

46 F. Vergara
F. Abel
D. Álvarez
C. Coll
C. Cuadrado
J. González-Merlo
J.M. Martínez Pereda
S. Mateu
J. Zamarriego

Correspondencia:

Dr. J. González-Merlo.
Josep Tarradellas, 120, 5.º 1.ª.
08029 Barcelona.

Fecha de recepción: 29/11/00

Aceptado para su publicación: 20/12/00

Consideraciones éticas sobre la cesárea. Comisión de bioética de la SEGO

Ethical considerations on cesarean sections. Bioethics Committee of the Spanish Society of Obstetrics and Gynecology

F. Vergara, F. Abel*, D. Álvarez, C. Coll, C. Cuadrado, J. González-Merlo, J.M. Martínez-Pereda, S. Mateu, J. Zamarriego. Consideraciones éticas sobre la cesárea. Comisión de bioética de la SEGO. *Prog Obstet Ginecol* 2001;44:46-55.

*Ponente.

La comisión de bioética de la SEGO ha considerado oportuno ofrecer una reflexión a todos sus miembros con el objetivo de aunar esfuerzos para delinear las estrategias que permitan ajustar las indicaciones y motivaciones de la cesárea de forma óptima en el ejercicio profesional. La colaboración que solicitamos a través de este documento supone la voluntad de mejorar con eficacia nuestra actuación desde una perspectiva de rigor científico y ético. Cualquier sugerencia puede ayudar a la redacción final de este documento base, que deseáramos que todos los miembros de la SEGO pudieran considerarlo y asumirlo.

INTRODUCCIÓN

La operación de la cesárea, aplicada en sus orígenes como solución a conflictos mecánicos en el transcurso del parto, se ha ido empleando cada vez más para resolver otras amenazas que también comprometían la salud de la madre y del niño en circunstancias distintas a las del compromiso de espacio. Gracias a ella se han salvado muchas madres y

se ha amparado la salud de muchos niños. Su realización se ha hecho más segura tanto para el niño como para la madre pero, a pesar de todo, desde hace unas décadas se tiene la sensación de que se prodiga con una largueza innecesaria, no impuesta por criterios estrictamente médicos.

La preocupación por el aumento de cesáreas es, quizá, una faceta más de la insatisfacción con la asistencia obstétrica institucional y altamente tecnificada, que en algunos ámbitos se ha expresado a través de movimientos demandantes de un parto más natural con participación de la familia y que rechazan la asistencia en grandes centros.

Esta apreciación extremista, que tiene indudables motivaciones, resulta injusta con las múltiples e innegables ventajas que ha supuesto la hospitalización del parto, en una maternidad debidamente acondicionada y con personal especializado en servicio estable que ha sido decisiva en la práctica de la obstetricia actual.

Es cierto que, coincidiendo con el descenso de la natalidad, ha habido un desplazamiento del objetivo de la asistencia hospitalaria de la gestación, de la madre al niño. El interés por la salud de los fetos ha

ido aumentando y adquiriendo importancia el final feliz del embarazo. Existe una demanda social para prevenir las situaciones adversas al feto y procurarle una seguridad de buena calidad de vida, hasta el punto de apreciar la mortalidad perinatal como índice de calidad de los cuidados sanitarios de cualquier país. El progreso en la anestesia, la transfusión sanguínea, la terapéutica antibiótica, junto a un mejor control de las enfermedades maternas, como la diabetes, la hipertensión y las cardiopatías, redujeron la mortalidad materna en la cesárea considerablemente, facilitando su aplicación para mejorar la integridad fetal. Las ventajas que la cesárea ofrece para la terminación del parto sobre complicadas técnicas tocúrgicas condujeron también a su aplicación más frecuente en detrimento de operaciones vaginales que requerían un aprendizaje con riesgos y un virtuosismo no siempre seguro ni generalizable. Las facilidades para la cesárea influyeron en que el diagnóstico de distocia se consiguiera también con mayor prodigalidad y que la solución del parto mediante cesárea, en consecuencia, se difundiera. El perfeccionamiento de la propia técnica en sí, gracias sobre todo a la incisión uterina segmentaria transversa, redujo las consecuencias para partos posteriores y contribuyó también al aumento de cesáreas repetidas.

Entre las circunstancias que han contribuido también al aumento de cesáreas se han mencionado la medicina defensiva, los incentivos económicos y la tendencia al automatismo y la especialización excesiva en la práctica obstétrica. Igualmente, se ha argumentado la influencia de los modelos de aprendizaje en la época de residencia de los futuros obstetras. Aunque se comprende la dificultad para objetivar cuantitativamente la influencia de estos factores en la tasa de cesáreas, es preciso tenerlos en cuenta en una apreciación crítica del problema.

