

Trabajo monográfico de la comisión de Bioética del Hospital Zonal de Oliva

2007-2008

Tema: “Investigación sobre la práctica de cesáreas en el hospital zonal de Oliva desde un enfoque bioético”

FUNDAMENTO

La ley Argentina N° 25.929, sancionada el 25 de agosto del 2004 en su artículo 2, dice textualmente que toda mujer tiene derecho “Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer”

“A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales.”

Atento a ello y a los avances tecnológicos que tienden en sus aspectos negativos a la deshumanización de la relación agente de salud-paciente, preocupa a esta comisión de bioética el aumento creciente del número de cesáreas que se practican en este hospital.

En un primer acercamiento a la problemática se advierte que la decisión de si se efectúa parto natural o cesárea recae unilateralmente en el médico, no dando la oportunidad a la paciente de prepararse psíquica y físicamente para esta nueva etapa que debe enfrentar y decidir, no realizando además la práctica de consentimiento informado.

Avanzando en esta etapa preliminar, se observa también diagnósticos frecuentes en relación a los fundamentos clínicos en la toma de decisión médica de dicha práctica que no conciben con las estadísticas esperables así como posibles dificultades posteriores a la cesárea tanto en la madre como en el niño que ponen en riesgo su salud.

Es por ello, que esta comisión, haciéndose eco de esta problemática se planteo diversas estrategias al respecto:

- Capacitación a los agentes de salud de la institución en relación a los aspectos bioéticos a tener en cuenta y derecho de los pacientes.*
- Capacitación en relación a las prácticas de consentimiento informado a los agentes de salud.*
- Gestiones de implementación a nivel de conducción de la institución en relación al consentimiento informado fundamentado en los derechos del paciente, normativa nacional y provincial al respecto.*
- Difusión a través de afiches en la institución dirigida a los pacientes sobre consentimiento informado.*
- Investigación estadística hospitalaria sobre las prácticas de cesáreas que se llevan a cabo en este hospital en estos últimos años y características de la misma a fin de realizar un análisis pormenorizado de la situación.*

En relación a la investigación, focalizamos el problema en relación a la bioética,

determinando objetivos, datos a relevar, instrumentos de recolección a utilizar y búsqueda de material bibliográfico.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Elevado número creciente de cesáreas que se practican en el hospital sin aparente consentimiento informado de las pacientes.

OPINIONES DE EXPERTOS

José Villar y Archana Shah. Villar, investigador principal de este estudio, es argentino y coordinador del área Salud Materno Perinatal de la OMS. Radicado desde hace casi 20 años en Ginebra, accedió a hablar con Clarín desde Punta del Este, donde pasa unos días de vacaciones. Dijo: “Esto nos llama la atención y nos preocupa: resultaría poco probable que sea necesaria una intervención de esa magnitud para el nacimiento en la especie humana. Si esto fuera así, ¿cómo podría haberse desarrollado el humano?”

¿ Segundo dato de importancia? “Esta tasa se dispara por la realización de las cesáreas que se deciden antes del parto. Sobre todo en los privados”, afirma. En América latina los expertos posaron sus ojos en ocho países. Los elegidos por sorteo fueron: Argentina, Perú, Paraguay, Brasil, Ecuador, Nicaragua, México y Cuba. La tasa de cesárea en Argentina es similar a la de esos países. En general, aporta Villar, “los privados rondan el 50%, los públicos, un 30% y las obras sociales están en el medio”.

Uno de los objetivos del estudio es observar cómo evolucionan la salud de los bebés y sus madres. “Encontramos que a medida que aumentan las cesáreas, aumentan las complicaciones maternas, lo que era de esperar porque una cesárea es una cirugía, que sube el riesgo de infecciones”, explicó. Y habló de “costo económico: “Una mujer a la que se le realizó una cesárea debe quedarse en promedio unos siete días en el hospital. Hay un aumento de costos”.

