

¿vuelve el fantasma “una vez cesárea, siempre cesárea”?

Por Laura G.

(PVDC= *Parto vaginal después de cesárea*)

Recientemente ha salido un estudio australiano (puede leerse a texto completo aquí: <http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.1001192>) que concluye que intentar un PVDC puede tener más riesgos que la opción alternativa, la cesárea, a pesar de que desde hace años se ha documentado fervorosamente, en base a multitud de estudios observacionales, que el PVDC es seguro cuando se compara con la opción alternativa de la cesárea¹.

Sin embargo como veremos a lo largo de este artículo, no es oro todo lo que reluce, o mejor dicho, es de esos estudios que una vez pasas del titular te das cuenta de que la letra pequeña tiene mucho que decir, y no precisamente en la línea de la conclusión que los autores pretenden hacer creer. Por tanto, vamos a profundizar en los resultados concretos de este estudio realizando un análisis lo más detallado posible para poder entender bien lo que han encontrado y el alcance de sus conclusiones.

Antes de entrar en el análisis de resultados: Principales fallos y carencias del estudio que deben tenerse en cuenta

El estudio es presentado como el primer estudio “aleatorio” que compara la seguridad del PVDC con la cesárea. Para ello seleccionan 1108 mujeres que son incluidas en el grupo de cesárea, y 1237 en el de PVDC y analizan los resultados en función del grupo al que fueron incluidas al margen de que finalmente las mujeres dieran a luz por cesárea o tuvieran un parto vaginal. Remarco este detalle porque es importante de cara a entender los resultados, en comparación con los estudios a los que estamos más acostumbrados que observan los resultados en función de sufrir realmente una intervención concreta.

En principio los estudios aleatorios permiten evitar sesgos y tener una visión en teoría más objetiva de la realidad y de las variables que afectan a un tratamiento o intervención en sí, ya que tiene en consideración el resultado desde el momento en que se toma la decisión de optar por una u otra intervención. Pero para que sus conclusiones sean correctas y no se vean nuevamente sometidas a sesgo, deben cumplirse fundamentalmente dos requisitos: aleatoriedad y adherencia².

Dos requisitos que detallaremos a continuación y que no se cumplen en este estudio.

- *Aleatoriedad*: Implica que los pacientes deben ser adjudicados a uno u otro grupo de forma puramente aleatoria. Es importante además que haya ocultación de la secuencia de aleatorización y que el investigador no sepa qué rama le va a corresponder a cada sujeto ni pueda influir de manera consciente o inconsciente en el orden de aleatorización. También que no tenga una preferencia o prejuicio hacia uno u otro grupo para que su papel como profesional no influya en la comparabilidad de ambos grupos. De este modo, el estudio no se

¹ Tahseen S, Griffiths M. Vaginal birth after two caesarean sections (VBAC-2)—a systematic review with meta-analysis of success rate and adverse outcomes of VBAC-2 versus VBAC-1 and repeat (third) caesarean sections. BJOG 2010;117:5–19

² D. Capurro, L. Gabrielli, L. M. Letelier. Importancia de la intención de tratar y el seguimiento en la validez interna de un estudio clínico randomizado. Rev Méd Chile 2004; 132: 1557-1560

ve afectado por circunstancias que puedan sesgar los resultados de uno u otro grupo para beneficiarse o salir perjudicados respecto de la intervención que se está midiendo. Permite además obtener dos grupos de características similares y por tanto objetivamente comprables, un requisito fundamental en todo estudio clínico. Esto es sencillo en estudios en los que se analiza por ejemplo la efectividad de un fármaco, pero en un análisis tan complejo como es el PVDC o la cesárea, conseguir adjudicar a las mujeres a uno u otro grupo de forma aleatoria, sin tener en cuenta sus deseos, es simplemente imposible desde un punto de vista ético. Por ello, en este estudio, solo 22 mujeres dieron su consentimiento para ser asignadas a uno u otro grupo de forma aleatoria (10 al grupo de cesárea y 12 al grupo de PVDC). El resto se asignaron a uno u otro grupo en función de sus preferencias. Aunque, obviamente, esta adjudicación es fiel a lo que sucede en la vida real, puede imponer sesgos en los resultados y convierten el supuesto estudio aleatorio, en un estudio de cohortes, según la preferencia del paciente, pero en el cual no se dan datos de los resultados según el protocolo al que son sometidos los pacientes como se suele hacer en todos los estudios de cohortes.

