

Iniciativa sanitaria tendiente a vigilar la prevalencia de la cesárea. Estrategias para su disminución

Introducción

La calidad de la atención sanitaria y la seguridad de los pacientes, son dos consideraciones importantes a la hora de analizar la tasa de cesáreas y su asociación con la morbi-mortalidad de la madre y su hijo.

Abunda en la bibliografía médica información sobre esta intervención, su seguridad, beneficios, riesgos de su aplicación, consecuencias para el feto, el neonato y la madre, entre otras.

Es habitual observar el progresivo incremento de la operación cesárea como un problema sanitario relevante que se acentúa progresivamente, esta evolución se observa prácticamente en todo el mundo donde existe amplia disponibilidad de esta intervención. A modo de ejemplo: citamos que, a comienzos de la década de 1970, el porcentaje de cesáreas en los países en desarrollo oscilaba en el 5%; treinta años después, a fines de los 90, ese porcentaje había alcanzado un 50 % en diversas regiones del mundo.

Actualmente nuestro país muestra una situación que difiere según el sector de atención, en ámbitos públicos el porcentaje oscila alrededor del 25-30 %, pero en instituciones del sector privado o de obras sociales se encuentra en general por encima del 50%, superando en algunas instituciones el 80 %.

Un trabajo realizado en la década del '80, cuya autoría pertenece al CLAP (Centro Latinoamericano de Perinatología, Montevideo, Uruguay), demostró que la cesárea posee un efecto protector sobre la mortalidad materna y neonatal hasta alcanzar una tasa del 10 al 15% sobre el total de nacimientos. Pero es importante destacar que este efecto "protector" se pierde cuando la tasa de cesáreas supera el 15%.

En la década siguiente, OMS difundió una "declaración de expertos", reunidos en Fortaleza, Brasil, sosteniendo que una tasa "ideal" de cesáreas debería oscilar entre el 10 y el 15%.

Los progresos registrados en los métodos de vigilancia de la salud fetal, junto a un mejor control de las enfermedades maternas y la reducción de los riesgos anestésicos, infeccioso y quirúrgico inherentes al procedimiento, redujeron los riesgos de la intervención en sí misma, contribuyendo a posicionar a la cesárea como una herramienta apropiada para asegurar la sobrevivencia del feto y de la madre en diversas condiciones de riesgo. Concomitantemente se observaron aumentos de la morbimortalidad materno-perinatal asociados al incremento de la intervención, por lo que no resulta comprensible, ni justificable científicamente que esta operación sea utilizada, en algunas instituciones, tanto o más frecuentemente que la vía vaginal.

Abundando sobre esta observación se comprueba que la cesárea es el origen de problemas inherentes al procedimiento, entre ellos y a modo de ejemplo se citan: el aumento de la prematuridad neonatal y sus complicaciones, el incremento del número de mujeres con cicatriz uterina, con el condicionamiento obstétrico que esto conlleva y el progresivo incremento de anomalías de inserción placentaria, con tremendas consecuencias y altísimo riesgo materno y perinatal, obligando a las instituciones asistenciales a estar alertas, encarando costosas previsiones para responder en situaciones extremas. Estudios con gran número de pacientes, multicéntricos y que abarcan poblaciones de diferentes regiones del mundo han demostrado confiablemente que la cesárea aumenta el riesgo materno de infección, transfusión de sangre, histerectomía, estadía hospitalaria prolongada, ingreso a terapia intensiva y muerte como así también mayor riesgo de internación prolongada en terapia intensiva neonatal y muerte neonatal.

Marco lógico

Entendemos justificada la preocupación mundial frente a la tendencia ascendente de la cesárea, pero es necesario responder a varios interrogantes:

- ¿Debe preocuparnos realmente este aumento?
- ¿Cuáles son sus causas?
- ¿Cuáles son los factores que participan en la decisión de una cesárea?
- ¿Cuáles medidas serían lícitas para revertir o detener esta situación?

En el contexto de la práctica cotidiana la cesárea suele ser una operación final, común y generalmente obligada, aplicada para resolver una amplísima gama de problemas maternos y perinatales sin que se perciba clínicamente los efectos perjudiciales enumerados más arriba. Desde esta perspectiva puede comprenderse la tendencia a aplicarla con frecuencia incremental por parte de los médicos que asisten a las embarazadas.

