beneficiosos puede llevar a un uso erróneo, incomprensión y preocupaciones innecesarias acerca de litigios y responsabilidad profesional.... Es claro que los beneficios alguna vez promulgados para la VFE son más modestos que lo que alguna vez se creyó y parecen principalmente limitados a prevenir convulsiones neonatales. Las implicaciones a largo plazo de estas convulsiones parecen menos graves de lo que alguna vez se creyó, y las consecuencias neurológicas anormales fueron comparables entre niños vigilados por auscultación simple y los que estuvieron bajo vigilancia electrónica”.

Siempre estuvimos opuestos al control electrónico de los latidos fetales como una rutina en todos los partos y/o en aquellos con riesgos. En ambos casos, nos alejé de su empleo, la observación de lo que ocurría en la práctica privada de mis colegas, esto es, cesáreas de emergencia por alteraciones del trazado o del sonido, y obtención de niños

absolutamente normales, tanto desde el punto de vista clínico como de equilibrio ácido-base, o por lo contrario, recién nacidos en malas condiciones con registros aparentemente saludables. Se perdieron importantes sumas de dinero en la adquisición de costosos equipos. Dejamos constancia escrita de nuestra posición (2,3). No negamos el valor del control electrónico de los latidos del corazón fetal y de las contracciones uterinas en protocolos de investigación.

## 2. "Parto vaginal después de cesárea" (4).

"Para la mayoría de las mujeres con antecedentes de cesárea, debe recomendarse una prueba de trabajo de parto. Hay pocas contraindicaciones absolutas. Las mujeres con una incisión clásica previa en el útero no deberían someterse a una prueba de trabajo de parto y se operarán una vez se demuestre madurez pulmonar fetal. No deberá desalentarse la prueba de trabajo de parto en mujeres con incisión uterina previa, vertical, baja, aun cuando se le asesorará en cuanto a que las evidencias de riesgos y beneficios de dicha prueba son limitadas. En aquellas situaciones en las que se desconoce el tipo de incisión uterina previa, pero se sugiere la presencia de una de tipo clásico, puede argumentarse en favor de la cesárea electiva repetida, una vez que se demuestre madurez pulmonar fetal. Cuando se desconoce el antecedente de una incisión uterina y es poco probable que sea clásica, se puede intentar una prueba de trabajo de parto después del asesoramiento. En estas circunstancias está garantizada la atención estrecha intraparto. Es incierta la atención óptima del trabajo de parto en mujeres con antecedente de incisión uterina baja, transversal, que desean una prueba de trabajo de parto con presentación pélvica, embarazo múltiple o en quienes es necesaria la inducción del trabajo de parto..... La rotura uterina representa la complicación más catastrófica de una prueba de trabajo de parto con antecedente de cesárea. En mujeres que se sospecha tienen una lesión de la cicatriz uterina, es necesaria la intervención expedita para disminuir al mínimo las complicaciones maternas y neonatales... Las mujeres sin éxito en una prueba de trabajo de parto requieren una cesárea repetida y tienen el máximo riesgo de complicaciones. Sería ideal identificar a aquellas con antecedente de cesárea con más probabilidades de éxito en la prueba de trabajo de parto, que también tienen las menores morbilidad y mortalidad, maternas y perinatales. En la actualidad, no hay un método

con suficiente fuerza de predicción para detectar aquellas mujeres con más probabilidades de beneficiarse de una cesárea electiva repetida".

En este resumen llama la atención la insistencia en la cicatriz uterina clásica (vertical en el cuerpo uterino), explicable porque en Estados Unidos se continuó el empleo de la cesárea corporal hasta mucho después de que los grupos latinos la habíamos sustituido por la incisión segmentaria, primero vertical y luego transversal esta última, desde 1943 en la Maternidad "Concepción Palacios" (MCP) (5). Hasta 1950, entre 1 538 cesáreas hechas en este Hospital, 20 fueron corporales y 23 segmento-corporales, esto es un 2,79% (6); para 1962, en 9 946 cesáreas del mismo centro, se registraron 40 corporales y 90 segmento-corporales, 1,30% (7), atribuibles a dificultad o imposibilidad de abordar el segmento inferior del útero. En nuestro medio, hoy es poco probable encontrar el antecedente de una cesárea corporal. Igual puede decirse de las incisiones verticales del segmento inferior.

En cuanto a las desuniones de la cicatriz uterina no creemos que sean tan "catastróficas", en primer lugar porque su frecuencia es baja: "casi 1%", según el autor, 2,3% y 1,02% en dos series de la MCP (8,9), 1,57% para el Hospital General del Oeste (10) y 0,26% para hospital privado (11). La mayoría de estas desuniones fue asintomática, diagnosticada durante la cesárea repetida o en la revisión uterina posparto y tratadas por histerorrafia (casi todas) o histerectomía, no produjeron otros problemas.