El equilibrio entre la aspiración al parto natural y la evolución que la tecnología ha llevado en los últimos tiempos es una cuestión muy compleja y, posiblemente, no de solución única, pues las circunstancias son muy variables y no existe una mujer media "teórica" en la que aplicar las conclusiones de las estadísticas. Los factores que afectan al nacimiento humano son muy intrincados y, en gran parte, indeterminados. No es posible hoy cuantificar con exactitud cuál es la tasa óptima de cesárea, pues depende de circunstancias muy diversas y de los resultados que

se propongan. Frente a la mujer que considera el parto hospitalario como una "alienación" más de las que sufre su género, coartando la vivencia crucial y mágica de la maternidad¹, está aquella que prefiere una cesárea programada a un parto vaginal porque en su información constan más las propagadas incomodidades y sufrimientos del parto vaginal que las excepcionales circunstancias de la mortalidad materna por cesárea (5,8 por 100.000 cesáreas)². Hay mujeres que perciben como una ventaja la anticipación y control de una intervención programada, con una disminución del riesgo para el feto, mientras que otras prefieren un parto natural.

Aunque el obstetra se compromete con el reto de humanizar e individualizar el parto restringiendo el intervencionismo al mínimo indispensable, un particular entendimiento de la medicina como forma de aliviar el sufrimiento, la enfermedad o el dolor, promocionaría que el porcentaje adecuado de cesáreas fuera aquel que consiguiera la máxima satisfacción materna con el mínimo riesgo. Merece la pena en el planteamiento del problema exponer que esto último llevaría al polo opuesto de la tendencia que aspira al parto natural, puesto que si se acredita cada vez más la seguridad de la cesárea se puede llegar a la conclusión, tecnológicamente muy optimista, de que contando con ella no podrán justificarse los riesgos impredecibles de cualquier parto. Incluso se ha propuesto, con una concepción de ventaja evolutiva de la especie, la cesárea como una posibilidad hipotética de conseguir, sin riesgos, fetos de mayor peso y tamaño encefálico. En este sentido, si se atiende a la autonomía materna que aspira a una mayor comodidad, a la evitación del dolor y el daño en las estructuras pélvicas y siempre pendiente de proteger al niño, en tanto pueda subvenir los costes adicionales del parto quirúrgico, adquiere legitimidad para algunas mujeres y algunos médicos la práctica creciente de la cesárea.

El parto vaginal comporta beneficios para el feto que se han apreciado a nivel pulmonar, favoreciendo la respiración extruterina (aumenta el surfactante disponible, la reabsorción del líquido alveolar, la distensibilidad pulmonar e incluso dilata los bronquiolos). Igualmente, aumenta el flujo de ciertos órganos vitales, moviliza las sustancias fuel (produce una lipólisis y una neoglucogénesis) e incluso existen evidencias de que despierta el sensorio (dilatación de pupilas, sensación de alerta)³, pero en tan-

	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Alemania				15,7				20		20
Australia		16,7	18,0	17,5	18,0	18,3	19,1			
Canadá	19,6	19,5								
Dinamarca		12,9		12,4	12,2	12,7	12,7			
España				14,0	15,0	14,2	13,0			19,0
Estados Unidos		24,7	23,9	23,5	23,5					25,0
Finlandia		14,3	14,8	13,8	14,1	14,4	14,4			
Grecia		21,0	22,0	24,0	24,0					
Italia		19,1								
Japón				10,0			11,8			
México		22,7	23,1	23,4	23,5	25,4	26,7	27,5		
Noruega							12,3			
Nueva Zelanda		11,1	11,6	11,9	12,5	13,4	14,8	15,4		
Suecia		11,2	11,1		11,0	10,0	11,0			
Suiza		17,1	16,9	18,6	17,7					

Fuente: OCDE Health Data 96.

to no queden claros los efectos beneficiosos del parto vaginal probablemente conflictivo, los esfuerzos por difundir el parto natural y reducir las cesáreas podrían, según la opinión contraria, encaminarse a obtener una cesárea más segura y a predecir con mayor acierto y anticipación qué partos tendrán un desarrollo fácil y cuáles una evolución adversa.

Además de esta polarización conceptual, expresiva de las dificultades para lograr la posición equilibrada, existen otros inconvenientes para alcanzar el óptimo aplicable al problema del incremento en las cesáreas.

DIMENSIÓN DEL PROBLEMA

El ritmo creciente en la práctica de la cesárea se inicia en cifras inferiores al 5% hasta llegar a la realización en algunos hospitales de más de 20 por cada 100 partos. En los EE.UU., durante los años setenta la tasa de cesárea aumentó alrededor de 3 veces, pasando del 5,5% en 1970 al 15,2% en 1978 y al 23% en 1985, y ha continuado aumentando hasta 1989 en que se aprecia un ligero descenso precedido por una estabilización en los 3 años anteriores, posiblemente como consecuencia de recomendaciones y controles ante la alarma provocada por el aumento, que llegó a hacer de la cesárea la operación de cirugía mayor más realizada en los hospitales⁴ (fig. 1).

