

25. Georgescu ES, Goldberg JM, du Plessis SS, Agarwal A. Present and future fertility preservation strategies for female cancer patients. *Obstet Gynecol Surv.* 2008;63:725-732.
26. Garmendia J. Factor inmunológico. En: Pagés G, Aller J, editores. *Infertilidad. Fisiología, diagnóstico y tratamiento.* Colombia: Amoica; 2006.p.339-357.
27. Steptoe PC, Edwards RG. Birth after the reimplantation of a human embryo. *Lancet.* 1978;ii:366.

Agradecimientos

El autor desea expresar su agradecimiento a los Dres. P. Barri, B. Coroleu, M. Boada y M. Parriego, destacados miembros del Servicio de Medicina de la Reproducción del Instituto Universitario Dexeus de Barcelona (España), por el espléndido soporte que me han ofrecido. A la Dra. Jenny Garmendia por sus explicaciones sobre inmunología y fertilidad. Al Dr. Carlos Amselem (GINE 3, Barcelona) por la revisión del texto y al Dr. Rubén Darío Peralta, Director Ejecutivo de la Fundación Talven por su amable invitación a exponer este tema en Venezuela.

Gac Méd Caracas 2011;119(1):12-21

Frecuencia de la cesárea. Factores resaltantes relacionados con su incremento

Dr. Saúl Kizer*

Invitado de Cortesía
e-mail:saulkizer@hotmail.com

El regreso a la madre. Andrés Eloy Blanco.

Madre: en este coloquio feliz de mi regreso dos cielos bendigamos: la Patria, donde nuestro corazón está preso;
La Madre, que es la Patria que primero habitamos.

RESUMEN

En las décadas de 1960-1970, la frecuencia de la cesárea tenía una variación entre 4 % y 10 %. Actualmente en algunos hospitales privados, a nivel internacional, alcanza hasta casi el 100 %. Venezuela también ha tenido un gran incremento de la frecuencia de la cesárea y, en hospitales privados de Caracas, tiene una variación del 60 % a 90 %.

La presente actualización tiene el interés e importancia de analizar los factores resaltantes que se relacionan entre sí e influyen en el aumento de la cesárea por solicitud. Esta es la que se realiza a pedido de la paciente sin tener indicaciones médicas, ni obstétricas y sin haber iniciado el trabajo de parto.

* Miembro del Consejo Consultivo de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela.

Recibido: 10/06/10

Aprobado: 12/08/10

Los factores resaltantes son los siguientes: 1) los cambios sociales, culturales y económicos y la evolución de la mujer hacia logros personales; 2) el desarrollo y expansión de las telecomunicaciones; 3) la vigencia de la autonomía y la libertad que progresivamente han adquirido las pacientes; 4) la actitud y la adaptación del médico para ejercer su profesión ante los cambios que se señalan; 5) los progresos tecnológicos alcanzados en el área quirúrgica y la medicina en general; 6) las leyes que protegen a la mujer, al embarazo y al parto; 7) la relación entre el embarazo y el parto con el aparato urinario, genitales y el ano; 8) la influencia de las compañías de seguros médicos; 9) los cambios en la enseñanza de la medicina y 10) el sexo del médico.

Exceptuando la indicación de cesárea por cesárea anterior, las otras causas no han contribuido a un incremento significativo.

Se realiza un análisis de los beneficios y de los riesgos de la cesárea por solicitud y se comparan con los del parto vaginal. Se concluye que se necesitan más evidencias para dar soporte científico al alto número de cesáreas que se efectúan.

En general, las diferentes conductas que se han puesto en práctica para disminuir la frecuencia de la cesárea, no han dado los resultados esperados.

Palabras clave: Cesárea. Frecuencia. Factores resaltantes.

SUMMARY

In the 1960s and 70s, performance of cesarean section varied between 4 % and 10 % of all deliveries. Currently, in some private hospitals around the world, use of the procedure has almost reached 100 % of cases. Venezuela has also seen a great increase in frequency of cesarean sections, such that, in private hospitals in Caracas, its prevalence ranges from 60 % to 90 %.

The current report has the objective of assessing the major interrelated factors responsible for the rising frequency of cesarean section performed because of patient request. Specifically, the present work focuses on cesarean sections that lack medical or obstetrical indications and are implemented solely in response to patient request prior to the onset of labor.

The principal responsible factors are as follows: 1) social, cultural and economic changes, and women's increasing focus on personal achievement; 2) advances in, and greater reach of, telecommunications; 3) progressive increase in patient freedom and autonomy in decision making; 4) changing physician attitudes in the face of the aforementioned changes; 5) scientific and technological progress achieved in the fields of surgery and medicine; 6) laws enacted to protect women, especially in relation to pregnancy, and labor and delivery; 7) relationship of pregnancy, and labor and delivery, with the urogenital system and anus; 8) influence of medical insurance companies; 9) evolution of medical education; and 10) physician gender.

Excepting procedures performed because of a history of prior cesarean section, other factors have not led to a significant increase in cesarean frequency.

In addition, an analysis is performed concerning the risks and benefits of cesarean by patient request, as compared with those of vaginal delivery. We conclude that additional evidence is required to provide scientific justification for the large number of cesareans currently being performed.

In general, the different approaches that have been put into practice to reduce the frequency of cesarean sections have proven unsuccessful.

Key words: Cesarean section. Frequency. Key factors.

