



## CESÁREA, ¿UNA OPCIÓN? (I)

Marsden G. Wagner

*Este artículo forma parte de un completo trabajo realizado por el Dr. Marsden Wagner. En este número se presentará la primera parte, que se verá completada en la edición del próximo invierno.*

*«Con una cesárea programada, usted y su médico han concertado la fecha de ingreso en el hospital tranquilamente; ese día, él/ella le extraerá a su bebé a través de una pequeña incisión justo por encima de su vello púbico. Hay muchos motivos por los que se puede programar una cesárea, aunque hay mujeres que eligen la cesárea porque quieren seguir manteniendo el tono muscular vaginal de una adolescente, y los médicos encuentran la explicación adecuada para justificarla» (1)*

### Introducción

Este comentario está extraído de un libro de bolsillo que últimamente se ha hecho popular y que muestra hasta qué punto la sociedad aprueba que las mujeres puedan decidir parir mediante cesárea, y que los médicos actúen como cómplices ante las compañías aseguradoras. Este tipo de comentarios están reforzados por otros que definen la cesárea como «una operación que mejora la vida». Así lo dijo el Presidente del Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología en una editorial líder de esta organización que promueve «la cesárea elegida por la paciente» (2)

La cesárea es una operación quirúrgica importante que, utilizada de manera adecuada, ha logrado y logrará salvar la vida de muchas mujeres y de muchos bebés en el mundo. Entonces, ¿por qué no permitir a las mujeres embarazadas elegir parir por cesárea?

Desgraciadamente, darle la opción de elegir a las mujeres no es tan sencillo. La cesárea, aunque se haya elegido sin ser absolutamente necesaria, conlleva unos riesgos serios, incluso un aumento de la posibilidad de muerte de la mujer y de peligro de vida para el bebé (ver abajo). Comparemos el contenido de la frase anterior, que se basa en la evidencia, con lo que promueve la campaña arriba mencionada que pretende deslumbrarnos con la venta de la cesárea.

Parece que se está tramando un movimiento en los círculos médicos para promover el derecho de las mujeres para elegir una cesárea. En 1997, se publicó un artículo en una revista sobre obstetricia en el que se preguntaba a mujeres obstetras de Inglaterra por la opción de elegir una cesárea. El 31% de ellas contestó que si estuvieran embarazadas de un bebé a término y sin complicaciones, optarían por una cesárea programada (3) En 1998, la revista British Medical Journal legitimó el asunto publicando un debate sobre la siguiente pregunta: ¿Deberían los médicos realizar las cesáreas a demanda? (4) Después se unió a este debate la revista New

England Journal of Medicine con un sonado artículo llamado «Los riesgos de la reducción de la tasa de cesáreas», en el que se condenan los intereses de poner límites al índice de cesáreas, como si esto implicara que las mujeres no fueran a tener ni voz ni voto en su propia atención (5). Y más recientemente, en el ejemplar del 27 de noviembre de 1999 del British Medical Journal, un catedrático feminista lamentaba que «sigan existiendo prejuicios por parte de los médicos y de la sociedad hacia las mujeres que esquivan la sentencia bíblica de dar a luz con dolor», a quien se suma un abogado de consumo con «no puedo creer que alguien tenga derecho a obligar a las mujeres a dar a luz por vía vaginal» (6)

Aquí se da una correlación interesante entre la promoción del derecho de la mujer de elegir cierta práctica obstétrica y la manera en que dicha práctica se acopla a la comodidad del médico. A pesar de estar comprobado científicamente desde hace muchos años que el intento de parto vaginal tras una cesárea es más seguro que una repetición rutinaria de la cesárea, no existen artículos en las revistas médicas que promocionen el derecho de la mujer a elegir un parto vaginal después de una

cesárea. Para el médico, la cesárea es cómoda, pero un parto vaginal después de una cesárea, no lo es.