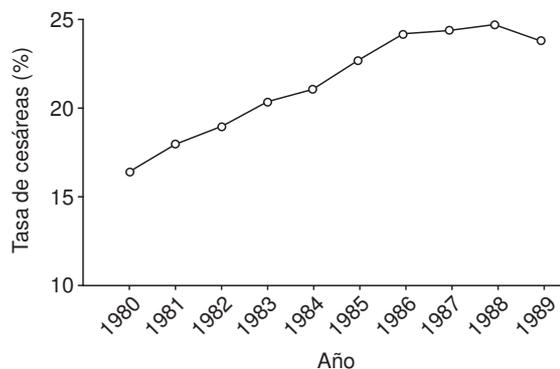


Figura 1. Tasa de cesáreas en los EE.UU., de 1980 a 1989. (De Williams Obstetricia, 1996.)

Esta tendencia al ascenso es generalizada en todos los países como puede apreciarse en la tabla 1. En las naciones de Europa occidental la tasa de cesáreas es apreciablemente más baja que en Canadá y los EE.UU.; sin embargo, el aumento es igualmente intenso. La Conferencia de la Asociación Europea de Obstetras y Ginecólogos (Nimega, 1988) reconoció que las tasas son excesivas y recomendó esforzarse en su disminución. En algunos países, como Brasil o México, la tasa de cesáreas llega a alcanzar más del 60% de todos los partos⁵. En España, el número de partos ha ido descendiendo desde 1975 hasta la actualidad y la operación de cesárea ha aumentado sin

Tabla 2 Porcentaje de cesáreas practicadas en 1997

Área sanitaria	%
Canarias	15,7
Cataluña	22,7
Galicia	20,4
Insalud	17,6
Valencia	18,8
Andalucía	20,9

interrupción y, según datos oficiales del INE, la incidencia de la misma en 1995 oscila en la medicina pública entre el 12 y el 16%. El aumento tiene dos modelos matemáticos distintos: hasta y a partir de 1985, fecha en que el aumento parece más acelerado⁶. En la tabla 2 se especifican las cifras suministradas por los servicios sanitarios de las diferentes autonomías españolas en referencia al porcentaje de cesáreas practicadas en 1997 en todos los hospitales.

Encuestas de la OCU, recientes y de menor extensión (2.000 mujeres), ofrecen porcentajes del 22,9% con diferencia entre la asistencia privada (30,6%) y la pública (21,2%). El aumento del parto por vía abdominal es más exagerado fuera de la medicina pública. En la Comunidad Autónoma de Madrid, el 27,7% de los partos asistidos durante 1997 en clínicas privadas se resolvió mediante cesárea, frente al 17,43% en los centros públicos (*El País* 26-9-1999). En el Hospital Materno Infantil Virgen de las Nieves de Granada el ascenso desde 1978, cuya tasa era del 5,85%, llegó en 1997 al 15,91%, con un ligero descenso en 1998 (14,92%).

El ascenso creciente de la tasa de cesáreas vino acompañado inicialmente de una reducción absoluta de la mortalidad perinatal independientemente de la indicación que las provocaba. A esta reducción posiblemente no era ajena una concomitante mejoría demográfica y de los métodos asistenciales neonatales (mayor supervivencia de prematuros). O'Driscoll y Foley⁷ estudiaron la correlación de las disminuciones de la mortalidad perinatal y el incremento de la tasa de cesáreas comparando lo que sucedía en la National Maternity de Dublín con lo que se registraba en los Estados Unidos. Estos autores referían que mientras en Dublín la tasa de cesáreas permanecía inalterada, la mortalidad perinatal descendió del 42,1 al 16,8 por 1.000 neonatos, en tanto que en los Estados Unidos la mortalidad perinatal permaneció

inalterada a pesar del ascenso de la tasa de cesáreas. La disminución de la tasa de cesáreas en Dublín estuvo motivada por la reducción de las indicaciones de distocia, cesárea electiva y parto de nalgas, que no se aceptaron como tal distocia en tanto no se sometían a partos de prueba con oxitocina.

Las cifras son suficientemente expresivas aunque su utilización en interpretaciones epidemiológicas es comprometida³. Los desiguales niveles de formación y dotación existentes en diferentes ámbitos dificultan la homogeneización de los datos: no tiene el mismo valor la indicación de estrés fetal cuando existen profundos conocimientos en la interpretación de un registro perinatal que cuando éstos son superficiales. Otra de las situaciones más controvertidas es el parto de nalgas, que en algunos centros está sujeto a protocolos automáticos que conducen a la cesárea, aunque esta práctica no mejore los resultados perinatales.

Las gestaciones múltiples proporcionan, asimismo, un número elevado de cesáreas por una protocolización exclusivamente de fundamento teórico.

La cesárea anterior es otro factor que tiene un tratamiento diferente en los distintos centros, en muchos de los cuales nunca se intenta el parto vaginal, lo que sesga bastante la interpretación epidemiológica de las cifras de cesárea. Igualmente, frente a la rotura prematura de membranas hay conductas muy diferentes con repercusión desigual sobre la práctica de la cesárea. Cosa parecida sucede con los protocolos utilizados para el tratamiento de la diabetes.