Cuando se refiere a presencia de cicatriz uterina y embarazo múltiple, muestra el temor universal a esta combinación y, basado en el "único estudio a la fecha ...", de 25 casos con 18 partos vaginales (72%), con una "tasa de dehiscencias en ellas del doble con relación a la de embarazo único", afirma que no se pueden sacar conclusiones válidas acerca de los riesgos y beneficios en este grupo de mujeres. La experiencia citada fue publicada en 1989 (12) con el siguiente comentario: "Una revisión de la literatura revela sólo 23 casos de prueba de trabajo después de una primera cesárea y todos lograron un parto vaginal". Con material de la MCP se había publicado en 1977, lo ocurrido en 232 embarazos gemelares en úteros con cicatrices (229 cesáreas, 2 histerorrafias y una miomectomía), de las cuales 136 (58,62%) terminaron por cesárea y 96 por vía vaginal (41,37%); hubo una dehiscencia incompleta de la cicatriz uterina, sin ruptura del peritoneo; la morbilidad materna fue estadísticamente mayor en el grupo con

cesárea y hubo dos muertes maternas en este mismo grupo (una por sepsis y una por hemorragia cerebral). La conclusión fue "... no hay justificación para reiterar la cesárea por el solo hecho de que exista un embarazo múltiple" (13).

Tampoco creemos que deba desalentarse el uso, bien controlado, de la ocitocina en la inducción del parto o estimulación del mismo. Personalmente, empleamos ocitocina en 107 (38,48%) de 376 úteros cicatriciales (11).

3. "Analgésia epidural durante el trabajo de parto: efecto sobre la tasa de nacimientos por cesárea" (14).

"Es impreciso llegar a conclusiones generalizadas acerca del efecto de la analgesia epidural sobre las tasas de cesárea, porque puede ser dependiente de instituciones o de médicos. La comparación de grupos de nulíparas con o sin epidural es valiosa. No puede señalarse a la analgesia como con un efecto adverso sobre las tasas de cesáreas si no hay diferencias en éstas entre nulíparas que la usaron y no".

A pesar de los años transcurridos y del inmenso número de anestésias epidurales administradas durante el trabajo de parto, todavía existe controversia relativa a su influencia sobre la duración del parto (en período de dilatación y de expulsión), la frecuencia de las variedades posteriores y su detención, la necesidad de utilizar ocitócicos y de realizar más intervenciones vaginales y más cesáreas. En una reciente revisión (15) se mencionan cinco estudios prospectivos y comparativos entre peridural o raqui-peridural y analgesia endovenosa; en tres de los estudios observan aumento de las cesáreas, no así en los dos restantes. La presencia de numerosas variables hace difícil la interpretación de los resultados. La conclusión de esta revisión es: "El único hallazgo consistente en los cinco estudios prospectivos que comparan la epidural intraparto con los narcóticos, es el aumentado uso de ocitócitos en los grupos con epidural".

4. "Cesárea profiláctica por diagnóstico prenatal de malformaciones" (16).

En este capítulo se analizan dos tipos de malformaciones: los defectos de la pared abdominal (gastrosquisis, onfalocele) y los del tubo neural (anencefalia, exencefalia, encefalocele, espina bífida abierta). La revisión de publicaciones sobre la conducta en las anomalías de la pared abdominal, de manera especial la gastrosquisis, lo lleva a afirmar

que "Los autores de casi todos estos informes han concluido que la cesárea no confiere beneficio neonatal..." y "...cualquier conclusión basada en estos informes debería considerarse algo especulativa y no constituirse en la base de recomendaciones clínicas sólidas, sobre todo a la luz de los hallazgos clínicos controvertidos. A la fecha no hay estudios con testigos adecuados dedicados a la utilidad de la cesárea profiláctica en los defectos de la pared ventral". Con respecto a la espina bífida abierta, opina que "Debido a la falta de estudios prospectivos con testigos, el tema de la cesárea profiláctica... sigue siendo controvertido y de investigación". Como conclusión global, asienta: "En resumen, se cuenta hoy con pruebas clínicas insuficientes para apoyar la recomendación de la cesárea profiláctica en... defectos de la pared ventral o espina bífida abierta".