### El riesgo de la cesárea

Caer en la tentación de hacer una cesárea porque la mujer lo haya pedido sólo se puede justificar si la cesárea conlleva menos riesgo para la mujer y el bebé que el parto vaginal. Para justificar la elección de la mujer, a menudo se pueden encontrar

afirmaciones en los artículos arriba mencionados, del tipo de «La cesárea es más segura que nunca»

Existe una escala de riesgos de la cesárea en las urgencias obstétricas de última hora, desde la cesárea programada por riesgo materno o fetal (incluida la segunda y/o sucesivas cesáreas programadas) hasta la cesárea elegida por la mujer sin razones médicas. La mayoría de los datos sobre los riesgos sólo separan la cesárea de urgencia y la cesárea electiva (programada); sin embargo, debido a que el riesgo se concentra en el procedimiento quirúrgico en sí mismo y en sus efectos en la mujer y el bebé (y sigue practicándose sin importar el motivo), se ha probado que la cesárea elegida por la mujer, al tratarse de una intervención quirúrgica abdominal mayor, conlleva aún más riesgos.

La respuesta a «cuán segura es una cesárea» varía dependiendo de quién responda, ya que si se hace una cesárea, el riesgo lo corren la mujer y el bebé, mientras que si no se hace, quien

**«Está comprobado científicamente desde hace muchos años que el intento de parto vaginal tras una cesárea es más seguro que la repetición rutinaria de la cesárea»**

corre el riesgo es el médico (ver más abajo). Esto ayuda a entender porqué los riesgos para la mujer y el bebé científicamente probados de la cesárea no se discuten abiertamente ni se explican a las pacientes.

#### Riesgos para la mujer

El primer riesgo es la muerte de la mujer<sup>3</sup>/<sub>4</sub> mortalidad materna asociada a la cesárea. Los datos más fiables sobre mortalidad materna provienen de las *Confidential Enquiries* del Reino Unido sobre muerte de la madre. A pesar de que las políticas obstétricas han intentado omitir los datos sobre muerte materna del último informe de 1998, dos científicos han calculado una altísima tasa de mortalidad materna debido a la cesárea (7). Respecto de la cesárea elegida por la mujer, las estadísticas más relevantes indican que una cesárea programada no urgente presenta 2'84 veces (casi tres veces) más posibilidades de que la mujer fallezca que cuando tiene un parto vaginal.

Sería ideal utilizar un trabajo aleatorio que comparara la cesárea programada elegida por la mujer con el parto vaginal, con la intención de averiguar qué casos de las pocas mujeres del grupo de parto vaginal que terminaron en una cesárea urgente se siguieron considerando como grupo de parto vaginal. Sin embargo, debido a que tal trabajo no es éticamente posible (no se puede pedir a las mujeres que formen parte de manera arbitraria del grupo de cesárea programada o del grupo del parto vaginal), los datos sobre 153.929 casos de cesárea programada elegida por la mujer muestran una evidencia lo suficientemente

clara del mayor riesgo de mortalidad materna en los casos de cesárea elegida por la mujer. La falta de un estudio aleatorizado no se puede utilizar como excusa para cuestionar la ya probada mayor mortalidad materna en los casos de cesárea elegida por la mujer.

**«Una cesárea programada presenta casi tres veces más riesgo de mortalidad materna que un parto vaginal»**

Además del mayor riesgo de muerte, existen otros, entre los que se incluyen la morbilidad normal asociada con toda operación quirúrgica importante<sup>3</sup>/<sub>4</sub> complicaciones con la anestesia, rotura de vasos sanguíneos, extensión accidental de la incisión uterina, daño en la vejiga urinaria y/o en otros órganos abdominales (8). Algunos de estos riesgos se presentan con

frecuencia: en torno al 20% de las mujeres tienen fiebre tras la cesárea, la mayoría debido a infecciones yatrogénicas, las cuales requieren un control tanto de la madre como del bebé (8).

