

El camino imparabile de la cesárea. Acercándonos al riesgo “0”

Antonio González González

Académico de Número y Presidente de la Sección de Medicina de la Real Academia de Doctores de España
antoniogonzalez.doctor@gmail.com

A nadie se le escapa que el parto, ese obligado e ineludible viaje de llegada a este mundo que todos hemos tenido que hacer, resulta un acontecimiento muy feliz con connotaciones muy significativas y gratas, tanto a nivel personal, como a nivel familiar y social.

No obstante, aunque la mayoría de los partos suelen tener un final feliz, a veces no es así, y el que se presume corto y fácil, se puede convertir en pocas horas, en un proceso tedioso, difícil y trascendente, para la salud de la madre y del propio feto.

Nacer ilesos, tanto mental como físicamente, es un derecho fundamental de todo ser humano y el objetivo prioritario de la asistencia obstétrica. La revisión bibliográfica de la literatura científica nos revela que hay niños que presentan al nacer diversos cuadros de déficit neurológico que podrían minusvalorar su posterior desarrollo y lastrar desfavorablemente su futuro. Es el caso, por ejemplo, de las alteraciones neurológicas relacionadas con la prematuridad extrema y muy extrema, con el bajo peso, macrosomía fetal, maniobras obstétricas difíciles y arriesgadas, y con la hipoxia y acidosis fetal intraparto, por citar algunas de las más frecuentes y temidas para la integridad cerebral del recién nacido.

La incidencia de la hipoxia fetal ronda el 2% de todos los partos, mientras que la encefalopatía hipóxico-isquémica o traumática es mucho menor, estimándose en 2-3 casos por cada mil recién nacidos, cifra que puede variar de unos hospitales a otros en dependencia del tipo de asistencia obstétrica prestada.

Decía el gran obstetra Chamberlen, allá por el siglo XVIII, en relación con el parto por vía vaginal que, “los 12 cm que separan al feto del mundo exterior, es el viaje más difícil y peligroso que hará en toda su vida”.

La sociedad en la que vivimos, en constante proceso de cambio, nos demanda nuevos retos asistenciales que puedan prevenir estas complicaciones neurológicas que acechan a la salud y bienestar del feto y que no siempre se conducen y dirigen de forma adecuada y con el mayor margen de seguridad. Me permitiré ofrecerles algunas reflexiones a propósito de los factores condicionantes que, en la actualidad, mediatizan y condicionan para bien o para el mal, la asistencia al parto normal y patológico.

Estamos en una época en la que el progreso de la medicina ha sido tan grande, que difícilmente se **acepta, tolera y entiende** en la actualidad, un resultado perinatal adverso ligado al propio parto, un proceso por otra parte, **natural y fisiológico** que, como tal, debería resolverse con la máxima seguridad y sin los riesgos advertidos.

Es nuestra intención, reflexionar sobre las tasas generales de cesáreas, sus diversas modalidades y sus principales indicaciones, a sabiendas que la conducta obstétrica se mueve y cambia sin cesar a expensas y en consonancia con los tiempos que corren, los resultados perinatales conseguidos y las lógicas demandas que nos plantea a diario la población general. Los obstetras estamos comprometidos en cada parto, con un objetivo irrenunciable, el nacimiento de un niño en todo su esplendor físico, psíquico y mental.

Este tema, que trata el **tipo, el momento y la vía para el parto**, es muy amplio y resulta difícil, en este breve espacio de que disponemos, exponer todas las circunstancias que rodean al nacimiento. Por esta razón, nos limitaremos a comentar solamente estos tres apartados, la **incidencia actual de las tasas de cesáreas, la cesárea programada** y la cesárea a conveniencia o “cesárea a la carta”.