En este aspecto sólo podemos suministrar algunos datos acerca de la frecuencia de estas anomalías en dos hospitales de Caracas, Hospital Privado Centro Médico de Caracas (17) y Maternidad "Concepción Palacios" (no publicados), en dos lapsos diferentes:

	Centro Médico	Maternidad Concepción Palacios
	1965-84 - 21 942 partos	1985-94 - 238 692 partos
Espina bífida	10 (1 x 2 194)	124 (1 x 1 924)
Onfalocele	4 (1 x 5 485)	70 (1 x 3 409)
Gastrosquisis	2 (1 x 10 746)	28 (1 x 8 524)

A esto hay que agregar la asociación frecuente con otras anormalidades. Así, en los datos del Centro Médico, de 10 espinas bífidas, sólo 3 eran, aparentemente, únicas, el resto estuvo acompañado de alteraciones, algunas severas como anencefalia y sirenomelia; de 4 onfaloceles, uno tenía además espina bífida y malformaciones de las extremidades inferiores; y las dos gastrosquisis estuvieron asociadas a hernia diafragmática en una, y a malformaciones de las extremidades inferiores, la otra. En total, de 16 anomalías 10 (62,50%) eran múltiples. Estas cifras hacen ver la complejidad del problema y lo irracional de adoptar rutinas intervencionistas.

Como comentario final, insistiremos en la necesidad de evaluar adecuadamente los procedimientos, aceptarlos como rutina sólo si se comprueban sus bondades, o rechazarlos en caso contrario. Los resultados negativos deben ser dados a conocer porque tienen un gran valor, evitan repeticiones estériles y la implantación de normas no justificadas. Si no es posible o no hay interés en

dicha evaluación, es aconsejable esperar la información de estudios como los comentados.

#### REFERENCIAS

1. Thacker SB, Stroup DF, Peterson HB. Vigilancia fetal electrónica intraparto. *Clin Obstet Ginecol* 1998;2:335-340.
2. Agüero O. Usos y abusos de la tecnología en obstetricia. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1983;43:175-179.
3. Agüero O. Monitorización electrónica (editorial). *Inf Corr Lat Amer* 1986 (N° 2).
4. McMahon MJ. Parto vaginal después de cesárea. *Clin Obstet Ginecol* 1998;2:341-351.
5. Agüero O. Publicaciones sobre cesárea en Venezuela. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1993;53:3-16.
6. Agüero O, Monroy T, Pittaluga JR, Viso Pittaluga R. Cesáreas en la Maternidad "Concepción Palacios". *Rev Obstet Ginecol Venez* 1952;12:420-480.
7. Aure M, Agüero O. Cesáreas en la Maternidad "Concepción Palacios" (1953-1962). *Gin Obstet Méx* 1970;28:641-651.
8. Aurrecoechea JM, Calcaño J. Porvenir de la mujer cesarizada en la Maternidad "Concepción Palacios". *Rev Obstet Ginecol Venez* 1952;12:518-548.
9. Saulny de Jorge J, Agüero O. Parto vaginal versus cesárea en cesárea anterior. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1979;39:70-74.
10. Uzcátegui O, Toro J. Parto vaginal poscesárea. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1978;38:32-34.
11. Agüero O. Útero cicatricial grávido. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1979;39:18-20.
12. Strong TH, Phelan JP, Ahn Mo, Sarno AP Jr. Vaginal birth after cesarean delivery in the twin gestation. *Am J Obstet Gynecol* 1989;161:29-32.
13. Agüero O, Kízer S. Embarazo múltiple en útero cicatricial. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1977;37:347-351.
14. Thorp JA. Analgesia epidural durante el trabajo de parto; efecto sobre la tasa de nacimientos por cesárea. *Clín Obstet Ginecol* 1998;2:417-426.
15. Nageotte MP. How does epidural effect the cesarean section rate? *Contemp Ob/Gyn* 1999;44(7):24-38.
16. Owen J. Cesárea profiláctica por diagnóstico prenatal de malformaciones. *Clin Obstet Ginecol* 1998;2:363-373.
17. Agüero O. Malformaciones congénitas. *Cent Méd* 1987;33:11-16.

---

### Fe de errata

En el número 2 del volumen 59, correspondiente al mes de junio de 1999 de la Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, se omitió involuntariamente la referencia de donde fueron tomadas dos de las fotos que ilustran el capítulo de revisión "Síndrome de ovarios poliquísticos: una disfunción metabólica de alto riesgo cardiovascular" (pp 117-136).

Dichas fotografías fueron tomadas de: Erickson GF. The ovarian connection. En: Adashi EY, Rock JA, Rosenwaks Z, editores. Lippincott-Raven; 1996. p. 1141-1160.

De igual manera, en las referencias 65, 82 y 85, la palabra "COMPLETAR", agregada por la casa editora al original enviado por el autor, no fue sustituida por los correspondientes nombres de los autores, en la oportunidad en que los mismos le fueron suministrados personalmente por el autor en la propia oficina de la casa editora, la víspera de ser enviado el conjunto de trabajos a la imprenta.

Atentamente

El autor

Dr. Ronald A. Pardo-Palma.

Comité Editorial: ofrecemos disculpas a nuestros lectores.