También surgen otros riesgos que afectan a futuros embarazos de la mujer debido a la cicatriz del útero, como disminución de la fertilidad, aumento de las probabilidades de sufrir abortos, embarazos ectópicos, desprendimiento de placenta y placenta previa (8, 9, 10), entre otros. Hace poco ha surgido un nuevo riesgo de cesárea en futuros embarazos en EE.UU. a través del uso del misoprostol, un fármaco no probado, para la inducción del trabajo de parto. Las mujeres con cesárea anterior y que intentan un parto vaginal a las que se les da misoprostol, tienen una tasa de rotura uterina del 5'6%, comparado con aquéllas en la misma situación a las que no se les administra misoprostol y que presentan un riesgo del 0'2 %; hablamos de 28 veces

mayor riesgo en el primer caso que en el segundo (11). Para las mujeres que eligen una cesárea programada existen todos estos riesgos en los próximos embarazos, incluso en los casos en los que la primera cesárea no fue una urgencia: riesgo de embarazo ectópico, desprendimiento de placenta, placenta previa y rotura uterina son amenazas que acompañarán de por vida a la madre y al bebé.

#### Riesgos para el bebé

Sea cual sea el motivo por el que las mujeres eligen una cesárea, a muy pocas se les informa como corresponde de los riesgos fetales que implica. En una cesárea urgente en la que el bebé ha desarrollado una complicación durante el trabajo de parto, el riesgo de la cesárea para el bebé queda

sobrepasado con creces por los riesgos de no practicarla. En una cesárea elegida, en la que el bebé no corre peligro, los riesgos de hacer una cesárea para el bebé siguen existiendo, lo que significa que la mujer que elige una cesárea pone en peligro al bebé innecesariamente. El hecho de que algunas mujeres elijan la cesárea supone que no se les ha informado lo suficiente con datos científicamente probados.

El primer peligro para el bebé de una cesárea se corresponde con el hecho de que, accidentalmente, el bisturí lacere al bebé, lo que ocurre en el 1'9% de los casos (este dato aumenta hasta el 6% si la postura del bebé no es vertical)(12).

Otro riesgo mucho más importante al que se expone el bebé nacido por cesárea es el síndrome de distrés respiratorio. Muchos informes científicos afirman que la cesárea per se es un factor de riesgo importante del síndrome de distrés respiratorio (SDR)



Fotografía: Sabrina Cuddy

en bebés prematuros y de otro tipo de enfermedades respiratorias en bebés a término (8). El SDR es una de las posibles causas de muerte neonatal; el riesgo de que un recién nacido desarrolle el SDR se reduce considerablemente si se hace la cesárea después de que la mujer comience con el trabajo de parto.

Otro riesgo de la cesárea para el recién nacido es la prematuridad yatrogénica, es decir, se considera al bebé prematuro porque la cesárea se realiza demasiado pronto. En las estimaciones ultrasónicas sobre edad gestacional se da una desviación estándar grande, lo que provoca errores a la hora de decidir cuándo hacer una cesárea programada. Realizar la cesárea después de que la mujer comience el trabajo de parto reduce considerablemente el nivel de riesgo para el bebé. El nacimiento prematuro está científicamente asociado a un aumento en el riesgo de mortalidad y morbilidad, incluyendo una posible enfermedad neurológica.

Por tanto, el momento ideal para realizar una cesárea programada es una vez la mujer se haya puesto de parto de manera espontánea; las razones son: a) prevención de complicaciones respiratorias para el bebé, y b) prevención de que el bebé aún no esté maduro completamente. En el caso de mujeres con poderosas razones para optar por una cesárea programada, como puede ser el *miedo al parto vaginal por haber sufrido una violación en algún momento de su vida*, la elección de la cesárea se convierte en un auténtico compromiso clínico absolutamente razonable, incluso si se hace antes de que la mujer comience con el trabajo de parto.

