

Revista de Revistas

Morbilidad materna asociada a cesárea sin trabajo de parto comparada con inducción al término (1)

Allen V, O'Connell C, Baskett T. *Obstet Gynecol* 2006; 108: 286-294.

Análisis crítico: CLAUDIO VERA P-G.¹, JORGE CARVAJAL C., PhD.¹

¹Unidad de Medicina Materno-Fetal, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

RESUMEN (1)

Objetivo: Estimar la morbilidad materna asociada a cesárea realizada a término sin trabajo de parto, comparada con la morbilidad asociada a inducción de trabajo de parto al término del embarazo.

Métodos: Estudio de cohorte en base poblacional de 15 años (1988-2002) de la base de datos perinatal Atlee de Nueva Escocia, los resultados maternos de nulíparas con cesárea sin trabajo de parto, se compararon con los de nulíparas que presentaron inducción de trabajo de parto al término de embarazos únicos en presentación cefálica.

Resultados: Un total de 5779 embarazos fueron considerados luego de aplicar los criterios de inclusión y exclusión, de las cuales 879 presentaron cesáreas sin trabajo de parto. No hubo muertes maternas. No hubo diferencia en infección de herida, morbilidad febril puerperal, transfusión sanguínea o trauma. Luego de controlar potenciales factores confundentes, las mujeres con cesárea sin trabajo de parto presentaron menos complicaciones por hemorragia precoz del puerperio (riesgo relativo 0,61 (IC 95% 0,42-0,88), número necesario a tratar 32) y morbilidad materna compuesta (riesgo relativo 0,71 (IC 95% 0,52-0,95), número necesario a tratar 34) comparadas con las mujeres con inducción del trabajo de parto. Además se realizó análisis de subgrupo de los resultados maternos después de la inducción del parto según el método de parto que demostró riesgos adicionales de morbilidad traumática posterior a una inducción de trabajo de parto. La mayor morbilidad se encontró asociada al parto vaginal asistido y a

cesárea en trabajo de parto en los grupos con trabajo de parto.

Conclusión: La hemorragia precoz del puerperio y la morbilidad materna compuesta fueron menores en cesárea sin trabajo de parto comparada con inducción del trabajo de parto. La morbilidad hemorrágica y traumática luego de una inducción es mayor posterior a parto vaginal asistido y cesárea durante el trabajo de parto comparada con cesárea sin trabajo de parto.

ANÁLISIS DE LA INVESTIGACIÓN

A. Relevancia clínica de la investigación

¿Son mayores las complicaciones de una cesárea electiva que las de una inducción electiva al término?

Escenario clínico: Se estima que la interrupción electiva del embarazo a término, ya sea mediante cesárea sin trabajo de parto o inducción de trabajo de parto, conlleva mayor riesgo de morbilidad materna que un parto vaginal de inicio espontáneo. Además, se ha demostrado que la inducción de trabajo de parto se asocia a un mayor riesgo de cesárea comparado con el inicio espontáneo del trabajo de parto (2). Estos hechos demuestran la necesidad de una cuidadosa consideración antes de proceder a la interrupción electiva del embarazo a término. Los riesgos de la cesárea por petición materna han sido recientemente revisados por el Instituto Norteamericano de Salud en un consenso de expertos, concluyendo que la evidencia es insuficiente para evaluar los riesgos y beneficios de la cesárea a petición materna

comparada con la intención de parto vaginal (3). La información para evaluar los riesgos maternos de la inducción electiva comparada con cesárea electiva sin indicación médica u obstétrica es limitada.

B. El estudio (1)

Diseño: Estudio de cohorte retrospectivo que utilizó los datos incluidos en la base perinatal de Nueva Escocia desde 1988 a 2002.

Pacientes: Se definieron criterios de inclusión y exclusión para seleccionar población de bajo riesgo obstétrico: embarazos únicos, con recién nacidos vivos al término (37 a 42 semanas), de madres nulíparas, sin importar la presentación para las pacientes que se interrumpieron por cesárea electiva. Las pacientes fueron incluidas en el grupo de interrupción por inducción si requirieron inducción farmacológica (prostaglandias u oxitocina), mecánica (catéter de sonda Foley) o quirúrgica (amniotomía). Se excluyeron las pacientes sin presentación cefálica, anomalías fetales mayores, enfermedad materna pre-existente, restricción de crecimiento fetal o complicaciones del embarazo. Se consideraron las características maternas: edad, peso materno al parto, proporción de madres con rotura prematura de membranas, proporción de madres que recibieron anestesia regional, proporción de madres que recibieron antibióticos durante el parto, edad gestacional al parto, peso de nacimiento. El uso de agentes para acortamiento cervical fue utilizado como indicador de condiciones cervicales para inducción de trabajo de parto. La morbilidad materna evaluada incluyó: enfermedad tromboembólica, necesidad de transfusión sanguínea, infección de herida operatoria (episiotomía o cesárea), histerectomía periparto, morbilidad febril puerperal, evacuación de hematoma, hemorragia puerperal precoz (mayor de 500 mL para un parto vaginal y de 1000 mL para cesárea en las primeras 24 horas de postparto), trauma intraoperatorio (laceración de arteria uterina, vejiga, intestino, uréter o extensión severa de la cicatriz de cesárea), estadía hospitalaria, necesidad de rehospitalización, transferencia a hospital general para cuidado intensivo y mortalidad materna.

Intervención: Los resultados de las pacientes con cesárea sin trabajo de parto fueron comparados con los que presentaron la pacientes con inducción. Se compararon además por método de parto (parto vaginal, parto instrumental o cesárea durante trabajo de parto).

