



TIEMPO PARA REPETIR UNA CESÁREA ELECTIVA A TÉRMINO Y RESULTADOS NEONATALES

Palabras claves: cesárea electiva, edad gestacional, resultados neonatales

Los infantes nacidos antes de las 39 semanas de gestación presentan un incrementado riesgo de problemas respiratorios neonatales, y el riesgo se incrementa progresivamente cuando la edad gestacional al nacimiento disminuye.

Por lo tanto, el parto electivo antes de que se inicie el trabajo de parto (parto en ausencia de indicaciones específicas maternas o fetales) es proscrito antes de las 39 semanas a menos que la madurez pulmonar fetal ha sido demostrada. Comparando los recién nacidos por vía vaginal, aquellos nacidos por cesárea presentan un riesgo incrementado de complicaciones respiratorias, especialmente cuando el parto ocurre antes del comienzo del trabajo de parto. Este riesgo incrementado persiste incluso en infantes que nacen por cesárea a término (es decir, en gestaciones mayores de 37 semanas).

El porcentaje de partos por cesárea en los Estados Unidos creció del 20,7% en 1996 a 31,1% en 2006. Una de las principales causas de este incremento es el menor porcentaje de partos por vía vaginal luego de un parto por cesárea. El parto por cesárea electiva puede ser programada y acomodada a conveniencia de la paciente y el médico, y ese es un riesgo, ya que puede ser realizado más temprano que lo apropiado. Aproximadamente el 40% de las 1,3 millones de cesáreas realizadas anualmente en los Estados Unidos son repeticiones de procedimientos y el número de cesáreas continua en ascenso, el momento oportuno para un parto por cesárea electiva ha incrementado en forma importante su repercusión en salud pública.

En base a estos datos, Tita y col. diseñaron un estudio de cohorte, prospectivo, de mujeres con el fin de describir el momento oportuno para repetir una cesárea electiva y evaluar la asociación entre el parto a término (37 semanas de gestación o más) pero antes de las 39 semanas y el riesgo de resultados adversos neonatales.

Estudiaron una cohorte de pacientes consecutivos que se sometieron a operaciones cesáreas repetidas en 19 centros desde el año 1999 hasta 2002. Mujeres con alumbramientos electivos de embarazos simples viables (por ej., antes del comienzo del trabajo de parto y sin ninguna indicación reconocida para parto antes de las 39 semanas de gestación) fueron incluidas. El resultado primario fue la combinación de muerte neonatal o cualquier evento

adverso severo, incluyendo complicaciones respiratorias, tratamiento de hipoglucemia, sepsis del recién nacido, y admisión a la unidad de cuidados intensivos neonatales.

De las 24.077 repeticiones de partos por cesáreas a término, 13.258 fueron realizadas electivamente; de esas, 35,8% fueron realizadas antes de completar las 39 semanas de gestación (6,3% a las 37 semanas 29,5% a las 38 semanas) y 49,1% a las 39 semanas de gestación. Una muerte neonatal ocurrió. Comparado con los nacimientos a las 39 semanas, los nacimientos a las 37 semanas y a las 38 semanas fueron asociadas con un incremento del riesgo en los resultados primarios (odds ratio ajustado para nacimientos a las 37 semanas, 2,1; intervalo de confianza 95% [IC], 1,7 a 2,5; odds ratio ajustado para nacimientos a las 38 semanas, 1,5; IC 95%, 1,3 a 1,7; tendencia de la P <0.001). Los porcentajes de resultados adversos respiratorios, ventilación mecánica, sepsis del recién nacido, hipoglucemia, admisión a la unidad de cuidados intensivos neonatales, y hospitalización de 5 días o más fue incrementado por un factor de 1,8 a 4,2 para nacimientos a las 37 semanas y de 1,3 a 2,1 para nacimientos a las 38 semanas.

En conclusión los partos por cesáreas repetidas electivas antes de las 39 semanas de gestación son comunes y están asociadas con resultados respiratorios y otros eventos adversos neonatales.

