

Parto vaginal o cesárea: el dilema persiste

J.M. Torres

Servicio de Ginecología y Obstetricia. Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén. Jaén. España.

El incremento de las cesáreas es un serio problema del que se ocupan, además de los profesionales directamente implicados, los responsables de la gestión, los políticos, los jueces y la sociedad en general.

Parece que hay acuerdo entre todos ellos acerca de 2 puntos:

1. El incremento de cesáreas ha llegado a ser excesivo y, por lo tanto, es conveniente intentar reducir la tendencia.

2. Los resultados esperados en cuanto a beneficios maternofetales derivados de la operación cesárea no son tan buenos como se esperaba.

Clásicamente se han considerado 4 grupos de indicaciones¹, de las que la distocia y la cesárea anterior concentran más de la mitad, mientras que la presentación de nalgas y el riesgo fetal aumentado completan no más del 30% restante.

Sin embargo, si atendemos a la autonomía de la madre (que pretende evitarse el dolor y el riesgo de presentar lesiones del suelo pélvico derivadas del parto vaginal) y a la medicina defensiva, tendremos una corriente de opinión en contra de estos puntos, pero avalada por el hecho de que sus partidarios son, ni más ni menos, que los protagonistas de la intervención: la madre y el tocólogo.

En este sentido cobran vigencia los términos de «cesárea profiláctica» o «cesárea a la carta», y es muy probable que los pronósticos que realizara el profesor Nubiola Espinos en los años cincuenta², cuando afirmó: «En el futuro sólo se realizarán partos espontáneos y cesáreas; los primeros querrán atenderlos las matronas, y las segundas serán patrimonio de los cirujanos», sean pronto una realidad.

Los protocolos y los intentos de disminuir la tasa de cesáreas son siempre dignos de elogio³, y entre ellos me ha llamado la atención el propuesto por el

Dr. L. Aceituno⁴, entre otras razones porque parte de una tasa de cesáreas que ya las quisiera para sí cualquier servicio de ginecología de similar nivel (12,32%); no obstante, la maduración previa del cérvix con prostaglandinas y una buena indicación de las inducciones son medidas con las que hay que coincidir siempre. Igual ocurre con la utilización de algún método auxiliar para predecir el riesgo de sufrimiento fetal, combinando la monitorización con el pH, el ST o la pulsioximetría.

La mayoría de los trabajos sobre la cesárea hacen referencia al concepto de mortalidad. La mortalidad es un dato objetivo, fácil de medir pero también difícilmente modificable; con ello quiero decir que habría que hacer las cosas muy bien o muy mal para que la mortalidad, tanto materna como fetal, experimentara variaciones significativas, y si cualquier intento de disminuir la tasa de cesáreas comportara un aumento de la mortalidad, debería interrumpirse de inmediato, ya que no sería justo, ni moral ni ético, y lo mismo puede decirse de la morbilidad. No obstante, en la mayoría de las publicaciones ambos conceptos se emplean formando un todo: «La disminución del porcentaje de cesáreas se consiguió sin aumentar la morbimortalidad maternofetal», y es entonces cuando se plantean algunas cuestiones: la morbilidad materna ¿ha de identificarse con rotura uterina, infección postoperatoria, necesidad de transfusión y otras? Y en cuanto a la morbilidad fetal, ¿debemos asociarla a lesión del plexo braquial, fractura de clavícula, ingreso en unidad de cuidados intensivos neonatal o hemorragia cerebral? Estos conceptos prácticamente no se definen en ningún trabajo, y creo que debería ser una cuestión obligada en el apartado de material y métodos.

A propósito de la morbilidad fetal, considero justo reseñar un excelente artículo del Dr. Roselló⁵, en el que sostiene que la incidencia de parálisis cerebral no ha disminuido a pesar del incremento de las intervenciones obstétricas, ya que en la mayoría de los casos la neuropatía se establece prenatalmente. Otros autores, en cambio⁶, difieren al menos en lo que se refiere a la relación entre hemorragias cerebrales fetales y el

_____ **Aceptado para su publicación el 2 de septiembre de 2004.**

trauma durante el parto, y algunos advierten claramente que la disminución de cesáreas lleva implícito un riesgo de aumentar la morbilidad materno-fetal⁷.

