

## ¿ HAN AUMENTADO LAS CESAREAS EN LAS GESTANTES DE BAJO RIESGO?

(Prof. Usandizaga)

Muy buenas tardes, mis primeras palabras tiene que ser para agradecer a los organizadores de este simposio "Nuevas perspectivas en la atención al parto de bajo riesgo", especialmente al Dr. Herráiz y también, naturalmente, por las amables palabras del Prof. González al presentarme.

Voy a hacer de entrada una pregunta provocativa: ¿han aumentado las cesáreas en las pacientes de bajo riesgo?, el título de mi charla y a ésta pregunta tengo que contestar rotundamente que sí, han aumentado las cesáreas en las pacientes de bajo riesgo y ¿por qué? Hay una cosa elemental: las cesáreas están aumentando extraordinariamente en las estadísticas de todo el mundo, y como creo yo, y lo voy a decir después, dado que el riesgo no ha aumentado excepcionalmente, tenemos que concluir en que las cesáreas han aumentado efectivamente en las pacientes de bajo riesgo.

Preocupados por el aumento de las cesáreas en los EEUU, el "Healthy People" del año 2000 proponía como objetivo, como "gold" -decían ellos, las cesáreas que se habían pasado del 25 hasta el 30% reducirlas al 15%. Yo no dejo de apuntar ciertas dificultades en el propio EEUU y en el año 2002, Harer nos dice que el objetivo realmente ha fracasado y expresa que lo que sería más razonable, que la meta de la tasa del 15% de cesáreas fuera propuesta para los casos en que se tratase de embarazos de más de 37 semanas, no complicados, con feto en presentación de vértice, es decir, en pacientes de bajo riesgo, naturalmente habría de suceder algo que las transformase durante el parto en pacientes de alto riesgo lo que viene a indicar las dificultades que hay para reducir las cesáreas.

Una clasificación de las cesáreas para que nos sirva para la exposición sería dividir las en:

-Cesáreas primarias, aquellas que se deciden que van a ser practicadas desde antes del parto, programadas, son aquellas que podemos llamar también electivas.

-Secundarias: las que se deciden durante el parto.

Claro que habría que señalar una diferencia y es que de vez en cuando hay cesáreas que podemos llamar de emergencia, cesáreas de emergencia que pueden surgir durante el embarazo, ocasionalmente véase un DPPN aunque las más de las veces suceden durante el parto. Estas cesáreas de emergencia quedan fuera de nuestra discusión sobre las cesáreas en el bajo riesgo.

Nos tenemos que preguntar en primer lugar ¿que es lo que realmente aumenta las cesáreas?. A ello podemos contestar de muy diferentes formas y sin extenderme demasiado en ello, podríamos decir en primer lugar porque ha aumentado la seguridad de la intervención, naturalmente, sabemos que en la primera mitad del siglo pasado era muy peligroso hacer una cesárea y ahora realmente reúne escasos peligros, los antibióticos, las transfusiones, los anestésicos el perfeccionamiento de las técnicas todo hace que la intervención sea segura en gran medida, al menos, y que hayan sido desechadas totalmente un cierto número de reintervenciones obstétricas que hoy día prácticamente han pasado a la historia.

En segundo lugar, incremento de casos de riesgo elevado, efectivamente, han aumentado los casos de riesgo elevado en obstetricia porque disponemos de unos medios de exploración del

feto durante el embarazo que determinan que haya muchos más casos susceptibles de cesáreas, antes había que limitarse a lo que se veía durante el parto pero ahora sabemos de antemano muchas cosas que pueden sucederle a un feto y que podemos obviarlas evitando la vía vaginal. Sin embargo, los casos de riesgo elevado en conjunto, ya lo he dicho antes, no se han elevado mucho, porque la reducción de la natalidad hace que muchos embarazos que antes se producían ahora se eviten y por lo tanto, este es punto que puede ser controvertido y que realmente hace que los casos de riesgo elevado no se incrementen en grandes cantidades. Por otra parte y esto sí que es verdad, las cesáreas de repetición hacen que se aumenten las cesáreas, a una mujer que se le hace una cesárea está condenada, con grandes probabilidades, a sufrir cesárea en los restantes embarazos. Hay una campaña para indicar que no debe ser así, que en los casos en los que se ha practicado cesárea luego se ha de intentar un parto vaginal pero de hecho hay que decir que todo obstetra será proclive a repetir la cesárea, por lo menos, en cuanto las circunstancias lo permitan. Y por otra parte la limitación de la natalidad que acabo de apuntar antes, también influye en ello, realmente el número de cesáreas que una mujer va a tener son pocas, por lo tanto se pueden abordar con una mayor liberalidad.