- *Adherencia:* Implica que todas las personas asignadas a cada grupo “sufren” la intervención asignada. Esta premisa es fundamental para poder medir el efecto de decidirse por una u otra intervención de forma objetiva. La pérdida de pacientes (pacientes que se salen del estudio y no participan del grupo asignado) o el cruce de un grupo a otro (pacientes que a pesar de ser asignados a un grupo terminan por sufrir la intervención del grupo alternativo) pueden afectar de forma dramática a los resultados ya que esas personas seguirán computando en sus resultados dentro del grupo al que fueron asignados aunque hayan sufrido el efecto y las consecuencias de una intervención distinta. Aunque para evitar añadir aún más sesgos metodológicos en este tipo de estudios deben incluirse todos los pacientes inicialmente aleatorizados, aunque no recibieran la intervención asignada, los resultados deben analizarse con mucha más precaución. En este estudio, hay una notable falta de adherencia, especialmente al comparar ambos grupos, ya que mientras en el grupo de cesárea cerca del 98% de las mujeres sufren una cesárea, en el de PVDC, sólo el 73% pudo de verdad intentar el PVDC (con una tasa de éxito del PVDC del 43.2%). Es decir, que dentro de las mujeres asignadas a PVDC por algún motivo, en algún momento, bien porque ellas lo demandaron o bien porque el facultativo lo consideró “oportuno”, fueron redirigidas a cesárea programada, aunque como ya hemos dicho, sus resultados obstétricos se siguen contando dentro de los resultados del grupo de PVDC. La falta de adherencia del 27% en este grupo es muy superior a la que se suele reflejar en la mayoría de estudios clínicos aleatorizados, que consideran como aceptable una falta de adherencia del 10-20%, especialmente si esta falta de adherencia se da de forma equivalente en ambos grupos, cosa que aquí no ocurre. Pero es más preocupante aún, porque es una pérdida de adherencia posterior a la asignación del grupo, que son el tipo de pérdidas que más atentan contra la comparabilidad de ambos grupos. Por ejemplo, un estudio realizado por Chêne y colaboradores³, demostró, que en el estudio clínico sobre un tratamiento vs placebo, el tratamiento activo salía favorecido cuando se realizaba en pacientes cumplidores (el grupo con alta adherencia que sigue correctamente el protocolo de administración del fármaco) mientras que el placebo lo hace en el de no cumplidores (el grupo con baja adherencia que no sigue correctamente el protocolo). Aunque son casuísticas diferentes las de medir un fármaco que la de una intervención clínica, estos resultados dan una idea del tipo de sesgos que pueden aparecer en los resultados debido a un problema de adherencia (para profundizar en la importancia de la adherencia puede entrar aquí: <http://www.revespcardiol.org/sites/default/files/elsevier/pdf/2/2v122n05a13057825pdf001.pdf>)

³ Chêne G, Morlat P, Leport C, Hafner R, Dequae L, Charreau I, et al. Intention to treat versus on treatment analyses of clinical trial data. *Control Clin Trials* 1998;19:223-48.

Debido a la falta de aleatoriedad y adherencia los resultados pueden llevar a conclusiones erróneas cuando se miran desde la óptica de *en qué grupo se enroló cada mujer*, porque esta premisa no va ligada con lo que se espera que les haya sucedido a esas mismas mujeres por estar en uno u otro grupo. De hecho desde el punto de vista de la aleatoriedad, en el subgrupo de las 22 mujeres que consintieron la asignación aleatoria, no hubo ninguna diferencia entre ellas y ambas opciones fueron igual de seguras; aunque es un grupo extraordinariamente pequeño, para que estas conclusiones tengan relevancia estadística. Por tanto, todas las conclusiones de este estudio se refieren a los pacientes que “eligieron de forma voluntaria” en qué grupo querían estar, aunque como hemos dicho, la falta de adherencia conlleva que esta elección tampoco sea del todo representativa de la intervención del grupo al que pertenecen.

Sin embargo, estas desventajas metodológicas nos permiten ver ciertos aspectos que rodean a la opción de PVDC y de cesárea, que no siempre afloran de una manera tan clara y explícita. Para empezar, el elevado porcentaje de falta adherencia y el bajo porcentaje de éxito del PVDC que vemos en este estudio van en sintonía con el modus-operandi australiano que tiene unas tasas muy bajas de PVDC: en Australia en 2006, solo el 17% de las mujeres que intentaron un PDVC, lo consiguieron⁴. En los estudios observacionales sin embargo, cuando en otros estudios observacionales se recogen cifras de éxito entorno al 70% o incluso más. De nada sirve por tanto que estas mujeres hayan pedido ser asignadas al grupo de PVDC, si luego los profesionales se lo ponen muy difícil para conseguirlo y a la mínima se les practica una cesárea, la intervención del grupo alternativo. Ante semejante panorama, no tiene ningún sentido plantearse siquiera la realización de un estudio, ni aleatoriedad, ni desde la perspectiva de “la intención de tratar” o sea de ver el resultado únicamente en función del grupo al que se asignó a cada mujer. El resultado siempre estará sesgado, se mire por donde se mire. Es como si quisieramos medir el efecto de un fármaco pero al grupo al que se lo tenemos que administrar, no se lo damos o le dificultamos mucho acceder a él, y en su lugar le damos el placebo o cualquier otra cosa, sería muy difícil fiarse de los resultados de eficacia de dicho fármaco en este contexto, ¿verdad? De hecho esta es una de las mayores lacras que afectan a la práctica clínica en muchas intervenciones obstétricas, incluyendo el caso de cesárea previa, y que ocurre no sólo en Australia, si no en multitud de países. Contribuye a que las dos intervenciones no sean ofrecidas a la mujer en igualdad de condiciones y con la misma objetividad, un elemento fundamental en cualquier estudio clínico y que hacen muy discutibles los resultados de cualquier estudio que se plantee desde la óptica de “la intención”. Este sesgo introducido por el profesional en el grupo de PVDC contribuye a que en los resultados de este grupo se vea, no sólo el efecto concreto de la intervención en sí misma, es decir el riesgo asociado al PVDC, si no también los riesgos que se añaden por la falta de determinación de los profesionales para facilitar dicha opción. Los porcentajes de este estudio, no sólo de éxito del PVDC, si no de acceso siquiera a intentarlo, no reflejan en absoluto una determinación para luchar por estos PVDC, y dificulta extraer conclusiones acerca de la verdadera eficacia/perjuicio de la “intervención” a la que el paciente es asignado.