La cesárea ha tenido un incremento que ha sido progresivo y acentuado a medida que transcurre el paso de los años, el cual se ha evidenciado en numerosos países, incluyendo a Venezuela.

El interés e importancia de la presente actualización está relacionada con el estudio de los factores que pueden influir en este crecimiento. En este análisis excluimos las indicaciones médicas o propias del embarazo y parto. Una nueva indicación de cesárea, es la solicitud que hace la madre o su familia al médico. La definición del Instituto Nacional de Salud de Estados Unidos, sobre la cesárea por solicitud, y expresada en el 2006 es la siguiente: “es el parto por cesárea, por solicitud materna, de un embarazo a término con un solo feto y la ausencia de cualquier indicación médica u obstétrica” y reportaron que de 4 % a 18 % de las cesáreas eran por solicitud (1). Se diferencia de la cesárea por complacencia y de la cesárea electiva en que en ellas puede haber cualquier tipo de patología. Queda implícito en todas ellas que no se ha iniciado el trabajo de parto.

En las décadas de 1970 y 1980 comenzaron a aparecer los reportes que indicaban el incremento en la frecuencia de cesárea (2) hasta llegar a la década de 2000, donde se reportan cifras de casi 100 %, es decir, prácticamente todas las mujeres asistidas por parto fueron mediante cesárea (3).

En el Cuadro 1, presentamos las frecuencias de cesáreas en 2 hospitales privados de Caracas. El conocimiento de dichas cifras en nuestro medio y la publicación de numerosos trabajos de otros países, nos motivó a realizar el presente análisis.

Las frecuencias mostradas en el Cuadro 1 son una prueba del ascenso en el número de cesáreas y se destaca el incremento durante un lapso de 10 años. Exceptuando la indicación de cesárea anterior, no hubo otra indicación que influyera de manera significativa en los mencionados ascensos. Por tratarse de una

Cuadro 1

Frecuencia de cesáreas en hospitales privados de Caracas

Hospital	Período	Nº partos	Nº cesáreas	%
A	2000	1 495	1 016	68,0
B	2000	414	210	50,7
A	2009	2 484	2 241	90,2
B	2009	549	396	72,1
A	2000 – 2009	18 921	14 819	78,3
B	2000 – 2009	4 400	2 884	65,5

FRECUENCIA DE LA CESÁREA

evaluación retrospectiva no es posible conocer el número de cesáreas realizadas por solicitud de la madre.

Zighelboim y Sánchez (4), reportan en 3 hospitales públicos de Caracas, un alza de casi el triple al compararla con cifras de 15 a 20 años atrás. Uzcátegui (5) igualmente reporta frecuencias mayores de cesáreas, para hospitales públicos de Caracas y del interior, en comparación con años anteriores. El hospital público José Gregorio Hernández mostró para el año 2000 una frecuencia de 17,6 %, la cual se incrementó para el año 2009 hasta 26 %. (Comunicación personal de la Dra. Judith Toro).

En el Cuadro 2, se observa la frecuencia de cesáreas en algunos países.

Cuadro 2
Frecuencia de cesáreas por país

País	Período	Porcentaje
Brasil (6)	2002	39,9
Canadá (7)	2003	30,4
China (8)	2003	56,0
México (Dto. Federal) (9)	2004	70,0
Estados Unidos (10)	2005	30,3
Cuba (11)	2005	29,2
Italia (12)	2006	36,9
Australia (1)	2006	31,1
Suecia (14)	2006	17,7

Estas cifras nos indican que hay una gran variabilidad y en todos los países se reportan aumentos con respecto a los años anteriores.

En el Cuadro 3 mostramos mi experiencia personal de cesáreas, realizadas en el ejercicio privado y durante un período de 30 años.

Cuadro 3
Frecuencia personal de cesárea

Período	Partos	Cesáreas	Porcentaje
1975 – 1984	469	85	18,1
1985 – 1994	624	179	28,6
1995 – 2004	412	182	44,1
1975 – 2004	1 505	446	29,6

En el Cuadro 3 se observa que en cada decenio hubo un incremento de cesáreas, y en el último, una frecuencia máxima de 44,1 %. Es de hacer notar que la frecuencia de cesárea fue aumentando y estuvo relacionada con los cambios ocurridos que analizaremos en el desarrollo del presente trabajo. Sin embargo, el promedio fue relativamente bajo - 29,6 % - cifra alta si la comparamos con el primer decenio e inferior al último decenio y con las cifras actuales de los hospitales privados.

Las indicaciones resaltantes que analizaremos son las siguientes: 1) los cambios sociales, culturales y económicos que han ocurrido en las diferentes sociedades y la evolución de la mujer hacia logros personales; 2) el desarrollo y expansión de las telecomunicaciones; 3) la vigencia de la autonomía y la libertad que progresivamente han adquirido las pacientes; 4) la actitud y la adaptación del médico para ejercer su profesión, ante los cambios antes señalados; 5) los progresos tecnológicos alcanzados en el área quirúrgica y la medicina en general; 6) las leyes que protegen a la mujer, al embarazo y parto; 7) la relación entre el embarazo y el parto con el aparato urinario, genitales y el ano; 8) la influencia de las compañías de seguros médicos; 9) los cambios en la enseñanza de la medicina; 10) el sexo del médico.

