

Elección de cesárea por la embarazada

Uno de los principios éticos en que se funda la actividad médica asistencial actual es el de la autonomía. La autonomía del enfermo en las decisiones que afectan a su propia salud. Pero ¿hasta dónde puede llegar la capacidad del paciente para imponer, en algunos aspectos, su propio criterio?. O si se prefiere ¿hasta qué punto debe claudicar el médico ante la decisión de su paciente cuando estima que la elección no es la más afortunada para el bienestar del enfermo?.

Desde hace cierto tiempo planea sobre el avatar del ejercicio obstétrico la amenaza de que sea la propia parturienta la que elija el modo de su parto. Naturalmente ello será después de que el obstetra haya expuesto cuidadosamente los pros y las contras de cada actuación, lo que hace que el médico en el futuro deberá hacer cursos especiales de pedagogía para desarrollar su capacidad comunicativa aunque sin desviar su persuasión de los límites de una estricta ecuanimidad.

Pero dejando estos aspectos de lado, vayamos al problema que aquí deseaba exponer. La cesárea se ha hecho muy frecuente. Y no voy a explayarme sobre las razones que lo justifican, o por lo menos que lo explican, diez mil veces aducidas (1, 2). Pero entre ellas, sin duda, una es la principal. La operación cesárea se ha convertido en una intervención sencilla, con escasos riesgos y secuelas poco llamativas para madre e hijo. ¿Tanto como para justificar su práctica en casos presuntamente normales, si la embarazada la prefiere antes que someterse al albur de un parto vaginal?.

En 1986, Johnson et al (3) realizaron una encuesta para saber la opinión de los obstetras, y su posible reacción, ante la posible petición de una cesárea electiva por parte de sus pacientes. 112 obstetras dieron sus respuestas a 19 casos planteados. Y en 12 hubo sustanciales diferencias entre la decisión propuesta y los presuntos deseos de la paciente. Se concluía que éticamente no era defendible el acceder a los deseos de las pacientes porque ello supondría contravenir unas claras reglas deontológicas.

Diez años después, en el Reino Unido, Al-Mufti, McCarthy y Fisk (4) realizaron una encuesta entre 382 obstetras preguntándoles sobre el parto que desearían para ellas (si eran mujeres) o para sus cónyuges (si eran varones). Respondió el 73%. Y he aquí la sorpresa. En caso de parto con feto único, presentación cefálica, y sin que hubiera prevista ninguna complicación, el 17% de los encuestados (31% de las obstetras femeninas y 8% de los obstetras masculinos) preferían cesárea. Los motivos aducidos fueron variados y siempre más de uno: 27%, deseo de elegir la fecha del parto; 39%, temor a posible

daño fetal; 58%, posible perturbación de la función sexual; pero me interesa destacar que, sobre todo, en el 80%, existía temor a un daño del suelo pelviano que pudiera tener repercusiones en un futuro más o menos lejano.

Un año más tarde, en 1997, tuvo lugar en la televisión británica una polémica actuación de un obstetra inglés que manifestó estar preparado a realizar una cesárea a una embarazada simplemente porque ella se lo solicitase. Ello produjo una notable controversia que saltó a la prensa diaria y que motivó incluso un editorial del *Lancet* (5) en el que se reconocía, de forma mayoritaria, que el deseo de la mujer por lo menos influía en la decisión del tocólogo.

Hemos llegado así a una situación en que la cesárea, tan utilizada por todos nosotros, pero sólo como recurso bien diferenciado (aunque sus indicaciones se hayan hecho más laxas a lo largo de los años), se nos presenta de pronto como un método puramente opcional. Y así Steer (6) defendía en 1999 que la cesárea formaba parte de un sistema evolutivo, calificando al parto natural como una solución imperfecta a un problema complejo (adaptación del feto a la pelvis femenina humana durante el parto), y manifestando que había que conceder un valor a la autonomía de la mujer, asignándole capacidad para la valoración de su propia comodidad, como el deseo de proteger al niño, y de evitar el dolor y el daño a las estructuras pelvianas.

Como colofón a lo expresado, y sin que quepa decir que la discusión esté cerrada, Cotzias, Paterson-Brown y Fisk (7) publican muy recientemente los resultados de su encuesta iniciada en 1998 y realizada entre tocólogos de Inglaterra y Gales. Se preguntó a 243 obstetras y las respuestas fueron anónimas: ¿Estaría de acuerdo en realizar una cesárea electiva a una mujer con gestación cefálica simple, no complicada, a término, por petición materna?. Si la respuesta era afirmativa se hacía una segunda pregunta: ¿Ha cambiado su práctica en los últimos años en relación con ello?.

Se recibieron 155 respuestas (63%), 4 de ellas en blanco. 69% contestaron sí a la primera pregunta, aunque el 27% comentó que lo haría de mala gana; el 62% consideró que su práctica había cambiado en los últimos años, justificándolo con muchos motivos, entre ellos, presión de las pacientes, miedo a los litigios, medicina basada en la evidencia.

Los autores de este trabajo concluyen que casi el 70% de los médicos de Inglaterra y Gales aceptarían la decisión de sus pacientes, que tal aceptación no puede considerarse como negligencia desde el punto de vista médico-legal, y que las auditorías están documentando cada vez más las secuelas del trabajo de parto y (me interesa recalcar de nuevo este hecho) sobre todo las que afectan al suelo pelviano.

Probablemente en los próximos años se hallará la forma de centrar adecuadamente el problema. Desde luego va a ser muy difícil que nadie vaya a arriesgar un ápice en la consecución a ultranza de un parto vaginal que entrañe algún riesgo, máxime si la embarazada muestra ciertos reparos. Pero también es preciso que se haga un esfuerzo para lograr que se instale un mínimo de cordura para señalar que hay decisiones que competen al médico y que debe primar la razón sobre elecciones gratuitas de la paciente. Porque ahora, por ejemplo, nadie dada la extensión de las técnicas analgésicas, puede solicitar una cesárea para obviar el dolor del parto. Y por otra parte, será necesario que la evidencia, la medicina basada en la evidencia, demuestre de verdad los perjuicios a largo plazo del parto sobre el suelo pelviano. Ahora precisamente en que los daños achacables a la gran multiparidad son más que cuestionables.

José Antonio USANDIZAGA

1. **Usandizaga JA:** Aspectos sociales y legales de la cesárea. *Progr Obstet Ginecol* 1991; 34: 103-21.
2. **Usandizaga JA:** La cesárea en la conducta obstétrica actual. *Cienc Ginecol* 2001; 1: 39-48.
3. **Johnson SR, Elkins TE, Strong C, Phelan JP:** Obstetric decision making: responses to patients who request caesarean delivery. *Obstet Gynecol* 1986; 67: 847-50.
4. **Al-Mufti R, McCarthy A, Fisk NM:** Obstetricians' personal choice and mode of delivery. *Lancet* 1996; 347: 544.
5. **Editorial:** *The Lancet* 1997; 349: 815.
6. **Steer P:** Cesárea: ¿un sistema evolutivo? *Acta Obstet Gynecol Scand* (ed en español) 1999; 12: 32-5
7. **Cotzias CS, Paterson-Brown S, Fisk NM:** Obstetricians say yes to maternal request for elective caesarean section: a survey of current opinion. *Eur J Obstet Gynecol Repr Biol* 2001; 97: 15-6.