No olvidemos además que el miedo de la mujer y/o del obstetra es un factor determinante para bloquear, malograr y poner en situación de peligro cualquier parto. Si les cuesta entender esto en el contexto del parto vaginal, imagínennlo en la opción contraria. Imaginen un médico que necesita hacer una cesárea y duda de sus capacidades o de las de su equipo y en base a ello es reticente a realizarla e infunde ese miedo en los que le rodean incluyendo la mujer misma, ¿podríamos en este contexto hablar de forma objetiva sobre la seguridad de la cesárea? ¿Dónde sería más fácil encontrar problemas, en un grupo de médicos expertos y confiados en la técnica de la cesárea o en un grupo de médicos con falta de confianza y

⁴ Laws, P. and L. Hilder, Australia's Mothers and babies, 2006. 2008, AIHW National Perinatal Statistics Unit: Sydney

seguridad en la misma? Pues esta es la realidad en la que vivimos actualmente: mientras una mujer que demanda una cesárea accede fácilmente a ésta, una mujer que demanda un PVDC tiene un sinfín de obstáculos para poder siquiera intentarlo. Es inundada durante el embarazo con multitud de miedos y encima tiene que enfrentarse a un equipo médico que también tiene miedo y que encima se “atreve” en muchas ocasiones a manejar dicho parto en condiciones que lo ponen aún en mayor riesgo (ejemplo medicalizándolo con inducciones) porque no tienen la suficiente confianza y conocimiento de sus necesidades para atenderlo de forma segura. En el artículo de hecho los autores realizaron un 12.4% de inducciones en el grupo de PVDC bajo la afirmación de que “*bien usada no contribuye a aumentar el riesgo de rotura de útero o de fracaso de parto*”; ello a pesar de que irónicamente, uno de los propios autores tenga publicado un artículo⁵ en el que una de sus conclusiones es precisamente que: “*el uso de oxitocina se considera como uno de los factores intraparto asociados al fracaso del PVDC y a la mayor incidencia de rotura de útero*”. Esto da una idea de lo “mal” que se atendieron los partos en este grupo.

Por tanto, habiendo una falta de aleatoriedad y adherencia tan grande, como mínimo, los autores debían haber desglosado sus resultados además en función de la intervención sufrida finalmente, lo que se denomina “análisis por protocolo o por tratamiento” para que pudiera verse también cuántos de los “malos” resultados encontrados en el grupo de PVDC vs Cesárea ocurrieron en mujeres que realmente intentaron el PVDC (al margen de que consiguieran el PVDC o acabasen en cesárea) o si ocurrieron en mujeres que tuvieron una cesárea programada antes del trabajo de parto, a pesar de estar en el grupo de PVDC. Sólo por esto, los resultados y conclusiones de este estudio merecen mirarse con recelo y requieren un análisis en profundidad.

Ahora sí. Los resultados... al detalle

Primeramente es preciso tener en cuenta que el análisis de los resultados se percibe de forma muy diferente según como se agrupen éstos a la hora de calcular los porcentajes de riesgo de uno y otro grupo. Es muy importante la manera de presentar y analizar los resultados de cara a las conclusiones que puedan derivarse. Para ello es importante, categorizar correctamente los resultados, corregir o ajustar los resultados en función de variables metodológicas que puedan tener un efecto sesgador sobre los resultados, así como otras características de los grupos que pueden igualmente introducir sesgos. Los autores sin embargo, no hacen ningún tipo de análisis multivariable (multivariate analysis), ni se consideran factores que pueden generar sesgos en dicha comparación (confounding factors), como la diferente edad gestacional de los bebés al nacer, que es una diferencia muy significativa y que de haberlo incluido habría por ejemplo eliminado con toda seguridad la diferencia encontrada en la mortalidad perinatal como veremos más adelante.

En este sentido, los autores optaron por presentar un riesgo global de “daño grave para el bebé” (“serious outcome”) como el sumatorio del riesgo de mortalidad perinatal + riesgos de morbilidad fetal. En base a este riesgo global, encuentran un riesgo 0.9% para el grupo de cesárea vs 2.4% para el grupo de PVDC.

Esta manera de presentar el riesgo es en cierto modo “tramposo” porque se describen juntos como un único valor, bajo el título de “problemas graves en el bebé”, variables de muy distinta índole y gravedad - muerte perinatal o neonatal y un conjunto de indicadores de morbilidad fetal - no todas necesariamente asociadas con daños graves en el bebé o a la intervención en sí (cesárea o parto vaginal). Y por otro lado muchas de ellas – la mayoría – cuando son analizadas por separado, su riesgo no es estadísticamente significativo, pero este “detalle” se pierde en la

⁵ Grivell RM, Barreto MP, Dodd JM. The influence of intrapartum factors on risk of uterine rupture and successful vaginal birth after cesarean delivery. Clin Perinatol. 2011 Jun;38(2):265-75.

gravedad de la definición, dando la sensación de que el grado de riesgo es mucho mayor. Hay por tanto que afinar y mirar todos estos datos con mucha atención.