Pero hay estipulaciones que confunden. Ya no es posible seguir sosteniendo que la tasa máxima aceptable de cesáreas sea del 15% como una meta a lograr establecida por este número mágico. No obstante el nivel actual de los indicadores sugiere claramente una sobreindicación y sobreutilización de la intervención.

Es reconocido el peligro que encierra emprender acciones sobre la tasa bruta de cesáreas como estrategia para alcanzar la tasa óptima de cesáreas de una institución. En la actualidad la labor debe ser más específica, tendiente a reducir el porcentaje de cesáreas que no deberían efectuarse a la luz de las indicaciones, con fundamento y/o respaldo clínico (evidencia científica).

Las condiciones de riesgo de las pacientes son diversas y también lo son las indicaciones para practicar la operación, por consiguiente cualquier intervención deberá orientarse con especificidad a esas circunstancias.

La OMS en su declaración del año 2015 sobre la tasa de cesáreas sostiene lo siguiente:

Deben hacerse todos los esfuerzos posibles para que exista la posibilidad de realizar cesáreas a todas las mujeres que lo necesiten en lugar de intentar alcanzar una tasa determinada.

Al cuantificar intervenciones no es posible soslayar el ajuste por riesgo en base a factores individuales de las madres: edad materna, edad gestacional, paridad, cesáreas previas, co-morbilidad, entre muchas otras, puesto que puede resultar perjudicial impulsar intervenciones carentes de especificidad, vinculando la tasa de cesáreas solo a la productividad de un servicio.

Hay diversas causas de inadecuación de sus indicaciones y, por consiguiente, el lograr la tasa óptima de cesáreas depende de que se incida específicamente sobre cada una de ellas.

No es ocioso insistir aquí en la imperiosa necesidad de promover, implementar, mejorar y sostener sistemas de información fiables, manteniendo registros clínicos depurados para poder analizar confiablemente los indicadores de proceso y de resultado, necesarios para adoptar una estrategia que logre alcanzar y monitorizar una tasa óptima de cesáreas. Esto demanda recursos y la conveniencia de hacer evaluaciones periódicas pre y post intervenciones de mejora.

La envergadura de esta labor consume recursos y un apoyo institucional permanente.

Se estima que trabajar en base a un proyecto específico para vigilar la prevalencia de la cesárea debe ser considerado una decisión relevante de la política sanitaria nacional. Este proyecto debe ser

formal, con descripción adecuada de los métodos, herramientas a utilizar y objetivos a lograr. Confiar en decisiones parciales o el voluntarismo para lograr un nivel adecuado de vigilancia, puede ser un error que derive en potencial desinterés por una labor o que tienda a desintegrar equipos de trabajo.

Estrategias de Intervención

Primero

Utilizar el sistema de clasificación de Robson como estándar para evaluar y comparar la tasa de cesáreas y hacer un seguimiento al respecto en los establecimientos sanitarios a lo largo del tiempo y además hacer una comparación entre ellos.

Ver proyecto propuesto a estos efectos (pág. 7).

La Organización Mundial de la Salud realizó una segunda revisión sistemática de la experiencia que tenían los usuarios de la clasificación de Robson, con la intención de evaluar ventajas y desventajas de su adopción, implementación e interpretación identificando los obstáculos y las posibles adaptaciones.

Un panel de expertos hizo varias recomendaciones:

- Los establecimientos sanitarios deben usar la clasificación de Robson con las mujeres ingresadas al servicio.
- Siempre que se mantenga la estructura original necesaria para realizar comparaciones estandarizadas, los usuarios del sistema de clasificación pueden subdividir los 10 grupos y analizar otras variables deseables (por ej. Datos epidemiológicos, costos, resultados o indicaciones de cesáreas), dentro de cada grupo según las necesidades y los intereses locales.
- Los resultados de la clasificación deben ponerse a disposición del público.

Clasificación de Robson:

En respuesta a la necesidad de contar con un sistema de clasificación universal.

Una de las causas principales de la dificultad que representa definir la tasa ideal de cesáreas a cualquier nivel de complejidad institucional es la falta de un sistema de clasificación internacionalmente aceptado y fiable que genere datos estandarizados, permita realizar comparaciones entre poblaciones y pueda ser una herramienta para investigar los factores que determinan la tendencia ascendente de la intervención.