Tanto el profesor Botella⁸ como el profesor Usandizaga⁹ coinciden en señalar la importancia de la presión social en el incremento de la tasa de cesáreas y la práctica de la «medicina defensiva» derivada de dicha presión. En este contexto son numerosas las sentencias condenatorias a los obstetras por no realizar una cesárea¹⁰⁻¹⁴, mientras que, en el caso contrario, las sentencias fueron absolutorias^{15,16} cuando el ginecólogo siguió algún protocolo. Dos conceptos jurídicos han influido sensiblemente en las dificultades con que nos encontramos los tocólogos: la «inversión de la carga de la prueba», por lo que debemos probar cumplidamente que nuestra actuación fue correcta, y, en segundo lugar, la «obligación de resultados», que, si bien por el momento afecta a otros especialistas (cirujanos plásticos), es más que probable que nos alcance pronto; de hecho, la sentencia que condena a un ginecólogo, por una ligadura tubárica defectuosa, a la manutención del recién nacido es lo que más nos aproxima a obtener siempre el resultado satisfactorio pretendido, aunque en este caso concreto la condena¹⁷ no se produjo por fallo de la intervención sino por falta de información.

Este modo temeroso de actuar que nos ha llevado a acuñar el desafortunado eufemismo de «riesgo de pérdida de bienestar fetal», que sustituye al «sufrimiento fetal» clásico, constituye un verdadero obstáculo para disminuir el número de cesáreas. Otra importante dificultad para conseguir el objetivo estriba en la sensación de falta de apoyo institucional ante cualquier denuncia, y, por último, los consentimientos informados, que en aras de suponer una defensa para el tocólogo resultan demasiado restrictivos para intentar la vía vaginal. En este sentido, les invito a comparar el documento de consentimiento informado que ha editado la SEGO para la «cesárea anterior» con el ya existente de la «cesárea», y verán que en lo sucesivo nos va a resultar harto difícil obtener el consentimiento de las gestantes con cesárea previa para intentar el parto vaginal.

Algunas instancias judiciales han advertido, mediante sentencias¹⁸, contra el recurso a la cesárea como medicina defensiva, y en esta línea la Asociación Andaluza de Matronas nos acusa, según un representante del sindicato médico, de practicar «cesáreas innecesarias» (diario *El Mundo*, 24-2-04). Otros colectivos, incluso la propia Organización Mundial de la Salud, advierten del excesivo número de cesáreas, y la opinión manifestada por los tocólogos viene siendo una constante en los distintos congresos naciona-

les de nuestra especialidad (Zaragoza 1999, Valencia 2001 y Santander 2003), denunciando el exceso de intervenciones por vía abdominal. También se ha cuestionado la monitorización y la amniorrexia por sistema, el rasurado total de la pelvis, la práctica de la episiotomía o la administración rutinaria de enema y oxitocina, que si bien a veces nos puede incomodar, sobre todo por el tono empleado por los detractores de estas prácticas, sí creo que deberíamos tomarlos, al menos en parte, en consideración.

El grado de perfeccionamiento alcanzado por las técnicas quirúrgicas, gracias a la profilaxis antibiótica y a la simplificación (Misgav Ladach), junto a la inestimable ayuda de los anestesiólogos, ha conseguido aumentar el confort operatorio y reducir la estancia hospitalaria, hecho que ha contribuido también a «perder el respeto» a la intervención tanto por parte de la paciente como por la del equipo de profesionales que la realiza. En este sentido, la cesárea programada en las presentaciones de nalgas¹⁹, con independencia de la paridad, es prácticamente un criterio unánime.