El punto importante es el de la disminución de la mortalidad perinatal ¿las cesáreas tiene algo que ver en ello?, naturalmente que sí, la cesárea ha hecho disminuir la mortalidad perinatal pero como todos los avances de la obstetricia, todos ellos han hecho disminuir la mortalidad perinatal. Lo que es mucho más discutible es si el aumento de cesáreas crea una progresiva disminución de la mortalidad perinatal, hasta un cierto límite sí, pero si analizamos bien la estadísticas de la mortalidad perinatal y de las cesáreas observamos que hay un punto en que las cesáreas crecen desmesuradamente sin que la mortalidad perinatal descienda excesivamente y algo parecido podríamos decir respecto a la morbilidad, por lo tanto, la seguridad de la intervención es cierta respecto a la madre, respecto al feto en algunos casos sí pero no podemos determinar que en todos los casos suceda de esta manera.

Entonces ¿habría otras causas por las que podríamos decir que aumentan las cesáreas?, en efecto, hay causas adicionales que podríamos decir que no son absolutamente obstetricias y que se mezclan entre sí y que se mezclan con las anteriormente mencionados, podríamos multiplicar realmente las indicaciones de las cesáreas, pero señalaré la facilidad de la técnica, antes he hablado de la seguridad, ahora hablo de la facilidad de la técnica que cada vez se ha ido haciendo más viable y se ha conseguido que las mujeres con cesáreas se recuperen con una mayor prontitud, que las complicaciones sean relativamente escasas y ello inclina fácilmente, ante la menor duda, a la practica de la cesárea. La comodidad también puede influir en cierto sentido, el poder señalar la fecha del parto e incluso la hora, que sea mas conveniente para todos puede que tenga realmente su influencia, el fantasma de la medicina defensiva, es evidentemente que los profesionales de la obstetricia, en general los de la medicina, pero en particular los de la obstetricia, están auténticamente acosados por una serie de litigios, de demandas judiciales, extraordinariamente desagradables. Ello puede hacer inclinarse hacia la cesárea, a veces incluso, de una manera inconsciente pero es bien cierto que justificar una cesárea de más es siempre mucho más fácil que justificar una cesárea de menos cuando las cosas no hayan ido como esperábamos.

En fin y es el ultimo punto al que quiero dedicarme: la elección de la embarazada, hoy en día estamos en un momento en el que hay muchas embarazadas que prefieren que se les haga cesárea, que piden que se les haga cesárea, esta elección de la mujer interviene realmente como interviene en todos los ámbitos de la medicina, porque efectivamente un principio ético de la asistencia de la medicina en los albores del siglo XXI, es el de la autonomía del paciente, el derecho del paciente a intervenir realmente en la elección del proceso de su curación y esto es un principio de la bioética que se admite absolutamente por todos y se viene a decir que si

en algo no ha intervenido nunca la paciente, es la embarazada eligiendo cual es el tipo de parto que prefiere.

Stern en el año 1998 decía que en realidad la cesárea no era mas que una parte de un sistema evolutivo de asistencia al parto y que el parto era en realidad una lucha difícil, un acomodo incompleto y no necesariamente perfecto, imperfecto entre los derechos del niño al nacer y las calidades de la pelvis para dejarse atravesar y que en estas circunstancias la opción de la mujer es respetable y que hay que darle un crédito en la elección del tipo de parto que pueda existir. Determinadas mujeres se adhieren muy contentas a estas teorías porque realmente defienden que el parto vaginal viene a ser un método arcaico de parir, de dar a luz y realmente puede ser molesto para ellas e incluso desfigurativo al intentar contra su figura. Efectivamente la cesárea por deseo de la embarazada está aumentando en el mundo, y podríamos señalar algunas estadísticas, por ejemplo, la del Royal College of Obstetrics and Gynecologists que en 1997 en una encuesta que realizaron llegaron a la conclusión de que el 3% de las cesáreas realizadas eran simplemente por deseo expreso de la mujer sin que hubiese ninguna otra indicación y Wilkinson y colaboradores un año después, aumentaban esta cifra al 7,7% determinando además que estas cesáreas electivas venían a representar el 20% de las cesáreas primarias. Cotzias y colaboradores en el año 2001 hicieron una encuesta a 243 obstetras de los cuales recibieron 155, es decir contestaron el 63% y se les preguntaba ¿Estaría usted dispuesto a realizar una cesárea sin ninguna indicación, simplemente porque lo pide la paciente? Y el 69% contestó que sí y a estos mismos, los que contestaron que sí, les hicieron una nueva pregunta ¿ha cambiado su práctica en los últimos años en relación con ello? Y el 62% contestaba que sí añadiendo, eso sí, que no solamente había cambiado su practica por los deseos de la paciente sino por otras circunstancias como la medicina basada en la evidencia o los litigios judiciales a los que me referido antes.

