

Cesárea ¿Alternativa al parto vaginal? Consideraciones éticas

[Cómo citar este artículo: Gangotena–Valdez, N., Simancas-Racines, D., Pérez-Tasigchana, F. Cesárea ¿Alternativa al parto vaginal? Consideraciones éticas. *Práctica Familiar Rural*. 2019 noviembre; 4(3).]

Natalia Gangotena–Valdez[a]; Daniel Simancas-Racines[a]; Francisco Pérez-Tasigchana[a]

a. 1 Centro de Investigación en Salud Pública y Epidemiología Clínica (CISPEC). Facultad de Ciencias de la Salud "Eugenio Espejo". Universidad UTE. Quito, Ecuador. DOI: <https://doi.org/10.23936/pfr.v4i3.119>

Recibido: 04/09/2019 Aprobado: 25/11/2019

Resumen

En los últimos años los nacimientos por cesárea se han incrementado de manera global, incluso en ausencia de indicaciones terapéuticas claras. Este aumento se debe a un sin número de circunstancias entre las que se destacan el mayor acceso a intervenciones en salud, el nivel de educación o cultural de las madres y mayores réditos económicos al personal sanitario. El profesional de la salud que decide realizar una intervención por petición de la paciente se debe enfrentar a varias consideraciones éticas y de juicio clínico, social y económico.

Palabras Claves: cesárea, parto vaginal, autonomía, no maleficencia

Cesarean section Alternative to vaginal delivery? Ethical considerations

Abstract

In recent years, cesarean births have increased globally, even in the absence of clear therapeutic indications. This increase is due to a number of circumstances, among which are the greater access to health interventions, the level of education or culture of mothers and greater economic returns to health workers. The health professional who decides to perform an intervention at the request of the patient must face several ethical considerations and clinical, social and economic judgment.

Keywords: caesarean section, vaginal delivery, autonomy, non-maleficence

Introducción

La superficie anterior del útero se abre longitudinalmente por su línea media. Esto se realiza mejor haciendo una incisión de unos pocos centímetros con el bisturí, y entonces rápidamente ensancharla con las tijeras hasta 16 o 18 centímetros. Se rompen las membranas, el niño es levantado por un pie y extraído rápidamente.

—J. Whitridge Williams (1903)

Williamns define el parto por cesárea como “...el nacimiento de un feto vía de la laparotomía y después la histerotomía. Esta definición no se aplica a la extracción del feto de la cavidad abdominal en el caso de ruptura uterina o con embarazo abdominal” (1). En los últimos años la incidencia de partos por cesárea ha aumentado en parte por la indicación en el manejo de la patología obstétrica y fetal e incluso se ha aceptado la realización de la cesárea a solicitud de la paciente (CSP) (2). Desde hace varios años la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera aceptable una tasa de cesáreas entre el 10% y el 15% pues no existe evidencia sólida que indique que el mayor número de cesáreas se relaciona con mejores indicadores de salud materno infantil(3); además, como todo procedimiento quirúrgico conlleva riesgos derivados del mismo, que incluso en situaciones extremas pueden conducir a discapacidad y muerte, sobre todo en los entornos que carecen de condiciones seguras para realizar este procedimiento. De hecho, se lo ha relacionado con un aumento de la morbimortalidad materna y neonatal (4,5).

Sin embargo, el número de cesáreas se ha incrementado de manera exponencial tanto en países de ingresos altos como de ingresos medios (6). A nivel mundial, la cantidad de bebés nacidos por cesárea casi se duplicó entre 2000 y 2015, del 12% al 21% de todos los nacimientos. (3,7,8)

Cesáreas en diferentes países

Por ejemplo, en China al menos el 50% de los partos en la última década fueron por cesárea (9), mientras que en nuestro país al menos el 35% de partos fueron realizados por cesárea en 2014 según datos Ministerio de Salud Pública y del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC)(10). El número de cesáreas en el Ecuador entre los años 2001 y 2013 aumentaron en un 50%, existiendo diferencias considerables entre el número de cesáreas realizadas según la ubicación geográfica, localización urbana o rural y por el tipo de proveedor de salud sea este público o privado. Teniendo como resultado mayor número de cesáreas realizadas en la región costa, en áreas urbanas y en el sector privado (11).