En la editorial de este trabajo, el Dr. Michael F. Greene explica que este distrés respiratorio es usualmente taquipnea transitoria del recién nacido, que generalmente es más leve en severidad y duración que el síndrome de distrés respiratorio secundario a enfermedad por membrana hialina en recién nacidos prematuros. Diferente es la enfermedad por membrana hialina, que resulta del déficit de surfactante, es la taquipnea transitoria de los recién nacidos que resulta de la resorción lenta del fluido alveolar fetal (pulmón húmedo). El volumen del fluido alveolar fetal disminuye progresivamente pero no en forma lineal con el avance de la edad gestacional. El trabajo de parto inducido por oxitocina induce la elevación de los niveles de catecolaminas, estimulando los canales de sodio β -adrenérgicos que reabsorben el fluido alveolar pulmonar para permitir el intercambio gaseoso en el neonato.

En el trabajo de Tita y col. reportan los resultados de un estudio observacional, cuyos resultados primarios consisten en la medición de la mortalidad y morbilidad neonatal, incluyendo síndrome de distrés respiratorio, taquipnea transitoria del recién nacido, hipoglucemia, sepsis del recién nacido (sospechado y probado), convulsiones, enterocolitis necrotizante, encefalopatía hipóxica-isquémica, resucitación cardiopulmonar o soporte ventilatorio dentro de las 24 horas después del nacimiento, pH de la sangre arterial del cordón debajo de 7,0, un score de Apgar a los 5 minutos de 3 o menos, admisión a la unidad de cuidados intensivos neonatales, y hospitalización prolongada (5 días o más).

La incidencia de complicaciones disminuyó después de las 39 semanas de gestación pero se eleva después de las 41 semanas, presentado solo una estrecha ventana de 2 semanas de mínimo riesgo donde óptimamente se debería realizar la cesárea electiva.

Las diferencias entre los partos por cesáreas antes o después de las 39 semanas son reveladas. Las mujeres con partos más temprano fueron en las mujeres casadas, las de raza blanca, y las que tenían seguro de salud privado. Los médicos para afianzar la relación médico-paciente y mejorar la satisfacción de la paciente, acomodan la cesárea a su apretada agenda y tratan de minimizar las chances de que se desencadene el trabajo de parto y

requieran un procedimiento no electivo cuando su doctor puede no estar disponible, los procedimientos son frecuentemente programados inmediatamente antes de las 39 semanas de gestación.

Algunos sugieren realizar amniocentesis para determinar la madurez pulmonar fetal previo a una cesárea electiva antes de las 39 semanas de gestación, pero no es un procedimiento libre de riesgos y no existe evidencia si este estudio reduce la incidencia de complicaciones o muerte neonatal entre las semanas 37 y 39 de gestación.

Dado el pequeño riesgo de muerte perinatal a término (probablemente menos de 1 en 1000), un estudio randomizado demuestra que la estrategia de partos electivos resultan en mínimo riesgo de muerte perinatal y de complicaciones a largo plazo. Incluso si la estrategia es óptima, su implementación puede requerir superar el temor de un mortinato por parto tardío y convencer a las pacientes (y sus médicos) que la realización del parto por "su doctor" es menos importante que evitar las complicaciones asociadas con un nacimiento a término muy temprano.

FEB-09

Bibliografía:

1. Tita AT, Landon MB, Spong CY, Lai Y, Leveno KJ, Varner MW, Moawad AH, Caritis SN, Meis PJ, Wapner RJ, Sorokin Y, Miodovnik M, Carpenter M, Peaceman AM, O'Sullivan MJ, Sibai BM, Langer O, Thorp JM, Ramin SM, Mercer BM; Eunice Kennedy Shriver NICHD Maternal-Fetal Medicine Units Network. Timing of elective repeat cesarean delivery at term and neonatal outcomes. *N Engl J Med.* 2009 Jan 8;360(2):111-20.
2. Greene MF. Making small risks even smaller. *N Engl J Med.* 2009 Jan 8;360(2):183-4.