



## Comentarios “Inducción electiva ambulatoria del trabajo de parto con misoprostol en pacientes de bajo riesgo”

Moniquirá, noviembre de 2004

Doctores

Orlando Borre, Benjamín Rodríguez, William Angarita, Antonio Chamat, Edgar Gómez.

Cartagena

Apreciados colegas:

En el último número de la Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, correspondiente a los meses de mayo - julio de 2004, volumen 55 N° 2 me informé del estudio elaborado por ustedes titulado “Inducción electiva ambulatoria del trabajo de parto con misoprostol en pacientes de bajo riesgo”.

Permítanme felicitarlos por sus resultados y que ojalá se siga insistiendo en este tema para que el uso del misoprostol se adopte en formas más amplias en todos nuestros hospitales y reemplace a la oxitocina en un alto porcentaje de casos en esa indicación obstétrica.

Fue para mí muy extraño que en las referencias del estudio no se hubieran citado otros trabajos que marcaron en Colombia el inicio de misoprostol para la inducción del parto.

Me permito informarles que mi interés por el tema nació hace casi 14 años, cuando en febrero de 1991 se iniciaron observaciones con prostaglandina E<sub>1</sub> intracervical para inducción del parto, en el Hospital Universitario San Rafael de Tunja. Se llevaron a cabo cien casos (100) de inducción que fueron la base del estudio presentado a la Academia Nacional de Medicina en Colombia, en esa época original e inédito, para promocionar mi nombre de “Miembro Correspondiente” a “Miembro de Número”, en

sesión solemne llevada a cabo el 3 de septiembre de 1992, en la sede de la institución en la ciudad de Bogotá.

Su publicación se hizo un año después en la “Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología” de los meses julio - septiembre de 1993 Vol. 44 N° 3. Les incluyo su fotocopia para mayor información.

Existe además otro trabajo experimental como continuación del mío realizado por el doctor Víctor Armando Pinto. Fue un estudio prospectivo llevado a cabo en un período de 6 meses, del 1 de abril de 1992 al 30 de septiembre del mismo año en el Hospital Universitario Ramón González Valencia de la ciudad de Bucaramanga. Se hicieron 87 inducciones con PGE<sub>1</sub> intracervical en pacientes de alto riesgo.

Este informe titulado “Misoprostol (PGE<sub>1</sub>) en inducción de trabajo de parto para pacientes de alto riesgo obstétrico”. Fue presentado por el doctor Pinto para optar el título de especialista en Obstetricia y Ginecología, en la Escuela de Postgrado de la Facultad de Salud de la Universidad Industrial de Santander el 5 de marzo de 1993.

Como este último trabajo no ha sido publicado, si les interesa estoy en condiciones de enviarles fotocopias por lo menos de los capítulos más importantes.

Sin más por el momento, quedo en espera de sus noticias.

Atentamente,

Doctor Isaías Arenas Buenahora  
Dir. Condómino Campestre San Carlos  
Tel. 7281992 - Moniquirá - Boyacá



## Comentarios “Asociación entre hipertensión inducida por el embarazo e infección posparto en el Instituto Materno Infantil, estudio de casos y controles”

Doctor

Hernando Gaitan Duarte

Editor

Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología

He leído con detalle el artículo publicado en inglés “Asociación entre hipertensión inducida por el embarazo e infección posparto en el instituto materno infantil, estudio de casos y controles” (Gómez P, Gaitán HG. Rev Col Obstet Ginecol. Vol 55 n. 3.2004:193-200). Los autores presentan un importante estudio sobre un tema que aún no tiene respuesta y hacen un importante esfuerzo por lograr esclarecerlo, sin embargo, creo que se amerita alguna puntualización a los lectores:

1. En materiales y métodos los autores definen claramente lo que es hipertensión inducida por el embarazo y lo que es preeclampsia y citan la definición del ACOG (*American College Obstetrics and Gynecology*), la cual divide los trastornos hipertensivos en cuatro grupos: hipertensión gestacional, preeclampsia, hipertensión arterial crónica e hipertensión arterial crónica más preeclampsia.<sup>1</sup>

En el título del artículo y en algunos apartes refieren que las pacientes tenían hipertensión inducida por el embarazo y en otros preeclampsia, incluyendo las tablas 2 y 3.

Deseo conocer si se trató de pacientes con preeclampsia o más bien con la patología definida por el término generalizado (¿erróneamente?)

como hipertensión inducida por el embarazo, que incluye a pacientes con hipertensión gestacional, trastornos hipertensivos no clasificados y también la preeclampsia.

2. En ninguna parte del artículo se menciona el estado nutricional de las pacientes, lo cual me parece un punto importante de aclarar, ya que tanto la desnutrición como la obesidad se asocian con infección posparto o postcesárea y esto podría representar un sesgo estadístico en el estudio presentado.<sup>2</sup>

3. En materiales y métodos definen que la infección estaba presente cuando existía: “fiebre, taquicardia, loquios fétidos o purulentos, conteo de leucocitos mayor de 15.000, neutrofilia mayor de 80, subinvolución uterina y dolor al palpar el útero”. No mencionan secreción purulenta por la herida o eritema alrededor de la misma (en casos de cesárea). ¿Se cumplían todos los criterios para diagnosticar una infección o sólo algunos?

4. Un criterio de exclusión fue la ruptura de membranas superior a 12 horas; en la tabla 2 se mencionan las horas de ruptura de membranas en las pacientes, la cual me parece muy baja (2,4 +/- 0,15). ¿Se practica en el Instituto Materno Infantil la amniotomía en el manejo del trabajo de parto?

5. La conclusión de los autores es que la preeclampsia conlleva un riesgo mayor de infección, sin embargo, en el resumen del artículo proponen como hipótesis: “se deberán evaluar posibles alternativas

en la duración y esquemas antibióticos considerados de primera elección en la actualidad para la profilaxis en operación cesárea no complicada por toxemia”. Creo que esto podría corresponder más a un tema de discusión que a una verdadera conclusión de su trascendente estudio.

La experiencia presentada por los autores en el IMI es de gran importancia para todos los hospitales colombianos, dada su amplia trayectoria en investigación. La realización de este estudio y la posterior publicación en el idioma inglés en la Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, abre las puertas para la globalización de los conocimientos. Felicito a los autores por su publicación.

### Referencias

1. ACOG practice bulletin. Diagnosis and management of preeclampsia and eclampsia. Number 33, January 2002. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Int J Gynaecol Obstet* 2002;77:67-75.
2. Smaill F, Hofmeyr GJ. Antibiotic prophylaxis for cesarean section. *Cochrane Database Syst Rev*. 2002;(3): CD000933.

José Enrique Sanín-Blair  
Gineco-Obstetra  
Medicina Materno-Fetal  
Profesor titular  
Universidad Pontificia Bolivariana  
Universidad de Antioquia  
Correo electrónico: saninblair@yahoo.com