Incluso ante situaciones de interpretación más universal, como el sufrimiento fetal intraparto cuya mejor terapéutica es la extracción del feto por la vía más adecuada y de la manera más rápida, existe un porcentaje elevado de casos (más del 70%) en los que la terapéutica con betamiméticos permite evitar la cesárea y conseguir un parto vaginal si se puede controlar la condición fetal mediante el diagnóstico bioquímico. No todos los centros están capacitados para un estudio del equilibrio ácido-base y, por tanto, el número de cesáreas estará condicionado por este perfeccionamiento tecnológico.

Hay que añadir a este cuadro de variables epidemiológicas que influyen en la decisión de una cesárea la técnica utilizada para la práctica de las inducciones, que puede diferir en la maduración o no del cérvix con prostaglandinas o en la utilización de bombas de infusión para el aporte de la oxitocina.

Está claro que aun con una misma actitud frente

50 a la práctica de la cesárea, la diferente formación, la rigidez de los protocolos o la misma dotación de instrumental pueden proporcionar cifras discrepantes en cuanto a la frecuencia de cesárea, lo que limita el valor en la cuantificación epidemiológica.

En 1981, en los EE.UU. el Instituto Nacional de la Salud convocó una Comisión de Expertos para analizar el incremento de cesáreas estableciendo una serie de recomendaciones para frenar un ascenso que se consideraba injustificado (NIH Consensus). El descenso esperado no se ha producido.

VENTAJAS E INCONVENIENTES DE LA CESÁREA

Aparte de su influencia sobre la mortalidad perinatal ya comentada, a la abundancia de cesáreas se ha atribuido una mejora en la capacidad mental (escolar)⁸, aunque resultados equiparables se obtienen con tasas significativamente más bajas⁹. En general, las tasas altas no se acompañan de una mejoría de los resultados obstétricos y perinatales, que incluso podrían ser peores¹⁰. Se ha señalado una frecuencia mayor de índices bajos de Apgar en las cesáreas¹¹.

Los inconvenientes más señalados son que tiene una tasa de mortalidad materna entre 2 y 4 veces mayor que el parto vaginal y también una morbilidad 5-10 veces más alta.

La cesárea, a pesar de su alta seguridad, no está exenta de complicaciones, algunas impuestas por la propia indicación de cesárea (situaciones maternas de extrema urgencia), aunque otras derivan de la técnica en sí. Las infecciones son más frecuentes que en el parto vaginal, y en ocasiones fuerzan a terapéuticas muy agresivas (histerectomía). La necesidad de transfusión, con sus particulares complicaciones, se requiere del 1 al 6% de las ocasiones. Hay posibilidad de daño en órganos vecinos y, en ocasiones, se presentan cuadros de íleo paralítico que son muy raros en el parto vaginal. El hecho de requerir anestesia constituye otra fuente de eventuales complicaciones. El postoperatorio es mucho más molesto y prolongado, con alto riesgo de tener que abandonar la lactancia materna. Su coste es también superior al del parto vaginal: una cesárea sin complicaciones puede llegar a representar más del doble de los gastos de éste. Un descenso en la tasa de cesáreas del 1% de los partos en España llegaría a producir un ahorro de 900 millones de pesetas³.

Los niños sufren, igualmente, un ascenso de la prematuridad iatrogénica y de distrés respiratorio. Sin embargo, el principal reparo, aparte de apreciarse innecesaria, es la repercusión desfavorable para la salud mental de la mujer, su autoestima y valoración como madre y el entorpecimiento de las relaciones madre-hijo¹², aunque esta apreciación del impacto psicosocial de la cesárea es difícil de sostener ya que hay trabajos que presentan la aceptación por parte de las mujeres de la cesárea como una intervención salvadora del niño, y éstas no sufren afectación psicológica¹³. La cesárea ocupa actualmente una significación dudosa, no sólo en la mente de las embarazadas, futuras madres, sino también entre las matronas y enfermeras que están en conexión con las parturientas. Su definición psicológica depende de muchos factores. Como todo procedimiento nuevo que se difunde tiene una fase casi de demanda a la que suele seguir una fase de crítica que puede llegar, finalmente, al rechazo. Por eso, en cada caso es importante tener en cuenta la posición de la comunidad y de las propias mujeres ante la cesárea¹⁴.

INDICACIONES ACTUALES DE LA CESÁREA Y CAUSAS DEL INCREMENTO

Aparte de las consideraciones generales que se han expuesto anteriormente, como favorecedoras del aumento en la tasa de cesáreas, cualquier intento correctivo debe proponerse identificar las causas concretas y modificarlas en lo posible.