Al mismo tiempo, no puede perderse de vista que en muchos casos, y especialmente cuando hay muestras pequeñas, las diferencias pueden deberse al azar, más que a la variable en sí que se está midiendo. Por ello, el lector debe fijarse en variables estadísticas que nos permitan saber si dichas diferencias son o no significativas. Si uno mira las tablas del estudio, donde se desglosan todos los resultados obtenidos, verá que se incluye el valor de **p**, que es una variable estadística cuyo valor debe ser ≤ 0.05 para considerar dicho resultado como significativamente diferente del del otro grupo con un 95% de exactitud⁶ (puede leerse una explicación más extensa, aquí: <http://www.scielo.cl/pdf/rchcir/v60n1/art18.pdf>). También se incluye la variable de Riesgo Relativo (**RR**) con un 95% de exactitud (**CI**) que en la comparación de Cesárea vs PVDC, indica mayor riesgo asociado al PVDC cuando es <1 ; y un mayor riesgo asociado a la cesárea cuando es >1 ; siempre y cuando el **rango** del intervalo de confianza se mantenga lo más estrecho y alejado posible por debajo o por encima del valor de la unidad, respectivamente (puede leerse una explicación más extensa, aquí: <http://www.iambe.org.ar/Indicadores.pdf>). Dicho esto, ahora veamos en más detalle estos resultados:

Muerte perinatal y Neonatal:

En el estudio no se encontraron muertes neonatales ni tampoco perinatales asociadas al parto o la cesárea. Sí encontraron en el grupo de PVDC, dos muertes fetales al final del embarazo (semana 39), de origen inexplicable tras la autopsia. Estas muertes, como los mismos autores mencionan en su artículo, podrían asociarse más al hecho de que la cesárea pone fin al embarazo antes que un parto vaginal (la media de edad gestacional del grupo de cesárea es 38.8 semanas, mientras que la de PVDC es 40 semanas). Hay un cierto riesgo asociado de muerte fetal al final del embarazo por el solo hecho de esperar el inicio espontáneo del parto, por tanto, para poder asegurar que planificar una cesárea vs intentar el trabajo de parto en mujeres con cesárea previa reduce el riesgo de muerte fetal, ambos grupos deberían tener la misma edad gestacional en el momento del parto. Es decir, las cesáreas deberían hacerse más tardíamente, de hecho tal y como recomienda la evidencia científica: a partir de la semana 39 e idealmente cuando ya hay indicios de comienzo del trabajo de parto. De esta manera ambos grupos serían iguales o desde luego mucho más comparables, de cara a medir esta variable en concreto. Si haciéndolo así, con esta corrección, se vieran diferencias, sólo entonces, se podría hacer tal afirmación sobre la seguridad de la cesárea. Los autores en este sentido, están de hecho realizando una mala-praxis en torno a la cesárea, porque no usan un protocolo acorde con lo que evidencia científica recomienda y deberían haber justificado porqué no han trabajado acorde a esta evidencia; o al menos haber expuesto los motivos por los cuales se realizaron cesáreas antes de la semana 39, ya que esta actitud es una mala praxis e introduce un importante sesgo en los resultados, perjudicando, en este caso, al grupo de PVDC. De hecho un hospital que siga estas recomendaciones sobre la cesárea no podría evitar la muerte fetal tardía intraútero que encuentran en este estudio.

Lo que este resultado indica por tanto, es que *en la decisión de PVDC*, dado que las cesáreas se programan antes, está el riesgo de muerte fetal tardía, simplemente porque están más tiempo embarazadas, pero no tienen mayor riesgo de muerte intra-parto, que es algo muy diferente. Esto implicaría que podría ser preciso un mayor control del buen funcionamiento de la placenta al final del embarazo, por ejemplo mediante el uso de ecografías tipo doppler. Pero la solución no puede pasar por hacer las cesáreas más tempranamente porque esta opción entraña otros muchos riesgos muy documentados y porque estaríamos argumentando que la cesárea es

⁶ C. Manterola and V. Pineda. El valor de “p” y la “significación estadística”. Aspectos generales y su valor en la práctica clínica. Rev. Chilena de Cirugía. Vol 60 - Nº 1, Febrero 2008; págs. 86-89.

preferible, no al PVDC, si no al parto vaginal en sí, porque siempre acortaría el embarazo de forma prematura. Por tanto, de alguna manera en base a estos resultados, la mortalidad perinatal, que es por otra parte, el único riesgo que han encontrado incrementado de forma significativa en el PVDC, no puede justificarse como argumento para sugerir un beneficio a la cesárea. A este respecto es importante reflexionar sobre la ingente cantidad de ecografías inútiles que se realizan en etapas precoces del embarazo, y lo reticentes que son sin embargo los profesionales a realizar ecografías al final del embarazo, especialmente entre las semanas 39-42, cuando seguramente tendrían una mayor utilidad para verificar el buen funcionamiento de la placenta y evitar muertes fetales potencialmente evitables.

Riesgo de morbilidad fetal:

En el estudio se analizaron un conjunto de riesgos asociados a daño en el bebé, pero como se aprecia en el desglose a continuación (el valor de p es mayor de 0.05 y el rango del intervalo del RR es demasiado amplio), ninguno se encontró realmente aumentado de forma significativa desde un punto de vista estadístico:

- **Riesgo significativamente mayor en PVDC que en Cesárea:** Ninguno
- **Riesgo ligeramente mayor aunque no estadísticamente significativo en PVDC que en Cesárea:**

Trauma al nacer: Encontraron tres casos en el grupo de PVDC y ninguno en el de cesárea, lo que representa un ligero mayor riesgo, aunque no estadísticamente significativo de trauma en el grupo de PVDC: 0,2% vs 0% ($p= 0.25$). No describen la gravedad de ese trauma ni como afectó a la salud del bebé.