El sistema propuesto por el Dr. Michael Robson en 2001 estratifica a las mujeres según sus características obstétricas y en consecuencia permite comparar las tasas de cesárea de cada grupo con menor número de factores de confusión.

La OMS llevó a cabo dos revisiones sistemáticas a fin de estimar el valor, los beneficios y las posibles desventajas de esta clasificación para comprender mejor las tendencias de la intervención en todo el mundo. Concluyó que la clasificación de Robson es la más adecuada para atender las necesidades locales e internacionales actuales y recomendó utilizarla como base para desarrollar un sistema de clasificación de cesáreas aplicable a nivel internacional.

El sistema clasifica cada mujer en sólo una de las diez categorías mutuamente excluyentes descriptas. Las categorías surgen a partir de cinco características obstétricas básicas que se registran regularmente en todas las maternidades

Variables obstétricas para la clasificación de Robson

| | |
|---------------------------------------|--|
| Paridad | <ul style="list-style-type: none"> • Nulípara • Multípara |
| Cesáreas previas | <ul style="list-style-type: none"> • Sí (1 ó > 1) • No |
| Comienzo del trabajo de parto | <ul style="list-style-type: none"> • Espontáneo • Inducido • Sin trabajo de parto (Cesárea electiva antes del trabajo de parto) |
| Edad gestacional | <ul style="list-style-type: none"> • Pretérmino (<37 semanas) • Término (≥ 37 semanas) |
| Presentación y situación fetal | <ul style="list-style-type: none"> • Presentación cefálica • Presentación podálica • Situación transversa |
| Número de fetos | <ul style="list-style-type: none"> • Único • Múltiple |

Definición de las variables en la clasificación de Robson

| Variable Obstétrica | Definición | Observación |
|--------------------------------------|---|--|
| Paridad | Número de nacimientos previos | Nacimiento de un niño de peso ≥ 500 g ó ≥ 22 semanas, vivo o muerto, por cualquier vía. El número de abortos previos no es tenido en cuenta. |
| Nulípara | Ningún nacimiento previo | No es necesariamente equivalente a primigrávida. Ej.: una mujer que cursa su 4 ^{to} embarazo con 3 abortos previos (G4 P0 A3) será una nulípara y pertenece a este grupo. |
| Multípara | Al menos un nacimiento previo | Nacimiento de un niño de peso ≥ 500 g o ≥ 22 semanas, vivo o muerto, por cualquier vía. |
| Cesárea previa | Al menos un nacimiento previo por cesárea | Otros tipos de cicatrices uterinas (Ej.: miomectomía) no debería ser tomado en cuenta y no debería ser considerado como cesárea al clasificar la mujer. |
| Comienzo del trabajo de parto | Forma de comienzo del trabajo de parto actual, sin importar como fue planificado el nacimiento. | Debería basarse en los antecedentes, examen físico y la decisión del profesional de la salud en el ingreso a la sala de trabajo de parto/nacimiento. Esto no debe ser una inferencia, Ej.: un comienzo de trabajo de parto no debe ser clasificado como espontáneo solo porque no existe información si fue inducido o no. |