Estas indicaciones resaltantes pueden actuar como única causa; sin embargo, en la mayoría de las pacientes se asocian varias de ellas, dando como resultado la solicitud de la intervención, por parte de la mujer o por presión de sus familiares.

1. Los cambios sociales, culturales y económicos que han tenido las sociedades y la evolución de las mujeres hacia logros personales que, prácticamente se comparan a la de los hombres, han influido para que, desde el oficio de desempeñar las actividades del hogar, realicen todas las actividades y profesiones existentes. Definitivamente al tener casi gran parte de su tiempo ocupado en ejercer oficios o profesiones fuera del hogar, hace que su forma de pensar en cuanto al embarazo y parto cambie; porque estos compiten con sus otras funciones. Como consecuencia tiene que planificar la fecha del embarazo y parto y la de este en una fecha precisa. Las condiciones actuales de la vida moderna le permiten a la mujer solicitar que su parto sea por cesárea. La libertad de que dispone, ganar dinero por su propio esfuerzo y la incertidumbre de la fecha del parto, lo cual aunado a sus creencias y mitos sobre la duración y el sufrimiento por el parto vaginal, son factores que

la presionan para solicitar la cesárea, sin tener en cuenta que pudiera tener su parto por vía vaginal sin que le ocasione ningún trauma. Otro factor relacionado con estos cambios es la tendencia de que, la mujer no solo ha ido posponiendo la fecha de sus embarazos, sino que también ha disminuido el número de ellos; hasta mejorar sus condiciones económicas y educativas. A mayor edad y menor número de hijos, solicita con más frecuencia la cesárea (2,13,15).

2. Las telecomunicaciones que facilitan las informaciones y conocimientos de todas clases. Debido a su difusión y a la gran variedad existente (internet, celular y todas sus distintas modalidades) hacen que estén al alcance de quienes la deseen. Las numerosas ventajas que han representado como fuente de saber, se ven en ocasiones enturbiadas cuando se trata de interpretar asuntos no exactos, que como la medicina, se fundamentan en el criterio médico. Estos conocimientos, así adquiridos, pueden confundir a la paciente con relativa frecuencia. Cuando se lo participa al médico, la paciente puede entrar en conflicto con sus creencias o ideas que se formó sobre la cesárea.

Corresponderá a su médico hacer las aclaratorias sobre tales conceptos. Otra de las influencias son las recomendaciones entre las amigas parturientas y familiares sobre el buen resultado del procedimiento.

3. La autonomía y la libertad que, entendiéndolas como valores éticos femeninos, han ido adquiriendo fortaleza en forma progresiva, las que utilizan las mujeres para disponer de su cuerpo y su vida. Los derechos humanos y los derechos de los pacientes (16) han influido para que las pacientes tengan la autoridad moral para opinar y decidir sobre los métodos diagnósticos y terapéuticos a los cuales deben exponerse. Los principios éticos de autonomía y libertad son los factores sobre los cuales se fundamentan los derechos de las pacientes. Las pacientes no tienen conocimiento sobre medicina, exceptuando los médicos; y esta razón hace que ellas tengan que tomar sus decisiones basadas en lo que les expliquen e informen los médicos. Estos, de acuerdo con la solicitud de las pacientes, en forma clara y con la extensión necesaria, responderán a sus preguntas sobre los riesgos y beneficios, así como sobre las circunstancias y condiciones particulares de cada una, en relación con la vía del parto (13).

Anteriormente la mujer era una persona sometida; hoy en día se ha emancipado con todos

los derechos a su favor, no solo ocupándose de sus hijos y acompañando al hombre, funciones primarias naturales, si no destacándose en numerosas actividades y profesiones.

4. La relación médico paciente: uno de los factores más importantes, para una evolución satisfactoria de las pacientes, es todo lo relacionado con la interrelación entre el médico y su paciente (13). De un ejercicio paternalista, en el cual el médico es quien indica y decide sobre lo que necesita la paciente, y esta obedece; hasta llegar en la actualidad a un desempeño más activo y participativo por parte de la paciente. Hoy en día la paciente puede opinar, dialogar, discutir y hasta decidir sobre su aceptación o no de las diferentes conductas médicas. Es ella la que puede solicitar la cesárea o rechazarla.

Los principios, valores y virtudes del médico son muy importantes en la relación médico paciente que ocurre en el presente. Si la paciente solicita una cesárea, sin una indicación médica precisa, puede ser influenciada por el médico en decidir sobre un parto vaginal o una cesárea. Si el médico acepta la autonomía y respeta la libertad de la paciente, al escoger la cesárea, el médico se la practicará. Si el médico no está de acuerdo o no está convencido de los beneficios de la intervención, pero la maleficencia o daños que pudieran resultar son menores o no significativos, y la paciente insiste, es probable que acepte su solicitud por respeto a su autonomía y libertad.

Si el médico sigue normas y tiene criterios fundamentados sobre bases sólidas, en cuanto a los riesgos y beneficios de la intervención, deberá explicar lo necesario para convencer a la paciente que, tomando en cuenta sus condiciones y circunstancias actuales, es mejor la vía vaginal. El médico hará conocer a la paciente que sus recomendaciones están apoyadas en evidencias o si no las hubiere, en su juicio clínico. Si la paciente no acepta, el médico de acuerdo a su personalidad, le hará la cesárea o él puede, hacer uso de su libertad de conciencia y decirle que no podrá atenderla y la referirá a otro colega.

