

En defensa del Parto Vaginal Después de Cesárea (PVDC): crítica de la investigación actual

Por Jill MacCorckle

Publicado en *Mothering* n° 110, Enero/Febrero de 2002

Traducción de Cecilia Díaz Martínez

El número del 5 de julio de 2001 del *New England Journal of Medicine* incluía un trabajo de Mona Lydon-Rochelle *et al.*¹ acompañado de un editorial del médico Michael F. Greene,² que han suscitado mucha atención en los medios de comunicación, generando discusiones sobre los riesgos de un parto vaginal después de una cesárea (PVDC). Aunque realmente el estudio no ha aportado apenas información nueva y se basa en una discutible recolección de datos, los medios de comunicación locales y nacionales –e incluso algunos médicos- han afirmado que muestra un mayor riesgo de rotura uterina que el citado en trabajos anteriores. Los titulares de prensa de todo el país han sugerido que la investigación respalda la repetición de la cesárea en lugar de un PVDC, y un número creciente de médicos opina que la cesárea es tan segura o más que un parto vaginal.

Pero no nos quedemos en la superficie: lo que los médicos están admitiendo inadvertidamente es que su abuso de intervención médica en los nacimientos ha conseguido que un parto vaginal normal tenga tanto riesgo como una operación de cirugía mayor. Una crítica cuidadosa expone las limitaciones tanto del estudio como del actual modelo médico del nacimiento, planteando la cuestión de si dicho modelo tiene todavía alguna credibilidad para las mujeres embarazadas.

Los resultados del estudio

En el trabajo se combinaron los datos de los certificados de nacimiento del estado de Washington con la información extraída de las altas hospitalarias en los años 1987 a 1996, con objeto de examinar la incidencia de rotura uterina en cuatro grupos de mujeres: aquellas a las que se les programó la repetición de la cesárea (ERCS, *elective repeat cesarean section*) sin ponerse de parto (n=6980), aquellas que intentaron el PVDC, iniciándose éste de manera espontánea (n=10789), aquellas cuyo parto fue inducido por métodos no prostaglandínicos (n=1960), y aquellas cuya inducción incluyó prostaglandinas (n=366). La tasa de rotura uterina para las mujeres que se sometieron a una cesárea programada fue del 0,16% (11 de 6980). Para las mujeres que se pusieron espontáneamente de parto (SOOL, *spontaneous onset of labour*), la tasa fue del 0,52% (56 de 10789); con inducción no prostaglandínica la tasa fue de 0,77% (15 de 1960) ; y para mujeres cuyo parto se indujo con prostaglandinas la tasa fue de 2,45% (9 de 366).

Ninguna de estas tasas difiere significativamente de las encontradas en trabajos previos. De hecho, la tasa de rotura entre mujeres que intentaron el parto fue más baja que la sugerida por varios estudios recientes. La tasa para todas las mujeres que intentaron el PVDC fue de 0,6%, lo que se sitúa en el extremo inferior del rango de 0,2-

LiberParto

<http://www.elistas.net/lista/apoyocesareas>

1,5% citado por el *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) en una revisión bibliográfica de sus directrices para la práctica de PVDC.³ Tasas de rotura entre 0,5 y 1% han sido utilizadas en el pasado como un prueba de la relativa seguridad de los PVDC; aquellos que usan ahora estas mismas tasas para sugerir que el PVDC tiene demasiados riesgos están utilizando prestidigitación estadística con el propósito de limitar el acceso de las mujeres a los PVDC. Los motivos de esta manipulación se discuten en las conclusiones de este artículo.

Por supuesto que no es nuevo que la repetición de una cesárea no protege completamente a una mujer del riesgo de rotura uterina. Es la cesárea previa, no el PVDC, lo que expone a la mujer y al feto al riesgo de una rotura. La cicatriz de una cesárea anterior también predispone a la madre y al feto a otras complicaciones obstétricas que raramente se ven en mujeres con el útero intacto. Los médicos saben bien que una cesárea proyecta una larga sombra sobre el resto de la vida reproductiva de una mujer, ya que puede afectar a la seguridad y la salud tanto de ella misma como de su hijo no nacido. El porcentaje de cesáreas, que en 1997 empezó a subir de nuevo tras casi una década de declive, alcanzó en el año 2000 el 22,9%, lo que supone un incremento del 11% sobre los 4 años anteriores y la tasa más alta registrada desde 1989.⁴ Claramente, los médicos no están haciendo lo suficiente para reducir el número de cesáreas innecesarias (que se estima –calculando por lo bajo- en un 50% de todas las cesáreas realizadas, aproximadamente 500.000 al año).⁵ Por lo tanto, deben asumir la responsabilidad de las complicaciones que su a menudo arrogante uso de una intervención quirúrgica continúa ocasionando. Proponer más cirugía como solución únicamente agravará el problema.

El descubrimiento más notable del estudio del *New England Journal of Medicine* –y que ha merecido escasa atención por parte de los medios - es el drástico incremento del riesgo de rotura al utilizar prostaglandinas en la inducción del parto. Aunque estudios anteriores habían relacionado las potentes hormonas sintéticas usadas en la inducción con un mayor riesgo de rotura, este estudio intentó aislar el uso de prostaglandinas como un factor de riesgo separado y lo expresó en términos de riesgo relativo con respecto a una segunda cesárea programada. La tasa de rotura entre mujeres inducidas con prostaglandinas fue 15 veces superior a la de mujeres que no se pusieron de parto. Si se compara con el riesgo de rotura en mujeres que iniciaron el parto espontáneamente, la tasa de rotura de las inducidas con prostaglandinas fue casi 5 veces superior. Esto debería hacer al personal sanitario y a las mujeres embarazadas detenerse antes de considerar la inducción del parto tras una cesárea, lo que es alarmantemente común hoy en día. Es muy pronto para descartar completamente la inducción en un PVDC, y de todas maneras, la evaluación individualizada de los riesgos puede dictar situaciones en las que incluso los riesgos incrementados de una inducción con prostaglandinas sean superados por los beneficios de un parto vaginal.

