



¿ES JUSTIFICABLE LA ALTA PROPORCIÓN DE CESÁREAS?

Cómo aproximarnos a esta tendencia de carácter mundial

Alineados en primera fila hemos sido testigos del progreso acelerado de nuestra especialidad. Hace varios lustros, cuando comenzábamos nuestro entrenamiento obstétrico, llegamos al Instituto Materno Infantil y encontramos un recinto lleno de historia y de experiencias acumuladas; esto nos abrió las puertas a un camino esperanzador para recorrer un ejercicio profesional que se transformaba cada vez más con los avances tecnológicos. Allí se practicaba la obstetricia de las grandes maniobras, del examen semiológico, de la discusión de casos difíciles. En ese momento la mortalidad materna era cercana a 222 muertes por 100.000 nacidos vivos (1), consecuencia de una alta frecuencia de eclampsia con su respectiva morbilidad neurológica y de complicaciones derivadas de abortos practicados en condiciones inseguras. Sin embargo, siempre soñábamos con salvar vidas y asistimos al nacimiento de la perinatología, encargada de abrir la puerta al feto y al perinato como pacientes. La perinatología se encargó de escrutar el bienestar del feto y avanzó hasta llegar a la cirugía fetal. De esta manera la medicina perinatal ha ido de la mano con la ingeniería genética cuya meta es transitar hasta el clon del humano perfecto.

Estos avances han tenido consecuencias inevitables:

1. Medicalizar el control prenatal.
2. Institucionalizar el parto, con lo que el nacimiento en casa pasa a ser una rareza y tienden a desaparecer las parteras (2).
3. Aparece una nueva rama de la medicina: la anestesia obstétrica. Sobre este punto es legítima la duda sospechosa, encontrada al leer a Bartolomé de las Casas, quien afirmaba que las mujeres del Caribe, hace más de 500 años, parían sin dolor (3).
4. Desmitificar el miedo al puerperio convirtiendo a las madres en puérperas activas, que lactan, y son artífices de una realidad que cada vez es más exigente: la crianza.
5. En medio de este panorama de revolución tecnológica y cultural aparece un fenómeno mundial: un número creciente de partos por cesárea, muchas de ellas con indicaciones cada vez más dudosas. Para el año 2013 se registraba en Colombia un porcentaje del 45,7% de cesáreas, del total de nacimientos (4). Llama la atención que un porcentaje similar al anterior es el número de embarazos no deseados en nuestro medio. De acuerdo con la última encuesta de Demografía y Salud publicada por Profamilia, el 52% de los embarazos en Colombia son no deseados (5). Ante estas altas proporciones surge la idea de una posible asociación entre la alta frecuencia de estos embarazos y el mayor número de cesáreas. Un embarazo aceptado con resignación, quizás rechazado por el inconsciente, va a determinar cansancio y fatiga materna, entonces estas mujeres quieren terminar anticipadamente su embarazo, esto conduce a múltiples consultas por falta de trabajo de parto y disminución de los movimientos fetales, apareciendo cesáreas por inducción fallida y estado fetal insatisfactorio.

Cómo es posible que un procedimiento que apareció en la historia de la humanidad hace 28 siglos, cuando Numa Pompilio decretó la operación de “cortar” para extraer el feto de la cavidad abdominal como un ritual funerario (6), haya girado a un escenario impensable para nuestros maestros: la cesárea como vía natural del parto.

La cesárea es un avance quirúrgico que lleva menos de un siglo con la seguridad del éxito rotundo actual y, en muchos escenarios, ha determinado el abandono de uno de los instrumentos más representativos de la obstetricia, el fórceps obstétrico, que en algunos hospitales y clínicas se ha convertido en una pieza de museo.