Admisión en UCI > 4 días: Encontraron 7 casos en el grupo de PVDC y 3 en el de cesárea, lo que representa un ligero mayor riesgo no estadísticamente significativo de estar ingresado en la UCI por más de 4 días: 0,6% vs 0,4% (RR: CI= 0.64 y rango= 0.18-2.25; $p=0.48$)

pH de cordón <7: Encontraron 6 casos en el grupo de PVDC y 1 en el de cesárea, lo que representa un ligero mayor riesgo no estadísticamente significativo de que el bebé tuviera pH ácido que pudiera ser indicativo de algún tipo de estrés o sufrimiento fetal : 0.1% vs 0,5% (RR: CI= 0.19 y rango=0.02-1.54; $p=0.13$)

Déficit de base $\geq 12 \text{ mmol/l}$: Encontraron 9 casos en el grupo de PVDC y 1 en el de cesárea, lo que representa un ligero mayor riesgo, no estadísticamente significativo, de que el bebé tuviera exceso de base como consecuencia de un pH ácido que pudiera ser indicativo de algún tipo de estrés o sufrimiento fetal : 0.7% vs 0.1% (RR: CI=0.13 y rango= 0.02-1.06; $p=0.06$)

Infección sistémica comprobada: Encontraron 4 casos en el grupo de PVDC y 1 en el de cesárea, lo que representa un ligero mayor riesgo, no estadísticamente significativo, de que el bebé tuviera algún tipo de infección sistémica: 0.3% vs 0.1% (RR: CI=0.28 y rango= 0.03-02.49; $p=0.38$)

Igual riesgo en Cesárea que en PVDC: Se encontró el mismo riesgo en ambos grupos de convulsiones (1 caso en ambos grupos), encefalopatía de grado 3 (ningún caso en ambos grupos) y enterocolitis necrosante (ningún caso en ambos grupos). Asimismo, sólo se encontró un caso en el grupo de PVDC con Apgar ≤ 4 a los 5 min, por lo que esta diferencia no es en absoluto significativa: 0,1% vs 0% ($p=1.00$)

- **Riesgo ligeramente mayor aunque no estadísticamente significativo en Cesárea que en PVDC:**

Problemas respiratorios graves: Se encontró 1 caso en el grupo de PVDC y 2 en el grupo de cesárea, lo que representa un ligero mayor riesgo, no estadísticamente significativo, de que el bebé tuviera problemas respiratorios por sufrir una cesárea: 0.1% vs 0.2 % (RR: CI=2.23 y rango= 0.2-24.6; $p=0.61$)

- **Riesgo significativamente mayor en Cesárea que en PVDC:** Ninguno

Como puede verse, los riesgos analizados de forma individual no están significativamente aumentados en el PVDC. Hay una ligera tendencia, pero con esos datos no se puede extraer ningún tipo de conclusión, especialmente si no se puede tener acceso a los resultados específicos dentro de cada subgrupo para ver los riesgos reales asociados a la cesárea y al PVDC. Pero al presentarlos agrupados, no sólo entre sí, si no junto con los de mortalidad perinatal, lo que el lector recibe es que intentar el PVDC es realmente peligroso, cuando no es así, porque el único parámetro que está contribuyendo a ese “grave daño para el bebé” es el valor aumentado de mortalidad perinatal, que como hemos explicado, no lo es tal si se tiene en cuenta la distinta edad gestacional del bebé al nacer.

Es más, la propuesta de incluir todas estas variables dentro de la categoría de “daño grave” es todavía más trámoso si nos fijamos que en la consideración de “graves daños” para el bebé se incluyen por ejemplo pH de cordón <7 o tener un valor de déficit de base ≥ 12 mmol/l. Estos dos fenómenos obviamente no son independientes uno del otro y son de algún modo redundantes y además no hay evidencias en el artículo de que estos valores se asocien con verdaderos daños en el bebé, ya que pueden estar asociados a un trabajo de parto largo, o más o menos difícil, o a momentos de compresión del cordón durante el parto, pero no por ello que generen daños al bebé. La tasa de estancia de más de cuatro días en UCI neonatal, similar en ambos grupos (0.4% en cesárea, 0.6% en PVDC) y la baja tasa de casos con Apgar ≤ 4 a los 5 min, similar en ambos grupos, podría ser un argumento para demostrarlo.

Riesgo de morbilidad materna:

Con respecto a la madre, también se midieron una serie de variables relacionadas con la morbilidad materna de entre las cuales sólo el riesgo de hemorragia se encontró aumentado de forma significativa.

- **Riesgo significativamente mayor en PVDC que en Cesárea:**

Hemorragia grave (>1500 ml): Encontraron 29 casos en el grupo de PVDC y 9 en el de cesárea, lo que representa un mayor riesgo estadísticamente significativo de hemorragia en el grupo de PVDC: 2.3% vs 0.8% (RR: CI=0.37 y rango= 0.17-0.8; $p= 0.01$).

- **Riesgo ligeramente mayor aunque no estadísticamente significativo en PVDC que en Cesárea:**

Rotura de útero: Encontraron 3 casos en el grupo de PVDC y 1 en el de cesárea, lo que representa un ligero mayor riesgo, aunque no estadísticamente significativo de rotura en el grupo de PVDC: 0,2% vs 0.1% (RR: CI=0.37 y rango= 0.04-3.57; $p= 0.63$).