La rotura uterina es una complicación seria y que pone en peligro la vida tanto de la madre como del feto. Como Michael F. Greene ha observado en su editorial,

Lydon-Rochelle *et al.* han encontrado que cuando sucede una rotura uterina, las posibilidades de morir del bebé son del 5,5%. Las posibilidades de muerte del bebé en ausencia de rotura son de 0,5%. Greene afirma que se incrementa en 10 veces el riesgo de muerte para el feto, lo que es una grave tergiversación de los hechos. En las 91 roturas uterinas registradas en el estudio, hubo cinco muertes fetales. (Los autores no indican en cuáles de los grupos de estudio tuvieron lugar las muertes ya que las muestras serían demasiado pequeñas para inferir conclusiones válidas). Estas cinco muertes representan una tasa de mortalidad fetal del 5,5% en el subgrupo de mujeres que tuvieron una rotura uterina (n=91). Nótese que los datos no permiten a los investigadores concluir que las roturas necesariamente causaron las muertes, sino que simplemente éstas se asociaron a las roturas.

En el subgrupo sin rotura uterina (n=20.004) hubo 100 muertes fetales, es decir una tasa de mortalidad fetal del 0,5%. Aunque esto puede expresarse como un incremento de 10 veces en la tasa de muerte fetal para las roturas uterinas frente a los nacimientos sin rotura, sería como comparar peras con manzanas. La cuestión real para una mujer que se plantee un PVDC es “¿qué posibilidades tiene mi bebé de morir si intento un PVDC?”. Desde esta perspectiva, el riesgo de muerte fetal entre las 13.115 mujeres que intentaron el PVDC fue del 0.038% (5 de 13.115). De esta manera, las posibilidades de muerte asociadas al PVDC fueron 12 veces menores que el riesgo de muerte del bebé por causas no relacionadas con la rotura uterina. Ningún nivel de intervención médica puede reducir la tasa de mortalidad fetal a cero, la muerte será siempre una parte del nacimiento. El uso del escasísimo riesgo de muerte del feto para convencer a más mujeres de someterse a intervenciones quirúrgicas innecesarias seguirá sin poder garantizar a los padres un bebé vivo.

Limitaciones y puntos débiles del estudio

Como ocurre con muchos otros, este estudio plantea muchas más cuestiones de las que resuelve. Debido a las limitaciones del método de recogida de datos, los investigadores no fueron capaces de determinar la incidencia y los posibles efectos de otras intervenciones obstétricas dentro de los grupos de estudio. Es razonable asumir que a un número significativo de mujeres que se pusieron de parto espontáneamente les ha sido administrada oxitocina durante el trabajo de parto, aunque este hecho que potencialmente podría distorsionar los datos no ha podido ser examinado. Al menos un estudio ha encontrado un incremento en el riesgo de rotura entre mujeres que recibieron oxitocina durante el parto.⁶ Aunque el incremento encontrado no es estadísticamente significativo, los autores de dicho trabajo recomiendan proceder con precaución al administrar oxitocina en un PVDC. Hasta la fecha, ningún estudio de envergadura significativa ha determinado el riesgo de rotura uterina en mujeres que se pusieron de parto por sí mismas y en cuyo trabajo de parto no se administró oxitocina ni tuvo lugar ninguna otra intervención obstétrica. Este es un fallo grave por parte de los investigadores para determinar el riesgo “real” de rotura tras una cesárea previa y es quizá la cuestión que Lydon-Rochelle *et al.* deberían haber considerado.

Otra limitación en la metodología del estudio está relacionada con los códigos usados para determinar la incidencia de rotura uterina. De acuerdo con los autores, “Se consideró que había habido rotura uterina si en el formulario de alta hospitalaria constaban los códigos de diagnóstico ICD-9-CM 665.0 o 665.1”. La fiabilidad de este método es cuestionable a raíz de otros descubrimientos sobre el uso de los códigos ICD-9-CM. DeJoy *et al.* advirtieron contra el uso de datos dependientes de los códigos ICD-9-CM para estimar la rotura uterina tras revisar cinco años de datos en Massachussets, ya que encontraron que “aproximadamente el 50% de los códigos ICD-9-CM asignados representaban casos de cualquier grado de rotura uterina o dehiscencia preoperatoria de heridas del útero.”⁷ Una dehiscencia, o la separación parcial o adelgazamiento de la cicatriz del útero, no tiene el mismo riesgo para la madre o el feto que la mucho menos frecuente rotura completa.

La posible inclusión de dehiscencias en las tasas de rotura podría tener serios efectos sobre los resultados de este estudio. Los autores afirman que como los dos códigos ICD-9-CM se aplican a mujeres que tienen niveles significativos de secuelas negativas, se puede asumir que las roturas codificadas no fueron benignas. Si bien esto puede ser un método un tanto efectivo para controlar diagnósticos mal codificados, puede darse también el caso de que las serias complicaciones reflejadas en el alta fueran causadas por la cesárea de emergencia u otros sucesos, más que por la rotura. No hay forma de determinar esto sin un examen de las tablas de datos, examen del que el estudio carece; la revisión del pequeño número de casos (91) que se asume que incluyen rotura uterina respondería la cuestión de si los datos son fiables.