Cómo explicar que la cesárea haya pasado de ser una intervención destinada a salvarle la vida al feto moribundo por una placenta defectuosa, o a salvarle la vida a una madre exhausta por un parto obstruido y prolongado, hasta el momento actual: la cesárea electiva universal. Por una parte surgen gestantes que no quieren desfigurar su cuerpo con las estrías del tercer trimestre y piden cesáreas electivas semanas antes del término de la gestación, es decir, la cesárea por razones estéticas. Mujeres que quieren salvaguardar la amplitud vaginal y, como consecuencia, solicitan la cesárea para protección del periné. Mamás llenas de ansiedad y miedo al dolor, pertenecientes a una generación de mujeres donde el parto se adorna con una nueva palabra: la tocofobia. Cada vez nos convencemos más de que parto es sinónimo de dolor, dificultad, riesgo, destrucción, demora, y no del significado real: luz, nacimiento, vida. En los textos de obstetricia ha aparecido una nueva indicación de cesárea: cesárea por complacencia o cesárea por demanda materna (7).

Aparece el especialista que quiere encontrar justificación para realizar cesáreas apoyado en la autonomía materna unilateral. Nuestra misión ética es educar, no alimentar creencias infundadas en argumentos populares. Ejercemos una profesión que adoptó el nombre de la palabra *Obstetrare*, “estar al lado de”, y reemplazamos las ocho horas de vigilancia concienzuda del trabajo de parto por treinta minutos de cesárea. El obstetra debe alejarse de la posición

facilista de buscar indicaciones para simplificar su ejercicio profesional con una cesárea.

La cesárea ha evolucionado como el camino más corto y más fácil para concluir el embarazo. Esta epidemia alarmó a la mesa directiva de la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología, que en compañía de la Federación Colombiana de Perinatología encomendaron a un grupo de ilustres colegas revisar la literatura, evaluar la evidencia y elaborar un consenso que permitiera a las dos instituciones hacer una declaración sobre la racionalización del uso de la cesárea en Colombia (8). El documento, que forma parte de este número de la *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, está lleno de conclusiones alarmantes que invitan a una reflexión profunda de todo el cuerpo médico.

Así mismo, este tema ha sido referenciado por maestros nacionales quienes, desde hace dos décadas, ya expresaban preocupación por una situación difícil de explicar: una tasa de nacimientos por cesárea de solo el 12,9% en Holanda (9) y de un 50% en Brasil (10). Estas vertientes opuestas no han impactado favorablemente las cifras de mortalidad perinatal pero, en cambio, han abierto un panorama especial que cuestiona los principios de la relación médico-paciente, la mística del profesional, la dignidad del médico, e incluso la responsabilidad ética. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el porcentaje ideal de cesáreas es de menos del 15% (11), y debemos agregar que cuando este porcentaje supera el 33% aumenta el riesgo de mortalidad materna (7).

Queremos hacer un recuento del panorama nacional en la voz de tres de nuestros maestros.

El doctor Fernando Sánchez Torres, en 1991, desde una aproximación ética menciona: “Aceptando con criterio generoso que el 20% de las operaciones cesáreas llevadas a cabo están respaldadas por indicaciones médicas formales, incontrovertibles, lo que supere este rango creo que puede y debe ser cuestionado éticamente. [...] La cesárea y el parto vaginal deben soportar el juicio clínico en los principios de beneficencia no maledicencia (sic)” (12). Con base en estas premisas podemos puntualizar que es necesario

anteponer los principios de la bioética a cualquier consideración no médica en la decisión de practicar las cesáreas (13).

En 1998 el doctor Edgar Cobo afirmó: “si no se cambia se seguirá un camino vergonzoso, lleno de especialistas que ejercen una obstetricia privada y otra pública, y de pacientes mal informados por quienes, a contrapelo de la abrumadora evidencia existente, piensan todavía que el parto es un evento histórico y que la opción quirúrgica es superior al diseño natural de la especie (sic)” (14). Con base en esta afirmación es prudente mencionar la percepción actual de que la alta tasa de cesárea es similar en la práctica pública y privada.