Podrán existir diferencias en la relación médico paciente dependiendo si es de un hospital público o privado. En el primero, mencionaremos como razones principales, el ejercicio médico que se realiza por guardias o mediante horarios determinados y además la responsabilidad de la asistencia médica la cual es compartida con otros médicos. La paciente puede restringir sus peticiones porque no hay una relación

directa ni económica. Todos estos factores son contrarios en la paciente privada ya que el médico es 100 % responsable de su ejercicio profesional. Estas diferencias inciden en las frecuencias menores de cesáreas en los hospitales públicos (17-20).

Aunque se han diseñado esquemas para orientar al médico a decidir sobre la vía del parto, esta debe ser individualizada por la gran cantidad de variables que intervienen y por las circunstancias que se presentan (20).

Todos los cambios en la sociedad y en las pacientes, han traído como consecuencia que los médicos ejerzan una medicina defensiva (16-17,21).

Cualquier paciente puede comenzar una demanda y aunque solo el tribunal es el competente para decidir, se crea angustia, desilusión e incertidumbre en el médico (17). En Irlanda (17) el 82 % de los médicos hicieron cesárea por solicitud para evitar demandas médicas. Entre los factores que pueden ayudar a prevenir las demandas tenemos una relación médico paciente satisfactoria (22), el consentimiento informado (23,24) y el ejercicio médico acorde con los valores éticos y morales de la profesión y el cumplimiento de las normas médicas establecidas. Todas estas son evidencias que muestran que, el médico explicó y le hizo saber todo lo necesario para que la paciente pudiera decidir, y por su propia voluntad y con su firma, resolver en cuanto a hacer la cesárea. La medicina defensiva ha traído como resultado un incremento en la frecuencia de cesáreas.

El consentimiento informado no reflejará las decisiones de las pacientes frente a otras variables como la falta de voluntad, presiones por terceras personas, la no comprensión de lo explicado por el médico, creencias basadas en mitos, niveles sociales bajos y el gran paternalismo médico (23-25).

5. Los cambios y progresos tecnológicos: la medicina, al igual que otras ciencias y ramas del saber, se ha beneficiado con los cambios y progresos tecnológicos como son: la técnica quirúrgica, anestesia, antibióticos, transfusiones sanguíneas y asistencia médica en general. Todo ello ha traído como consecuencia una disminución de la morbilidad y mortalidad materna y la cesárea se ha convertido en una intervención muy segura (19). Apesar de ello, continúa siendo un problema grave de salud pública en países en vías de desarrollo motivado a los factores y circunstancias presentes en el momento de practicar la cesárea (26).

6. Las leyes que protegen a las mujeres con el

objeto de una vida libre de violencia e incluye su actividad sexual, embarazo y parto. Las mujeres se sienten amparadas por las leyes que los gobiernos sancionan y ponen en vigencia. En Venezuela, según el artículo 76 de la Constitución de 1999, el Estado garantiza asistencia y protección integral a la maternidad, en general a partir del momento de la concepción, durante el embarazo, parto y el puerperio. Igualmente el artículo 51 de la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del 2007(27), se establece que son actos de violencia obstétrica los siguientes: a) no atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas, b) obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical, c) alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer, d) practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer. Simultáneamente, de acuerdo con el artículo 18 de la Ley para Protección de las Familias, la Maternidad y la Paternidad del 2007(28), se señala que el Estado desarrollará programas dirigidos a garantizar asistencia y protección integral a la maternidad y a la paternidad, de conformidad con la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y la ley. De acuerdo a las leyes antes enunciadas pareciera que no favorecen la cesárea; sin embargo, creemos que lo que hacen es obligar a las autoridades sanitarias a prestar el servicio y atención a las embarazadas. Además, reafirman la autonomía, la justicia y la libertad que tienen las mujeres de escoger la vía del parto haciendo hincapié en el consentimiento voluntario.

7. La relación entre el embarazo con el aparato urinario, los genitales y el ano: otro factor mencionado, para fundamentar la cesárea por solicitud, es la posible asociación beneficiosa entre esta y la prevención de problemas del piso pélvico, incluyendo prolapso, incontinencia urinaria y fecal e influencia favorablemente la actividad sexual.

En la literatura revisada no hay evidencia clara, ni significativa, de que la cesárea sea mejor que el parto vaginal para prevenir los problemas antes mencionados y la de favorecer el sexo. Los cambios del piso pélvico, en cuanto a su sostén y función,

parecen comenzar antes del parto (29-32).

En nuestro país, Obregón y Saunero (30) encontraron, en una evaluación sobre la disfunción del piso pélvico, que el 13 % de las pacientes tenían antecedentes de cesárea, lo cual representó una baja ocurrencia.

Motivado a los numerosos factores etiopatogénicos que intervienen en la patología del piso pélvico así como en la disfunción sexual, es difícil atribuirle a la cesárea que actúe como preventivo de esta patología. Solamente trabajos bien controlados y con evidencias a toda prueba proveerán los resultados que avalen estos efectos de la cesárea.