Una revisión efectuada en todo el estado de Massachussets de la validez y fiabilidad de los códigos ICD-9-CM, publicada en el *Morbidity and Mortality Weekly Report* el 31 de marzo de 2000, concluye que los resultados de la investigación “indican que los códigos ICD-9-CM relacionados con rotura uterina que fueron asignados antes de el aumento de preocupación sobre este tema, carecen de especificidad para la vigilancia de la rotura uterina y no han sido aplicados coherentemente a lo largo del tiempo”.⁸ En la comparación con los registros hospitalarios se encontró que sólo el 50,7% de casos de rotura uterina codificados como ICD-9-CM 665.0 y 665.1 eran realmente roturas. Además, el estudio de Massachussets incluyó el uso de un código que no había sido utilizado por los investigadores del estado de Washington, el 674.1, “disrupción de la herida de la cesárea”, que incluye “dehiscencia o disrupción de la herida uterina”. Se determinó que el 28,6% de los casos codificados como 674.1 eran auténticas roturas uterinas. Asumiendo un nivel de error similar en los datos del Estado de Washington, Lydon-Rochelle *et al.* habrían perdido un gran número de roturas que habían sido codificadas incorrectamente como 674.1, no incluyéndolas en su estudio. Esto significa que la rotura uterina está potencialmente infravalorada en sus resultados. Aunque los resultados del estudio de Massachussets no pueden aplicarse de manera directa a los datos de Washington, sus conclusiones sí que deben ser consideradas para determinar si se permite que estos descubrimientos influyeran la práctica clínica o las recomendaciones específicas sobre los PVDC.

El estudio de Massachussets también advierte que los códigos 665.0 (“rotura del útero antes del inicio del trabajo de parto”) y 665.1 (“rotura del útero durante el trabajo de parto”, o bien “rotura del útero sin más especificaciones”), están incluidos dentro de la amplia categoría de tres dígitos 665, “otras lesiones obstétricas”, que también incluye el “daño por instrumentos”. Además, el sistema ICD-9-CM indica a los codificadores que utilicen el 665.1 para la “laceración del útero, lesión obstétrica no clasificable en otro lugar”, una complicación accidental frecuente que sucede durante la salida del feto a través de la incisión del útero⁸. De este modo, un porcentaje de casos codificados como 665.1 podría no representar roturas uterinas durante el trabajo de parto, sino el alargamiento de la incisión en el útero durante la cesárea u otros daños derivados de la propia cirugía.

Otra limitación de este estudio merece discusión. El único entorno de nacimiento examinado por los investigadores fue el ambiente hospitalario. Los datos de los nacimientos en casa tras una cesárea no se incluyeron en este estudio; de hecho, el parto en casa tras una cesárea no ha sido incluido en ninguna publicación sobre el PVDC hasta la fecha. La recomendación de intentar el PVDC sólo en un entorno hospitalario está extendido entre la comunidad obstétrica, como queda evidenciado en el boletín práctico para PVDC del ACOG.³ Uno de los autores del estudio de Washington, el médico Thomas Easterling, es citado en la prensa; “Aquellas que intenten el parto deben hacerlo en un hospital, donde rápidamente se puede hacer una cesárea en caso de que fuera necesario.”⁹ No ofrece bases empíricas para esta propuesta. Las recomendaciones del ACOG no se basan, como ellos mismos admiten, en evidencias científicas, sino en “el consenso y la opinión de los expertos” –el consenso de los médicos cuyos sustentos dependen de que las mujeres vayan a los hospitales a dar a luz. No es sorprendente que la mayoría de los obstetras no recomienden el parto en casa. La gran mayoría de ellos no tiene experiencia en este tipo de nacimientos, ni quiere tenerla.

El editorial de Greene nos remite a un metaanálisis de los riesgos asociados al PVDC versus ERCS, y afirma, “Esta estimación de riesgos refleja una gran experiencia en un amplio rango de entornos de práctica clínica”. Olvida mencionar que este rango de entornos no es tan amplio ya que no incluye el hogar u otros entornos no hospitalarios. En comparación con un parto doméstico o en una casa de partos, en el parto hospitalario tiene lugar una mayor morbilidad y mortalidad para las mujeres y los bebés en todos los niveles de riesgo.¹⁰⁻²⁴ No es de recibo asumir, sin investigación al respecto, que no se puede aplicar esta afirmación al PVDC. La recomendación de un PVDC hospitalario no puede considerarse válida sin una comparación de los riesgos y beneficios del parto en casa después de una cesárea. Dado que algunos de los catastróficos resultados de rotura uterina citados en la bibliografía médica y en la prensa han involucrado el desconocimiento del personal hospitalario de signos de rotura inminente y el descartar el dolor de las madres o la sensación instintiva de que “algo no va bien”, no es evidente que el estar de parto en un hospital necesariamente disminuya el riesgo de rotura o garantice un resultado positivo para el neonato en caso de rotura. Por el contrario, Lydon-Rochelle *et al.* demuestran que el dar a luz en el hospital

incrementa drásticamente el riesgo de rotura cuando se utilizan agentes de inducción, circunstancia que raramente sucede en los nacimientos en casa.

Este estudio se aleja así de la condición de declaración de mayor autoridad sobre el riesgo de rotura uterina que le había sido atribuida. Futuras investigaciones probablemente confirmarán las noticias que llegan constantemente desde hace más de dos décadas: que el PVDC en la ausencia de una tosca intervención médica es una proposición muy segura.

Los riesgos de la repetición de la cesárea

Otro gran punto flaco del estudio de Washington es la ausencia de una evaluación completa y un discusión de los riesgos de la cesárea programada.