Resultados: De la población potencial (160.015 embarazos), 44% fue nulípara y la tasa de inducción de pacientes entre 37 y 42 semanas sin complicaciones maternas o fetales fue de 17%. Se incluyeron 879 pacientes en el grupo de cesáreas sin trabajo de parto cuyo motivo principal de cesárea fue presentación podálica (84%), no se presentaron cesáreas sin causa médica u obstétrica. El grupo de pacientes con inducción al término incluyó 4900 embarazos, cuya causas más comunes de inducción fue embarazo mayor de 41 semanas (55,9%), rotura prematura de membranas (27,2%) y 5,7% de inducciones electivas sin indicación médica u obstétrica. No se presentaron muertes maternas en ambos grupos. No se presentaron traslados de pacientes a unidad de cuidado intensivo, trombosis venosa o histerectomías obstétricas en pacientes con cesárea sin trabajo de parto, mientras que en el grupo de inducción 3 pacientes fueron trasladadas a UCI (0,6/1000) y las tasas de trombosis venosa e histerectomía fueron de 0,1% y 0,05% respectivamente en este grupo. La estadía hospitalaria fue significativamente mayor en el grupo de cesáreas sin trabajo de parto. Resultados seleccionados de morbilidad materna se resumen en la Tabla I. Se calculó el riesgo relativo y riesgo relativo ajustado, para potenciales factores confundentes mediante regresión logística. Luego de controlar potenciales factores confundentes, las mujeres con cesárea sin trabajo de parto presentaron menos complicaciones por hemorragia precoz del puerperio y morbilidad materna compuesta comparadas con las mujeres con inducción del trabajo de parto.

C. Análisis crítico

Validez interna: La intención del presente estudio es evaluar la morbilidad materna de la cesárea electiva comparado con inducción de trabajo de parto al término de la gestación, utilizando 2 poblaciones: nulíparas sin patología que presentaron cesárea al término sin trabajo de parto por causa obstétrica comparadas con pacientes sin patología inducidas al término. El estudio enfrenta el típico desafío de los estudios observacionales, cual es lograr grupos comparables y considerar los potenciales factores confundentes en el análisis, permitiendo conclusiones válidas. Estimamos que en el presente estudio ambas poblaciones enfrentan similar oportunidad teórica de morbilidad materna relacionada al parto, y el análisis consideró potenciales factores confundentes. La validez interna es, por tanto apropiada para el tipo de estudio efectuado.

Tabla I
RESULTADOS SELECCIONADOS DE MORBILIDAD MATERNA

<i>Morbilidad materna</i>	<i>Cesárea sin trabajo de parto (n=879) n (%)</i>	<i>Inducción de parto (n=4.900) n(%)</i>	<i>Riesgo relativo (IC 95%)</i>	<i>Riesgo relativo ajustado (IC 95%)</i>
Transfusión sanguínea	3 (0,3)	29 (0,6)	0,58 (0,18-1,89)	1,14 (0,30-4,33)
Infección de herida	12 (1,4)	41 (0,8)	1,64 (0,86-3,13)	1,51 (0,74-3,11)
Hemorragia precoz	36 (4,1)	399 (8,1)	0,50 (0,36-0,70)	0,61 (0,42-0,88)
Morbilidad compuesta	57 (6,5)	491 (10,2)	0,65 (0,50-0,84)	0,71 (0,52-0,95)

La única diferencia significativa detectada fue la hemorragia precoz del puerperio. Sin embargo, conocemos lo difícil que es una evaluación "objetiva" de esta complicación. En la evaluación de la magnitud de la hemorragia para ser considerada patológica, no se incluyó por ejemplo caída del hematocrito, lo que podría ser un dato objetivo. La evaluación subjetiva puede ser confiable al compararla con parto vaginal de inicio espontáneo, pero es más difícil al compararla con la cesárea electiva, pudiendo afectar la frecuencia de su reporte y haciendo menos claro el sentido clínico de su comparación. Respecto de la morbilidad compuesta no está claramente descrito el período en que las complicaciones relacionadas al parto fueron evaluadas, además el resultado de morbilidad compuesto incluye patologías de diferente frecuencia de presentación y de magnitud disímil en su reducción (la principal morbilidad y que explica 80% de la diferencia es la hemorragia precoz del puerperio). Los análisis de subgrupos son atinentes, no se especifica si fueron considerados a priori en el diseño del estudio.

Comentarios: Pregunta clínica relevante cuya respuesta es difícil de extrapolar desde grupos presentes en la práctica obstétrica habitual, en los cuales no existe incertidumbre clínica para la vía de parto. Con respecto a la interrupción electiva a término, la presente información estima de mane-

ra indirecta potenciales riesgos de morbilidad materna que debieran ser evaluados en estudios con metodología de mayor jerarquía incluyendo la información perinatal.

Conclusión: Estimamos que este estudio provee una limitada estimación indirecta de la potencial diferencia en morbilidad materna al comparar cesárea electiva e inducción electiva sin indicación médica en pacientes nulíparas sanas. Siendo la única diferencia detectada la hemorragia precoz del puerperio, estimamos que este resultado requiere una evaluación rigurosa, con comparaciones que tengan sentido clínico y mayor objetividad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Allen VM, O'Connell CM, Baskett TF. Maternal morbidity associated with cesarean delivery without labor compared with induction of labor at term. *Obstet Gynecol* 2006;108:286-94.
2. Vera C, Correa R, Neira J, *et al.* Utilidad de la Evaluación de 10 Grupos Clínicos para la reducción de la tasa de cesárea en un hospital docente. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2004;69:219-26.
3. National Institutes of Health state-of-the-science conference statement: Cesarean delivery on maternal request March 27-29, 2006. *Obstet Gynecol* 2006; 107:1386-97.