#### Beneficios de elegir una cesárea

Mientras que los riesgos de la cesárea están presentes tanto si se trata de una urgencia o de la elección de la mujer, los beneficios de esta intervención quirúrgica dependen de las razones de la decisión. Cuando es la mujer quien decide parir por cesárea, la razón de «salvar la vida» no está presente, como sí lo está en el caso de la cesárea urgente. A continuación se relatan las ventajas de la cesárea no urgente, de la cesárea programada por elección de la mujer:

1. Ventajas para la mujer: a pesar de que la ausencia de dolor en el parto por cesárea se proclama como una de las ventajas, se trata de una falsa promesa (ver más abajo). La programación anticipada de la cesárea ofrece a la embarazada y su familia cierta comodidad. La esperanza de mantener «el estado vaginal de una adolescente», muy fomentada en libros y en hospitales de América Latina y otras partes del mundo, resulta ser cierta, aunque en realidad quien se beneficia es la pareja, y no la mujer en sí misma. Aunque se dice que los genitales de la mujer sufren menos con la cesárea, gran parte del daño que se produce en un parto vaginal es yatrogénico, es decir, causado por las prisas que surgen en el segundo estadio sin complicaciones, por la sobreutilización de los fórceps o las ventosas y por las innecesarias y rutinarias episiotomías (8, 9, 10). En países como Brasil, en los que las mujeres no tienen ningún derecho sobre la reproducción, la cesárea supone una oportunidad de esterilización sin necesidad de violar la ley.

2. Ventajas para el bebé: mientras que la cesárea urgente

puede salvar la vida del bebé, la cesárea programada por elección de la mujer no supone ningún beneficio para su hijo/a. Muchos profesionales médicos consideran a las mujeres que deciden tener un «parto natural» y/o en casa como de egoístas, ya que según ellos, sólo se preocupan de sus propias necesidades sin tener en cuenta la seguridad del bebé; esta crítica no tiene ninguna base científica. Dada la evidencia ya presentada de los muchos riesgos existentes para el bebé y la ausencia de beneficios para el mismo cuando la mujer elige una cesárea programada, la etiqueta de egoísta iría mejor a aquellas mujeres que deciden parir mediante cesárea<sup>34</sup> y en caso de que no fuera así, el hecho de llevarla a cabo significaría «culpabilizar a la víctima» Con mucha frecuencia, las mujeres que eligen la cesárea lo hacen por miedo o por falta de seguridad en su propia capacidad biológica de parir; también debido al miedo de los propios médicos al parto vaginal, quienes contagian a la mujer de este temor.

3. Ventajas para el médico: el médico sí que se beneficia mucho más atendiendo una cesárea que un parto vaginal; algunas ventajas del personal médico son:

a) Evitar las demandas judiciales: la razón más común dada por los médicos para justificar el alto índice de cesáreas de la «obstetricia defensiva»: es decir, para evitar una demanda judicial, hacer una cesárea. En una reciente encuesta, el 82% de los médicos entrevistados afirmaron haber recurrido a esta práctica para evitar una posible denuncia por negligencia (13). Actualmente, cuando un parto sale mal, se denuncia al médico y, durante el juicio, se le critica por haber realizado intervenciones innecesarias. El resultado es que los médicos se arriesgan a realizar menos intervenciones y ganar seguridad a la hora de un pleito al que se exponen por una práctica excesivamente intervencionista, incluyendo las cesáreas.

#### «Dada la situación actual, quizás las denuncias no sean tan malas, sino más bien un mal necesario»

La «obstetricia defensiva» viola así uno de los principios fundamentales de la práctica médica: haga lo que haga el médico, debe hacerlo en beneficio del/la paciente. Si un médico hace una cesárea por miedo a que le lleven a juicio o por los costos de su propio seguro, entonces este médico no está practicando medicina; está practicando el miedo y la codicia. Los obstetras defensivos tratan el síntoma, no, el problema. En lugar de analizar cómo su comportamiento ha influido en una posible denuncia, la profesión médica tiende a culpar a las mujeres, a los abogados y al sistema legal de dichos pleitos. Un ejemplo de esta situación se encuentra en Irlanda, donde las denuncias por negligencia médica se han incrementado de 1990 a 1998 en un 450%; de estas denuncias, casi la mitad se refieren a aspectos en los que se encuentran involucrados ginecólogos y médicos obstetras (13). La Unión de la Defensa Médica (MDU) propone un sistema de reclamaciones más sencillo: un sistema que evite que todas las denuncias lleguen a juicio, aunque sin hacer nada por estas mujeres cuyos juicios no se llegan a celebrar.