La mayoría de los estudios clásicos hechos con esa intención han resumido las indicaciones para la realización de la cesárea en cuatro grupos:

1. Distocia: 30%.
2. Cesárea anterior: 25-30%.
3. Presentación de nalgas: 10-15%.
4. Riesgo fetal aumentado: 10-15%.

Cada uno de esos 4 grupos contribuye al aumento de cesáreas en proporción diferente que, promediando diversos estudios, puede expresarse en los reseñados porcentajes. Pero mientras los grupos 2 y 3 tienen unas características muy definidas, el 1 y el 4 contienen indicaciones de carácter más ambiguo. Dentro del término distocia se incluyen dos conceptos: uno muy evidente relativo a problemas de ta-

maño pélvicos y fetal y de situación o posición fetal, y otro más difuso que incluye anomalías funcionales del parto con un feto normal en posición cefálica flexionada. Es este segundo grupo el que contribuye con mayor amplitud al aumento de cesáreas. En general, la cesárea en este grupo no representó ventajas con la mortalidad perinatal cuando se comparó con el parto vaginal.

Otras clasificaciones de las indicaciones de cesáreas menos generales pueden aportar claridad, ya que su detalle tiene en cuenta la mayor viabilidad existente en la medicina actual y se clasifican, en absolutas y relativas.

Existen indicaciones absolutas de cesáreas que no plantean problemas en la toma de decisiones por la evidencia de su necesidad, y otras, de justificación más discutible, que hoy son las que proporcionan buena parte de la alta incidencia de cesáreas.

Entre las indicaciones absolutas se encuentran:

- La desproporción pelvifetal, constatable antes incluso del trabajo de parto. Las situaciones y posiciones anormales sin posibilidad de cambio o los tumores previos.
- La placenta previa central, marginal o parcial en función de la hemorragia.
- El sufrimiento fetal agudo.
- La enfermedad materna, que contraindica el parto vaginal.

Las indicaciones relativas o discutibles pueden ordenarse según el grado de evitabilidad con que pueden enfrentarse. De forma que existe un grupo de evitabilidad problemática que está constituido por las siguientes indicaciones;

- Desproporción pelvifetal relativa, o presentación fetal desfavorable, cuyo paradigma es el parto de nalgas.
- Cesárea anterior.
- Fiebre intraparto.
- Gestaciones con esterilidad previa o conseguidas mediante técnicas de reproducción asistida.

Existe otra serie de indicaciones más fácilmente evitables cuya motivación tiende a ser la decisión profiláctica, preventiva, en detrimento de la asentada sobre una prueba de parto discriminatoria¹⁰. La mayoría son consecuencia de la propia tecnología y de actitudes sociales. Entre ellas se encuentran:

- Riesgo fetal aumentado (prematuridad de menos de 34 semanas, crecimiento intrauterino retardado, sufrimiento fetal según los indicadores de la monitorización electrónica-falsos positivos).
- Distocia no comprobada o iatrogénica (inducciones, anestesia epidural).
- Factores adversos interdependientes: edad elevada, estatura baja, macrosomía fetal, parto lento o prolongado.
- Factores paramédicos maternos:
 - Intolerancia al dolor.
 - Programación del parto.
 - Temor a un mínimo hándicap o discapacidad de causa obstétrica.
- Factores paramédicos de los profesionales:
 - Dualidad de la asistencia privada/pública con conflicto de horarios a compaginar. Atención a la exigencia legítima de mujeres que valoran la privacidad y la comodidad de la asistencia privada frente a la masificación de la pública.
 - Condicionamiento ante el temor a ausentarse del trabajo en horario regular que fuerza a iniciar estimulaciones o inducciones en circunstancias y tiempo no pertinentes, con necesidad de terminar el parto –por la vía que sea– ante la llegada de la noche o del fin de semana.
 - Temor a demandas por mala práctica que inducen a una “medicina defensiva” en evitación de responsabilidades. Lamentablemente, las demandas no han disminuido a pesar del aumento de cesáreas, tal vez porque prima la idea equivocada de que la cesárea tiene más dificultades de ejecución para el obstetra que la asistencia permanente a un parto vaginal. De todas formas, Goyert no encontró que hicieran más cesáreas los obstetras que habían tenido más problemas legales¹⁵.
- Factores académicos. Una revisión de Fraser acerca de los aspectos psicosociales de la asistencia obstétrica reveló que para algunos obstetras el parto tiende a ser percibido no como un proceso fisiológico natural, sino como una enfermedad que exige intervención medicoquirúrgica¹⁶, y esto es debido a:

- La extrapolación de los resultados de una pequeña porción de la población gestante, con problemas patológicos, a todas las embarazadas. Existe tendencia a ampliar las indicaciones de operaciones que salvan la vida de la mujer o el niño, en algunos casos, a todas las embarazadas.
 - La enseñanza y entrenamiento de médicos y obstetras que, al estar basada en la patología tiende a apreciar a los individuos como pacientes, incluyendo a las embarazadas. Las circunstancias de la enseñanza de la medicina pregrado con omisión de la problemática real en la época del aprendizaje, junto al entrenamiento de los obstetras, basado en la residencia hospitalaria y en la resolución de problemas, tiende a condicionarlos como intervencionistas en un ambiente donde el parto vaginal instrumental ha disminuido a favor de la cesárea. Es muy característico también a este respecto que el aprendizaje de las maniobras de ayuda manual por parte de los residentes en formación es cada vez más débil a causa del descenso del parto vaginal en podálica. Spellacy¹⁷, en un artículo de debate, calcula que un residente puede enfrentarse durante su aprendizaje a unos 20 partos vaginales de nalgas, frente a más de 200 cesáreas, por lo que esta experiencia marcará en el futuro su decisión en cuanto al método de asistencia al parto en presentación podálica.
- Factores socioeconómicos. Beneficios económicos, desprendidos de la intervención en el parto, tanto en la medicina privada como en la pública (mayor necesidad de personal especializado, más guardias hospitalarias, etc.). Esto último constituye un círculo vicioso porque cuando las instituciones sanitarias no tienen condiciones ideales, la falta de personal en horas o días clave favorece la indicación de la intervención antes de la noche o del fin de semana.