| | | |
|---|---|---|
| Espontáneo | Previo al nacimiento la mujer comenzó su trabajo de parto de forma espontánea. | Nulípara o multípara que se le ha indicado una cesárea electiva e ingresa en trabajo de parto espontáneo se la clasifica como comienzo espontáneo. |
| Inducido | Previo al nacimiento la mujer no estaba en trabajo de parto y el mismo fue inducido. | Cualquier método de inducción es válido: amniotomía, prostaglandinas, oxitocina, sonda de Foley, luminaria u otros. Las mujeres con comienzo espontáneo que reciben oxitocina para estimular las contracciones no deben ser clasificadas como comienzo Espontáneo y no como Inducido. |
| Cesárea previa al trabajo de parto | La mujer no está en trabajo de parto cuando ingresa y fue indicada una cesárea para el nacimiento por esta vía. Cesárea electiva. | Los casos en los cuales hubo falla en la inducción o de comienzo Espontáneo que pertenecen a Cesáreas intraparto no deben ser ubicadas acá. |
| Edad gestacional | Edad Gestacional en el momento de ingreso para el nacimiento | Basada en el mejor estimador (fecha de última menstruación o ecografía temprana) o definiciones usadas en la institución. |
| Término | 37 semanas o más | |
| Pretérmino | Menos de 37 semanas | |
| Presentación y situación fetal | La presentación/situación fetal anterior a una decisión para el nacimiento o antes del diagnóstico de trabajo de parto | Mujer con feto en presentación podálica que tuvo una versión externa exitosa y la presentación al nacimiento fue cefálica se considera cefálica. |
| Cefálica | La parte que se presenta es la cabeza fetal. | Vertex, occipucio, sincipucio, cara o frente o presentaciones cefálicas compuestas (prolapso de mano) deben ir acá. |
| Podálica | La parte que se presentan son las nalgas fetales o uno/dos pies. | Todos los tipos de podálica (complete, incomplete y variedad de pie) |
| Transversa u Oblicua | El eje longitudinal fetal es perpendicular u oblicuo en relación al eje longitudinal materno. | La parte que se presenta es el hombro, brazo, o no se presenta ninguna parte fetal. |
| Número de fetos | Número de fetos al momento del ingreso para el nacimiento. | Se incluyen las muertes fetales diagnosticadas después de las 22 semanas o > 500 g. |
| Único | Un feto | |
| Múltiple | Más de un feto | Se incluyen los casos de embarazos múltiples donde 1 o más fetos mueren después de las 22 semana o > 500 g. |

La clasificación es sencilla, sólida, reproducible, clínicamente adecuada y prospectiva. Esto significa que, sobre la base de estas pocas características básicas es posible clasificar en uno de los diez grupos a cada mujer, en el momento de su admisión en el servicio.

Esta clasificación permite comparar y analizar las tasas de cesárea dentro de los grupos y entre ellos.

Segundo:

Reducir sustancialmente la incidencia de nacimientos electivos antes de las 39 semanas.

En busca de las mejores alternativas para lograr este propósito se propuso:

1. freno brusco: prohibición de indicarlos (Ej. Debitar pagos para determinadas indicaciones).
2. freno suave: excepciones sujetas a revisión de pares (Segunda Opinión).
3. Instrucción de los profesionales solamente.

En esta instancia se propone implementar la siguiente categorización de indicaciones para agendar nacimientos antes de las 39 semanas.

Categorías de las indicaciones médicas para agendar nacimientos antes de las 39 semanas

| Indicación médica Fuerte | Aceptabilidad intermedia | Innecesario antes de la 39s. |
|--|--|--|
| Preeclampsia, eclampsia, S. Hellp. | Diabetes gestacional. | Cesárea previa, transversa baja. |
| HTA crónica. | Embolismo pulmonar o venoso previo. | Anomalía de presentación. |
| Diabetes pregestacional. | Uso de heparina o warfarina. | Historia de distocia de hombro. |
| HIV o Herpes virus materno. | Abuso de sustancias. | Enfermedad de Crohn. |
| Trauma materno. | Desorden convulsiones. | Edad materna avanzada. |
| Colestasis. | Otra indicación médica materna. | Dilatación cervical mayor de 5 cm. sin trabajo de parto |
| Placenta previa. | Feto muerto previo. | Macrosomía inminente. |
| Desprendimiento placentario. | Defecto congénito u otra anomalía cromosómica. | Antecedente de trabajo de parto "rápido" y vivienda distante del hospital. |
| Sangrado vaginal. | Polihidramnios. | Otra indicación no documentada en estas categorías. |
| Muerte fetal. | | Trombofilia. |
| Incompatibilidad sanguínea. | | Historia materna de herpes. |
| Hidrops fetal, ascitis o arritmia. | | |
| Salud fetal comprometida. | | |
| Retardo de crecimiento intrauterino. | | |
| Embarazo múltiple. | | |
| Cirugía uterina previa (cesárea anterior u otras). | | |

Numerosas instituciones tienen protocolos estrictos para realizar inducciones o cesáreas electivas, logrando, con la adopción de políticas restrictivas (*hard stop*), beneficios (reducción) en el número de cesáreas y en la admisión en UCIN.