Sin ninguna duda, la afirmación más alarmante hecha conjuntamente con este estudio es que la programación de una segunda cesárea ha sido probada como la opción más segura para el bebé. Esta indignante declaración ha sido erróneamente transmitida por los medios de comunicación como una conclusión empírica del propio estudio, confundiendo y preocupando innecesariamente a mujeres que planean un PVDC. Esta afirmación es en realidad la opinión del Dr. Greene, el autor del editorial en el *New England Journal of Medicine*, quien declara,

Tras una concienzuda discusión de los riesgos y beneficios que tiene intentar un PVDC, la paciente podría preguntar, “Pero doctor, ¿qué es lo más seguro para mi bebé?”. Dados los descubrimientos de Lydon-Rochelle *et al.*, mi respuesta inequívoca sería: hacer otra cesárea.²

Pero ninguna discusión sobre los pros y contras del PVDC puede ser considerada “concienzuda” sin una discusión adecuada de los pros y contras de la repetición de la cesárea, incluyendo morbilidad y mortalidad a corto y largo plazo para la madre y el feto. Esta información es frecuentemente omitida o minimizada cuando los médicos discuten el PVDC con sus pacientes, negando a las mujeres una parte del conocimiento necesario para tomar una decisión realmente informadas.

Dejando a un lado el tono patriarcal empleado por Greene para caracterizar a su hipotética paciente, en quien él aparentemente percibe la abdicación en favor del médico de su responsabilidad de valorar los riesgos y tomar su propia decisión, su opinión sobre la seguridad de la cesárea programada es infundada e irresponsable. Ciertamente no es una conclusión válida que se derive de los resultados del trabajo de Lydon-Rochelle *et al.* De modo similar, la declaración del Dr. Peter Schwartz, presidente del ACOG, de que “lo más seguro para el bebé es que a su madre le hagan una cesárea, y esto es indiscutible”²⁷, muestra una alarmante falta de respeto hacia los riesgos reales de una cesárea.

En muchas de las pruebas de los riesgos de la cesárea se incluyen las cesáreas de emergencia, las cuales generalmente tienen una tasa mucho mayor de complicaciones.

De todas maneras la cesárea, aunque sea programada, sigue siendo una operación de cirugía mayor y no merece la reputación de benignidad que muchos le atribuyen. La programación de una segunda cesárea tiene un mayor conjunto de riesgos relacionado con las complicaciones asociadas a la existencia de una cicatriz uterina anterior.

Riesgos para el bebé

“El Síndrome de Distress Respiratorio (RDS) del recién nacido es una complicación importante de la repetición de la cesárea programada”.²⁷ Este síndrome se ve en el 0,2-1,7% de bebés nacidos a término por cesárea programada,^{28,29,30,31,32} la incidencia es mayor entre neonatos de menos de 37 semanas de gestación. El RDS es una complicación seria que pone en peligro la vida del bebé, quien a menudo necesita pasar un tiempo en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (NICU), unos 11,2 días como media, y posiblemente ventilación mecánica y terapia medicamentosa.³² Conjuntamente con las tasas de taquipnea transitoria del recién nacido, una complicación menos grave que sin embargo es preocupante para los padres y además puede requerir el paso por la NICU, Morrison *et al.* encontraron que el riesgo de padecer una de las dos complicaciones era del 3,55% para bebés nacidos a las 37 semanas de gestación o más.²⁹ Esto supone tres veces más riesgo que el calculado para bebés nacidos de cesáreas realizadas durante el parto, y siete veces más que para partos vaginales. Hales *et al.* encontraron una incidencia del 12,4% de morbilidad respiratoria en bebés a término nacidos por cesárea programada.³⁰ En otro estudio, Levine *et al.* encontraron un riesgo del 0,37% de hipertensión pulmonar persistente (PPH) en bebés nacidos por cesárea programada, cinco veces más que en nacidos de partos vaginales.³¹

También se ha encontrado mayor incidencia de RDS entre recién nacidos pre-término. La prematuridad yatrogénica (causada por la práctica médica) es un riesgo conocido de la cesárea programada, normalmente relacionado con un fallo en los protocolos de determinación de edad gestacional antes del nacimiento o con errores en la estimación de las semanas de gestación a nivel del uso de datos clínicos.^{32,33} Aunque la mayoría de los estudios han examinado los riesgos para bebés muy prematuros, existen también riesgos significativos para bebés nacidos entre las semanas 32 a 36. Un reciente estudio de Kramer *et al.* demuestra que las tasas de muerte infantil (desde el nacimiento hasta un año de edad) se incrementan en tres veces en los EEUU (y 4,5 veces en Canadá) para bebés nacidos entre las semanas 34 y 36 de gestación, y seis veces más en EEUU y 15 en Canadá para bebés nacidos entre las semanas 32 a 36. Se han advertido incrementos sustanciales de muertes debidas a asfixia, infecciones, muerte súbita del lactante y causas externas.

Menos serio, si bien preocupante, es que los bebés nacidos por cesárea tienen un mayor riesgo de ser cortados por el cirujano durante la operación. La incidencia de heridas quirúrgicas es del 2% para todos los nacidos por cesárea, y del 6% para los que tenían presentación de nalgas.³⁵ Los investigadores creen esto sucede en más ocasiones de las que se da parte, estando este riesgo infravalorado.

Riesgos para la madre

Casi nadie discutirá que las madres aún afrontan mayores riesgos en una cesárea programada que en un parto vaginal, aunque el abuso de intervenciones médicas como la extracción mediante fórceps o ventosa y la episiotomía puede hacer que pronto se acerquen. Las infecciones son la complicación más frecuente para la madre tras una cesárea y explican la sustancial morbilidad postnatal y la estancia prolongada en el hospital.³⁶ Otros riesgos incluyen el de hemorragias masivas en el 7,3% de las cesáreas,³⁷ transfusiones en el 6,4%,³⁸ lesiones en los uréteres en el 0,03-0,1%,³⁹ lesiones en el intestino en el 0,05%,⁴⁰ y endometriosis incisional en el 0,1-1,0%.^{41,42} Esta lista no es de ningún modo exhaustiva.