Por su lado, el doctor Jesús Alberto Gómez-Palacino, en una recopilación de su vasta producción académica, menciona una lista vigente de los factores determinantes del aumento de las tasas de cesárea en Colombia (13):

1. La aparente y discutible seguridad del procedimiento.
2. El desplazamiento de los métodos semiológicos y clínicos tradicionales por la tecnología vigente. Las erróneas conductas de malinterpretar la monitorización electrónica fetal.
3. El diagnóstico no siempre confirmado de desproporción céfalo-pélvica y sufrimiento fetal agudo intraparto.
4. La frecuente ocurrencia de inducciones fallidas, inicialmente mal indicadas.
5. El empleo estereotipado de la analgesia peridural.
6. El facilismo, la impaciencia, el temor a la judicialización del acto médico y la disponibilidad limitada del tiempo de los profesionales.
7. La solicitud de los pacientes o la presión de los familiares.
8. La esterilización transoperatoria.

Ya identificado el problema es conveniente mencionar que, en contraposición, ha surgido una nueva ola —afortunadamente feminista—, en naciente aparición a nivel mundial: “la partería urbana”. Es la

búsqueda de una feminización del parto y de rescatar la necesidad de buscar el placer con él, todo ello fortalecido desde la concepción en un embarazo deseado.

Todas estas razones nos llevan a recomendar con carácter urgente hacer un alto en el camino, lo cual es un deber ético y científico de las facultades de medicina, de las asociaciones de obstetricia y ginecología, de las instituciones públicas y privadas prestadoras de servicios de salud y, en fin, de cada especialista. Para ello debemos inspirarnos y apoyarnos en los conceptos de dos autores sobre el tema: el doctor Michel Odent y la bióloga y feminista la doctora Casilda Rodríguez Bustos.

El doctor Odent, pionero mundial de la utilidad de las piscinas en las salas de parto, es un defensor del nacimiento natural y un estudioso de la fisiología del cerebro materno durante el trabajo de parto. De su libro: *La cesárea, problema o solución* (15), se pueden extraer algunas frases:

1. “El volumen propio del cerebro fetal es la causa de las dificultades propias del nacimiento”.
2. “La aparición del bikini con la revolución femenina popularizó la realización de la incisión de Pfannenstiel que estuvo archivada por más de cincuenta años”.
3. “Cuando la técnica moderna de la cesárea se extendió, desapareció la comadrona”.
4. La última frase inspira una importante reflexión: “En el contexto científico actual podemos decir que al dar a luz un bebé la mamá secreta un auténtico coctel de hormonas del amor”, concepto explicado con más detalle en su libro *La científica del Amor* (16). Odent concluye: “No podemos continuar por una estrategia binaria simplificada: o bien el parto natural se desarrolla fácilmente por vía vaginal o bien se recurre a la cesárea durante el trabajo de parto, si es posible antes de que sea urgente (sic)” (15).

En cuanto a la doctora Rodríguez, en su libro *Parirás con placer* (17), los editores la han descrito como una persona de pensamiento radical, heterodoxo y

feminista sobre el parto y la maternidad. Ha realizado investigaciones biológicas, históricas, psicológicas, antropológicas, sociológicas y culturales, y es integrante de la Asociación Antipatriarcal. Esta autora quiere retomar el tiempo en que las mujeres parían y amamantaban con placer, y sus hijos se criaban con todos sus deseos saciados. Invita a vencer la sexualidad castrada y a recuperar la maternidad entrañable. Su objetivo es encontrar en la sociedad modelos de hombre y de mujer fraternos, justos y solidarios.

Es nuestra responsabilidad como académicos abordar el parto bajo una visión holística, quizás tomando prudente distancia de la tecnificación extrema. Como educadores debemos guiar a nuestras generaciones de alumnos a retomar el camino perdido de nuestra especialidad: un médico que domina la ciencia, la conciencia y la paciencia para atender el proceso natural del nacimiento.

En una pared de la oficina del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, en el entrañable Instituto Materno Infantil, se puede leer: “La obstetricia en manos inexpertas es el arte de perturbar el proceso natural del nacimiento”.