Cesáreas en Ecuador

Estudios recientes realizados en Ecuador también muestran que la región donde más se realiza cesáreas es la región costa existiendo ciudades que alcanzan tasas de cercanas al 60% de cesáreas. Además, muestran que en nuestro país existe un número mayor de cesáreas al recomendado por la OMS (5), el sector público mantiene una tasa del 30% de cesáreas mientras que en el sector privado este número se eleva hasta sobrepasar el 60% de los nacimientos por vía quirúrgica, donde, apenas el 30% tiene indicación obstétrica para la realización del procedimiento. Concomitante, el nivel de instrucción de las pacientes también fue un predictor del riesgo para parto por cesárea teniendo mayor riesgo de cesárea las mujeres que cuentan con estudios superiores o de posgrado, por tanto existe un gradiente social importante.(12)

Aspectos bioéticos

Para abordar este problema es necesario tener en cuenta a los diferentes involucrados en esta dinámica como son las preferencias y convicciones de las mujeres, las convicciones y ética del profesional de la salud que atiende a estas mujeres, el acceso al sistema sanitario y otros determinantes culturales y económicos (13).

Sabiendo de ante mano que este procedimiento se debe realizar como último recurso y que eventualmente tendrá mayor coste, tiempo de recuperación y posibles complicaciones no queda claro el motivo por el cual existe la preferencia por la cesárea versus parto vaginal, en algunos casos se ha reportado que la motivación podría estar mediada por la confianza en los sistemas de salud privados que como se ha descrito es donde existe el mayor número de cesáreas, con el innegable rédito económico que conlleva este procedimiento(14). Existe en la literatura ciertos estudios que han sido capaces de medir como el personal sanitario puede ejercer un tipo de coerción médica sutil a mujeres en trabajo de parto para las realización de CSP; se ha recogido también evidencia donde las mujeres refieren haberse sentido presionadas por el proveedor de salud para que se realice un parto por cesarea(15). Esta coerción puede darse durante el trabajo de parto donde las mujeres pueden ser especialmente vulnerables a tales influencias, con argumentos que van desde el posible daño genital y sus complicaciones (desgarros perineales), dolor, tiempo prolongado del trabajo de parto, entre otros (16,17).

Por tanto, acontece un problema ético que atañe a los profesionales involucrados, quienes pueden aconsejar a las mujeres por uno u otro procedimiento sopesando algunas variables que podrían definir la idoneidad del acto quirúrgico, como son paridad, expectativas de mayor descendencia y la opción de utilizar procedimientos para disminuir dolor durante el trabajo de parto y sobre todo la información a las pacientes sobre los beneficios, riesgos y situaciones especiales del parto y cesárea. Por otro lado, la CSP que claramente es la realización de una cesárea sin tener indicación obstétrica de la misma, ha aumentado de manera importante y esta decisión puede estar mediada por diversas razones algunas de ellas con base en conocimientos erróneos sobre los riesgos o ventajas de uno u otro procedimiento que pueden producir temor y ansiedad en el momento del trabajo de parto. Estas decisiones también pueden ser empujadas por experiencias personales o familiares de violencia obstétrica propiciada por el personal sanitario. Por tanto, es responsabilidad del mismo personal educar a los pacientes sobre las diferentes alternativas y procedimientos sustentados en la práctica de medicina basada en la evidencia científica que tiene en cuenta no solo el accionar médico, sino, también las preferencias de los pacientes que deben ser reconocidas y consideradas cuidadosamente en la planificación de la atención y realización de un procedimiento quirúrgico (16).