A todo lo expuesto hay que añadir que el análisis de las diferentes indicaciones mediante técnicas estadísticas adecuadas ha demostrado que el incremento de cesáreas no procede de la distinta frecuencia de indicaciones específicas sino de una tendencia o actitud general básica a recurrir enseguida a la intervención. Las diferencias entre distintos ser-

vicios no radican en la existencia de patología distinta sino en la prevalencia de actitudes restrictivas. El factor esencial es el obstetra mismo o el servicio obstétrico en su conjunto. Un estudio de Goyert de 1989¹⁵, en un área homogénea de Detroit con mujeres de buena posición, demostró que la actitud de los once obstetras que las atendían era tan diversa que hubo médicos que realizaban el doble de cesáreas que otros y el análisis estadístico no encontró ninguna motivación diferente, aparte de la identidad del médico, con unos resultados neonatales semejantes. Se trata pues de “un estilo individual de práctica”. Otro estudio similar de Berkowitz et al¹⁸ constató que realizan menos cesáreas los obstetras más viejos y más experimentados. En los EE.UU., según Gould et al¹⁹, se hacen más cesáreas a mujeres con más alto nivel de renta.

La razón última para el incremento de cesáreas es la rapidez y comodidad en comparación con el parto espontáneo, la seguridad que ofrece, en general, de evitarle daños al niño frente a lo impredecible de cualquier tipo vaginal. Influye mucho también el concepto que de la propia intervención tiene la mujer y el personal hospitalario, así como la inclinación a admitir que la técnica supera a la naturaleza.

Ante la evidencia de que el número de cesáreas que se practica en la actualidad es excesivo, las autoridades sanitarias de los EE.UU., Inglaterra y otros países se están planteando estrategias para intentar su disminución o, cuando menos, su estancamiento.

En 1980, un Grupo de Estudio Perinatólogico del programa de evaluación de los servicios perinatales institucionales de la Oficina Regional para Europa de la OMS, estableció algunos principios generales para dicha evaluación, que todavía siguen teniendo vigencia y resultan útiles para la cuestión que nos ocupa:

1. Ningún servicio, por acreditado que esté, sea cual sea su historia, es sagrado e intocable.
2. Todo procedimiento asistencial debe someterse permanentemente a pruebas clínicas controladas.
3. Deben tenerse siempre en cuenta las consecuencias psicológicas y sociales de cualquier procedimiento.
4. Toda innovación tecnológica debe ser escrutada igual que se hace con un nuevo fármaco, mediante ensayos aleatorios cruzados.

5. El criterio esencial, aplicable a cualquier caso, es no producir un daño equivalente o mayor del que se quiere evitar.

En virtud de estos principios, puede afirmarse que muchas rutinas asistenciales y muchos procedimientos técnicos no están justificados. Las modernas tecnologías, en general, no deben rechazarse pero deben subordinarse a la concepción de que el parto es un proceso natural, que en la mayor parte de los casos cursa espontánea y normalmente, sobre todo si se dan las condiciones sociohigiénicas adecuadas.

La primera premisa para una corrección del aumento de cesáreas injustificado es el conocimiento de lo que sucede en la realidad, para lo cual es necesario la recopilación de datos al respecto y con posibilidad de ser revisados. Estos datos no deben ser exclusivamente clínicos sino que han de acompañarse del estudio de circunstancias colaterales, como el pago a los médicos, política que debe ser revisada. Igualmente, sería útil cambiar la cultura de la mala práctica, especialmente en los ambientes judiciales y legales, haciendo un esfuerzo adicional con el cuerpo de forenses dada su responsabilidad en gran cantidad de informes judiciales. Corresponde a las instituciones públicas y privadas el esfuerzo de comunicación y el debate sobre las distintas causas y sobre los factores influyentes.

Desde un punto de vista más específicamente clínico, una vez aceptado que el número de cesáreas es elevado, y que algunas de ellas, por lo menos, será innecesaria, deberían establecerse los medios oportunos para procurar su disminución o, al menos, su estancamiento en las cifras actuales. Herruzo et al, en 1997²⁰, presentaron al XVI Congreso de Medicina Perinatal las siguientes conductas para este fin:

- Conducta activa en el parto.
- Prueba de parto.
- Revisión de las indicaciones de cesáreas por expertos.
- Implicación del personal sanitario en el desarrollo de los partos.
- Educación específica sobre el problema, de las pacientes y familiares y del personal sanitario.
- Corrección de los factores externos (judicialización de la medicina e influencia de los medios de difusión).