8. La influencia de las compañías de seguros médicos: la intervención de este factor presionando al médico sobre decisiones económicas y de orden estrictamente médico se hace cada vez más presente y frecuente. En cuanto a las decisiones económicas tratan de imponer los honorarios y solicitan explicaciones sobre las indicaciones de las cesáreas; así como, los honorarios por parto vaginal y cesárea tienen poca diferencia entre ellos, por lo que el médico decida hacer la cesárea y no permanecer varias horas en un trabajo de parto que puede terminar en cesárea. Además, ejercen acciones sobre las pacientes en el sentido de que le pagarán todos los costos del parto, si lo tienen en tal o cual institución. En estos casos el médico debe ser el que trabaje en esa institución. Esta actitud de las compañías de seguros tiene como consecuencia que, las pacientes después de realizar su control prenatal, con el médico por ellas escogido, se ven en la necesidad de tener que hacer otra relación médico paciente, con otro profesional, en un momento apremiante y la relación establecida anteriormente queda sin efecto. Si la paciente no tiene condiciones económicas que le permitan escoger la institución donde tendrá el parto, deberá aceptar las condiciones del seguro y las indicaciones del otro médico.

9. Los cambios en la enseñanza médica: los progresos y el dinamismo de la vida actual junto a los adelantos tecnológicos, han influido en la educación y entrenamiento de los futuros médicos y de los especialistas. El tiempo de espera, en el trabajo de parto, y la utilización de fórceps, se han sustituido progresivamente por la cesárea. Al ir perdiendo la experiencia y la habilidad, los encargados de enseñar y entrenar a los nuevos profesionales, se concentrarán cada vez más en transmitir la enseñanza de la cesárea; además, si

esta es practicada en condiciones óptimas y con la disposición de todo lo necesario para resolver cualquier eventualidad que se presente, los riesgos para el feto, recién nacido, madre y médico son mínimos (4,5).

La vida moderna y el estrés que ella acarrea favorecen la realización de la cesárea, porque reduce el tiempo de actuación y la angustia de un trabajo de parto.

10. El sexo del médico: motivado al incremento progresivo de mujeres como profesionales de la medicina, las cuales probablemente, casi todas han tenido la experiencia de uno o más partos, pudiera hacer pensar que la relación médico de sexo femenino y paciente embarazada tenga algunas diferencias, cuando se compara con la de los médicos de sexo masculino. De esta forma, la escogencia o predilección de la paciente por un médico puede estar influenciada por el sexo del mismo.

Los resultados de los análisis que se han reportado en relación con este factor son contradictorios. Al-Mufti y col., citados por Liu (33) reportan que, en Londres, las cesáreas por solicitud fueron realizadas mayormente por mujeres que por hombres; otros estudios no encuentran diferencias y Liu y col. (33) en Taiwan encontraron que, el 88 % de las cesáreas fueron hechas más por hombres que por mujeres. Gunnervick y col. (21) informaron que, en Suecia, las mujeres gineco obstetras rechazaron con mayor frecuencia hacer una cesárea por solicitud que los hombres. Señala que puede tener relación con la mayor edad y experiencia de los médicos de sexo masculino.

En nuestro país no conocemos la asociación del sexo del médico y la frecuencia de cesárea. Las razones que influyen esta asociación no son claras y, en cada área geográfica, las razones serán diferentes. Es necesario hacer otros análisis para conocer más sobre esta relación. Pueden depender de las costumbres de la sociedad, número de médicos de acuerdo al sexo, la preferencia de las pacientes conforme sus creencias y experiencias y las actitudes y valores de los médicos, los cuales pueden variar de acuerdo a su edad, experiencia y la época que les toca vivir.

Análisis de los beneficios y riesgos de la cesárea por solicitud.

En general, los reportes que hemos examinado presentan riesgos y beneficios diferentes, lo cual hace

difícil decir cual beneficio o riesgo es en realidad cierto. Lo que un autor informa como hallazgo verdadero para otro no lo es. Probablemente ello es debido al gran número de elementos e influencias que tienen que ser tomados en cuenta al realizar los análisis (34).

En relación con la madre: en el 2006 el Instituto Nacional de Salud de Estados Unidos, en una conferencia y por consenso, determinó que no hay evidencia suficiente para comparar los beneficios y riesgos de la cesárea por solicitud con el parto vaginal planificado. Concluyeron en que, la decisión para realizar una cesárea por solicitud debe ser individualizada y según los principios éticos (1). En una encuesta realizada por Bettes y col. (32) se les solicitó a los médicos seleccionar 14 riesgos y 14 beneficios para la madre y el neonato que estuviesen asociados con la cesárea por solicitud. La mayoría respondió que hay mayor número de riesgos que beneficios. Hay autores que sostienen que el juicio clínico basado en la beneficencia favorecen el parto vaginal; sin embargo, la autonomía de la paciente debe ser respetada (20,35-41). Otros autores (19,42) reportan que la morbilidad y mortalidad materna son similares en las cesáreas por solicitud y en los partos vaginales planificados. Hay que tener en cuenta, al analizar los estudios reportados, los factores que pueden modificar las cifras como son: países desarrollados o en vías de desarrollo, hospitales públicos o privados y separar las cesáreas por solicitud o por indicación médica u obstétrica.

Mencionaremos 3 riesgos en relación con la placenta que por su importancia y frecuencia deben ser tomados en cuenta: la placenta previa, la placenta ácreta y el desprendimiento prematuro de placenta, las cuales, a mayor número de cesáreas mayor frecuencia de estas patologías (4,18,42-45).

Otro de los riesgos de la cesárea son la dehiscencia y rotura uterina, que ocurren con una frecuencia de 0,5 % a 2% (4,42,43,46).