Esta categorización de indicaciones posibilita “institucionalizar” la Segunda Opinión, entendiendo por tal la creación de una instancia de consulta para determinar la aceptación o no de las indicaciones para llevar a cabo el procedimiento (inducción o cesárea) antes de la semana 39.

Tercero:

Institucionalizar la **segunda opinión** mediante la creación de instancias de consulta, en todos los servicios que atiendan nacimientos, cualquiera sea su complejidad, determinando los “criterios de acuerdo” de una indicación profesional para realizar cesáreas o incluso indicar una inducción.

Esta instancia de consulta encontraría un lugar preponderante ante la solicitud de un profesional para internar una paciente o ponerla en lista de quirófanos con un diagnóstico contemplado en la segunda e incluso en la tercera columna del cuadro de “categorías de indicaciones médicas...” de la página anterior.

Esta estrategia pone, en la instancia de la Segunda Opinión, la decisión final de aceptar o denegar la solicitud original.

Proyecto

Iniciativa sanitaria para promover esfuerzos tendientes a vigilar la prevalencia de la cesárea en pacientes agrupadas según categorías de Robson, identificando grupos con mayor riesgo de sufrir desvíos en la frecuencia de la intervención.

Objetivo

Ajustar a estándares adecuados, para cada grupo de Robson, la prevalencia de cesáreas en la población asistida.

Población objetivo

Todas las pacientes que ingresen a un servicio de obstetricia para la atención del parto, con peso fetal estimado superior a 500 g.

Oportunidad

La identificación de desvíos en la frecuencia de cesáreas constituirá una oportunidad para adecuar las conductas del servicio, ajustando la indicación según los estándares estimados más adecuados para cada grupo.

Detección de necesidades

La presunción aplicada a este proyecto es que, en la actualidad, el número de cesáreas es excesivo; de tal modo se aspira a reducir la prevalencia de la intervención en general.

Pero este trabajo también está determinado a poner de manifiesto la inadecuación por déficit. Así, cuando algún grupo muestre resultados sub-estándar (por ejemplo: baja tasa de cesárea pero alta tasa de morbilidad), la adecuación puede resultar en un incremento de la indicación en ciertos grupos poblacionales.

Así, este proyecto se inscribe en lo sostenido por OMS “realizar cesáreas a todas las mujeres que lo necesiten”.

Lugar

Servicios de Obstetricia del sector oficial y no oficial de salud de la República Argentina.

Período

Enero 2016 a diciembre 2016. El inicio del proyecto implica la implementación de la categorización de Robson de la población objetivo.

Análisis de la información

Se propone el análisis en dos dimensiones:

- **Entre servicios:**

Se evaluará la prevalencia global de cesáreas en el sistema.

Se determinará la Tasa Racional de Cesáreas para cada grupo (TRCx) ajustando mediante regresión logística o estandarización directa de tasas. Se utilizará para ello la "prevalencia específica" de cesárea de cada grupo (PCx) entre diferentes instituciones en relación a los mejores resultados de morbilidad.

El objetivo es lograr la menor tasa de cesáreas para cada grupo de Robson, asociada a los mejores resultados maternos y perinatales.

- **Intra Servicio:**

Esta dimensión permitirá cotejar la TRCx con resultados locales

- ▶ Prevalencia de cesárea en el servicio (Ps).

- ▶ Peso del grupo en la población asistida, calculado como el cociente entre el número de embarazadas de cada grupo sobre el total de nacidos vivos en el servicio (PGpa).

- ▶ Prevalencia Específica de cesáreas para cada grupo de Robson (PCx) calculado mediante el cociente entre el número de cesáreas en el grupo dividido por el total de nacidos vivos en el grupo.

- ▶ Comparar la TRCx con la PCx identificando inadecuaciones. Por ejemplo se coteja la TRC del grupo 4 (TRC4) con la Prevalencia específica del mismo grupo en el servicio (PC4). Tal cotejo puede demostrar inadecuación generando una oportunidad de cambio en las conductas y/o las indicaciones para mejorar el desempeño.

- ▶ El servicio, usuario del sistema de clasificación, puede analizar otras variables dentro de cada grupo según sus necesidades y los intereses locales.