1.- TASA GENERAL DE CESÁREAS

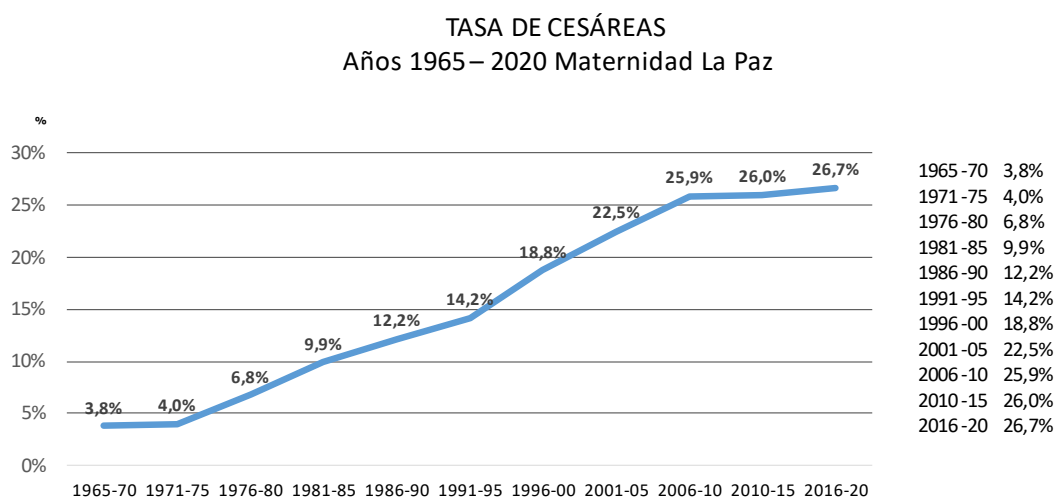


Figura 1 Tasa de cesáreas. Años 1965-2020 Maternidad La Paz

La figura 1, muestra las tasas de cesáreas y su inequívoca y repetitiva tendencia ascendente, observada en los últimos 55 años de vida de la Maternidad de la Paz de Madrid, un centro hospitalario de tipo terciario (para pacientes de alto riesgo), donde han tenido lugar un total nada despreciable de 707.503 partos y donde he permanecido en activo durante 47 años de mi vida profesional.

En la tabla I exponemos la incidencia y el tipo de los embarazos y partos de alto riesgo que se asistieron en la mencionada Maternidad durante el año 2020. Todos ellos tienen que ver directa o indirectamente, con un aumento de la tasa de cesáreas.

Tabla I. Parámetros obstétricos generales
Año 2020 Maternidad La Paz

Total partos	5.035
Cesáreas	1.341 (27%)
Partos instrumentales	580 (11%)
Prematuridad	507 (10%)
Bajo Peso	581 (11%)
P. Podálicas	227 (4,5%)
Gestaciones Múltiples	161 (3,2%)
Edad > 35 años	46%
Primíparas	56%

Tabla I.- Parámetros obstétricos generales. Año 2020 Maternidad La Paz

En este tiempo, el porcentaje global de cesáreas pasó de un **3,36% en el año 1965 a un 26,63% en el 2020** y no se fraguó de la noche a la mañana. La tendencia de la curva fue dibujándose año tras año, debido al **incremento general** de las indicaciones habituales, (fetales, maternas y obstétricas). Señalemos que algunas de ellas, como la indicación de cesárea en el parto de nalgas, ya no se recomienda en la actualidad y se ha pasado, en ausencia de factores desfavorables, a optar por la vía vaginal, aunque mucho nos tememos que a pesar de su “liberación”, esta recomendación cause el efecto deseado.

Nos pararemos, no obstante, en considerar otro tipo de **indicaciones más específicas** que han aumentado de forma significativa en los últimos años y que son:

- a.- **El aumento de las cesáreas programadas.**
- b.- **El aumento de las cesáreas a la carta.**

En ambas situaciones, se contempla la misma actitud, **la eliminación progresiva y deliberada de la vía vaginal**, para los casos de embarazos y partos difíciles y/o de diagnóstico intranquilizador y pronóstico incierto.

2.- CESÁREAS PROGRAMADAS (CP)

Son las que se realizan a fecha determinada y antes del comienzo del parto, tratando de evitar el riesgo del trabajo de parto (contracciones uterinas) y el paso del feto por el canal del parto.

En la tabla II, resumimos las causas que conducen con más alta frecuencia a una cesárea programada, como son la cesárea anterior, la cesárea iterativa, los partos de nalgas (ya mencionados) y las gestaciones múltiples. En nuestro centro, las cesáreas programadas, también han aumentado considerablemente, En el año 2020 y sobre un total de 1431 cesáreas, se indicaron 522 casos (un 39 %) de cesáreas programadas. En la tabla II detallamos la indicación final de todas ellas. Ocupan los primeros lugares las cesáreas anteriores con un 26,3% y las presentaciones podálicas (24%).

Tabla II. Cesáreas programadas
Año 2020 Maternidad La Paz

Total cesáreas 1.341, programadas 522 (39%)

INDICACION 522 cesáreas programadas	
Cesárea anterior	137 (26,3%)
- <i>Cuello desfavorable</i>	87 (16,7%)
- <i>A demanda</i>	50 (9,6%)
Cesárea iterativa	66 (12,6%)
P. Podálicas	120 (23%)
Gestación múltiple	37 (7%)
Indicación fetal	65 (12,4%)
Indicación obstétrica	54 (10,3%)
Patología materna	43 (8,2%)

Tabla II.- Cesáreas programadas. Año 2020 Maternidad La Paz

3.- “CESÁREAS A LA CARTA”

Es la que se realiza en ausencia de indicaciones médicas y a requerimiento de la propia paciente. También se la denomina cesárea “**a la carta**” o “**a demanda**” en español y cesárea “**by choice**” o “**by request**”, en inglés. También podría denominarse “**cesárea a conveniencia**” de la propia embarazada, por miedo, inseguridad e incertidumbre ante el parto vaginal Por ahora, el número de pacientes que eligen y solicitan la vía abdominal para

su parto, ronda ya una cifra nada desdeñable, 50 casos en total, el 10% del total de las cesáreas programadas.