Las complicaciones anteriores deben tenerse en cuenta como pronóstico para los siguientes embarazos y partos. Debe informarse de ellas a las pacientes. Para disminuir estos riesgos el número de cesáreas deben ser 2 ó máximo 3.

Los riesgos de embarazo ectópico y problemas de fertilidad están aumentados en las pacientes con cesárea.

La mortalidad materna es uno de los riesgos que tienen todas las embarazadas; sin embargo, en la

actualidad el riesgo de mortalidad para una cesárea por solicitud es mínimo si se cumplen los siguientes requisitos: médico capacitado para hacer la cesárea, un ambiente que tenga todos los recursos para realizar el acto médico, disposición de la tecnología correspondiente y una paciente con embarazo de 38-39 semanas con condiciones de salud y sociales satisfactorias (37-48). No ocurre lo mismo en países en vías de desarrollo y partos asistidos en hospitales públicos.

Hay que tomar en cuenta todo lo relacionado con los costos. El parto vaginal es de menor costo que una cesárea por solicitud. Esta condición ya es una determinante para que la cesárea, en los hospitales públicos, tenga una menor frecuencia (49). Belizan y col. (50) reportan, para 1997, que si en 19 países latinoamericanos la frecuencia de cesáreas hubiera sido de 15 %, se habría evitado 850 000 cesáreas. Estos costos son muy altos para una región con presupuestos de salud limitados.

Los beneficios para los recién nacidos están relacionados con una menor frecuencia de asfixia neonatal, encefalopatías, hemorragia intracraneal, infección neonatal y heridas como fracturas y lesiones de nervios (7,32,42).

Los riesgos para los recién nacidos dependerán de la edad del embarazo, a menor edad del embarazo más prematuros que tienen una mayor frecuencia de morbilidad respiratoria (4,42,43). De allí la importancia de hacer la cesárea cuando el feto está maduro, que es a las 38,39 semanas. En los países latinoamericanos hubo un incremento de la mortalidad perinatal asociado a un incremento de cesáreas e igualmente un aumento de parto pretérmino (51).

Conclusiones. La frecuencia sugerida de cesárea debe ser entre 15 %-20 %. Por todos los factores enumerados anteriormente, que intervienen de una u otra forma, estas cifras han tenido un gran incremento. La decisión para hacer una cesárea por solicitud debería ser un acto cuya determinación depende de la paciente y del médico. En cuanto a la paciente, su autonomía y libertad deben ser tomadas en consideración; es responsabilidad del médico preguntar a la paciente por qué la desea y luego informarle sobre los beneficios, complicaciones y riesgos, tanto precoces como tardíos, que pueden presentarse a ella, al feto y al recién nacido.

Somos de la opinión que la vía vaginal es la primera opción; sin embargo, en estos tiempos se requiere de mucha paciencia, voluntad y habilidad para hacer que la paciente cambie de juicio y acepte

el parto vaginal (52-55).

El médico debe comunicarle a la paciente las evidencias existentes sobre los riesgos y beneficios y manifestarle su experiencia para así poder eliminar las creencias y temores que tenga sobre la cesárea. Otro factor que debe tomar en cuenta el médico es la equidad, en el sentido de practicar la cesárea a las pacientes que la soliciten en igualdad de condiciones (40).

Con el objeto de disminuir las cesáreas innecesarias se han implementado normativas con resultados contradictorios, dependiendo del medio hospitalario donde estas se llevan a cabo. Otra forma de disminuir la frecuencia de cesárea es mediante un cambio de actitud de las pacientes y de los médicos. En el presente pareciera que no hay ni la actitud, ni la voluntad para ello. Altahabe y col. (56) señalaron la importancia de tener una segunda opinión para efectuar la cesárea; y en 34 hospitales de Latinoamérica que se rigieron por esta política, la disminución de cesárea fue pequeña pero significativa y la mayoría fueron en trabajo de parto.

Debemos decir que, los aspectos aquí tratados, fueron presentados de una forma resumida ya que, cada uno de ellos amerita un análisis amplio y profundo, debido a la gran cantidad de elementos que se interrelacionan, lo cual puede traer como resultado las distintas interpretaciones de los hallazgos que se obtengan.

Agüero (57), en una revisión sobre las publicaciones de cesárea en Venezuela hasta 1990, destacó que “el número impresionante de cesáreas que se hacen hoy, especialmente en los hospitales privados, permite y merece numerosos y útiles análisis”.

No conocemos en nuestro país trabajos sobre los beneficios y riesgos de la cesárea por solicitud cuando se comparan con el parto vaginal planificado. Serían datos importantes que permitirían profundizar, sobre evidencias sólidas, la realidad de todo lo anteriormente presentado.

“El mundo humano no es el de las grandes y absolutas verdades sino el de las verdades probables y cambiantes.”