A la hora de analizar los factores que están llevando a esta tasa, tanto Villar como otros especialistas indican que son varios (ver Comodidad y...).

Villar dice que “no se trata de encontrar buenos y malos hospitales. Esto es algo que se da en todos lados: en el mundo desarrollado la tasa de cesárea pasó del 5,6% hace 30 años al 30, 35% de ahora. Esto abre la necesidad de un debate global, porque la forma de nacer ha cambiado, o está cambiando, y las cosas no están mejorando.

Estos datos llevan al doctor Villar a una conclusión: “Cuando la cifra supera el 15% de cesáreas en una institución, empiezan a subir los efectos negativos para la madre. Dado que hemos encontrado que no hay beneficio claro para el niño y hay riesgo de complicaciones para la madre, concluimos que esas instituciones deberían hacer una evaluación de los factores que están induciendo a que alcancen esas cifras. Conclusión: mire para su hospital, estúdielo, evalúelo. La cesárea es una acción médica que no pareciera estar relacionada con un mejoramiento de la salud que tiene consecuencias económicas. Ese es el mensaje”.

En la decisión a favor de una intervención u otra debe fundamentarse según cada caso particular en los mayores beneficios y seguridad para la madre y el niño. Decisión que debe ser tomada en lo posible luego de un proceso de preparación

para el alumbramiento paulatino y continuo en el cual se informe a la paciente de las posibilidades, riesgos y beneficios de una u otra intervención y en la cual se valore la situación integral de la mujer frente a su situación. No solo los aspectos biológicos, sino también los aspectos psicosociales y culturales que se ponen en juego, así como también la edad y sus antecedentes previos de parto y embarazo. La dedición ética adecuada es la que responde al bienestar de la madre del niño y que toma en cuenta su autonomía en dicha situación.

“Comodidad y falta de capacitación”

“Hay una dualidad en todo esto: por un lado se critica el número alto de cesáreas y por el otro se programan cesáreas a pedido. Yo, a título personal, soy partidario de no hacerla por pedido de la paciente. En los congresos discutimos mucho esto, es lo que denominamos el problema de la cesárea por demanda”, afirma Carlos Ortega Soler, presidente de la Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia.

El doctor Ricardo Fescina, asesor regional en Salud Sexual y Reproductiva de la Organización Panamericana de la Salud, en tanto, apunta a la comodidad del médico: “Es más fácil y lleva menos tiempo que vigilar un trabajo de parto, que dura en promedio ocho horas. La cesárea, 40, minutos”.

La doctora Elenice María Freire Ferraz en su “Epidemiología de las cesáreas en América latina” indica que esta conveniencia es un gran motivador de las cesáreas. “Existen estudios que demuestran una amplia diferencia entre la realización de cesáreas en horarios nocturnos y diurnos, así como entre los días normales y los fines de semana”, escribió. Y agregó: “Hay una creencia de que la cesárea es segura, y el parto vaginal no lo es. Esto es falso”.

Como feminista y como presidenta de la Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer, la doctora Mabel Bianco destaca, entre otras cosas, que el parto “es un momento de placer y una experiencia muy importante para la mujer y para su pareja; obviamente, si hay indicación médica, la cesárea debe hacerse, pero se promueve por otras cosas”. ¿Qué cosas? “En la práctica privada —dice—, un motivo es que no siempre el partero tiene colaboración obstétrica, y en los públicos siempre hay. El obstetra tiende a esperar el parto normal”. ¿Existe el incentivo financiero para el médico que practica un parto?

El doctor Guillermo Lodeiro Martínez, un defensor del parto humanizado, encuentra varias razones del aumento de las cesáreas. Una de ellas, la capacitación y la educación médica. “Los partos se han vuelto muy técnicos. Se emplea goteo de rutina, para aumentar las contracciones y poder programar el parto, pero el goteo tiene otro problema: duele, entonces se calma con medicamentos que pueden alterar el ritmo del latido cardíaco del bebé y puede aumentar las cesáreas”, explica.