Estos autores señalan que la indicación de cesárea es un acto subjetivo del médico que es influenciable

en cierta medida por diversos procedimientos, entre los cuales son relevantes aquellos que le hagan obtener conciencia de la importancia sanitaria y económica del problema y que, una vez alcanzado este punto, se precisa del conocimiento y de la habilidad de modificar conductas establecidas y ensayar conductas activas en los casos de distocia mediante un parto de prueba correctamente monitorizado.

El condicionamiento por la formación recibida puede representar una resistencia a la modificación de hábitos que se ponen en marcha incluso desde datos anamnésticos, antes de objetivarlos mediante exploración detallada. En los EE.UU. se ha observado un menor número de cesáreas en las unidades atendidas por matronas, motivado fundamentalmente porque a estas unidades solamente se permite la llegada de gestantes que ya han comenzado el parto. En este sentido, la clave de la reducción del elevado número de cesáreas que se produce en algunos medios parece radicar en conseguir que los partos se inicien espontáneamente o de la forma que más se asemeje a ello, y que su conducción sea realizada de forma que su desarrollo sea lo más fisiológico posible. Esto significa que habrían de realizarse muchas más pruebas de parto que hasta ahora, dejando que muchos de ellos, incluidos los de cesáreas anteriores, se desencadenen espontáneamente, que habrían de proseguirse también con una conducta activa.

RECOMENDACIONES SOBRE FACTORES EXTRAMÉDICOS

Aparte de las recomendaciones para la actuación estrictamente médica, que no es competencia de este documento y cuya formalización ya se debate en otros foros, cualquier intento para disminuir el número de cesáreas debe contar con actitudes tendentes a reconducir el orden cultural y social hasta esos objetivos restrictivos y cuyo desarrollo compete a instancias administrativas tales como el Ministerio de Sanidad y Consumo, que deben promover las siguientes iniciativas:

- Información a la mujer sobre la conveniencia de no retrasar la gestación a edades que tengan riesgo para la reproducción en todos sus aspectos²¹.

- 54
- Publicación periódica de datos contrastados con constancia de la salud de los recién nacidos, tanto por cesárea como por vía vaginal.
 - Exigencia de un control de calidad en los hospitales públicos y privados. Investigación de aquellos casos cuya incidencia sea exagerada.
 - Elaboración de programas y protocolos consensuados por obstetras en ejercicio tanto público como privado.
 - Apelar a la ética de los profesionales convirtiéndoles de la autoexigencia, al realizar una cesárea, de un equilibrio entre los riesgos y daños que comporta y los beneficios que procura.
 - Colaboración con la medicina legal y los institutos medicoforenses, proporcionando asesoramiento a los jueces que evite la situación actual de considerar sistemáticamente como mala práctica la omisión de una cesárea ante cualquier resultado adverso e impredecible del parto. La medicina es una disciplina de probabilidades y no de certezas.

REFLEXIÓN SOBRE EL DOCUMENTO DESDE LA PERSPECTIVA ÉTICA

1. La confrontación de los hechos con una escala de valores y su jerarquización en caso de conflicto entre los mismos es, sin duda alguna, uno de los principales objetivos de la bioética clínica. En el momento actual, a escala de población, en muchos países, el nuestro incluido, se cuestiona desde una perspectiva de rigor científico y ético si el indiscutible incremento de cesáreas se acerca al óptimo cociente positivo entre los beneficios y riesgos materno-fetales.
2. La Comisión de Bioética de la SEGO considera que corremos el riesgo de alejarnos excesivamente de este cociente positivo si no contribuimos todos los profesionales en la autoexigencia en la práctica de la especialidad con rigor profesional y excelente conducta de respeto a las gestantes, a pesar de la imperfección de las estructuras sanitarias. Por ello, exhortamos a todos los obstetras a reflexionar sobre algunas ideas que necesitan una atención particular en estos días. Unas hacen referencia a la responsabilidad social de los médicos, otras a la propia praxis obstétrica.
3. Consideramos necesarias e imprescindibles aquellas actuaciones que favorezcan, promuevan y convenzan por su credibilidad los siguientes conceptos fundamentales que, de manera más o menos sutil, se ponen en cuestión: *a)* que el parto es un proceso natural, que, en la mayor parte de los casos, cursa espontánea y normalmente, sobre todo si se dan condiciones sociohigiénicas adecuadas; *b)* que el correcto seguimiento del embarazo y la hospitalización del parto, en una maternidad debidamente acondicionada y con personal especializado en servicio estable, ofrece innegables ventajas para una óptima protección materno-fetal; *c)* que la cesárea en nuestros tiempos, con una indicación correcta, ha sido un factor de primer orden en la protección de la salud materno-fetal, y *d)* que la mentalidad técnica que nos invade tiende a sobrestimar las ventajas de la cesárea frente al parto espontáneo por la rapidez y comodidad e infravalorar los inconvenientes materno-fetales.
4. Creemos que los factores paramédicos son los más importantes en el incremento del número de aquellas cesáreas que aumentarían de manera injustificable el riesgo de invertir negativamente el cociente beneficio/riesgo materno-fetal. Por esta razón debemos hacer lo posible para corregir estos factores, como son: la priorización de beneficios económicos, derivados de la intervención del parto, frente a las exigencias de una buena praxis obstétrica, tanto en la medicina privada como en la pública, y la jerarquización acrítica entre valores de comodidad, tanto del profesional como de la gestante o parturienta frente a los estándares de excelencia profesional.
5. Si no se hace, creemos muy conveniente revisar y evaluar las indicaciones de cesárea. Merecen atención particular las decisiones profilácticas, preventivas, que se toman en detrimento de las asentadas sobre una prueba de parto.
6. Consideramos imprescindible, para acercarnos lo más posible al óptimo del cociente beneficio/riesgos, la implicación del personal sanitario en el desarrollo de los partos, así como la educación específica sobre el problema de las gestantes, los familiares y el personal sanitario.

