

Editorial

Operación cesárea.

La operación cesárea es la intervención quirúrgica más frecuente en la mayoría de los países del mundo, y si bien los riesgos de la intervención superan siempre los del parto vaginal para la madre embarazada y su recién nacido, las complicaciones asociadas a ella son significativamente más frecuentes en los países subdesarrollados (1,2).

Desde la declaración de la OMS el año 1985 se ha considerado que la tasa ideal de cesáreas no debe superar el 15% (3). Cifras superiores a ese porcentaje, o al 20% según otros (4,5), no se asocian a mejores resultados maternos y/o perinatales. Sin embargo, esta intervención representa más del 30 por ciento de los nacimientos en la actualidad en todos los continentes. En nuestro país ese porcentaje es alrededor del 50% (datos 2018).

El año 2014, la OMS realizó una nueva reunión de expertos para una revisión sistemática de los estudios ecológicos disponibles y concluyó, de modo similar al año 1985, que aumentos de la operación sobre el 15% de los nacimientos no se asocian a mejoría de los resultados maternos y perinatales; refrendando además, que en los países subdesarrollados que no contasen con infraestructura adecuada, esta intervención se asocia a complicaciones graves, incluyendo mortalidad (6,7).

Dada su alta frecuencia y las variaciones que existen en diferentes centros en cuanto a la técnica quirúrgica, en la era de la medicina basada en evidencias (8) resulta importante determinar si algunos aspectos de la técnica son mejores que otros de modo de uniformar criterios. En este número de la Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología se incluye un artículo de los Drs. Reyna -Villasmil y colaboradores de la Maternidad Dr. Nerio Belloso de Maracaibo, Venezuela, en relación a los resultados maternos a corto plazo del cierre o no del peritoneo durante la cesárea. El artículo analiza los resultados de 247 pacientes en un grupo y 248 en el otro, no observándose diferencias ni efectos negativos. Si bien los autores citan la última revisión de la Cochrane entre sus referencias, parece una omisión el no incluir

entre ellas, ni en los comentarios de la Discusión, los resultados de los dos estudios más importantes publicados en esta materia.

El primero es el estudio CAESAR realizado en Reino Unido e Italia el año 2000 y que comparó 3 elementos de la técnica quirúrgica, relacionándolos con la morbilidad infecciosa (1500 pacientes por rama) (9). Este estudio inspiró el segundo, CORONIS, publicado el 2013 (10) y financiado por el Consejo de Investigación Médica del Reino Unido y por la OMS. El estudio CORONIS utilizó un diseño metodológico singular que significó que 3 de 5 pares de intervenciones evaluadas, fuesen randomizadas para cada paciente incluida. Se incluyeron casi 16 mil pacientes de 19 centros en Argentina, Chile, Ghana, India, Kenya, Pakistan y Sudan para evaluar en el corto plazo los efectos de la entrada al abdomen roma vs cruenta, de la reparación uterina intra o extraabdominal, del cierre del útero en una o dos capas, del cierre o no del peritoneo visceral y parietal, y del uso de catgut crómico vs vyrcril (polyglactin 910) para la histerorrafia.

No hubo diferencias estadísticamente significativas en el resultado primario que era un compuesto de muerte, morbilidad infecciosa materna, reoperaciones o transfusión de sangre hasta 6 semanas después del parto. Entre los resultados secundarios el uso de catgut cromico (vs vyrcril) se asoció a menor riesgo de recibir una transfusión sanguínea.

El año 2016 se publicó el seguimiento a 3 años de las pacientes incluidas en el estudio CORONIS (11). 13153 mujeres de las 15633 incluidas originalmente, fueron seguidas por un promedio de 3.8 años, no encontrándose diferencias significativas en la evaluación de dolor pelviano, dispareunia, adherencias, hernias, embarazo ectópico, infertilidad, histerectomía y resultados en morbilidad y mortalidad de los recién nacidos en los embarazos siguientes al incluido originalmente. Destacaron como hallazgos en el estudio de seguimiento la baja tasa de embarazos (menor que la esperada) y la alta incidencia de

cesárea electiva practicada antes del inicio del trabajo de parto en las pacientes con cesárea anterior.

Considerando los hallazgos descritos es claro hoy que el cirujano que opera una cesárea tiene libertad para elegir la técnica que más le acomode sin que ello signifique que esté ofreciendo mayores riesgos a sus pacientes.

Resuelta la discusión en relación a la técnica, cabe resolver aun la alta frecuencia de operación cesárea. La OMS ha sugerido, como un primer paso, utilizar universalmente la clasificación de Robson (12,13), pero otras estrategias específicas deben también ser consideradas para implementar en nuestros países: guías y protocolos, evitar toda inducción innecesaria del trabajo de parto, educación a los padres, permanencia del médico en el sitio donde ocurre el trabajo de parto, premiar con pagos diferentes el parto vaginal, y reuniones diarias donde se presenten las pacientes resueltas el día anterior.

REFERENCIAS

1. Korb D, Goffinet F, Seco A, Chevret S, Deneux-Tharoux C, for the EPIMOMS Study Group. Risk of severe maternal morbidity associated with cesarean delivery and the role of maternal age: a population based propensity score analysis. *CMAJ* 2019;191: E352-E360
2. Sobhy , Arroyo-Manzano D, Murugesu N, Karhikeyan G et al. Maternal and perinatal mortality and complications associated with caesarean section in low income and middle income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2019; [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32386-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32386-9)
3. Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985;2(8452):436-437
4. Molina G, Weiser TG, Lipsitz SR, et al. Relationship between cesarean delivery rate and maternal and neonatal mortality. *JAMA* 2015;314:2263-70.
5. D'Alton ME, Hehir MP. Cesarean delivery rates: revisiting a 3-decades-old dogma. *JAMA* 2015;314:2238-40.
6. Betran AP, Ye J, Moller AB, Zhang J, Gulmezoglu AM, Torloni MR. The increasing trend in caesarean section rates: global, regional and national estimates: 1990-2014. *PLoS One* 2016;11:e0148343
7. Althabe F, Sosa C, Belizan JM, Gibbons L, Jacquerioz F, Bergel E. Cesarean section rates and maternal and neonatal mortality in low-, médium-, and high-income countries: an ecological study. *Birth* 2006;33(4):270-277
8. Dahlke JD, Mendez-Figueroa H, Rouse DJ, Berghella V, Baxter JK, Chauhan SP. Evidence based surgery for cesarean delivery: an updated systematic review. *AJOG* 2013; (October) :294-306
9. CAESAR study collaborative group. Caesarean section surgical techniques; a randomized factorial trial (CAESAR). *BJOG* 2010;117:1366-76
10. The CORONIS Collaborative Group. Caesarean section surgical techniques (CORONIS): a fractional, factorial, unmasked, randomized controlled trial. *Lancet* 2013;382: 234-248
11. Caesarean section surgical techniques: 3 year follow up of the CORONIS fractional, factorial, unmasked, randomized controlled trial. The CORONIS collaborative group. *Lancet* 2016;388:62-72
12. Robson MS. Classification of caesarean sections. *Fetal and Maternal Medicine Review*. 2001;12(1):23-39.
13. Betran AP, Vindevoghel N, Souza JP, Gulmezoglu AM, Torloni MR. A Systematic Review of the Robson Classification for Caesarean Section: What Works, Doesn't Work and How to Improve It. *PLoS One*. 2014;9(6):e97769.

Dr. Enrique Oyarzun Ebensperger
Profesor Titular Obstetricia y Ginecología
Universidad de los Andes y Pontificia Universidad Católica de Chile
Past Presidente SOCHOG