

El iceberg de las cesáreas sin indicación

The iceberg of caesarean deliveries without indication

Sra. directora:

He leído con interés el artículo de Redondo et al.¹ sobre la variabilidad de la tasa de cesáreas en los hospitales españoles. Me llama la atención la poca importancia que da a la realización de cesáreas a petición de la embarazada, aunque es cierto que se mencionan diferencias entre hospitales en relación con el código 669.71 (parto mediante cesárea sin indicación), más frecuente en algunos hospitales privados (11,5% frente a 3,1% global).

A veces se tiene la impresión de que la cesárea a demanda es algo nuevo en obstetricia, cuando en realidad las peticiones de cesárea han existido desde hace muchos años y lo que ha cambiado es la actitud del médico. Antes la petición era rechazada por el ginecólogo, que decidía por su cuenta lo que creía que era mejor para la mujer. Ahora se respeta la decisión de la embarazada, siempre que haya recibido información suficiente. Esta postura debe adoptarse, entre otras cosas, para cumplir lo que señala alguna sentencia firme que condena la falta de consentimiento informado a un parto vaginal². Desgraciadamente, informar de manera adecuada a la embarazada es difícil, porque las evidencias disponibles son limitadas y con algunos defectos metodológicos³.

La postura de aceptar la petición de la embarazada de que se le haga una cesárea ha llevado a que en Estados Unidos se estime que una de cada diez cesáreas se hace a petición de la madre⁴. De acuerdo con Redondo et al., en España esta cifra sería sólo de una de cada treinta, y me parece que es una infravaloración. Sería sólo la parte visible del iceberg, digamos las cesáreas a demanda declaradas, mientras que otras estarían en una «contabilidad B», ocultas entre otras indicaciones. Nadie debe intentar un parto vaginal en una paciente con una cesárea anterior sin recoger antes el correspondiente consentimiento informado. Si ésta no lo otorga, a pesar de la opinión en contrario del médico, que ha intentado obtenerlo justamente porque cree más adecuado intentar un parto vaginal, ¿no es eso una cesárea a demanda? Sin embargo, se clasificará como una cesárea por cesárea anterior. La situación se repetirá también en todos los casos de inducción del parto y, en general, siempre que se solicite de forma expresa el consentimiento para un parto vaginal.

Véase contenido relacionado en DOI:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.08.001>

Respuesta: ¿Qué conocemos de las cesáreas sin indicación?

Response: What do we know about caesarean deliveries on maternal request?

Sra. directora:

Nos gustaría agradecer los comentarios que ha realizado el autor de la carta¹ referente a nuestro artículo sobre la variabilidad del porcentaje de cesáreas, porque ha puesto sobre la mesa un tema relevante como es el respeto al principio de autonomía y la decisión informada. Lejos de entrar en este debate, nos gustaría aportar nuestra opinión sobre la reflexión que nos ha hecho llegar.

Véase contenido relacionado en DOI:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.05.011>

Para conocer realmente las dimensiones del problema de las cesáreas a demanda, creo que sería beneficioso que emergiese una parte mayor del iceberg que tenemos delante. Ahora se esconde determinada proporción de esas cesáreas entre otras indicaciones, quizás porque exista en mayor o menor grado una mala conciencia por parte del ginecólogo que hace la cesárea. Para empezar, sería útil aclarar si es un elogio o una crítica la afirmación de Redondo et al. de que sus datos pueden «sugerir una mayor receptividad en los hospitales privados ante las demandas de las mujeres sobre la vía del parto».

Contribuciones de autoría

El único autor ha hecho todas las contribuciones.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Redondo A, Sáez M, Oliva P, et al. Variabilidad en el porcentaje de cesáreas y en los motivos para realizarlas en los hospitales españoles. *Gac Sanit.* 2013;27:258-62.
2. Sentencia nº 509/2009 de TSJ Islas Baleares (Palma), Sala de lo Contencioso, 1 de Julio de 2009.
3. Viswanathan M, Visco AG, Hartmann K, et al. Caesarean delivery on maternal request. Evidence Report/Technology Assessment No. 133. Agency for Healthcare Research and Quality. March 2006.
4. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee opinion no. 559: cesarean delivery on maternal request. *Obstet Gynecol.* 2013;121:904-7.