David Hume

REFERENCIAS

1. Robson SJ, Tan WS, Adeyemi A, Dear KBG. Estimating the rate of cesarean section by maternal request: Anonymous survey of obstetricians in Australia. *Birth*. 2009;36:208-212.
2. Buhimschi CS, Buhimschi IA. Advantages of vaginal delivery. *Clin Obstet Gynecol*. 2006;49:167-183.
3. Bonfante TM, Silveira GC, Thiago MS, Sommacal LF, Fedrizi EN. Factores asociados à preferencia pela operacao cesariana entre puérperas de instituicao pública e privada. *Arq Catarin Med*. 2009;38:26-32.
4. Zighelboim I, Sánchez RW. ¿Cesárea una panacea? *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2007;67:217-221.
5. Uzcátegui UO. Estado actual de la cesárea. *Gac Méd Caracas*. 2008;116:280-286.
6. Sacae THM, Freitas PF, d'Orsi E. Factores asociados a taxas de cesárea em hospital universitário. *Rev Saúde Pública*. 2009;43:472-480.
7. Dahlgren LS, von Dadelszen P, Christilaw J, Janssen PA, Lisonkova S, Marquette GP, et al. *J Obstet Gynaecol Can*. 2009;31:808-817.
8. Zhang J, Liu Y, Meikle S, Zheng J, Sun W, Li Z. Cesarean delivery on maternal request in southeast China. *Obstet Gynecol*. 2008;111:1077-1082.
9. Gómez-Dantes O. El secuestro de Lucina (o cómo detener la epidemia de cesáreas). *Salud Publica Mex*. 2004;46:71-74.
10. Williams HO. The ethical debate of maternal choice and autonomy in cesarean delivery. *Clin Perinatol*. 2008;35:455-462.
11. Casagrandi CD, Pérez PJ, Areces DG, Sanabria AA, Urra CR, Benavides LS, et al. Tendencias de algunos indicadores relacionados con la cesárea. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2007;33:1-12.
12. Mancuso A, De Vivo A, Fanara G, Albiero A, Priolo AM, Giacobbe A, et al. Caesarean section on request: Are there loco-regional factors influencing maternal choice? An Italian experience. *J Obstet Gynaecol*. 2008; 28:382-385.
13. Luna F, Salles ALF. Bioética: nuevas reflexiones sobre debates clásicos. Fondo de Cultura Económica. Argentina. 2008.
14. Karistrom A, Engstrom-Olofsson R, Nystedt A, Thomas J, Hildingsson I. Swedish caregivers' attitudes towards caesarean section on maternal request. *Women and Birth*. 2009;22:57-63.
15. Kizer S. Los cambios en la sociedad y su influencia en la salud de la mujer. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2008;68:213-214.
16. Silva OI, León Cechini A. Ética en medicina. Responsabilidad profesional. Módulo 2. Centro Nacional de Bioética. Caracas. 1999.
17. Coleman VH, Lawrence H, Schulkin J. Rising cesarean

FRECUENCIA DE LA CESÁREA

- delivery rates. The impact of cesarean delivery on maternal request. *Obstet Gynecol Surv.* 2009;64:115-119.
18. Reilly DA. Caesarean section on maternal request: How clear medical evidence fails to produce ethical consensus. *J Obstet Gynaecol Can.* 2009;31:1176-1179.
 19. Nygaard I, Cruikshank DP. Should all women be offered elective cesarean delivery? *Obstet Gynecol.* 2003;102:217-219.
 20. Chervenak FA, McCullough LB. An ethically justified algorithm for offering, recommending, and performing cesarean delivery and its application in managed care practice. *Obstet Gynecol.* 1996;87:302-305.
 21. Molina Vilchez R, Marmol de Maneiro L, Sánchez Montes J. Cesárea: Tendencia en frecuencia e indicaciones. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1995;55:65-70.
 22. López Gómez JR. Dilemas bioéticos en obstetricia y ginecología. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2006;66:185-190.
 23. Uzcátegui UO, Cabrera C. Aspectos bioéticos de la cesárea y consentimiento informado. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2010;70:47-52.
 24. Uzcátegui UO, Toro Merlo J. Consentimiento informado. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2008;68:1-4.
 25. Ogwuegbu CHC, Eze OH. Ethical and social issues facing obstetricians in low-income countries. *Clin Obstet Gynecol.* 2009;52:237-249.
 26. Faneite P, Rivas M. Mortalidad materna: tragedia prevenible. ¿Hemos avanzado? *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2010;70:24-30.
 27. Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela No. 38770.* 2007.
 28. Ley para protección de las familias, la maternidad y la paternidad. *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela No. 38773.* 2007.
 29. Obregón Yáñez L, Dávila de Fermín D, Toro Merlo J. Prolapso genital. Epidemiología y factores predisponentes. Primer Consenso Venezolano de Uroginecología. En: Nieves Lugo L, Alvarez Nieto JM, editores. Caracas: Editorial Ateproca; 2008:15-22.
 30. Obregón YLE, Saunero OAF. Disfunción del piso pélvico: Epidemiología. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2009;69:172-178.
 31. Dietz HP, Bennett MJ. The effect of Childbirth on pelvic organ mobility. *Obstet Gynecol.* 2003;102:223-228.
 32. Bettes BA, Coleman VH, Zinberg S, Spong CY, Portnoy B, De Voto E, et al. Cesarean delivery on maternal request. *Obstet Gynecol.* 2007;109:57-66.
 33. Liu TCH, Lin HCH, Chen CHSH, Lee HCH. Obstetrician gender and the likelihood of performing a maternal request for a cesarean delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2008;136:46-52.
 34. Minkoff H, Chervenak FA. Elective primary cesarean delivery. *N Engl J Med.* 2003;348:946-950.
 35. Minkoff H, Powderly KR, Chervenak F, McCullough LB. Ethical dimensions of elective primary cesarean delivery. *Obstet Gynecol.* 2004;103:387-392.
 36. Little MO, Lyster AD, Mitchell LM, Armstrong EM, Harris LH, Ku Kla R, et al. Mode of delivery: Toward responsible inclusion of patient preferences. *Obstet Gynecol.* 2008;112:913-918.
 37. Nilstun T, Habiba M, Lingman C, Saracci R, Da Frè M, Cuttini M. Cesarean delivery on maternal request: Can the ethical problema be solved by the principlist approach? *BMC Medical Ethics.* 2008;9:1-8.
 38. Robson S, Carey A, Mishra R, Dear K. Elective caesarean delivery at maternal request: A preliminary study of motivations influencing women's decision-making. *Aust NZ J Obstet Gynaecol.* 2008;48:415-420.
 39. Sharma G, Chervenak FA, McCullough LB, Minkoff H. Ethical considerations en elective cesarean delivery. *Clin Obstet Gynecol.* 2004;47:404-408.
 40. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion. Surgery and patient choice: The ethics of decision making. *Obstet Gynecol.* 2003;102:1101-1106.
 41. Kalish RB, McCullough LB, Chevernak FA. Patient choice cesarean delivery: Ethical issues. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2008;20:116-119.
 42. Visco AG, Viswanathan M, Lohr KN, Wechter ME, Gartlehner G, Wu JM, et al. Cesarean delivery on maternal request. Maternal and neonatal outcomes. *Obstet Gynecol.* 2006;108:1517-1529.
 43. Cárdenas R. Complicaciones asociadas a la cesárea: la importancia de un uso modicamente justificado. *Gac Méd Méx.* 2002;138:357-366.
 44. Clark SL, Koonings PP, Phelan J. Placenta previa/acreta and prior cesarean section. *Obstet Gynecol.* 1985;66:89-92.
 45. Gilliam M, Rosenberg D, Davies F. The likelihood of placenta previa with greater numbers of cesarean deliveries and higher parity. *Obstet Gynecol.* 2002;99:976-980.
 46. Aguero O. Cesárea anterior y parto vaginal. *Rev*