Lodeiro agrega: “Está comprobado que si la mujer está en un ambiente confortable y acompañada por su marido o una amiga, el dolor es menor. El dolor produce trastornos en la dilatación del cuello. Las salas de pre parto en clínicas y hospitales son habitaciones de 2 x 2. No puede caminar, tomar una ducha, comer algo...”

Otro motivo, y nada menor, es el legal. “Ante la menor complicación, se opera para evitar un posible juicio”, sostiene Lodeiro Martínez.

Estudios Previos

RESUMEN

La operación cesárea está incrementándose, especialmente en EE. UU. y se mantiene estable y más reducida en Europa, con los mismos resultados perinatales. Se realiza un estudio retrospectivo de la cesárea en el Hospital de Tingo María del 1° de Enero de 1979 al 31 de Diciembre de 1992. En los 13 años se atendió 21 252 partos y 1 520 cesáreas. Las cuatro principales indicaciones fueron: distocia 34,73%, cesárea iterativa 19,21%, sufrimiento fetal 11,44% y podálico 9,27%. La incidencia de cesárea 7,15% es similar a las del Japón, Bélgica, Austria y Suecia, dentro de los límites recomendados por el Centro Latino Americano de Perinatología y las principales indicaciones tienen la misma secuencia que las reportadas, variando solamente en los porcentajes. *Ginecol Obstet. (Perú) 1999; 39 (17): 73-7.*

INTRODUCCIÓN

La operación cesárea expone a mayor peligro de morbimortalidad materno fetal que el parto vaginal no complicado, más los riesgos de la anestesia (1). En gestantes de alto, riesgo además del estado de alarma fisiológico por la cesárea hay aumento de morbimortalidad de la madre y del niño en el período de recuperación, por complicaciones infecciosas, hemorrágicas y pulmonares (2). La paciente sometida a cesárea de urgencia corre el riesgo adicional de la complicación que motivó la intervención, la anestesia de urgencia y la reducida preparación preoperatoria (1).

Con técnica correcta, la cesárea significa menor peligro materno fetal que el parto vaginal. Sin embargo en comparación con el parto vaginal eutócico, la cesárea se acompaña de incidencia elevada de morbimortalidad del binomio madre niño. Se ha comprobado que la cesárea repetida es causa importante de nacimiento pretérmino iatrogénico y sus complicaciones (3456). Además, genera mayor grado de asfixia perinatal, comparado con el nacido por vía vaginal, comprobados por la puntuación de Apgar, exámenes anormales y aumento de morbimortalidad, perinatal y materna (1-11- 14-15). Tolmos en 1975 ha demostrado que la tercera parte de los niños nacidos por cesárea electiva presentaron a los 6 y 12 años una o más alteraciones electroencefalográficas y psicológicas anormales y en dos años, todas las pruebas son patológicas (16). Además, han demostrado incremento del síndrome de insuficiencia respiratoria después de la cesárea y la suma de la preanestesia, anestesia, síndrome ortocava, condiciones de la madre y del feto antes de la cesárea alteran el comportamiento y estado neurológico del recién nacido durante los primeros días de la

TABLA 1. INCIDENCIA DE CESÁREA

	N° Partos	N° Cesáreas	Incidencia
	21252	1520	7,15%

intervención (17).

Se realiza la presente investigación para determinar la incidencia e indicaciones de la cesárea en el Hospital de Tingo María, situado en la ciudad del mismo nombre, ceja de selva, a 667 metros sobre el nivel del mar y a 520 kilómetros de Lima Perú.

RESULTADOS

En los 13 años 1.º de Enero de 1979 al 31 de Diciembre de 1992 en el Hospital de Tingo María se atendió 21 252 partos y 1520 partos abdominales, dando una, incidencia de cesáreas de 7,15% (TABLA 1). Si bien existe una o más indicaciones para la cesárea, se consigna en el presente estudio solamente la principal.