Los proveedores de salud podrían mejorar su objetividad en el momento de ofertar este procedimiento evitando sesgos tanto del contexto clínico, social o administrativo en el que se encuentre, mediante la individualización de la atención, con el objetivo que su accionar sea en lo posible una decisión racional apegada a los preceptos bioéticos de no maleficencia y no solo al pedido de las mujeres en momentos de angustia y /o temor, teniendo en cuenta otro aspecto bioético fundamental como es la autonomía de la paciente. De esta manera se busca siempre un equilibrio entre los riesgos a corto y largo plazo de este procedimiento y el bienestar materno -neonatal.(18) En este contexto la realización o no de la cesárea por parte del profesional de la salud o la sugerencia de la misma sin tener indicación obstétrica definida son conductas que pueden ser abordadas desde la perspectiva de la bioética, pues nos planteamos al menos dos interrogantes ¿es correcto de parte del profesional acceder a realizar una CSP sin indicación obstétrica definida? O, también ¿es correcto acceder a realizar una CSP con el fin preventivo y de disminución de riesgo? Dentro de las ventajas al aceptar realizar la cesárea se encuentra el respeto al principio de autonomía considerado probablemente el más importante de los principios deontológicos, pues la paciente tiene el derecho de decidir sobre los aspectos y el tipo de tratamiento que desea realizarse. La autonomía se define como la capacidad de tomar decisiones con

respecto a su salud, de forma libre sin interferencia y coerción, por tanto, es necesario precautelar las condiciones para el ejercicio de este principio que se convierte en un derecho fundamental. Este principio exige respeto por parte del personal sanitario desde el punto de vista clínico e incluso legal. Como contraparte se encuentran los principios de no maleficencia y beneficencia, que se entienden como no producir intencionalmente daño y procurar el máximo beneficio posible (19). No existe un ente regulador o norma para saber cuál de los principios debe regir el accionar de los profesionales sanitarios. Sin embargo, el profesional tiene la obligación de ofrecer la mejor terapia posible sin provocar daño, en este caso, evitar una cirugía probablemente innecesaria y con una eventual carga de complicaciones mediada por aspectos económicos y sociales; es decir, los profesionales de la salud deberían aunar esfuerzos para proveer la atención y conducción de un parto vaginal con todos los medios disponibles asegurando el manejo adecuado del dolor, ansiedad y otros condicionantes que inclinen el desenlace de una manera ética, socialmente aceptada y culturalmente respetada. Sin olvidar que una parte importante de los partos por cesáreas son llevados a cabo en el sector público con el consiguiente aumento de los costos, y que la tasa elevada de cesáreas innecesarias puede afectar los recursos de otros servicios en sistemas de salud sobrecargados y frágiles.

Conclusiones

Finalmente, en la decisión de realizar o no una CSP siempre hay que priorizar el criterio clínico, buscando el mejor resultado para la mujer y el niño, sin dejar de lado la autonomía de la mujer y sobre todo evitar ejercer algún tipo de coerción que pudiera estar mediada por intereses económicos, sociales y bioéticos. Existen estrategias enfocadas a la educación del personal sanitario y la madre que podrían disminuir el número de cesáreas innecesarias y de esta manera disminuir el gasto sanitario y las complicaciones derivadas de las mismas.

Referencias bibliográficas

1. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, et al. Capítulo 30: Parto por cesárea e histerectomía periparto. In: Obstetricia de Williams. 25th ed. McGraw Hill Brasil; 2016.
2. Schnapp C, Sepúlveda E, Robert JA. Operación cesárea. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2014;25(6):987–92. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0716-8640\(14\)70648-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70648-0)
3. Wells JC, Wibaek R, Poullas M. Global epidemiology of use of and disparities