Hematoma vulvar/perineal: Encontraron 2 casos en el grupo de PVDC y 1 en el de cesárea, lo que representa un ligerísimo riesgo, aunque no estadísticamente significativo de hematoma vulvar en el grupo de PVDC: 0,2% vs 0.1% (RR: CI=0.56 y rango= 0.05-6.16; $p= 1$).

Daños en órganos que requieran reparación: Encontraron 15 casos en el grupo de PVDC y 6 en el de cesárea, lo que representa un ligero mayor riesgo, aunque no estadísticamente significativo de sufrir daños en otros órganos en el grupo de PVDC: 1,2% vs 0.5% (RR: CI=0.46 y rango= 0.17-1.20; $p= 0.11$).

- **Riesgo igual riesgo en Cesárea que en PVDC:** No se encontró ningún caso en ninguno de los grupos de embolia pulmonar, neumonía, estrés respiratorio, edema pulmonar, paro cardíaco o respiratorio, fallo cerebral u obstrucción en la vejiga. Encontraron también el mismo riesgo de histerectomía, edema pulmonar, fistula del tracto genital (en todo ellos, 1 caso en el grupo de PVDC y ninguno en el de cesárea) y trombofilia o trombosis (1 caso en el grupo de cesárea y ninguno en el de PVDC).

- **Riesgo ligeramente mayor aunque no estadísticamente significativo en Cesárea que en PVDC:**

Infección de cicatriz o dehiscencia: Se encontraron 13 casos en el grupo de PVDC y 18 en el grupo de cesárea, lo que representa un ligero mayor riesgo, no estadísticamente significativo, en el grupo de cesárea: 1.1% vs 1.1 % (RR: CI=1.62 y rango= 0.77-3.40; $p=0.2$)

- **Significativamente mayor en Cesárea que en PVDC: Ninguno**

Los riesgos maternos presentados en este estudio son muy bajos en ambos grupos pero llama poderosamente la atención que a pesar de estar muy documentados una serie de riesgos tanto a corto como a largo plazo en cesárea, que no se vea nada de esto por ningún sitio. Más aún, que muchos de los riesgos típicamente aumentados en cesárea aparezcan incrementados en el grupo de PVDC. Los autores debían haber dado una explicación plausible a sus sorprendentes resultados. Por ejemplo, teniendo en cuenta que la tasa de rotura de útero en el grupo de PVDC fue muy baja y similar a la del grupo de cesárea, este mayor riesgo de hemorragia sólo puede provenir o bien del postparto o bien de problemas derivados de la cesárea. Al respecto, se puede mencionar que la realización de inducciones (un 12.4% en el grupo de PVDC), desaconsejadas en mujeres con cesárea previa, puede dar lugar a una mayor tasa de cesáreas de emergencia que además pueden tener peor resultado que una cesárea programada, así que, si en el estudio se hubieran evitado las inducciones posiblemente las tasas de cesárea de emergencia y sus complicaciones se verían también reducidas. Para poder ver este aspecto los autores debería haber mostrado los resultados de parto en función de un subgrupo de inducción vs no inducción. Igualmente los autores no mencionan en su metodología o en la discusión si se siguió algún tipo de manejo activo, ni qué protocolo concreto, para controlar el riesgo de hemorragia postparto, ni ajustaron sus resultados en función de estos posibles factores de sesgo. De hecho llama la atención el porcentaje de 17% de hemorragias postparto en ambos grupos, un valor mucho más elevado que el 5% encontrado en la literatura⁷ cuando se emplea un protocolo de manejo activo. Este detalle lleva a pensar que muchos de estos supuestos problemas de hemorragia pueden tener su origen en un protocolo inadecuado para reducir el riesgo de hemorragia postparto. Es una lástima que no haya acceso a los resultados por protocolo para analizar estos puntos en más detalle.

Sacando conclusiones:

La rotura de útero y los riesgos del PVDC vs cesárea en perspectiva

La rotura de útero es como un fantasma que planea en la decisión de intentar un PVDC igual que un cuchillo en una película de terror. En base a ella se alinean un conjunto de miedos que dan lugar a que se programe la cesárea con el sólo motivo de tener una cesárea anterior o que se restrinja mucho el acceso de las madres a intentar si quiera el trabajo de parto. Ello, a pesar de que la cesárea en sí presenta a su vez inconvenientes de sobra documentados como prematuridad iatrogénica y mayor número de casos con distress respiratorio, especialmente si se programa antes de la semana 39; el mayor riesgo de mortalidad materna y el mayor riesgo de complicaciones quirúrgicas para la madre (histerectomías, riesgos de placenta acreta y previa, entre otros) en el caso de realizar cesáreas futuras⁸.

Por si esto fuera poco, desde hace años se viene demostrando en base a estudios observacionales que la rotura de útero es un evento altamente improbable y además sólo un 6% de estas roturas pueden derivar en muerte neonatal, lo que implica un riesgo extraordinariamente bajo, del 0.006%, de perder al bebé por este motivo. Si comparamos ese riesgo con otros tantos que pueden darse en un embarazo o parto, y que sin embargo consideramos raros y no tenemos en cuenta en nuestras decisiones, como la pérdida de un bebé

⁷ Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. Active versus expectant management in the third stage of labour. Cochrane Database Systematic Rev 2000;3:CD000007

⁸ Clark EA, Silver RM. Long-term maternal morbidity associated with repeat cesarean delivery. Am J Obstet Gynecol. 2011 Dec;205(6 Suppl):S2-10.