En un estudio del año 2000 publicado en el *Journal of the American Medical Association*, Lydon-Rochelle *et al.*⁴³ advierten que las mujeres que se someten a una cesárea tienen el doble de posibilidades que las mujeres que han dado a luz vaginalmente de ser rehospitalizadas por razones tales como una infección uterina (riesgo relativo –RR- de 2,0), problemas en la vesícula biliar (1,5 RR), infecciones del tracto urinario (1,5 RR), complicaciones en la incisión quirúrgica (30,0 RR), problemas cardiopulmonares (2,4 RR), tromboembolias (2,5 RR) y apendicitis (1,8 RR). Hacen notar en su discusión que la rehospitalización tiene un efecto negativo social y económico sobre la familia, un riesgo más de la cesárea. Varios estudios coinciden unánimemente en sus conclusiones que las mujeres a las que se les hizo una cesárea estuvieron menos satisfechas con su experiencia que las mujeres que tuvieron un parto vaginal.^{44,45,46,47} La cesárea programada también incrementa el riesgo de histerectomía tanto en el embarazo presente como en los futuros^{48,49} y el riesgo de morir se duplica, en comparación con el del parto vaginal.⁵⁰

Aumento de las complicaciones en siguientes embarazos

Una cesárea previa incrementa drásticamente los riesgos de complicaciones severas, normalmente escasas, en siguientes embarazos. La incidencia de placenta previa, que es de un 0,25% en mujeres con el útero intacto, aumenta al 1,87% tras una cesárea.⁵¹ Existe un patrón dependiente del número de cesáreas; con una cesárea anterior, el riesgo de placenta previa se incrementa 4,5 veces, con dos cesáreas anteriores, el riesgo aumenta 7,4 veces, tras tres cesáreas, 6,5 veces. Con cuatro o más cesáreas, la posibilidad de tener placenta previa aumenta casi 45 veces con respecto a un útero intacto.⁵²

Una placenta con inserción baja en el útero es más probable que conduzca a una placenta acreta. De acuerdo con un estudio de 1997 realizado por Miller *et al.*,⁵³ la presencia de una cicatriz en el útero hace aumentar por sí sola el riesgo de placenta acreta desde el 0,01% que se observa en úteros intactos hasta el 0,25% observado cuando hubo al menos una cesárea. De nuevo, el número de cesáreas anteriores incrementa el riesgo de placenta acreta.⁵⁴ Esta complicación puede producir

hemorragias severas, que conducen a la extirpación del útero en un 50-82% de los casos.^{52,54} También puede llevar a la muerte de la mujer.

El desprendimiento de placenta está también significativamente incrementado en mujeres con una cesárea previa en comparación con mujeres que no han tenido cesáreas. La tasa de desprendimiento en Finlandia fue descrita por Hemminki *et al.* como de 0,17% en mujeres sin cesárea previa y de 0,49% en mujeres con una cicatriz previa.⁵⁵ De acuerdo con el *National Center for Health Statistics*, la tasa de desprendimiento en los EEUU en el periodo 1989-90 fue del 0,6% de todos los nacimientos, sucediendo la muerte del bebé en el 10% de los casos. En 2001, Ananth *et al.* encontraron una tasa de desprendimiento de 0,65%, con una tasa de mortalidad perinatal de 11,5%. Aunque el 55% de estas muertes se debió a un nacimiento prematuro, la tasa de mortalidad para los bebés nacidos a término en el grupo con menor mortalidad fue todavía 25 veces superior en casos de desprendimiento.⁵⁶ Compárese el riesgo de sufrir estas complicaciones con la tasa de rotura uterina en mujeres que intentan el PVDC encontrado por Lydon-Rochelle *et al.* (0,6%) y la tasa de muerte fetal asociada a la rotura (5%).

Aunque normalmente no ponen el peligro la vida, existen otras complicaciones a considerar para siguientes embarazos. Se ha descrito un aumento en la tasa de infertilidad secundaria tras una cesárea, así como tasas superiores de aborto y embarazo ectópico.^{55,58}

Recomendaciones

¿Qué conclusiones pueden sacar las mujeres y el personal sanitario de este análisis del estudio del *New England Journal of Medicine* y de las opiniones contradictorias que se están exponiendo sobre la seguridad del PVDC?. Las mujeres que están pensando en un PVDC no deben cambiar sus planes sobre la base de un único estudio y desde luego no en base a las opiniones de Greene. Es importante discutir las opciones con la pareja y el personal sanitario para poder tomar decisiones bien fundadas que sean adecuadas para cada mujer.

- La asociación *International Cesarean Awareness Network* animan a las mujeres a que se eduquen a sí mismas sobre todas las alternativas, como *doulas*, matronas, y parto en casa. Se pueden encontrar más sugerencias en la lista de ICAN, “Cosas que puedes hacer para evitar una cesárea innecesaria”, en www.ican-online.org/info/white_papers/wp_uncs.htm
- Dado el actual clima político sobre el PVDC, es crítico que las mujeres seleccionen a sus médicos o matronas con precaución. Deben encontrar un profesional cuya práctica se asemeje a la clásica de las matronas. Muchos profesionales atienden los deseos de una mujer de tener un PVDC para ganársela como cliente, y cambian de opinión a medida que se acerca el final del embarazo. Ser atendida por alguien que realmente cree en el nacimiento y en el PVDC es el principal factor a tener en cuenta para el éxito. Recuérdese, además, que nunca es demasiado tarde para cambiar de médico o bien el lugar elegido para dar a luz. Hay

mujeres que se han marchado del hospital a mitad del parto y han cambiado de médico o de matrona incluso mientras ya estaban pujando.

- Las pruebas de este u otros trabajos parecen suficientes para concluir que la inducción del parto incrementa el riesgo de rotura, aunque el riesgo sigue siendo bajo. De todas maneras, pueden darse casos en los que los potenciales beneficios de un parto vaginal compensen los riesgos de la inducción. Ya que la inducción interfiere con el proceso normal del parto y acarrea riesgos además de la rotura, sólo debería practicarse en hospitales equipados para atender rápidamente una emergencia obstétrica.