Cuando hacemos referencia a nuestros profesores debemos aceptar que ellos no realizaban cesáreas electivas, eran colosos que dominaban el arte obstétrico y ejercían su profesión con la pasión de enseñar mediante el ejemplo de la elegancia y el dominio propio de quien ejerce protegido por el manto de la sabiduría. Aún no es tarde para seguir su ejemplo y retomar el camino del arte y la ciencia de la noble profesión de la obstetricia.

Alejandro Antonio Bautista Charry, MD,
*Director, Departamento de Obstetricia y Ginecología
Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia*

Ariel Iván Ruiz Parra, MD, MSc
*Decano de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional
de Colombia*

REFERENCIAS

1. Gómez-Sánchez PI. Mortalidad Materna en el Instituto Materno Infantil. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 1993;44:39-47.
2. Alarcón-Nivia MA, Sepúlveda-Agudelo J, Alarcón-Amaya IC. Las parteras, patrimonio de la humanidad. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2011;62:188-195.
3. Bartolomé de las Casas. *Historia de las Indias.* México: Fondo de Cultura Económica; 1986.
4. República de Colombia. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) [visitado 2014 julio 26]. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/>.
5. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS 2010 [visitado 2014 julio 26] Disponible en: <http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/>
6. Peralta-Abello MT, Díaz-Cruz LA, Bautista-Charry AA. Pasado, presente y futuro de la operación cesárea. En: Nández-Burbano H, Ruiz-Parra AI, editores. *Texto de Obstetricia y Perinatología, una contribución a la enseñanza del arte, ciencia y tecnología.* Santafé de Bogotá: Pharmacia Upjohn; 1999. p. 125-136.
7. D'Souza R, Arulkumaran S. To 'C' or not to 'C'? Caesarean delivery upon maternal request a review of facts, figures and guidelines. *J Perinat Med.* 2013;41:5-15.
8. Rubio-Romero JA, Fonseca-Pérez JE, Molina-Giraldo S, Buitrago-Leal M, Zuleta-Tobón JJ, Ángel-Muller E et al. Racionalización del uso de la cesárea en Colombia. Consenso de la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (Fecolsog) y la Federación Colombiana de Perinatología (Fecopen). *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2014;65:47-74.
9. Countries Compared by Health - Births by caesarean section. International Statistics at NationMaster.com. OECD Health Data 2003 and OECD Health Data 2002. Aggregates compiled by NationMaster. Disponible en: <http://www.nationmaster.com/country-info/stats/Health/Births-by-caesarean-section>
10. Ribeiro VS, Figueiredo FP, Silva AA, Bettiol H, Batista RF, Coimbra LC, et al. Why are the rates of cesarean section in Brazil higher in more developed cities than in less developed ones? *Braz J Med Biol Res.* 2007;40(9):1211-20
11. Niino Y. The increasing cesarean rate globally and what we can do about it. *Biosci Trends.* 2011;5:139-50.
12. Sánchez-Torres F. Reflexiones éticas en torno a la operación cesárea. *Rev Obstet Ginecol Venezuela.* 1991;51:75-86.
13. Gómez-Palacino JA. ¿Qué hacer para reducir las tasas de cesárea en Colombia? En: *Ginecoobstetricia temas seleccionados.* Bogotá: Giro Editores; 2011. p. 325-335.
14. Cobo E. Tasas de cesáreas en la Fundación Clínica Valle del Lilly: ¿es posible reducirlas? *Colombia Med.* 1998;29:53-61.
15. Odent M. *La cesárea ¿problema o solución?* Barcelona: La Liebre de Marzo; 2005.
16. Odent M, *La científicación del amor.* Buenos Aires: Creavida; 2001.
17. Rodríguez-Bustos C. *Pariremos con placer, apuntes sobre la recuperación del útero espástico y la energía sexual femenina.* Buenos Aires: Madreselva; 2010.