TABLA 2. INDICACIONES PRINCIPALES DE LA CESÁREA HOSPITAL DE TINGO MARÍA			
Indicaciones N.º %			
1. Distocia	52	1	34,73
2. Iterativa	1292		19,21
3. Sufrimiento fetal	174	11,44	
4. Podálico	141	9,27	
5. Placenta previa	109	7,17	
6. Procidencia de mano	108	7	10
7. Presentación de hombro	82	5	39
8. Enf. Hipertensiva del Emb.	44	1	57
9 .D.P. P.	24	1,57	
10. Rup. Prem. Membranas	1	1	05
11. Hernia	2	0,15	

Se halló como primera indicación a la distocia 34,73%, seguidos de cesárea iterativa 19,21%, sufrimiento fetal 11,44% y podálica 9,27%, sumando estas cuatro primeras indicaciones el 74,67% (TABLA 2).

COMENTARIOS Y DISCUSIÓN

La incidencia de la cesárea está en aumento y su popularidad ha llegado a proporciones epidémicas. En 1916 era menos del 1%. En EE. UU. en 1965 era de 4,5%; 5,5% en 1970; 6,6% en 1980, 22,7% en 1985 y 60% en Sao Paulo Brasil. Actualmente en EEUU la incidencia promedio nacional llega al 25%. Ha estado, creciendo a un ritmo sostenido del 1% anual. El parto se intenta transformar de acto fisiológico en acto quirúrgico. Si sigue creciendo al ritmo actual, en el año 2

000, el 40% de los nacimientos serán por vía abdominal. El Instituto de Salud de EE. UU. ha recomendado reducir el ascenso sostenido de la cesárea antes que los jueces lo obliguen por dispositivos legales. El aumento de la cesárea debe revertirse sin consecuencias adversas para la madre y el feto.

En la presente investigación, hallamos incidencia de cesárea de 7,15%. Japón reporta 8%, Bélgica 7%, Austria 7% y Suecia 7,8%.

La distocia, cesárea iterativa, sufrimiento fetal y podálico son las cuatro primeras principales indicaciones en la mayoría de las investigaciones publicadas.

Opiniones de expertos expresan que los beneficios de la cesárea se aprecia hasta en 10% de los nacimientos de la población en general y hasta 17% de gestantes de alto riesgo. No se justifica frecuencias por encima de ellos por razones médicas. Se puede mejorar los resultados perinatales con seguridad si se evita las cesáreas innecesarias. Por los riesgos materno-fetales asocia dos al procedimiento y en interés de los resultados, se debe practicar la cesárea con sentido conservador, tan aislada como sea posible y con la frecuencia y rapidez, que se requiere. La operación cesárea continúa siendo la vía más peligrosa de parto tanto para la madre y para el feto.

CONCLUSIONES

A pesar de los adelantos, la paciente sometida a cesárea desde que le aplican la anestesia hasta el alta está en peligro de morbimortalidad incluido el producto. La cesárea inicialmente se hacía para extraer el feto de una fallecida, para no ser enterrado dentro del vientre materno; luego, para salvar la vida de la madre, posteriormente para salvar también la vida del feto y, últimamente, para obtener un producto vivo y en las mejores condiciones físicas y psíquicas. La incidencia de cesáreas, especialmente en EE. UU. ha llegado a niveles epidémicos. Se intenta transformar un acto fisiológico en acto quirúrgico sin reales beneficios para el feto. La cesárea nació como una solución; actualmente por su elevada incidencia ha devenido en problema. La incidencia de cesáreas debe revertirse antes que el Ministerio Público nos obligue. La escuela de Dublín reporta 6% de incidencia y EE. UU. 25% con la misma incidencia de morbimortalidad fetal. En Tingo María se obtuvo 7,15% de incidencia y las indicaciones principales son similares a los reportados en la misma secuencia, variando solamente en los porcentajes: distocia 34,73%, cesárea iterativa 19,21%, sufrimiento fetal 11,44% y podálico 9,27%.

Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología ISSN 0138-600X versión impresa
Objetivo General

Realizar un diagnóstico sobre las prácticas de cesárea en el hospital Zonal de Oliva durante los años 1999 y 2006 y la participación en dicha decisión de las pacientes a fin de realizar sugerencias al respecto desde la comisión de bioética..

Objetivos específicos

- Relevar información sobre las prácticas de cesáreas en el hospital zonal de Oliva durante el año 1999 y 2006.
- Recolectar información sobre estadísticas mundiales, nacionales y provinciales a efectos de establecer comparaciones.

- *Investigar sobre la participación de las pacientes en dichas decisiones.*

Actividades

- *Búsqueda de material bibliográfico*
- *Diseño de planilla de recolección de datos sobre la practica de cesárea.*
- *Recolección de datos a partir de las planillas elaboradas de las H. C.*
- *Entrevista a agentes de salud del área*
- *Exploración sobre el uso de consentimiento informado*

Marco teórico

“La opinión pública y también la opinión médica ha sido, desde hace ya bastante tiempo, alertada por el aumento progresivo del número de partos que se resuelven por vía de una operación cesárea.

Esta intervención, reservada en los tiempos del Imperio Romano sólo como un intento heroico de salvar la vida de un feto en los casos de muerte materna (debido a la segura muerte de la madre al ser practicada con ella en vida), se convirtió posteriormente gracias al avance del conocimiento médico (introducción de la sutura uterina, asepsia quirúrgica, antibióticos y transfusiones sanguíneas) en una herramienta utilísima para asegurar la sobrevivencia del feto y también de la madre en diversas condiciones de riesgo obstétrico.

No existe ninguna duda que el avance del conocimiento médico permitió que, al disminuir el riesgo materno de esa operación, pudiera disminuir progresivamente la mortalidad perina tal.

La operación cesárea en efecto, ha contribuido notablemente en mejorar la sobre vida de muchos recién nacidos, como también en que nazcan en mejores condiciones.

Sin embargo, parece existir consenso que, en el último tiempo, el aumento de las cesáreas no ha guardado proporción con la disminución de la mortalidad y morbilidad perina tal.

Las tasas parecidas de mortalidad y morbilidad del recién nacido encontradas en centros con índices de cesáreas tan variables que van desde 5 a casi 100%, avalan este hecho.

No es comprensible que una intervención quirúrgica indicada en los albores del arte obstétrico como una alternativa de último recurso, se haya convertido con el transcurrir del tiempo y de la investigación médica, en una alternativa para que un ser humano venga a este mundo, utilizada tan o más frecuentemente que la ruta original y natural y sin que el realizar ese acto quirúrgico signifique ya más una mejoría de las condiciones de los niños al nacer.” (2).

“Es necesario responder entonces a varias interrogantes: Lo primero es establecer cuál o cuáles son las causas que han permitido este aumento, lo segundo es responder si este aumento debiera preocuparnos realmente, luego cuál o cuáles de los factores que participan en la decisión de una cesárea son éticamente lícitos y, por último, cuál o cuáles medidas serían

éticamente lícitas para revertir esta situación.

Cualquier intento para resolver estas cuestiones debe considerar la particular y original realidad de la Obstetricia o Medicina materno fetal, como se le suele llamar ahora último: Es la única especialidad médica que está al cuidado de dos seres humanos, por los que debe velar por igual y en segundo lugar, a diferencia de antaño, existen hoy a considerar dos vías por las cuales se puede resolver un parto. El obstetra entonces debe juzgar en cada caso particular cuál de estas dos vías representa lo mejor para sus dos pacientes.” (2)

La cesárea como problema:

Parece evidente que la cesárea es una alternativa al parto vaginal, la discusión está en si es una opción lícita o no, o cuándo lo es. Parece entonces necesario presentar cuáles son las razones por las que sería preferible que los partos fuesen vaginales. Habría tres tipos de razones:

a) Naturales: Aquí se invoca que el embarazo y parto son procesos naturales, que se desarrollan por sí mismos y no necesitan la intervención de terceros. La cesárea es una operación, una intervención médica sobre un proceso que en la naturaleza se resuelve y regula sin artificios.

b) Económicas: El aumento de la seguridad de la cesárea no es gratis, se ha invertido en investigación y tecnología, luego resolver un parto por esta ruta es más caro, alguien debe pagar por ello. Por lo tanto, desde esta perspectiva se debe elegir lo óptimo en términos de costos, luego el parto vaginal es la opción adecuada.

c) Médicas: La cesárea es un tratamiento, tiene indicaciones precisas, su único objeto es asegurar la salud de la madre o su hijo. Sólo se debe indicar cuando un parto vaginal sea riesgoso para ellos. El parto vaginal debe, entonces, intentarse siempre, y solamente por razones de salud se debe optar por otra vía.

Los tres tipos de razones por las cuales sería preferible un parto vaginal nos obligan a interrogarnos sobre cuáles son, entonces, las causas que puedan explicar el creciente número de operaciones cesáreas a lo largo de casi todo el mundo. Se aducen en relación a esto una serie de causas que podríamos resumir en las siguientes:

- Económicas: Para los médicos sería más rentable en términos de ingresos económicos, resolver los partos a través de operaciones cesáreas.*
- Comodidad: El médico, mediante esta operación, lograría desocuparse más rápido y en horarios hábiles, como también para él una cesárea es más controlable, en el sentido que se evita largas horas de un proceso del cual controla sólo algunos parámetros y, muchas veces, desde una alejada distancia.*
- Del sistema: Como los sistemas de salud tienden a no cancelar recargos en los honorarios profesionales, en horarios nocturnos o en atenciones de urgencia, se tendería a resolver estos casos en horarios más cómodos. Además el aumento de demandas judiciales por mal resultado neonatal, produce en el médico la sensación que no vale la pena el esfuerzo por obtener un parto vaginal.*
- De la paciente: Existiría temor al parto vaginal por un gran número de pacientes; temor al dolor o al eventual daño para su hijo. Junto a esto muchas pacientes, también por razones de comodidad, al poder programar su parto preferirían una cesárea electiva. Existirían en algunas de ellas razones de tipo estético, por temor a los prolapsos genitales o a las disfunciones sexuales.*

Cualquiera de estas razones, algunas, todas u otras no mencionadas, pueden contribuir en el número creciente de operaciones cesáreas

Parece entonces necesario encontrar la causa que logre dar cuenta y explique como causa última esta realidad con todas sus aristas, como por ejemplo el porqué este aumento no es universal y es tan variable en distintos sectores.

Las investigaciones realizadas dan conclusiones a favor y en contra de sus beneficios, si bien es cierto que hay mayores estudios en relación a las consecuencias nocivas de dicha práctica que de los partos vaginales.

“En el sistema público, las cesáreas son menos, debido a que el mayor riesgo de infecciones postoperatorias hacen más evidente para el médico las ventajas de un parto vaginal. El bien del médico en los servicios públicos está más orientado a satisfacciones funcionarias y también este profesional está menos presionado por la responsabilidad personal sobre una paciente. Por último aquí la autonomía de la madre está relegada a una mínima expresión.

- Entre un médico y otro, las diferencias se explican por distintas sensibilidades a los deseos de la madre, distintas concepciones de cuál bien es más valioso para cada médico, y también por una mayor o menor capacidad para estudiar y descubrir las ventajas para sus pacientes de los datos de la ciencia y experiencia médica.

- En centros privados, las complicaciones operatorias son menores, por lo tanto los casos de perplejidad mayores, la autonomía de la madre mayor y el bien del médico más orientado a su bienestar.