Implicaciones para el modelo médico

Uno podría preguntarse porqué este aparentemente incontrovertido estudio ha suscitado tanta atención en los medios y ha provocado tanto temor en el corto periodo transcurrido desde su publicación. La respuesta es que está siendo usado como el más novedoso arma en la guerra para controlar el acceso de las mujeres a distintas opciones de nacimiento, ofreciendo una poco convincente aunque manejable excusa para limitar la incidencia de una práctica que no les gusta a muchos médicos: el PVDC. Los médicos huyen despavoridos ante los riesgos del PVDC –no los mínimos riesgos que tiene para las madres y los bebés, sino los que tiene para ellos mismos.

El boletín práctico más reciente del ACOG cita los juicios como el factor principal para aproximarse al PVDC con más precaución. El ACOG existe para proteger y favorecer los intereses de sus cirujanos, con la salud de las mujeres y los niños como un objetivo importante, aunque secundario. Siendo el actual presidente del ACOG un reconocido defensor de programar una primera cesárea sin mediar indicación médica,⁵⁹ resulta fácil de imaginar que el péndulo de la opinión obstétrica en los EEUU se está moviendo hacia una mayor medicalización de los nacimientos y más cesáreas innecesarias. De todas maneras, es difícil culpar a los médicos que trabajan solos por su renuencia a continuar atendiendo PVDC. Cuando uno está siendo atacado desde todos los frentes, la respuesta más prudente es cubrirse. De todas maneras los médicos tienen la responsabilidad de ser honestos y comunicativos con las mujeres sobre sus razones para negarse a atender PVDC, en lugar de transmitirles la falsa idea de que están recomendando repetir la cesárea por razones de seguridad.

El ACOG ha hecho efectivamente muy difícil, incluso imposible, para muchos médicos el continuar atendiendo a las mujeres que desean un PVDC recomendando que el PVDC tenga lugar sólo en hospitales con disponibilidad inmediata y permanente de médico, anestesista y quirófano. Muchos hospitales de todo el país están ahora negándose a permitir PVDC, y un número creciente de médicos ya no ofrecen el PVDC a las mujeres. Las mujeres de poblaciones pequeñas son especialmente vulnerables a perder el acceso a un PVDC en el hospital, ya que los administradores sopesan la rentabilidad y la exposición a una demanda por negligencia y optan por dejar que las madres y los bebés asuman todos los riesgos. Los médicos particulares, comunes en las

zonas rurales de América, entendiblemente no pueden permitirse cancelar un día entero de visitas en el consultorio para poder estar inmediatamente disponibles durante toda la duración de un PVDC, incluso aunque quisieran. Otros médicos simplemente no están dispuestos a perder su tiempo al lado de la parturienta. Y si no están inmediatamente disponibles y sucede una rotura uterina, se verán envueltos casi con total seguridad en una acción legal. Las matronas, que no están cualificadas para la cirugía y por tanto deben tener un cirujano fiable y dispuesto que las respalde en el caso de una emergencia, pueden encontrar incluso más dificultades para apoyar a una mujer que desee un PVDC. La ironía es que las mujeres que quieren un PVDC obtienen pingües beneficios al elegir matronas con un modo “clásico” de cuidado prenatal y atención del parto, reduciendo sus riesgos de repetir la cesárea y otras complicaciones.

Quizá es hora de que los obstetras se liberen a sí mismos de la carga de los PVDC y de atender la mayoría de los partos, para los que sus habilidades con el bisturí no son necesarias. En los países con las menores tasas de cesáreas y de mortalidad infantil, los profesionales que atienden normalmente a las mujeres embarazadas son matronas.²⁴ los estudios muestran que las matronas consiguen mejores resultados, con un menor uso de material sanitario y menor número de intervenciones, que los médicos. La atención de las matronas está aumentando de nuevo en los EEUU ya que un creciente número de mujeres han descubierto que no sólo pueden parir a sus hijos de modo seguro en compañía de una matrona, sino que también se benefician de un trato más personalizado y centrado en la mujer durante un momento crucial en sus vidas. El papel correcto de los obstetras es el de apoyo de las matronas.

De acuerdo con el médico Marsden Wagner,

Tener a un cirujano obstétrico altamente cualificado para atender un parto normal es análogo a poner a un cirujano pediátrico a hacer de canguro de un niño de dos años. Las matronas utilizan un paradigma diferente, no se centran en una potencial anormalidad sino en la normalidad del embarazo. Para una matrona, un parto de nalgas es una variación de lo normal, para un médico es una condición patológica. Las tasas [de cesárea] son menores cuando la que atiende el nacimiento es una matrona en vez de un médico. Promover más [cesáreas] forma parte de una campaña para mantener a la profesión obstétrica en el control del cuidado maternal. Los médicos tienden a preferir la tecnología; como dijo un destacado obstetra canadiense: “La Naturaleza es una mala obstetra.”⁶⁰

Por fortuna para las madres y sus bebés, la naturaleza es también una excelente matrona. Mediante la revisión crítica de la información de los medios de comunicación y las opiniones generadas por estudios como el de Lydon-Rochelle *et al.*, las mujeres pueden separar satisfactoriamente la parcialidad de una profesión que intenta mantener su cuasi-monopolio mediante la promoción de cirugía innecesaria, de prácticas bien fundadas que son el mejor respaldo de los nacimientos naturales, normales y seguros.