Tabla de reporte de la clasificación de Robson

| Nombre de la institución: | | | | Período: | | |
|---------------------------|--|---|-----------------------------------|---|--|--|
| Columna 1 | Columna 2 | Columna 3 | Columna 4 | Columna 5 | Columna 6 | Columna 7 |
| Grupo | Número de cesáreas en el Grupo | Número de mujeres en el Grupo | Tamaño del grupo ¹ (%) | Tasa del grupo de cesáreas ² (%) | Contribución absoluta del grupo a la tasa de cesáreas general ³ (%) | Contribución relativa del grupo a la tasa de cesáreas general ⁴ (%) |
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |
| 7 | | | | | | |
| 8 | | | | | | |
| 9 | | | | | | |
| 10 | | | | | | |
| TOTAL* | N° total de cesáreas clasificadas | N° total de mujeres con nacimientos clasificadas | % | Tasa de cesáreas general | Tasa de cesáreas general | % |

No clasificadas: N° de casos y % (N casos inclasificables / (N total de mujeres con nacimiento clasificadas + no clasificadas) X 100)

Definiciones usadas en esta institución acerca de las 6 variables obstétricas para la Clasificación de Robson:

1. Trabajo de parto espontáneo:
2. Trabajo de parto inducido:
3. Otras definiciones:

*** Los totales y los porcentajes se calculan de la siguiente forma:**

1. Tamaño del grupo en porcentaje (%) = N° de mujeres en el grupo / N° total de mujeres con nacimientos en la institución x 100
2. Grupo de tasa de cesáreas (%) = N° de cesáreas en el grupo / N° total de mujeres en el grupo x 100.
3. Contribución absoluta en porcentaje (%) = N° de cesáreas en el grupo / N° total de mujeres con nacimientos en la institución x 100
4. Contribución relativa en porcentaje (%) = N° de cesáreas en el grupo / N° total de cesáreas en la institución x 100

Registros clínicos

Se recabarán datos en base a la HCP digitalizando datos en base al Sistema Informático Perinatal. Cada paciente será incorporada en uno de los grupos de la Clasificación de Robson con registro de tal en el mismo protocolo clínico.

Programa de actividades

Fase 1: Lanzamiento de la clasificación de Robson.

Comienza con el inicio del proyecto y continúa hasta la finalización del mismo.

Fase 2: Determinar la Tasa Global de Cesáreas del sistema.

Determinar la Tasa Racional de Cesárea para cada grupo (TRCx).

Esta fase comienza a los 30 días de iniciado el proyecto y se reitera con una frecuencia mensual (esto habría que determinarlo o discutir la mejor opción).

Fase 3: Determinar prevalencia de cesáreas en el servicio (Ps).

Determinar el peso del grupo en la población asistida en el servicio (PGpa).

Determinar la prevalencia de cesárea específica en cada grupo (PCx).

Esta fase tiene una periodicidad coincidente con la previa. (¿Mensual?)

Fase 4: Determinar desvíos en la prevalencia de cesáreas cotejando la TRCx con la PCx.

Discutir indicaciones y el mejor cuidado para pacientes clasificadas en los grupos con inadecuación (por exceso o por déficit).

Este paso constituye la esencia de la vigilancia de la prevalencia de cesárea en el servicio.

Debe tener una periodicidad semanal (o menor según la demanda).

Anexos

Antecedentes históricos

La Operación Cesárea es un tema debatido desde tiempo inmemorial.

Como sabemos, se trata de una técnica quirúrgica con la que el hombre procuró resolver uno de los problemas más dramáticos que le presentaban las distocias en el parto y sus complicaciones.

Se tardó casi dos milenios en alcanzar plenamente su dominio.

Sus raíces son tan lejanas que para conocer su historia debemos introducirnos en la mitología y en la leyenda, unidas a grandes personajes de la historia y sobre ella, por el gran contenido ético de su práctica en la mujer muerta, influyeron tal vez como en ninguna otra técnica quirúrgica, las regulaciones jurídicas y religiosas durante siglos.

Origen del nombre

Plinio el Viejo (23-79) en su Historia Natural, dice que el primero de los Césares llevó su nombre por el útero escindido de su madre y hace derivar el nombre de la operación de la palabra *caesus*, que quiere decir cortado, opinión se ha mantenido durante siglos.

Sin embargo, parece seguro que no se refiere al parto de Cayo Julio César (101- 44 a NE), el gran conquistador,

pues la madre de éste vivía durante la vida de su hijo y la operación cesárea en una mujer viva era inconcebible en aquel tiempo.