Más recientemente Declercq y colaboradores en el 2005, hace apenas dos meses, presentaban una publicación después de un estudio de certificados de nacimiento en EE.UU. desde 1991 al 2001, una encuesta cuyo resultado es realmente importante porque se refiere a un número 4.000.000 de partos anuales en los EEUU y llegaban a la conclusión que la cesárea primaria, la cesárea hecha decididamente sin existir riesgo, había supuesto el 3,3% en 1991 y 5,5% en 2001, ellos mismo advierten que en los epígrafes del certificado no existe ninguno que diga que se hace por deseo de la mujer pero al no existir ninguna indicación, al tratarse de bajo riesgo, de embarazos de más de 37 SG sin complicaciones y sin ninguna alteración posible, deducen que debe ser por deseo expreso de la mujer porque si no y para defenderse de los litigios posibles hubieran tenido buen cuidado en añadir la indicación médica que existía.

¿Por que puede preferir una mujer una cesárea? .Las razones son muchas y mezcladas entre sí, señalaré unas cuantas nada más:

En primer lugar la toko-fobia, es un término que se va imponiendo ahora, es el horror que sienten determinadas mujeres respecto a su parto, una cosa que siempre ha existido pero que en otros tiempos no se podía resolver porque la cesárea era todavía más peligrosa, este horror se produce por el hecho de que les asusta la circunstancia al no comprender como un niño tan grande como el que tienen en el vientre se abra paso por un camino tan estrecho como es el de la vía vaginal y además, a estos miedos se puede unir también el miedo a la anestesia hoy día en la práctica de los países occidentales en los que la practica de la analgesia esta difundida puede no tener sentido, aunque algunas se quejan, prefieren que las duerman, que las anestesien, que las analgesien desde el principio y no esperar a lo que sucede en el parto soportando dolores para empezar a practicar la cesárea.

En segundo lugar, el mal recuerdo de un parto anterior, aquí estaría un poco más justificado realmente que se deseara otro procedimiento si es que las cosas no fueron bien en un primer parto por vía vaginal.

En tercer lugar, la seguridad del niño, todavía hay mucha gente que cree que los niños nacidos por cesárea sufren menos, nacen mejor, no nacen con hematomas, con deformaciones de la cabeza y creen que realmente el niño está mucho más seguro aunque esto no sea real.

En cuarto lugar, y esto aparece en las estadísticas, hay mujeres que temen que después del parto van a tener menos satisfacción en las relaciones sexuales,

En último término, el temor a la lesión del suelo pelviano, van a apareciendo muchos protocolos o informes sobre que existe una mayor posibilidad de alteración del suelo pelviano después del parto, se incrementa el número de prolapsos o sobre todo de incontinencia urinaria o fecal.

Merece la pena que digamos dos palabras sobre el daño del suelo pelviano, porque esto es algo que surge realmente en muchísimas publicaciones y se teme realmente.

En primer lugar la incontinencia de orina, efectivamente, es cierto que como consecuencia de un parto puede haber a largo plazo una incontinencia de orina, con o sin prolapso pero realmente hay que decir que también existen incontinencias urinarias en mujeres que han tenido pocos partos, existen incontinencias de orina en mujeres que no han tenido ningún parto y por tanto la cesárea no puede considerarse como una panacea absoluta en este aspecto, por otra parte es curioso que se tenga tanto miedo a estos procesos de daño del suelo pelviano cuando en este momento el número de hijos está mucho más restringido por cada mujer.

En segundo lugar la incontinencia fecal, ahora se dice que esta incontinencia puede ser frecuente después del parto vaginal y que ahora se puede descubrir mediante ecografía la existencia de daños en el esfínter externo del ano que antes pasaban desapercibidos. Bien, esto ¿es real o ficticio? En mi experiencia de obstetra la incontinencia fecal no ha sido un problema que me haya preocupado en absoluto como consecuencia ni próxima ni lejana del parto pero hay autores que insisten en que esto tiene su riesgo y así O'Boyle y colaboradores recientemente, en el año 2003, exigen que en el consentimiento informado que se debe pedir que firmen todas las mujeres ante su parto deberían existir expresamente esta posibilidad de esta incontinencia de heces, dicen ellos provocativamente en el subtítulo de su artículo que esto es para proteger el periné y protegernos a nosotros mismos de posibles demandas que puedan producirse en el futuro.