El problema queda, pues, suficientemente planteado, y para contribuir modestamente a su solución me atrevo a proponer unas líneas generales de actuación que, en mi experiencia personal, han deparado resultados satisfactorios:

1. Cuidar al máximo la información y las explicaciones respecto a los consentimientos informados.
2. Reconsiderar el consentimiento informado para la cesárea y explicar, de acuerdo con Kristensen²⁰, que la decisión de efectuar una cesárea no debe tomarse ligeramente.
3. Recabar del equipo directivo de los hospitales un mayor apoyo a nuestras actuaciones y que proporcione, en colaboración con los médicos forenses, un asesoramiento adecuado a los jueces.
4. Contraatacar en los medios de comunicación para erradicar la creencia de que todo desenlace negativo en el nacimiento se deba siempre a una mala actuación obstétrica.
5. Maduración cervical previa, seleccionando meticolosamente cada indicación para disminuir las cesáreas por fracaso de inducción.
6. Debatir antes de programar aquellas cesáreas que no tengan una indicación absoluta y comentar obligatoriamente en sesión clínica las realizadas durante la guardia del día anterior.

A los obstetras, pues, se nos plantea el dilema de realizar cada vez más cesáreas, no sólo por procurar un beneficio a la madre y al recién nacido, sino para

evitar posibles denuncias, y lo hemos de resolver teniendo en cuenta que el incremento de cesáreas no conlleva una disminución del número de reclamaciones, y que algunos colegas, que se mueven en un entorno de conflictividad mayor que el nuestro, han conseguido reducir el porcentaje de los partos asistidos por vía abdominal. En cualquier caso, y admitiendo que en determinados momentos podamos tener la sensación de que se nos está exigiendo algo parecido a la cuadratura del círculo, creo que debemos ser optimistas para conseguir una tasa razonable de cesáreas que, para los tiempos que corren, podríamos situar en torno al 20%.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fabre FA, et al. Consideraciones éticas sobre la cesárea. Documento de consenso de la SEGO. *Prog Obstet Ginecol* 2001;44:46-55.
2. Carrera JM. El feto como paciente: nuevos desafíos. *Ginecología y Obstetricia Clínica* 2003;4:126-7.
3. Usandizaga M, Marques A. Un intento de controlar las tasas de cesárea, revisión al cabo de cinco años. *Prog Obstet Ginecol* 2001;44:75-81.
4. Aceituno L, et al. Resultados de la aplicación de un protocolo para disminuir la tasa de cesáreas. *Prog Obstet Ginecol* 2003;46:430-9.
5. Roselló JM. La responsabilidad obstétrica en la parálisis cerebral. *Toko-Ginecología Práctica* 2003;62:292-6.
6. Cowan F, Rutherford M, Groenendaal F, et al. Origin and timing of brain lesions in term infants with neonatal encephalopathy. *Lancet* 2003;361: 713-4.
7. Sachs BP, Kobelin C, Castro MA, et al. The risks of lowering the cesarean delivery rate. *N Engl J Med* 1999;340:54-7.
8. Botella J. Controversias sobre la cesárea. *Acta Ginecológica* 1998;LV:197-204.
9. Usandizaga JA. La cesárea en la conducta obstétrica actual. *Ciencia Ginecológica* 2001;1:39-48.
10. Callaghan XO. Sentencia de la sala civil del Tribunal Supremo, 30 de enero de 2003.
11. Carrasco, D. Condena al Insalud por una maniobra arriesgada en un parto. *Diario Médico*, 18 de octubre de 2001. Normativa.
12. Carrasco D. Condenado un médico tras un parto con daño desproporcionado. *Diario Médico*, 22 de junio de 2001. Normativa.
13. Sentencia de la sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Galicia, 15 de septiembre de 2003.
14. López Agundez JM. Censurada la falta de vigilancia en un parto realizado sin ginecólogo. *Diario Médico*, 13 de abril de 2004. Normativa.
15. Compaired C. Sentencia de la sección segunda de la Audiencia Provincial de Madrid, 28 de junio de 2002.
16. Carrasco D. Absolución penal a una ginecóloga por seguir el protocolo de embarazo prolongado. *Diario Médico*, 18 de febrero de 2003. Normativa.
17. Sentencia n.º 604 del Tribunal Supremo, 1 de julio de 1997.
18. Sentencia del juzgado de primera instancia e instrucción n.º 2 de Ibiza, 30-2003.
19. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, et al. Planned cesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre. *Lancet* 2000;356:1375-83.
20. Kristensen MO, Hedegaard M, Secher NJ. Can the use of cesarean section be regulated? A review of methods and results. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1998;77:951-60.