Otros autores opinan que el nombre de César en que uno de la dinastía de los Julias había dado muerte a un elefante, César en lengua púnica significa elefante y creen ver confirmada su opinión en la existencia de monedas que muestran en su anverso la efigie de César y en su reverso un elefante que pisa una serpiente.

También se piensa que el nombre de César deriva de *caesius*, azul grisáceo, porque los ojos de uno de los Césares tenía este color y no faltan los que creen más probable que ese nombre derive de *caesaries*, del sánscrito *kesara*, que significa largos cabellos, pues en tiempos muy antiguos un cabello abundante era considerado como signo de regia dignidad.

Pero el verdadero creador del nombre de la operación cesárea fue el médico francés Francois Rousset (¿1530-1603?) que en 1581 hace referencia por primera vez a una *section Caesarienne* y afirma que la palabra *Caesar* (César) esta relacionada etimológicamente con una operación cesárea.

En la actualidad dicha denominación se ha extendido en las lenguas de los países más cultos y aunque no han faltado intentos por sustituirla, hoy es muy difícil que eso pueda ocurrir.

La mitología y la leyenda de los pueblos más antiguos

No hay dudas de que esta operación se cuenta entre las intervenciones de urgencia más antiguas, porque con ella se evitaba el camino estrecho del parto normal con su consecuencia tan gráficamente expuesta por San Agustín (354-430) en su frase *Inter faeses et urinas nacimur* (entre excrementos y orinas nacemos).

Se consideraba signo de brillante porvenir para el hombre que nacía de un "parto inmaculado". De esta forma se hacía nacer a los dioses.

En el Rig-Veda, antiguo libro de la cultura indú, se relata como Indra, el supremo dios védico, se negó a nacer por la "antigua vía ya probada" y deseó "salir oblicuamente por el lado" a pesar de las malas consecuencias que esto traía aparejado a la madre.

En la mitología griega también se pueden encontrar dioses nacidos de esta forma y uno de ellos es Asklepios o Esculapio, el dios de la medicina.

Dionisos, dios del vino de la propia mitología, también nació de cesárea *post-mortem*.

Una leyenda recogida en el libro antiguo de los budistas Mahavastu nos dice que Siddharta Gautama, Buda (siglo VI a NE), salió puro e inmaculado del lado derecho de su madre Mâyâ, recibido por el propio Indra.

Plinio el Viejo, además de a César, menciona como nacido de cesárea *post-mortem* a Escipión el Africano, el viejo (235-183 a NE), vencedor de Cartago.

El mismo origen tuvieron el nacimiento de Rustem, héroe de la epopeya nacional persa, Libro de los Reyes de Abul-Qasim Firdawsi y el héroe de Islandia, Worsung, según las tradiciones nórdicas.

Igualmente la operación cesárea juega un importante papel en las tradiciones y leyendas de pueblos primitivos como los habitantes de las Islas Palau, en la Micronesia; de los nubas y tschambas en África; de los pobladores de las Islas Marquesas, del archipiélago de Santa Cruz y Nueva Zelanda en la Polinesia; de los Wiyots en la California Central y los bororos en el oriente del Brasil.

Por todo ello, se ha llegado a pensar que también la practicaba el hombre de la prehistoria y el historiador médico, y ginecólogo alemán Reinhard Hofchlagel (1871-1951), opina que la operación cesárea se practicaba ya en los cadáveres en los principios de la Edad de Piedra y funda su opinión entre otras cosas en las ideas mágicas del hombre paleolítico, estudiadas no sólo en la arqueología sino también por minuciosas investigaciones en pueblos muy primitivos, principalmente de África Occidental y Oriental.

La operación cesárea en la mujer muerta

La operación cesárea en la mujer muerta estuvo influida desde que se conoce su práctica por regulaciones legales y religiosas. Su primera indicación en Europa, documentalmente demostrada, se encuentra en el Digesto, o colección de leyes romanas, del emperador Justiniano (527-565), donde se dice: "La Lex regia prohíbe enterrar a una mujer, que ha muerto durante el embarazo, antes de extraerle el fruto por escisión del abdomen.

Quien obra en contra de esto, destruye evidentemente la esperanza de un ser viviente".