Se puede decir que esta “nueva” indicación obedece a la simplificación en la técnica de la operación cesárea, principalmente la denominada de Misgav Ladach que empezó a extenderse desde el año 1994 y que nació en un Hospital así llamado de Jerusalén.

Se trata de una operación que se hace en pocos minutos, se aprende con facilidad, es muy segura y presenta escasos riesgos y complicaciones maternas. Su práctica se ha ido liberando y ha desbordado, con éxito indudable, todas las expectativas. No obstante, a pesar de las “virtudes” mencionadas, esta técnica ha contribuido a aumentar el número de cesáreas en todo el mundo.

Debidamente informada, este planteamiento que solicitan las pacientes debe ser respetado porque se basa en la aplicación del principio ético de la **autonomía del paciente** que prevalece sobre el de la **beneficencia y no maleficencia** que obliga al médico a procurar, ante todo, la salud y bienestar del paciente. Hay que reconocer que las relaciones médico-paciente han cambiado sustancialmente y frente a la asidua relación paternalista de antaño, en la que el obstetra era el que tomaba las decisiones, se ha ido imponiendo el criterio de la propia gestante.

4.- CONSIDERACIONES FINALES ¿QUÉ RESULTADOS SE HAN OBTENIDO CON EL AUMENTO DE LAS CESÁREAS?

MORTALIDAD PERINATAL

Años 2001-2020 Maternidad La Paz

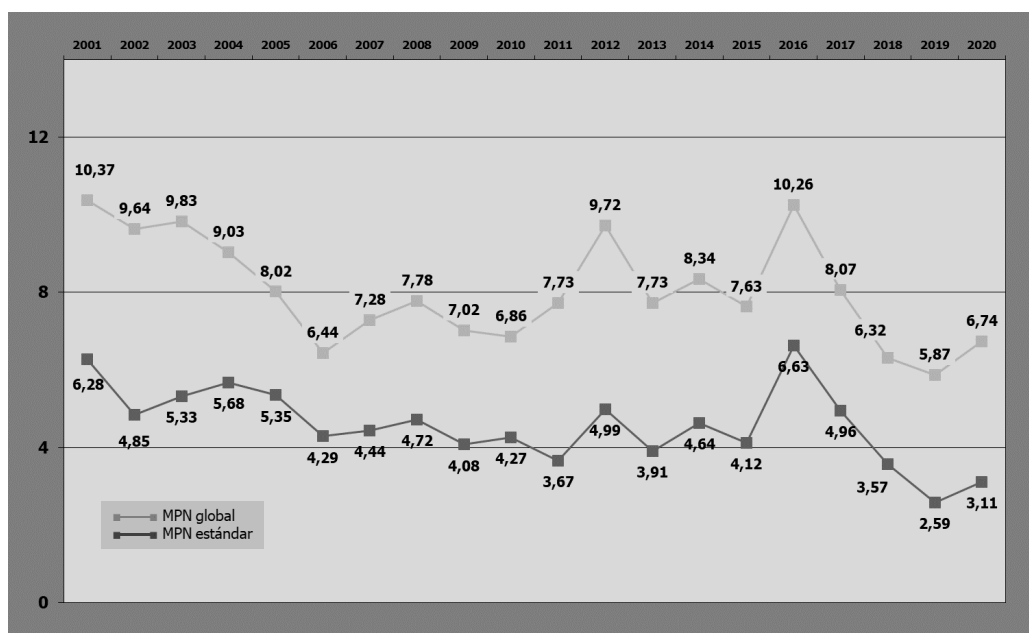


Figura 2.- Mortalidad perinatal. Años 2001-2020 Maternidad La Paz

El aumento en las cesáreas , ha ido emparejado con un nuevo descenso , aunque poco relevante, de la **Mortalidad Perinatal** (figura 2), a pesar de que en nuestra población de gestantes concurren **altos índices** de embarazos y partos de alto riesgo, la Mortalidad Perinatal en ese mismo año de 2020, se alcanzaron cifras muy bajas , de un 3,11 por mil nacidos de **Mortalidad Perinatal Standard** (Muertes fetales y neonatales de más de 1000 gramos de peso) y un 6,74 por mil nacidos de **Mortalidad Perinatal Global** (Muertes fetales de más de 500 g). Estos últimos datos, que han ido descendiendo año tras año, los valoramos muy positivamente y creemos que se han conseguido con el buen hacer asistencial, tanto por parte del Servicio de Obstetricia como por el de Neonatología.

La adecuada y ponderada interpretación de todos los factores relacionados con el tipo de parto, ha originado la división actual entre los defensores a ultranza de este aumento de las cesáreas, y los que creen que es necesario ponerle coto a su generosa y liberal realización cuando no hay una firme indicación clínica que la justifique.

Será muy difícil reducir estas cifras de mortalidad perinatal, ya de por sí bastante bajas, aunque aumentemos deliberadamente el número de cesáreas. Entre otras cosas, porque no podemos rebajar la incidencia de la prematuridad extrema y muy extrema.

Lo que sí podríamos rebajar sería únicamente la morbilidad neurológica que se asocia a los partos traumáticos.