

Rotura uterina secundaria a oxitocina en asociación con analgesia epidural

Sr. Director:

En primer lugar, quiero felicitar al Dr. Bodega por su brillante publicación "Rotura uterina secundaria a oxitocina en asociación con analgesia epidural"¹ en la revista de nuestra Sociedad (PROGRESOS DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA). Me ha parecido eminentemente práctica, pues plantea una situación clínica muy frecuente y controvertida en la obstetricia moderna; conducta en el parto en una gestante con cesárea anterior.

Como se comenta en el artículo, hoy día con el uso de la analgesia epidural en el parto, puede aparecer enmascarado uno de los síntomas clásicos de la rotura uterina, el dolor suprapúbico brusco e intenso. En estas gestantes, con cesárea anterior y analgesia epidural en el parto, hay que establecer el diagnóstico de sospecha de rotura uterina ante un deterioro importante y brusco de la frecuencia cardíaca fetal, y en el pronóstico feto-neonatal es determinante el tiempo que transcurre entre el diagnóstico de sospecha y la extracción fetal.

Asimismo, quiero destacar una frase de su artículo que también me ha aparecido muy interesante: "el riesgo de rotura uterina aumenta por el uso inadecuado la oxitocina", y que sería la máxima con la que se debería dirigir el trabajo de parto de cualquier gestante en general y con mucho más motivo si en los antecedentes consta que tiene una cesárea anterior.

Me ha llamado la atención que no se haga ningún comentario acerca de la inducción del parto en una gestante con cesárea anterior, y además no se señale en la descripción del caso clínico que se indujo el parto, pues ésta es la conclusión a la que se llega después de la lectura del caso clínico. La exploración al ingreso fue: cérvix posterior, borrado 60%, consistencia blanda, dilatación 1 cm y presentación cefálica sobre estrecho superior. Por otro lado, aunque consta en la descripción que había di-

námica uterina espontánea, no se señala ni su frecuencia ni su intensidad. Al ingreso, se comenzó perfusión de oxitocina a 1 mU/min, hasta llegar a una dosis > 12 ml/h (no consta cantidad final). Según el manual de asistencia al parto y puerperio normal se puede definir el comienzo del parto cuando "el cuello uterino está ya modificado y borrado, con una dilatación de 2 cm por lo menos"². En resumen, no reunía los criterios para considerar el parto de comienzo espontáneo, por tanto era un parto inducido.

El riesgo de rotura uterina en una gestante con cesárea anterior es menor en un parto de comienzo espontáneo que en un parto inducido con oxitocina. Según Landon et al³, la tasa de rotura uterina es del 0,4% en los partos de comienzo espontáneo y del 1,1% en los partos inducidos (*odds ratio* [OR]: 3,01; intervalo de confianza [IC] del 95%, 1,66-5,46).

Al valorar la gráfica, se observa que en los 10 min anteriores a la rotura uterina hay 5 contracciones, sin duda una situación no deseable en una gestante con cesárea anterior y perfusión de oxitocina, lo que preocupó al equipo médico que dirigía el parto, pues primero redujo el flujo de perfusión de oxitocina y posteriormente instauró tratamiento médico con ritodrine.

No entiendo por qué se hace tanto hincapié en la indicación de la cesárea previa y se termina concluyendo "es presumible que nuestra paciente presentase una desproporción descrita como no progresión", basándose en que se hace esta presunción. De la lectura del artículo, se deduce que la probable causa de la rotura uterina es el potencial error en el nombre que se dio a la indicación de la primera cesárea.

Desde mi punto de vista, no hay indicación para inducir el parto en esta gestante, o por lo menos no consta en la descripción del caso clínico; no creo que lo más adecuado en una gestante con cesárea anterior sea tener 5 contracciones en 10 min, probablemente todo lo anterior influyó más en la rotura que el potencial error diagnóstico en la indicación de la cesárea previa.

Longinos Aceituno

Jefe del Servicio de Ginecología.
Hospital La Inmaculada.
Huércal-Overa. Almería. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bodega. Rotura uterina secundaria a oxitocina en asociación con analgesia epidural. *Prog Obstet Ginecol.* 2005;48:349-52.
2. Gamissans Olivé O. Manual de asistencia al parto y puerperio normal. En: Fabre González, editor. Capítulo I. Concepto y causas del inicio del parto. 2.^a ed. Zaragoza: INO Reproducciones; 1996.
3. Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, et al. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. *N Engl J Med.* 351;25:2581-9.