- in caesarean sections. Vol. 394, Lancet (London, England). England; 2019. p. 24–5.
4. Villar J, Valladares E, Wojdyla D, Zavaleta N, Carroli G, Velazco A, et al. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. Lancet (London, England) [Internet]. 2006 Jun 3;367(9525):1819–29. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16753484>
 5. Konechne T. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Perform Res. 2001;6(1):90–3.
 6. Vogel JP, Betrán AP, Vindevoghel N, Souza JP, Torloni MR, Zhang J, et al. Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicountry surveys. Lancet Glob Heal [Internet]. 2015/04/09. 2015 May;3(5):e260–70. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25866355>
 7. Sandall J, Tribe RM, Avery L, Mola G, Visser GH, Homer CS, et al. Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. Lancet (London, England). 2018 Oct;392(10155):1349–57.
 8. Betran AP, Temmerman M, Kingdon C, Mohiddin A, Opiyo N, Torloni MR, et al. Interventions to reduce unnecessary caesarean sections in healthy women and babies. Lancet (London, England). 2018 Oct;392(10155):1358–68.
 9. Hellerstein S, Feldman S, Duan T. China's 50% caesarean delivery rate: is it too high? BJOG [Internet]. 2014/08/20. 2015 Jan;122(2):160–4. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25138909>
 10. Ministerio de Salud Pública. Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Parto normal versus cesárea electiva. Boletín ETES Ecuador. 2014.
 11. Ortiz-Prado E, Acosta Castillo T, Olmedo-López M, Armijos L, Ramírez D, Iturralde AL. Cesarean section rates in Ecuador: a 13-year comparative analysis between public and private health systems. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2017 Feb 8;41:e15–e15. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31391814>
 12. Jahnke JR, Houck KM, Bentley ME, Thompson AL. Rising rates of cesarean delivery in Ecuador: Socioeconomic and institutional determinants over two decades. Birth [Internet]. 2019/02/13. 2019 Jun;46(2):335–43. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30761590>
 13. Sañudo Velázquez ME, Vázquez Parra JC. Aproximación ética y racional de la operación cesárea. Real y Reflexión. 2017;44:82.
 14. Albor Urzola MA, Gaviria Higueta, Lina Marcela Marín Machado MC. EFECTOS DEL ALTO USO DE LA CESÁREA EN EL BINOMIO MADRE - HIJO. ARTICULO DE REVISIÓN. J Chem Inf Model. 2013;53(9):1689–99.
 15. Jou J, Kozhimannil KB, Johnson PJ, Sakala C. Patient-Perceived Pressure from Clinicians for Labor Induction and Cesarean Delivery: A Population-Based Survey of U.S. Women. Health Serv Res [Internet]. 2014/09/23. 2015 Aug;50(4):961–81. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25250981>
 16. Ralston SJ, Farrell RM. The Ethics of Access: Who Is Offered a Cesarean Delivery, and Why? Hastings Cent Rep. 2015;45(6):15–9.
 17. Martínez-Salazar GJ, Grimaldo-Valenzuela PM, Gabriela Vázquez-Peña G, Reyes-Segovia C, Torres-Luna G, Escudero-Lourdes GV. Operación cesárea. Una visión histórica, epidemiológica y ética para disminuir su incidencia. Rev Med Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2015;53(5):608–15. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2015/im155r.pdf>
 18. González Pérez R. Bioethical considerations: Cesarean section at the request of the patient and autonomy. Medwave. 2012;12(03):e5334–e5334.
 19. Vergara F, Abel F, Álvarez D, Coll C, Cuadrado C, González-Merlo J, et al. Consideraciones éticas sobre la cesárea. Comisión de bioética de la SEGO. Progresos Obstet y Ginecol [Internet]. 2001;44(2):46–55. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0304-5013\(01\)75616-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0304-5013(01)75616-6)
 20. Chen I, Opiyo N, Tavender E, Mortazhejri S, Rader T, Petkovic J, et al. Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2018 Sep 28 [cited 2019 Nov 30];(9). Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD005528.pub3>