Manuel Usandizaga

Servicio de Obstetricia y Ginecología,
Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, España
Correo electrónico: manuel.usandizaga@ssib.es

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.05.011>

El código 669.71 de la CIE-9-MC que hace referencia al «parto mediante cesárea sin indicación» puede utilizarse ante varias situaciones. Por un lado, puede registrarse cuando la cesárea se realiza por petición de la embarazada (cesárea a demanda), pero también hay otros motivos, como la variabilidad de la práctica médica y las presiones legales, que podrían cobijarse bajo este código². Podría ser que parte de las cesáreas a demanda estén encubiertas como cesáreas indicadas, y que estemos visualizando la punta del iceberg como expone el autor de la carta; sin embargo, con los datos de nuestro estudio no podemos verificar este hecho.

Ante la incapacidad de discernir el motivo final de la cesárea, sólo es posible sugerir que en los hospitales privados podría haber una mayor receptividad a las peticiones de las mujeres, pues desconocemos si el porcentaje de cesáreas sin indicación se debe a las peticiones de las embarazadas o a la variabilidad de la práctica médica. La misma reflexión podríamos aplicar a la práctica de una cesárea tras una anterior, donde encontramos porcentajes muy

diferentes tanto entre hospitales públicos como entre públicos y privados.

Estamos de acuerdo con el autor en que la cesárea por petición de la paciente no es un hecho de reciente aparición y en que es un factor que puede incrementar el porcentaje de cesáreas. No obstante, algunos estudios que han analizado la reacción del obstetra ante la petición de la embarazada y los motivos por los que la realiza, señalan que hay diferencias entre países^{3,4}. Mientras que el 79% de los obstetras de Reino Unido reconocen el derecho de la mujer a solicitar una cesárea, siendo éste un motivo importante para realizarla, en España el porcentaje sería del 15% y uno de los motivos por los que accederían a la petición es por miedo a las presiones legales³.

Por otro lado, sería interesante analizar las motivaciones de las gestantes para elegir la cesárea como alternativa al parto vaginal cuando no hay una indicación clínica. Razones como la conveniencia, el miedo al parto, la cesárea previa, la preocupación por el bienestar fetal durante el parto o bien las secuelas posparto, como la incontinencia urinaria, son motivos que se han expuesto en diversos estudios⁵.

Finalmente, las autoras no nos posicionamos sobre cuál es la práctica clínica adecuada, sino que aportamos datos respecto a lo acontecido en el año 2010 en 111 hospitales españoles, partiendo de la información del Conjunto Mínimo Básico de Datos, asumiendo por tanto las limitaciones que el estudio comporta y que han sido expuestas en el artículo.

Contribuciones de autoría

Todas las autoras han contribuido y aprobado la versión final del texto.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. El iceberg de las cesáreas sin indicación. Gac Sanit. 2013.
2. Menacker F, Hamilton BE. Recent trends in cesarean delivery in the United States. NCHS Data Brief. 2010;2010.
3. Habiba M, Kaminski M, Da Frè M, et al. Cesarean section on request: a comparison of obstetrician's attitudes in eight European countries. B J Obstet Gynecol. 2006;113:647-56.
4. Bettés BA, Coleman VH, Zinberg S, et al. Cesarean delivery on maternal request: obstetrician-gynecologist's knowledge, perception and practice patterns. Obstet Gynecol. 2007;109:57-66.
5. Robson S, Carey A, Mishra R, et al. Elective caesarean delivery at maternal request: a preliminary study of motivations influencing women's decision-making. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2008;48:415-20.

Ana Redondo*, Mercedes Sáez, Patricia Oliva y Maria Soler

Iasist S.A.U., Barcelona, España

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: aredondo@iasist.com

(A. Redondo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.06.006>