Bibliografía

1. M. Lydon-Rochelle, V. L. Holt, T. R. Easterling, and D. P. Martin, "Risk of Uterine Rupture During Labor Among Women with a Prior Cesarean Delivery," *New England Journal of Medicine* 345, no. 1 (2001): 3–8.
2. M. F. Greene, "Vaginal Delivery after Cesarean Section: Is the Risk Acceptable?," *New England Journal of Medicine* 345, no. 1 (2001): 54–55.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists, *Vaginal Birth After Cesarean* (ACOG Practice Bulletin No. 5), July 1999.
4. J. A. Martin, B.E. Hamilton, S.J. Ventura, *Births: Preliminary Data for 2000*. National Vital Statistics Reports 49, no. 5. (Hyattsville, Maryland: National Center for Health Statistics, 2001.)
5. M. Gabay and S. M. Wolfe. *Unnecessary Cesarean Sections: Curing a National Epidemic* (Washington, DC: Public Citizen Health Research Group, 1994).
6. C. M. Zelop, T. D. Shipp, J. T. Repke, A. Cohen, A. B. Cagey, and E. Lieberman, "Uterine Rupture During Induced or Augmented Labor in Gravid Women with One Prior Cesarean Delivery," *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 181, no. 4 (1999): 882–86.
7. S. DeJoy, J. P. O'Grady, and R. T. Burkman, "The Risks of Lowering the Cesarean-Delivery Rate" (comment/letter), *New England Journal of Medicine* 341 (1999): 53–55.
8. "Use of Hospital Discharge Data to Monitor Uterine Rupture--Massachusetts, 1990–1997," *MMWR* 49, no. 12 (2000): 245–48.
9. S. Nano, "After One C-section, Risk of Ruptured Uterus Increases," *Seattle Times*, July 5, 2001. Available online at http://seattletimes.nwsourc.com/html/localnews/134314294_cesar050.html.
10. U. Ackermann-Lieblich et al., "Home versus Hospital Deliveries: Follow-up Study of Matched Pairs for Procedures and Outcomes," *British Medical Journal* 313 (1996): 1313–18.
11. L. L. Albers and V. L. Katz, "Birth Setting for Low-risk Pregnancies: An Analysis of the Current Literature," *Journal of Nurse-Midwifery* 36, no. 4 (1991): 215–20.
12. R. E. Anderson and D. A. Anderson, "The Cost Effectiveness of Home Birth," *Journal of Nurse-Midwifery* 44, no. 1 (1999): 30–35.
13. R. E. Anderson and P. A. Murphy, "Outcomes of 11,788 Planned Home Births Attended by Certified Nurse-Midwives," *Journal of Nurse-Midwifery* 40, no. 6 (1995): 483–92.
14. C. A. Burnett et al., "Home Delivery and Neonatal Mortality in North Carolina," *Journal of the American Medical Association* 244, no. 24 (1980): 2741–45.
15. G. Chamberlain, A. Wraight, and P. Crowley, eds., "Birth at Home: The Report of the 1994 Confidential Enquiry by the National Birthday Trust," *Practical Midwife* 2, no. 7 (1999): 35–39.
16. A. M. Duran, "The Safety of Home Birth: The Farm Study," *American Journal of Public Health* 82, no. 3 (1992): 450–52.
17. P. A. Janssen, V. L. Holt, and S. J. Myers, "Licensed Midwife-Attended, Out-of-Hospital Births in Washington State: Are They Safe?," *Birth* 21, no. 3 (1994): 141–148.
18. L. E. Mehl et al., "Outcomes of Elective Home Births: A Series of 1,146 Cases," *Journal of Reproductive Medicine* 19, no. 5 (1977): 281–90.
19. P. A. Murphy and J. Fullerton, "Outcomes of Intended Home-births in Nurse-Midwifery Practice," *Obstetrics and Gynecology* 92, no. 3 (1998): 461–70.

20. Northern Region Perinatal Mortality Survey Coordinating Group, "Collaborative Survey of Perinatal Loss in Planned and Unplanned Home Births," *British Medical Journal* 313 (1996): 1306–09.
21. O. Olson, "Meta-analysis of the Safety of Home Birth," *Birth* 24, no. 1 (1997): 4–13.
22. P. Schlenka, "Safety of Alternative Approaches to Childbirth," unpublished doctoral dissertation, Stanford University, 1999. Available online at www.domiciliary.org/freedom/@birth/meadsum.html.
23. H. Tyson, "Outcomes of 1001 Midwife-attended Home Births in Toronto, 1983–1988," *Birth* 18, no. 1 (1991): 14–19.
24. H. C. Woodcock, A. W. Read, C. Bower, F. J. Stanley, and D. J. Moore, "A Matched Cohort Study of Planned Home and Hospital Births in Western Australia, 1981–1987," *Midwifery* 10, no. 3 (1994): 125–35.
25. H. Goer, *Obstetric Myths vs. Research Realities: A Guide to the Medical Literature* (Westport, CT: Bergin & Garvey, 1995).
26. S. Bernstein, "County C-section Rule Took Heavy Human Toll," *Los Angeles Times*, Jan 25, 1998.
27. D. Childs, "Dangerous Births? Study: Uterine Rupture Risk Rises with a Vaginal Birth after a C-section," July 5, 2001. Available online at <http://more.abcnews.go.com/sections/living/dailynews/vbacs010705.html>.
28. S. K. Bowers, H. M. MacDonald, and E. D. Shapiro, "Prevention of Iatrogenic Neonatal Respiratory Distress Syndrome," *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 143, no. 2 (1982): 186–89.
29. J. J. Morrison, J. M. Rennie, and P. J. Milton, "Neonatal Respiratory Morbidity and Mode of Delivery at Term: Influence of Timing of Elective Caesarean Section," *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 102 (1995): 101–106.
30. K. A. Hales, M. A. Morgan, and G. R. Thurnau, "Influence of Labor and Route of Delivery on the Frequency of Respiratory Morbidity in Term Neonates," *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 43, no. 1 (1993): 35–40.
31. E. M. Levine, V. Ghai, J. J. Barton, and C. M. Strom, "Mode of Delivery and Risk of Respiratory Diseases in Newborns," *Obstetrics and Gynecology* 97, no. 3 (2001): 439–42.
32. B. V. Parilla, S. L. Dooley, R.D. Jansen, and M. L. Socol, "Iatrogenic Respiratory Distress Syndrome Following Elective Repeat Cesarean Delivery," *Obstetrics and Gynecology* 81, no. 3 (1993): 392–95.
33. B. Hook, B et al., "Neonatal Morbidity after Elective Repeat Cesarean Section and Trial of Labor," *Pediatrics* 100, no. 3 (1997): 348–53.
34. M. S. Kramer, K. Demissie, H. Yang, R. W. Platt, R. Sauve, and R. Liston, "The Contribution of Mild and Moderate Preterm Birth to Infant Mortality," *Journal of the American Medical Association* 284, no. 7 (2000): 843–49.
35. J. F. Smith, C. Hernandez, and J. R. Wax, "Fetal Laceration Injury at Cesarean Delivery," *Obstetrics and Gynecology* 90, no. 3 (1997): 344–46.
36. E. J. Henderson and E. J. Love, "Incidence of Hospital-acquired Infections Associated with Cesarean Section," *Journal of Hospital Infection* 29 (1995): 245–55.
37. M. A. van Ham, P. W. van Dongen, and J. Mulder, "Maternal Consequences of Caesarean Section," *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology* 74 (1997): 1–6.