En lugar de simplemente evitar el juicio, quizás lo que debería de plantear este nuevo sistema es porqué el índice de insatisfacción es tan alto respecto de los servicios de Maternidad en Irlanda. Parte de esta insatisfacción se pudiera deber a que aún hoy existe muy poco donde elegir en cuestión de maternidad en Irlanda. Casi todos los hospitales practican el tan estructurado «control activo», por el que el personal hospitalario es el que se mantiene «activo», mientras las mujeres de parto no tienen ni voz ni voto.

### «En ningún sitio la mortalidad materna y/o perinatal es cero»

Otra fuente de insatisfacción de las mujeres irlandesas y de muchos otros sitios proviene, sin duda, de las promesas incumplidas. Para convencer a una mujer de que abandone la seguridad de su hogar y vaya a dar a luz al hospital<sup>3</sup>/<sub>4</sub> donde pierden toda posibilidad de llevar el control de lo que les pasa, los médicos y los hospitales se ven en la necesidad de prometer a las mujeres un parto perfecto y un bebé perfecto.

Pero si un juega a ser Dios, se arriega a que le culpen de los fallos de la naturaleza. En ningún sitio la mortalidad materna y/o perinatal es cero. Mujeres y niños/as mueren o sufren alguna complicación, y, en algunas ocasiones, esto ocurre por un error médico. A lo largo de la historia, las mujeres han aceptado esta cruda realidad, hasta que han llegado los médicos y han prometido nacimientos perfectos. Hoy en día nos encontramos con afirmaciones en publicaciones científicas del tipo de «El nacimiento se ha convertido en algo muy seguro tanto para el bebé como para la madre» (5). En lugar de reflexionar sobre el papel que están jugando a la hora de generar falsas expectativas, en el mismo artículo culpan a la mujer con sentencias como «las expectativas de la pareja de tener un bebé perfecto» (5). Por tanto, cuando algo sale mal en el parto, las mujeres y las familias tienen todo el derecho a sentirse decepcionadas y buscar respuestas, aunque a menudo se encuentran con un muro de piedra por parte de los médicos y los hospitales.

Dada la situación actual, quizás las denuncias no sean tan malas, sino más bien un mal necesario. Gracias a ellas las mujeres y las familias pueden tratar y preguntar todas sus dudas y preocupaciones, haciendo reconocer a los médicos en un foro público que hay cosas que ni siquiera ellos pueden evitar. Los pleitos también sirven de alerta, para darnos cuenta de los problemas subyacentes de la atención materna.

Otro problema de la obstetricia defensiva es que no funciona; no es efectiva. Durante los años en los que ha aumentado el

número de obstetras defensivos, no ha disminuido el número de denuncias. Esto sugiere que, hasta cierto punto, el miedo a la denuncia es sólo una excusa médica para permitir el uso continuado de intervenciones como la cesárea, que muchos médicos prefieren en cualquier caso.