7. Fomentar desde las instancias colegiales y de la SEGO el diálogo constructivo y mutuamente formativo con la judicatura y la participativa responsabilización de los medios de comunicación social, a los que hay que prestar la atención correcta y justa.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos al Laboratorio Juste S.A.Q.E. su ayuda en la elaboración de este documento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kitzinger S. The experience of childbirth. En: Gollana V, editor. Londres: 1978.
2. Sachs BP, Yeh J, Acker D. Cesarean section-related maternal mortality in Massachusetts. 1954-1985. *Obstet Gynecol* 1988; 71: 385-388.
3. Cabero L. Estrategias para disminuir la tasa de cesáreas. I Congreso virtual Hispanoamericano de Ginecología y Obstetricia, 1999.
4. Eskew PN, Saywell RM, Zollinger TW et al. Trends in the frequency of cesarean delivery. A 21-year experience, 1970-1990. *J Reprod Med* 1994; 39: 808-817.
5. Guzmán Sánchez A, González Moreno J, González Guzmán M et al. How to reduce the number of cesarean section? *Ginecol Obstet Mex* 1997; 65: 273-276.
6. Monleón J, Monleón Sancho J, Mínguez Milo J et al. Estado actual de la cesárea en España. Ponencia XVI Congreso de Medicina Perinatal. Cádiz: Libro de Actas, 1997; 159-162.
7. O'Driscoll K, Foley M. Correlation of decrease in perinatal mortality and increase in cesarean section rates. *Obstet Gynecol* 1983; 61: 1-5.
8. Amiel-Tison C. Cerebral handicap in full-term newborn related to a late pregnancy and/or labor. *Eur J Obstet Gynaec Reprod Biol* 1988; 28: 157-166.
9. Eskes TK. The perinatal risk: an overview. A discussion of the paper by C. Amiel-Tison. *Eur J Obstet Gynaec Reprod Biol* 1988; 28: 163-166.
10. Hickl EJ. Rising rates of cesarean sections: maternal and perinatal disadvantages. En: Ludwing H, Thomsen K, editores. *Gynecology and Obstetrics (Proc XI World Congress)*. Berlín: Springer, 1985; 299-305.
11. Burt RD, Vaughan TL, Daling JR. Evaluating the risks of cesarean sections. Low Apgar score in repeated cesarean section and vaginal deliveries. *Am J Publ Health* 1988; 17: 1312-1314.
12. Garel M, Lelong N, Kaminski M. Psychological consequences of cesarean childbirth in primiparas. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1987; 6: 197-209.
13. Sargent C, Stark N. Surgical birth: interpretation of cesarean delivery among private hospital patients and nursing staff. *Soc Sci Med* 1987; 25: 1269-1276.
14. Salvatierra V. La Obstetricia en 1990. En: La dirección médica del parto. Granada: Ed Herruzo y Miranda, Proyecto Sur, 1991; 9-20.
15. Goyert GL, Bottoms SF, Treadwell MC et al. The physician factor in cesarean birth rates. *New England J Med* 1989; 320: 706-709.
16. Fraser CM. Selected perinatal procedures. Scientific base for use and psychosocial effects. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1983; (Supl): 117.
17. Spellacy WN. Counterpoint. I A viable fetus presenting as a breech in labor needs a cesarean delivery. *Obstet Gynecol Surv* 1995; 50: 761.
18. Berkowitz GS, Fiarman GS, Mojica MA et al. Effect characteristics on the cesarean birth rate. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 161: 146-149.
19. Gould JB, Davey B, Stafford RS. Socioeconomic differences in rates of cesarean section. *N Engl J Med* 1989; 321: 233-239.
20. Herruzo AJ, Miranda JA, Puertas A. Propuestas para reducir el elevado número de cesáreas. Ponencia obstétrica en el XVI Congreso de Medicina Perinatal. Cádiz, 1997.
21. Lansac J. Delayed parenting. Is delayed childbearing a good thing? *Hum reprod* 1995; 10: 1033-1036.