38. R. W. Naef III, J. F. Washburne, R. W. Martin et al., "Hemorrhage Associated with Cesarean Delivery: When Is Transfusion Needed?," *Journal of Perinatology* 15 (1995): 32–35.
39. S. M. Eisenkop, R. Richman, L. D. Platt, and R. H. Paul, "Urinary Tract Injury During Cesarean Section," *Obstetrics and Gynecology* 60 (1982): 591–96.
40. J. D. Davis, "Management of Injuries to the Urinary and Gastrointestinal Tract During Cesarean Section," *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America* 26 (1999): 469–80.
41. Y. Wolf, R. Haddad, N. Werbin, Y. Skornick, and O. Kaplan, "Endometriosis in Abdominal Scars: A Diagnostic Pitfall," *American Surgeon* 62, no. 12 (1996):1042–44.
42. G. C. Wolf and K. B. Singh, "Cesarean Scar Endometriosis: A Review," *Obstetrical and Gynecological Survey* 44, no. 2 (1989):89–95.
43. M. Lydon-Rochelle, V. L. Holt, D. P. Martin, and T. R. Easterling, "Association Between Method of Delivery and Maternal Rehospitalization," *Journal of the American Medical Association* 283, no. 18 (2000):2411–16.
44. J. Fawcett, N. Pollio, and A. Tully, "Women's Perceptions of Cesarean and Vaginal Delivery: Another Look," *Research in Nursing and Health* 15 (1992): 439–46.
45. U. Waldenstroem, "Experience of Labor and Birth in 1,111 Women," *Journal of Psychosomatic Research* 47 (1999): 471–82.
46. M. Garel, N. Lelong, and M. Kaminski. "Psychological Consequences of Cesarean Childbirth in Primiparas." *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 6 (1987): 197–209.
47. A. Jacoby, "Women's Preferences for and Satisfaction with Current Procedures in Childbirth: Findings from a National Study." *Midwifery* 3 (1987): 117–24.
48. L. M. Stanco, D. B. Schrimmer, R. H. Paul, and D. R. Mishell, Jr., "Emergency Peripartum Hysterectomy and Associated Risk Factors," *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 168, no. 3, pt. 1 (1993): 879–83.
49. S. Bakshi and B. A. Meyer, "Indications for and Outcomes of Emergency Peripartum Hysterectomy: A Five-year Review," *Journal of Reproductive Medicine* 45, no. 9 (2000): 733–37.
50. S. Bewley, "Maternal Mortality and Mode of Delivery," *Lancet* 354 (1999): 776.
51. S. M. Zaideh et al., "Placenta Praevia and Accreta: Analysis of a Two-year Experience," *Gynecologic and Obstetric Investigation* 46, no. 2 (1998): 96–98.
52. C. V. Ananth et al., "The Association of Placenta Previa with History of Cesarean Delivery and Abortion," *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 177, no. 5 (1997): 1071–78.
53. D. A. Miller, J. A. Chollet, and T. M. Goodwin, "Clinical Risk Factors for Placenta Previa-Placenta Accreta," *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 177 (1997): 210–14.
54. S. L. Clark, P. P. Koonings, and J. P. Phelan, "Placenta Previa/Accreta and Prior Cesarean Section," *Obstetrics and Gynecology* 1985; 66 (1985): 89–92.
55. E. Hemminki and J. Merilainen, "Long-term Effects of Cesarean Sections: Ectopic Pregnancies and Placental Problems," *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 174, no. 5 (1996): 1569–74.
56. C. V. Ananth and A. L. Wilcox, "Placental Abruption and Perinatal Mortality in the United States," *American Journal of Epidemiology* 153, no. 4 (2001): 332–37.
57. D. L. Hoyert, "Medical and Life-style Risk Factors Affecting Fetal Mortality, 1989–90." National Center for Health Statistics. *Vital Health Statistics* 20, no. 31 (1996).

58. M. H. Hall, D. M. Campbell, C. Fraser, and J. Lemon, "Mode of Delivery and Future Fertility," *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 96 (1989): 1297–1303.
59. W. B. Harer, Jr., "Patient Choice Cesarean," *ACOG Clinical Review* 5, no. 2 (2000).
60. M. Wagner, "Choosing Caesarean Section," *Lancet* 356, no. 9242 (2000): 1677–80.

*Jill MacCorkle, BA (Bachelor of Arts), ME-PD (Master of Education - Professional Development), es madre de Griffen Edgar (4 años), nacido por cesárea, y de Carlin Frances (15 meses), nacida en casa. Es la editora de **The Clarion**, la publicación de **International Cesarean Awareness Network**. Jill vive con su marido y sus hijos en París, Francia.*