- En centros de otros países, probablemente exista en unos, una autonomía materna más proclive a partos normales y, en otros, a cesáreas y el bien del médico orientado a bienestar diversos.” (2)

Según datos de La OMS considera que «no existe justificación para que más del 10 al 15% de los partos sean por cesárea», en una publicación con el sugerente título de «El nacimiento no es una enfermedad». En España, Cabero en 1999 afirmaba que el rango óptimo de cesáreas estaría entre el 7,8 y el 17,5% en función del case-mix.

Sin embargo, la tasa de cesáreas continúa aumentando; en 2001, en Estados Unidos fue del 24,4%, lo que representa un aumento del 7% con respecto a la cifra del año anterior (22,9%), el mayor incremento desde el año 1989. En Andalucía, la tasa ha permanecido prácticamente constante en los últimos 2 años, 2000 (19,11%) y 2001 (19,07%).

«La cesárea en la mujer viva es una de las intervenciones más graves en la cirugía, pues sucumben las cuatro quintas partes de las operadas» 1.

Evidentemente, hoy día esta afirmación no tiene ninguna vigencia, ya que pertenece a un tratado de obstetricia del año 1876, pero aún en la actualidad la mortalidad es mayor que en el parto vaginal, aproximadamente seis veces más, y se reduce sólo al triple si la cesárea es electiva 2, aunque en estos resultados influyan otros factores además de la propia intervención. Joyce³ calcula que en el año 1987 se realizaron en Estados Unidos 475.000 cesáreas innecesarias que tuvieron como consecuencia entre 25 y 100 muertes maternas y 25.000 infecciones maternas graves. Por tanto, en la actualidad existe una honda preocupación por la alarmante tasa de cesáreas en casi todos los países, que además no deja de incrementarse.

La comisión Nacional de Salud de Estados Unidos ha fijado nuevos objetivos en este campo para el año 2010: que la tasa de cesáreas en las primíparas de bajo riesgo sea menor del 15% y que la tasa de cesáreas en gestantes con cesárea anterior no sea superior al 63%¹², una vez que no se cumplieron los objetivos para 2000, dentro del programa Salud para Todos, que decían que la tasa de cesáreas en general no propugnaba ser superior al 15%. Aunque no existen evidencias científicas que den soporte a ninguna cifra, de forma genérica se podría afirmar que la tasa adecuada sería la menor tasa que se consiga sin, por ello, incrementar la morbimortalidad perina tal y materna². (3)

Según un artículo del diario Clarín de Buenos Aires “del 7 de enero del 2006, en clínicas privadas del país la mitad de los bebés nace así. Y en los hospitales, el 30%. La tasa prevista por razones médicas es del 15%.

Uno de cada dos bebés nace por cesárea en las clínicas privadas argentinas. Y el 35% de los nacimientos del país se produce por la misma vía.

La tasa de cesárea “esperable” por razones médicas ronda el 15%.

CONCLUSIONES DEL TRABAJO

- Se observa un importante aumento en el porcentaje de cesáreas en relación a los nacimientos producidos durante el 2006 en comparación con el año 1999.
- Según las 16 recomendaciones de la O. M. 5. no existe justificación en ninguna región geográfica para que no más de 10 al 15 % de los partos sean por cesárea, porcentajes que es superado en los años comparados.
1999: 26.31%
2006: 36.57%
- El porcentaje de cesáreas iterativas es superior durante el 1999, en relación a las realizadas en el año 2006. Si bien no existe prueba científica de que se requiera cesárea después de una cesárea anterior. Por lo general deben favorecerse los partos vaginales, después de una cesárea.
- Se observa mayor diversidad de diagnósticos que motivan la cesárea durante el 2006.
- En las cesáreas realizadas durante el 2006, según el relevamiento de datos, se observa que el 95.3 % de las mismas fueron efectuadas a pacientes entre los 18 y 39 años; el 38.12% de las pacientes habían realizado más de cinco controles durante el embarazo; el 87.5% de los niños nacidos por cesárea según consta en historia clínica no habrían tenido complicaciones al momento de su nacimiento.
- El 3 1.25 % de las pacientes, del año 2006, tenían al momento de la cesárea antecedentes de parto natural. No se tienen datos del año 1999.
- El índice de las cesáreas por causa de situación transversa en el año 2006 (9.37%), supera ampliamente los índices normales (0, 5 %)
(Propuesta normativa Perina tal de la Dirección de Maternidad e Infancia. Ministerio de Salud de Córdoba. Año 1996). Y en el año 1999 no existen cesáreas por ese diagnóstico.

