

Durante estos últimos meses se han publicado en revistas científicas de nuestro país diversos trabajos relativos al estado de la obstetricia actual, sumamente sugerentes a poco que se disponga de un buen recuerdo histórico de décadas precedentes y que se pongan en marcha los adecuados mecanismos de comparación y reflexión. Sobre todo de reflexión.

El primero de dichos trabajos a los que hacemos referencia ha sido elaborado por la Comisión de Bioética de la SEGO (Vergara F et al. Consideraciones éticas sobre la cesárea. Comisión de bioética de la SEGO. Prog Obstet Ginecol 2001; 44: 46-55) y se centra en el análisis y definición de una serie de «consideraciones éticas sobre la cesárea». Sólo elogios puede merecer dicha publicación por su contenido y por su propósito, ya explicitado al inicio con estas palabras: «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.»

Desde esta página Editorial queremos aceptar ese ofrecimiento y exponer nuestra opinión al respecto, fundamentada en datos absolutamente objetivos.

Con el fin de proceder a la propia reflexión sobre este problema –y aceptando como válidas todas y cada una de las razones expuestas en el mencionado trabajo para explicar el incremento de la tasa de cesáreas– hemos procedido a comparar los datos de otro trabajo recientemente publicado (González González NL. Base de datos perinatales nacionales de 1998. Prog Obstet Ginecol 2001; 44: 4-7) con los datos del año 1981 del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Sant Pau, cuna de la perinatología en España.

A continuación insertamos una tabla comparativa, que, en nuestra opinión, permite obtener algunas deducciones de interés para el análisis del problema que nos ocupa.

	BASE DE DATOS PERINATALES (1988)	DATOS DEL HOSPITAL DE SANT PAU (1981)
Cesáreas	18,57%	4,1%
C. electivas	26,17%	32,0%
C. por síndrome fetal	29,33%	18,4%
C. por partos sin evolución	50,10%	25,5%
Mortalidad perinatal	12,15%	11,2%

Resulta sorprendente que, con un incremento de casi el 14% en la tasa de cesárea, la mortalidad perinatal se haya incrementado ligeramente. También se debe destacar el notable incremento de sufrimiento fetal intraparto, que ha pasado del 18,4% al 29,33%; y de trascendental importancia resulta, a la hora de obtener alguna conclusión, el hecho de que se haya duplicado el número de cesáreas intraparto a causa de la falta de evolución de este.

Todo ello permite sugerir, conscientes de la evidente limitación de este análisis, que el gran problema se halla en la antes llamada «dirección médica del parto», a la que algunos ahora denominan «conducta activa en el parto», con el mejor estilo anglosajón.

Quizás en el cambio semántico también se pueda encontrar alguna clave que explique la situación actual.

Conducta activa en el parto es proceder a la amniorexis artificial, instaurar una perfusión de oxitocina y proceder a la anestesia epidural en cuanto ello sea posible.

Por su parte, la dirección médica del parto –según su definición clásica– es «la interferencia en su curso con el fin de conducirlo por los cauces de la máxima normalidad, entendiendo por tal la duración óptima, el mínimo dolor y la ausencia de perjuicio para la madre y para el hijo». Medios para ello no faltan.

Conscientes de la limitación de una página Editorial, no hemos querido dejar pasar la oportunidad que brinda la Comisión de Bioética de nuestra Sociedad para aportar esta breve reflexión, con la esperanza de que contribuya en alguna medida a la reflexión de los demás.