- Obstet Ginecol Venez. 1992;52:135-139.
47. Declercq E, Barger M, Cabral HJ, Evans SR, Kotelchuck M, Simon C, et al. Maternal outcomes associated with planned primary cesarean births compared with planned vaginal births. *Obstet Gynecol.* 2007;109:669-677.
 48. Lang CHT, King JC. Maternal mortality in the United States. *Clin Obstet Gynecol.* 2008;22:517-531.
 49. Zupancic JAF. The economics of elective cesarean section. *Clin Perinatol.* 2008;35:591-599.
 50. Belizán JM, Althabe F, Barros FC, Alexander S. Rates and implications of cesarean sections in Latin America: Ecological study. *BMJ.* 1999;319:1397-1402.
 51. 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.* 2006;367:1819-1829.
 52. Sánchez Torres F. Reflexiones éticas en torno de la operación cesárea. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1991;51:75-86.
 53. Sardiñas Ramírez A. La operación cesárea y la obstetricia de hoy. *Ginecol Obstet Mex.* 2005;73:155-159.
 54. Suárez Ocando D. Cesárea – uso y abuso. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1993;53:71-78.
 55. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion. Cesarean delivery on maternal request. *Obstet Gynecol.* 2007;110:1209-1212.
 56. Althabe F, Belizán JM, Villar J, Alexander S, Bergel E, Ramos S, et al. Mandatory second opinion to reduce rates of unnecessary caesarean sections in Latin America: A cluster randomized controlled trial. *Lancet.* 2004;363:1934-1940.
 57. Agüero O. Publicaciones sobre cesárea en Venezuela hasta 1990. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1993;53:3-16.

Gac Méd Caracas 2011;119(1):21-27

Muerte fetal: evento actual

Drs. Pedro Faneite, Clara Rivera, Josmery Faneite, Rosanna Amato
E-mail: faneitep@cantv.net

Departamento de Obstetricia y Ginecología. Departamento Clínico Integral de la Costa. Universidad de Carabobo, Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”, Puerto Cabello, Estado Carabobo, Venezuela

RESUMEN

El objetivo fue estudiar la mortalidad fetal, conocer su frecuencia, determinar características maternas, condiciones obstétricas y factores relacionados.

Es un estudio observacional, descriptivo de 347 muertes fetales sucedidas entre 2005-2009. Para el mismo lapso se registraron 17 406 nacimientos en el Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”, Puerto Cabello, Estado Carabobo.

Recibido: 10/06/10
Aprobado: 18/08/10

La mortalidad fetal para el período fue 19,94 por mil nacidos o 1 por cada 50 nacimientos. Hubo predominio de pacientes de 24 años y menos (40,35 %), en antecedentes familiares destacó la hipertensión arterial (18,44 %) y diabetes e hipertensión arterial crónica (9,8 %), en los personales la hipertensión arterial (17,58 %). El diagnóstico de ingreso fue feto muerto 47,26 %, rotura prematura de membranas 14,7 % y patología hipertensiva 14,12 %. No realizaron control prenatal 48,7 %; eran multigestas 43,24 %, con edad de embarazo ≤ 36 semanas 70,03 %, y resuelto en parto vaginal 77,52 %. Predominaron los fetos masculinos (57,06 %), con peso $\leq 2 500$ g (75,5 %)