



## Cesárea o parto vaginal. Una perspectiva bioética

Raymundo Canales de la Fuente,\* Jesús Mario Canseco Lima\*\*

La Gran Bretaña, donde por cierto se llevan a cabo las discusiones en bioética más importantes y modernas debido fundamentalmente al respeto irrestricto al principio de autonomía, nos pone ahora en la mesa de discusión una nueva pregunta en éste ya viejo dilema en obstetricia que aparentemente no tenía ya mucho que agregar desde el punto de vista académico. Me refiero a lo que en inglés se denomina «Cesarean Delivery On Maternal Request» que en español significa la cesárea a petición de la mujer.

Tuve la oportunidad hace como tres años de asistir a un congreso básicamente europeo en París cuyo planteamiento general es el de mostrar controversias y después de una conferencia donde un grupo danés nos presentó un nuevo equipo para el monitoreo intraparto que se basa en la medición del desnivel del segmento S-T en el electrocardiograma fetal para el diagnóstico temprano de la hipoxia, un jefe de obstetricia de un importante hospital londinense inició su conferencia afirmando que en su hospital durante el último año se había duplicado el número de cesáreas y acto seguido se dirigió a la explicación: hicieron un análisis retrospectivo de los últimos cinco años para evidenciar la mortalidad y la morbilidad del parto con el fin de compararlas contra las cifras en cesárea tanto en la madre como en el recién nacido y encontraron que eran prácticamente iguales, es decir, resulta igual de «peligrosa» cualquier vía de nacimiento para el binomio, por lo que a partir de este hallazgo consideraron prudente tomar en cuenta la opinión de la mujer, de tal forma que la preferencia materna por la vía abdominal la consideran ahora

una indicación formal de cesárea. La pregunta que surge inmediatamente al apreciar el fenómeno es acerca de las razones que conducen a una mujer a elegir una vía o la otra y la respuesta por supuesto no resulta simple; es necesario ponderar, para tener una primera aproximación al problema, el concepto que cada persona tiene acerca del parto, sus implicaciones y el dolor concomitante, así como de la cesárea, y por supuesto la cantidad y la calidad de la información que le brinda el equipo de salud acerca de cada uno de los procedimientos y sus detalles. Y en este punto me detengo para señalar algo poco descrito: lo que siente el obstetra acerca de las dos vías. Resulta muy interesante preguntarle a mis colegas obstetras qué desearían en esta disyuntiva para sus cónyuges en caso de ser varones o a ellas, las obstetras, para ellas mismas. Hay una respuesta –muy frecuente– a favor de la cesárea que se funda en argumentos de comodidad, programación, ahorro del dolor y control de las condiciones generales. Por supuesto la visión descrita tiene impacto en lo que sienten y piensan sus pacientes, que si bien es cierto no son determinantes absolutos, por supuesto ejercen algún poder de convencimiento.

Regresando al centro de la discusión ¿es éticamente válido que una mujer decida la vía de nacimiento de su hijo(a)? La respuesta razonable parece ser afirmativa si tomamos en cuenta uno de los principios centrales en bioética, es decir el principio de autonomía. Visto bajo esa lupa entonces, el deber del equipo médico y del obstetra es brindarle a la mujer toda la información pertinente, por supuesto libre de tecnicismos, para que ella pueda hacer una ponderación adecuada y elegir la vía de nacimiento del feto, lo que implica un ejercicio por parte del médico no sólo de humildad al considerar como su igual a la paciente, sino de apertura y sensibilidad hacia otras formas de ver la realidad, es decir, dejar un poco de lado el ejercicio de poder al que está acostumbrado para «empoderar» a su paciente, y en todo caso, con la ventaja de compartir también las responsabilidades.

En los análisis recientemente publicados por los norteamericanos –a propósito del tema– surgen preguntas en relación con el incremento en el porcentaje de cesáreas que ellos han apreciado en los últimos años en su país, y

\* Ginecoobstetra. Hospital Ángeles del Pedregal.

\*\* Residente de segundo año Especialidad de Ginecoobstetricia. Instituto Nacional de Perinatología.

### Correspondencia:

Dr. Raymundo Canales de la Fuente  
Hospital Ángeles del Pedregal  
Camino a Sta. Teresa Núm. 1055  
Col. Héroes de Padierna, México, D.F.  
Correo electrónico: dcanales@yahoo.com

Aceptado: 03-11-2006.

la respuesta tiene que ver con lo que vamos a llamar una cifra «oculta», que por cierto ellos no analizan. Es decir, por más rigor académico y científico que se aplica al analizar esta situación no es posible encontrar una explicación evidente y esto ocurre porque los obstetras tenemos muchas maneras de disfrazar las indicaciones de una cesárea. Escribimos diagnósticos como «desproporción cefalopélvica» para extraer después a un recién nacido de 2.7 kg, o «baja reserva fetal» con un apgar de 9-9. Todas estas indicaciones ocultan, en el mejor de los casos, un sentimiento acerca de que algo «no anda bien» con el parto y el acto quirúrgico se convierte así en una profilaxis de secuelas en el feto. Por supuesto en todos estos casos convenimos a la mujer de ser sometida a la intervención para «prevenir» daños en el recién nacido, pero en muchos casos no queda demostrado nunca dicho riesgo. El aspecto poco ético del asunto radica en que a veces recurrimos al mismo tipo de argumentos, con los mismos resultados, pero son fundados solamente en otros factores, a veces atribuibles al médico, otras al núcleo familiar de la paciente o incluso a condicionantes económicas impuestas por las aseguradoras, que nada tienen que ver con la mujer que va a parir, y no hay una manera fácil de discriminar estas realidades, por lo que una postura ética debe incluir el compromiso absoluto del médico hacia poner su mejor esfuerzo en lograr resultados adecuados por la vía que haya elegido la mujer, y sólo en casos donde aparezca una urgencia real se cambiará la vía, y también por supuesto requiere de una intervención de la autoridad sanitaria que proteja esta autonomía frente a empresas cuyo único interés son los dividendos.

Es toda una constelación de elementos que necesitamos analizar con cuidado, y como sociedad tenemos que entender que la primera actriz en este asunto de la maternidad es la mujer.

Para la ponderación adecuada de la mayoría de las condicionantes mencionadas propongo articular algo parecido a lo que han hecho los británicos, es decir una pequeña encuesta aplicada a los obstetras al salir de una cesárea en pacientes primigestas, donde le preguntemos cosas como: «considera usted a la paciente completamente informada» además de: «de quién fue la indicación de la cesárea» y quizá otras cinco o seis preguntas que nos podrían dar luz al respecto. Por supuesto la encuesta debería ser anónima y la autoridad sanitaria quizá pueda convencer de dirigir dicho esfuerzo a un personaje de la ginecoobstetricia en México como el Dr. Samuel Karchmer, a quien nadie se atrevería, en estos términos a negarse o a no responder con sinceridad. Este ejercicio probablemente nos daría una imagen más real y fundada acerca de las razones y quizá entonces poder diseñar estrategias que incrementen los elementos con los que cuentan las mujeres para tomar una decisión.

## REFERENCIAS

1. National Institutes of Health State-of-the-Science Conference Statement Cesarean Delivery on Maternal Request. *Obstet Gynecol* 2006; 106(6): 1386-1397.
2. Scott JR, Cesarean delivery on request where do we go from here? *Obstet Gynecol* 2006; 107(6): 1222-1223.
3. Habiba M, Kaminski M, Da Fre M, Marsal K et al. Cesarean section on request: a comparison of obstetricians' attitudes in eight European countries. *BJOG* 2006; 113(6): 647-656.