⁹ National Institutes of Health Consensus Development Conference Panel (2010) National Institutes of Health Consensus Development conference statement: vaginal birth after cesarean: new insights March 8–10, 2010. Obstet Gynecol 115: 1279–1295

tras una amniocentesis (0.1%)¹⁰, por prolapo de cordón (0.01%-0.1%)¹¹ o por desprendimiento de placenta (0.1%)¹², el valor de este porcentaje, constituye un riesgo perfectamente asumible. Y más aún si se cuidan ciertos aspectos durante el parto, como evitar las inducciones¹³, y si no se fuerza el trabajo de parto, dándole tiempos y procurando respetar al máximo sus necesidades físicas, fisiológicas y emocionales, ya que de esta forma el intento de parto con cesárea previa es mucho más seguro.

En este estudio los autores corroboran esta evidencia y el riesgo de rotura de útero fue de hecho muy bajo, y por añadidura, sólo ligeramente por encima del grupo de cesáreas (0.1% vs 0.2%). Tampoco hubo ninguna muerte neonatal asociada a este evento. Únicamente encontraron algunas variables de morbilidad fetal y materna ligeramente aumentadas pero ninguna de forma significativa, salvo la muerte perinatal y la mayor hemorragia materna que como ya hemos discutido son también resultados muy cuestionables.

Como hemos comentado ya al inicio del artículo: para que un PVDC tenga los riesgos mínimos, éste (i) debe de cuidarse mucho porque son partos más vulnerables y (ii) los profesionales deben creer qué es posible y seguro, y como tal, facilitarlo en un entorno de confianza, en ausencia de miedo. Si no se tiene esta precaución se pueden estar introduciendo riesgos-extras al PVDC que son absolutamente evitables y que deben tenerse en cuenta a la hora de analizar los resultados. La falta de adherencia que hemos comentado antes, es otro elemento de alarma para entender los resultados de PVDC. De hecho, además de que sólo el 73% de mujeres pudieran siquiera intentar el PVDC, llama poderosamente la atención que sólo el 42.3% de las candidatas a PVDC de su estudio lo consiguieran cuando en otros estudios observacionales se recogen cifras de éxito entorno al 70% o incluso más. Con todo ello, me pregunto como de mal se tienen que estar atendiendo estos partos en los hospitales australianos para que incluso partiendo de una selección en la que sólo se dejaba optar al PVDC a las mujeres que los médicos consideran con muchas posibilidades de conseguirlo, ni con esas, fuera posible alcanzar un porcentaje que se acercara al 60-70% de éxito. No olvidemos tampoco que en las madres que se enfrentan a un PVDC, hay un fuerte miedo al fracaso que requiere que los profesionales crean en las posibilidades de la mujer para tener con éxito su parto, y con ello, de empoderar a las madres para que lo consigan. De lo contrario a la mínima se les practicará una cesárea. Y asimismo, esta falta de motivación sostenida por el miedo, puede contribuir a un peor resultado obstétrico en este grupo como ya hemos apuntado.

Por otro lado, algunos de los riesgos tradicionalmente asociados a la cesárea, como la muerte materna o la morbilidad en cesáreas futuras, no se pudieron medir en este estudio por las características metodológicas del mismo, lo que puede dar la falsa sensación de seguridad de la cesárea frente a los otros riesgos encontrados en el grupo de PVDC.

Por ejemplo, la muestra poblacional es muy pequeña (1108 mujeres en el grupo de cesárea, y 1237 en el de PVDC) para detectar la muerte materna asociada a cesárea. Este dato sin embargo es de enorme transcendencia. De hecho, en EEUU, que durante años se apostó por reducir el PVDC, vió como de forma paralela la tasa de mortalidad materna aumentaba, al igual que otros riesgos, con un asociado aumento de costes sanitarios, sin que con ello se observase una mejora sustancial de la morbilidad neonatal; más bien, al contrario¹⁴. Y con ello se optó por

¹⁰ Eddleman KA, Malone FD, Sullivan L, Dukes K, Berkowitz RL, et al. (2006) Pregnancy loss rates after midtrimester amniocentesis. *Obstet Gynecol* 108: 1067-1072

¹¹ Lin MG (2006) Umbilical cord prolapse. *Obstet Gynecol Surv* 61: 269-277

¹² Ananth CV, Wilcox AJ (2001) Placental abruption and perinatal mortality in the United States. *Am J Epidemiol* 153: 332-337

¹³ Guise J-M, Eden K, Emeis C, Denman MA, Marshall N, Fu R, Janik R, Nygren P, Walker M, McDonagh M. *Vaginal Birth After Cesarean: New Insights. Evidence Report/Technology Assessment No.191.* (Prepared by the Oregon Health & Science University Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-2007-10057-I). AHRQ Publication No. 10-E003. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. March 2010

¹⁴ Blanchette H. The rising cesarean delivery rate in America: what are the consequences? *Obstet Gynecol*. 2011 Sep;118(3):687-90.

dar un auténtico giro obstétrico para establecer nuevas políticas que favorecieran el acceso de las madres al PVDC¹⁵.