Este artículo apareció publicado por primera vez en Lancet, vol. 356: p1677-1680, 2000.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Iovine, V.: *The Girlfriends Guide to Pregnancy*. New York, Pocket Books. 1995
2. Harer, W.: *Patient choice cesarean*. American College of Obstetricians and Gynecologists Clinical Review, 5:2, March/April. 2000
3. Al-Mufti, R., McCarlin, A. y Fisk, M.N.: *Survey of obstetricians, personal preference and discretionary practice*. Eur.J.Obstet.Gynecol.Reprod.Biol., 73:1, 1. 1997
4. British Medical Journal: *Controversies: Should doctors perform an elective cesarean section on request?*, 317:463. 1998
5. Sachs, B., Castro, M. y Frigoletto, F.: *The risk of lowering the cesarean-delivery rate*. New Eng. J. Med. 340:1, 54-57. 1999
6. Commentaries: Showlater, E. y Griffen, A.: *All women should have a choice*, y Bastian, H.: *Health has become secondary to a sexually attractive body*. BMI 319 (7222), 1397. 1999
7. Hall, M. y Bewley, S.: *Maternal mortality and mode of delivery*. Lancet 354, p. 776. 1999
8. Wagner, M.: *Pursuing the Birth Machine: the search for appropriate birth technology*. Sydney, ACE Graphics. 1994
9. Enkin, M., Keirse, M. Renfrew, M. y Neilson, J.: *A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. Segunda Edición. Oxford University Press, 1995
10. Goer, H.: *The Thinking Woman's Guide to a Better Birth*. New York, Penguin Putnam. 1999
11. Plaut, M., Schwartz, M. y Lubarsky, S.: *Uterine rupture associated with the use of misoprostol in the gravid patient with a previous cesarean section*. Am. J. Obstet. Gyn. 180: 1535-42. 1999
12. Smith, J., Hernández, C. y Wax, J.: *Fetal laceration injury at cesarean delivery*. Obstet & Gynecol. 90: 344-46. 1997
13. Birchard, K.: *Defence union suggests new approach to handling litigation costs in Ireland*. Lancet 354: 1710. 1999
14. Stephenson, P.: *International differences in the use of obstetrical interventions*. Copenhagen, Oficina Regional Europea de la OMS. 1992
15. Wagner, M.: *The public health versus clinical approach to maternity services: The emperor has no clothes*. J. Public Health Publica 30:1, 19-33. 1996
16. Olatunbosun, O., Edouard, L. y Pierson, R.: *British physician's attitudes to evidence based obstetric practice*. BMI 316: 365. 1998
17. Goodstein, D.: *Conduct and misconduct*. Ann New York Acad. Sci. 775:31-38. 1996
18. Rattner, D.: *Sobre a hipotese de estabilizacao das taxas de cesarea do Estado de Sao Paulo, Brasil*. Rev Saude Publica 30:1, 19-33. 1996
19. Secretariat of Health, Sao Paulo State, Brasil. 1999
20. FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health: *Ethical aspects regarding cesarean delivery for non-medical reasons*. Int. J. Obs. & Gynae. 64: 317-22. 1999
21. World Health Organization: *Appropriate technology for birth*. Lancet 2: 436-7. 1985
22. Notzon, F.: *International differences in the use of obstetric interventions*. JAMA 263: 24, 3286-91. 1990
23. Lomas, J. y Enkin, M.: «Variations in operative delivery rates», in *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. Oxford University Press. 1989
24. Wagner, M.: *Midwifery in the industrialized world*. I. Society Obstet. Gynecol de Canadá 20:13, 1225-34. 1998
25. Wagner, M.: *A global witch-hunt*. Lancet 346: 1020-22. 1995

Marsden Grigg Wagner nació en San Francisco, California. En 1955 se doctoró por la Escuela de Medicina de la Universidad de California, en Los Ángeles, y en 1962 obtuvo el postgrado en Epidemiología perinatal y Reproducción por la misma universidad. Entre su experiencia profesional, destacan seis años como profesor de Pediatría y Salud Pública en la Universidad de California, tres años como co-director de Salud Materno-Infantil en el Departamento de Salud Pública del Estado de California, seis años como director del Centro de Investigación del Servicio de Salud de la Universidad de Copenhague y quince años como Delegado de Salud Materno-Infantil de la OMS para Europa. Actualmente, trabaja como asesor privado. Además, ha pronunciado discursos sobre salud ante el Congreso de EE.UU., el Parlamento británico, la Asamblea Nacional francesa, el Parlamento italiano y el Parlamento danés. Asimismo, ha dado cientos de conferencias en Australia, Canadá, China, Dinamarca, España, Inglaterra, Francia, Italia, Irlanda, Japón, Rusia, Singapur, Suecia, EE.UU., Tailandia... Viaja por todo el mundo hablando de la correcta utilización de la tecnología en el nacimiento y defendiendo el papel de la comadrona para obtener mejores resultados. Tanto sus artículos científicos como libros han sido publicados en inglés, alemán, francés, ruso, italiano, japonés, chino, sueco y danés.