- *En el relevamiento de las Historias Clínicas del año 2006 se ha observado que los consentimientos informados no estaban implementados (a pesar de la normativa vigente) ni existía registro de consejería con la información específica que dé cuenta de la existencia de un espacio donde la madre pudiera decidir sobre el nacimiento de su bebé. Esto pone de relieve que se omitieron los principios de Autonomía y el Derecho a decidir de la paciente, mostrando una actitud médica paternalista.*

ESTADÍSTICAS UTILIZADAS PARA CONFRONTAR LOS DATOS RESULTANTES DE LA INVESTIGACION.

Hospital Materno-neonatal en la provincia de Córdoba.

Se solicitó al servicio de estadística de ese hospital porcentajes de nacimientos por parto natural y cesárea.

Estadísticas de cesárea- hospital neonatal año 2006

%

- *del total de nacimientos (nacidos vivos)*

Esta comparación puede tener un sesgo, ya que la complejidad del Hospital Neonatal es distinta concentrando un alto índice de embarazos de alto riesgo.

Estadísticas del Hospital Tingo Maria de Perú 1992

TABLA 1. INCIDENCIA DE CESÁREA

PROPUESTAS

- 1. Necesidad de reorganizar el servicio de gineco-obstetricia con profesionales comprometidos con una visión integral de la salud de la madre y el niño y formación en APS a fin de que los diversos programas que existen sean dados a conocer y aplicados en la comunidad.*
- 2. Trabajar en la mejora del sistema de captación temprana y recaptación de la mujer embarazada.*
- 3. Implementación de campañas de prevención y sensibilización sobre educación sexual, destacando la importancia del control temprano del embarazo.*

<i>N° de partos</i>	<i>4287</i>	
<i>N° de cesáreas</i>	<i>1631</i>	<i>27,46*</i>
<i>1° cesárea</i>	<i>1051</i>	<i>63.8</i>
<i>Iterativa</i>		<i>26,2</i>

	<i>N.° Partos</i>	<i>N.° Cesáreas</i>	<i>Incidencia</i>
	<i>21252</i>	<i>1520</i>	<i>7,15%</i>

- 4. Articulación con el equipo de gineco-obstetricia a efectos de concretar el*

funcionamiento de consultorio multidisciplinario para el control de embarazo.

5. Emponderamiento del personal de enfermería respecto a su función educadora de la salud.

6. Sensibilizar a los agentes y pacientes sobre el derecho de autonomía y decisión que ellos tienen.

7. Incluir la realización obligatoria de la práctica y formulario de consentimiento informado.

Bibliografía

(1) DESDE UNA PERSPECTIVA ACTUAL Dr.G.Merino Martín -Jefe de Sección de Obstetricia

(2)ETICA MEDICA Cesárea versus parto vaginal.- Una perspectiva ética Mauricio Besio R.- e 6 de julio, 1999. Departamento de Obstetricia y Ginecología, Centro de Bioética, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

(3) ENSAYOS Y OPINIONES ACTA MÉDICA GRUPO ÁNGELES. Volumen 4, No. 4, octubre-diciembre 2006 253- Cesárea o parto vaginal. Una perspectiva bioética Raymundo Canales de la Fuente, ·Jesús Mario Canseco Lima -- Gineco obstetra. Hospital Ángeles del Pedregal. -- Residente de segundo año Especialidad de Gineco obstetricia. Instituto Nacional de Perinatología.