Este estudio tampoco permite analizar el impacto de la cesárea en la salud materna cuando se someta a sucesivas cesáreas en sucesivos embarazos, y que sin embargo, sí que se sabe que suponen un riesgo cada vez más grave para ella y sus futuros bebés. Sin embargo al no tener este riesgo cabida en esta comparación, nuevamente contribuye a ese espejismo de mayor seguridad de la cesárea.

¿Por qué es tan difícil que el riesgo asociado a la cesárea sea tenido en cuenta, al mismo nivel que por ejemplo la rotura de útero?

Todo lo que uno hace conlleva un riesgo, desde caminar hasta una tienda, a conducir un coche, a los alimentos que uno consume. Pero en la construcción de los riesgos no está sólo el evento en sí, si no que influyen todo un conjunto de aspectos como prejuicios e ideas fuertemente ancladas, de modo que algunos de estos riesgos, incluso siendo remotos, los magnificamos hasta tener un gran impacto en nuestras decisiones, mientras que otros riesgos, mucho más frecuentes podemos aceptarlos fácilmente y seguir adelante. Así, mientras una mujer embarazada que conduzca un coche a diario pueda tener un riesgo nada despreciable de tener un accidente de coche que genere algún daño en ella o el bebé, y sin embargo no se plantea dejar de conducir, sufre un fuerte estrés ante otros riesgos mucho más insignificantes e improbables que pudieran ocurrir en su parto. Y todo ello es fruto de nuestra sociedad y entorno cultural, y de cómo éste da más fuerza a uno u otros riesgos. En ese sentido, es difícil bajar de su pedestal a la cesárea tan fuertemente sobrevalorada en nuestra sociedad. Pero si no lo hacemos, corremos un serio peligro de atentar contra nuestra salud cada vez más.

Dadas las importantes complicaciones asociadas con las múltiples cesáreas, tanto para la madre como para el bebé, las mujeres deben evaluar cuidadosamente los riesgos inmediatos en el embarazo actual sin perder de vista los riesgos a largo plazo de las cesáreas múltiples, que serán cada vez más probables conforme aumente el número de cesáreas en nuestro historial. Es por tanto fundamental, mirar esta disyuntiva entre PVDC y cesárea de la manera más objetiva posible.

¿Qué podemos entonces aprender de este estudio?

Primero, que no queda demostrado que el PVDC sea más arriesgado que la cesárea. Segundo, que debían haber dado también información de cuál fue el modo final de parto que tuvieron los bebés, al margen de la intención inicial, para entender mejor los resultados y con ello, que los autores hubieran hecho algo de crítica sobre sus resultados en base a esta óptica. Y por último, que tenían que haber ajustado los resultados en función de una serie de variables que alteran la comparabilidad de los grupos (ej. edad gestacional del bebé al nacer) y haber hecho un análisis de resultados de cada grupo también en función de otras variables (ej. si hubo o no inducción en las mujeres que intentaron PVDC o si las complicaciones de las cesáreas en el grupo de PVDC son mayores o más frecuentes que en el grupo de cesárea, a pesar de tratarse de la misma operación).

Al mismo tiempo es vital no perder de vista lo que estos resultados representan: *que no son sólo los riesgos asociados a una práctica, si no todo lo que se suma y aparece desde que se toma una decisión, incluyendo las características propias del sistema asistencial, social y cultural que hay detrás, que puede favorecer o estar más o menos predisposto hacia una práctica vs la contraria, y con ello influir en la seguridad de la misma.* Esto es importante de cara a trabajar para

¹⁵ Practice Bulletin #115, "Vaginal Birth After Previous Cesarean Delivery," Obstet Gynecol. 2010;116:450-463.

hacer cada una de dichas opciones lo mas seguras posibles y con ello reducir sus riesgos asociados, y facilitar la decisión de las madres ante un posible PVDC.

En este sentido la falta de disponibilidad y apoyo del sistema asistencial australiano hacia el PVDC, que se refleja en el estudio, así como la falta de aleatoriedad, adherencia, la manera de exponer los resultados y otros aspectos que hemos discutido, hacen que este estudio no facilite la toma de decisiones, si no que la haga aún más difícil. De hecho quizás la única y mejor conclusión de este estudio sería la de que: *sí estás en un país con prejuicios hacia el PVDC similares a los de Australia, probablemente encuentres resultados similares*, ya que la ventaja de ser un estudio que mira los resultados en función de lo que “eligió” la madre es que este tipo de efectos se ven. Y si aún en estas condiciones tan malas, el PVDC no es de verdad más arriesgado que una cesárea, imagina si en tu país la mentalidad es la de ir a favor del PVDC y muchos de los errores metodológicos que aquí se dan no se llevan a cabo. Probablemente los resultados no tengan nada que ver. La supremacía del PVDC frente a la cesárea será aún mayor.

Son muchas las mujeres que cada día luchan por tener un PVDC. Es mucho el esfuerzo que se lleva haciendo para fomentarlo desde las instituciones de todos los países - en España sin ir más lejos, con la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR) del Ministerio y la misma SEGO en sus protocolos. Y es muy fácil que un estudio de este tipo si no es leído con la suficiente profundidad, genere una mala interpretación de los resultados y sus conclusiones, que en manos de una prensa sensacionalista tire este esfuerzo por tierra. **Por favor, igual que en los contratos, no os fieis de los grandes titulares y las conclusiones simplistas y leed siempre la letra pequeña con criterio y sentido común!!**