¿La cesárea está tan exenta de riesgos? ¿Tiene sus inconvenientes? ¿Debemos evitar en una cierta medida o debemos "tener manga ancha" respecto a las peticiones de cesárea?

Tenemos que decir primero que es absolutamente evidente que la mortalidad materna es más alta en casos de cesárea que en casos de parto vaginal pero, eso es verdad, es difícil de evaluar porque siempre es muy difícil establecer si una muerte después de una cesárea se debe a la cesárea o a la causa que motivó la cesárea. Harían falta muchos partos sin indicación alguna para asegurarnos realmente de la inocuidad o del peligro de la cesárea respecto a la muerte de la madre. La impresión general es que si se aumentan mucho los casos de cesárea también en un periodo más o menos lejano aumentará la mortalidad materna.

En cuanto a la morbilidad es evidentemente mayor después de la cesárea, no podemos decir que sea muy grande en los momentos actuales pero, por ejemplo, las complicaciones urinarias siempre son más frecuentes en los casos de cesáreas que en los partos vaginales, como son más frecuentes los casos de reingresos en mujeres que han sufrido una cesárea, las molestias del postoperatorio también son mayores en la cesárea todos conocemos mujeres que sufren una cesárea sin apenas molestias y se encuentran divinamente al día siguiente pero en general las molestias son mayores en este postoperatorio como lógica consecuencia de que se ha tenido

que abrir el vientre y manipular dentro de la cavidad intraperitoneal. En lógica relación con lo anterior la recuperación es más lenta en estas mujeres, por otra parte la separación del niño también suele ser mayor.

En principio hoy en día tenemos la tendencia de que el niño este junto a la madre desde el primer momento después del parto que le ponga al pecho inmediatamente incluso después del parto incluso sin salir del paritorio esto es mucho mas difícil en caso de cesárea, esto es mucho mas difícil en casos de cesáreas por lo tanto, aunque hoy en día se procura que en casos de cesáreas el niño este cerca de la madre es mas complicado.

Por ultimo los costes económicos, los profesionales tenemos cierta tendencia a encogernos de hombros respecto a los costes económicos, nos coge de lejos, sin embargo es importante que todos los que sirvan a la sanidad estén realmente imbuidos de que hay que ahorrar en la medida de lo posible porque lo que se ahorra en un campo sirve de beneficio para emplearlo en otro que sea más importante.

Y yo con esto llego a mis conclusiones:

Los profesionales de la obstetricia saben bien que asisten a dos pacientes y respecto a la autonomía, uno de ellos realmente no puede manifestar sus deseos sobre si quiere nacer o no por cesárea.

No hay evidencia hoy por hoy de que la cesárea sea más segura que el parto vaginal.

Es verdad que los riesgos de las cesáreas están muy disminuidos y creo que estamos convencidos de que si existe motivo no debemos dudar en practicar la cesárea pero no parece lícito el recurrir a ella sin una indicación contrariando de una forma clara las leyes de la fisiología.

Por otra parte si hacemos realmente una cesárea sin indicación, es cierto que hemos dicho que los riesgos son pocos, al menos los grandes, pero si surge realmente un problema ¿como vamos a justificar tal incidencia?

Y por último yo diría que lo importante hoy en día , como pasa en muchos campos de la medicina, es que haya una correcta información que opino tiene que ser veraz, prudente y paciente, sólo esto servirá para aclarar las dudas, creo que esto es un envite que tienen ahora los profesionales de la medicina y realmente es una nueva obligación que tienen en este momento los obstetras y las matronas porque en el futuro va a ser muy importante dar verdadera información a las pacientes que cada vez lo piden más , y voy a terminar como corolario expresando las opiniones de unos cuantos obstetras, de unas cuantas mujeres:

Wagner dice claramente " *la cesárea innecesaria es el símbolo de la deshumanización del parto*", quizá en el polo opuesto esté Sheila Macphall que nos dice que ella " *no promociona cesáreas al por mayor pero cree que no es correcto rehusar la elección de la mujer en una obstetricia que está centrada en la mujer*" de forma mas equilibrada, Dodwell expone algo respecto a la información " *si se hace creer a las mujeres que la cesárea es más segura la pedirán para el futuro*" y por último, no me resisto a poner como corolario un resumen pequeño de un artículo de Susan Bewley y Jayne Cockburn ,matrona y medico estadista que hacen estas afirmaciones: " *las mujeres han logrado en la ultima centuria impresionantes éxitos hacia su independencia personal y financiera pero han perdido cierta autoestima, han perdido la confianza en su propio cuerpo femenino y ello hace que sus temores les conduzcan cada vez más a elegir cesáreas que no pueden considerarse en forma alguna, como la solución más apropiada*".