Según una leyenda esta ley se atribuye al segundo rey de Roma, Numa Pompilio (715-675? antes de NE), sucesor de Rómulo (siglo VIII a NE), este último con su hermano gemelo Remo (siglo VIII a NE), fundadores de la Ciudad Eterna.

Tal opinión no parece ser cierta, pues existe el criterio de que el último párrafo, en el que se dice, "Quien obra en contra de esto, destruye evidentemente la esperanza de un ser viviente", está influenciado por el Cristianismo y su doctrina de que el niño posee ya un alma en el momento de la concepción con lo cual se reconoce al feto como potencialmente un hombre.

Esta idea se hallaba en contra de la que primaba en Roma en la época de Numa Pompilio, la que consideraba que el niño por nacer no era un ser humano y por lo mismo no era castigado el aborto provocado.

No obstante lo dicho, el criterio posterior de la Iglesia con respecto a la operación cesárea en la mujer muerta fue variable y así durante toda la Edad Media se encuentran pocas disposiciones, según las cuales, al morir una embarazada debía abrirsele en todo caso el vientre y bautizar al niño. Una de estas disposiciones está contenida en el estatuto de Canterbury de 1236 donde se dice que: "Si

muere una mujer durante un parto y se cree que el niño vive, debe ser incidido su vientre y se debe abrir su boca". Esta última consideración se va a mantener en estricto cumplimiento durante muchos siglos.

En el Sínodo o Concilio de Vienne (1311-1312), los jefes de la Iglesia se extendieron en consideraciones sobre la operación cesárea y el bautismo.

Allí se dispuso:

"Cuando una mujer muere durante el parto y el niño se encuentra todavía en el claustro materno, debe abrirse éste inmediatamente y bautizarse el niño en caso en que todavía viva; si ha muerto ya, habrá que enterrarlo fuera del cementerio. Si hay motivo para pensar que el niño ha muerto en el vientre de la madre, éste no se abrirá, sino que la madre junto con el niño serán enterrados, en el camposanto. Cuando una mujer no puede parir y el niño solo asoma su cabeza del vientre materno, la comadrona deberá rociarla con agua pronunciando las palabras: '*Te bautizo en el nombre del Padre y del Hijo y del Espíritu Santo...*' y el niño queda bautizado. Lo mismo hay que proceder cuando el niño no asoma su cabeza, pero sí surja de la madre una gran parte del cuerpo de la criatura. Ahora bien, si esta parte es sólo un pie o una mano, no debe bautizarse. Si solamente asoma la cabeza u otra parte mayor del cuerpo que no permita determinar su sexo, la comadrona dirá: '*Criatura de Dios, yo te bautizo...*'".

A partir de los comienzos de la Edad Moderna, la idea del bautismo al practicar la operación cesárea en la mujer muerta desempeñó un papel mucho más importante, al extremo que el clérigo Francesco Enmanuele Cagliamila (1702-1763) en su libro *Embryología sacra...*, publicado en Milán en 1751, exigía que los sacerdotes dominaran la técnica de la operación cesárea, para que en caso de urgencia pudieran administrar a un niño el bautismo.

A pesar de que también en muchos países de Europa decretaron sus Cortes la obligatoriedad de practicar la operación cesárea post-mortem, esto no se llevaba a cabo siempre y se conocen casos en que se prohibió su realización como al célebre obstetra francés del siglo XVII Francois Mauriceau (1637-1709) y al cirujano alemán del XVIII Lorenz Heister (1683-1758), a quienes se les acusó e insultó además, al decirles que ni siquiera en el momento de la muerte dejaban reposar en paz el cuerpo de personas que ya en vida habían frecuentemente atormentado.

El cirujano y obstetra alemán Leopold Sokrates von Rieke (1790-1876) que estudió profundamente la bibliografía sobre cesáreas *post-mortem*, quedó sorprendido de que existieran tan pocos casos seguros de niños que debieron su vida a la ley de su obligatoriedad y propuso en 1829 que el Estado concediera un premio a las operaciones cesáreas practicadas con éxito en la mujer muerta, de un modo semejante a los conferidos por la salvación de vidas.

Ya a partir del siglo XIV los médicos se venían preocupando de mejorar la técnica quirúrgica de la cesárea y así ,en ese mismo siglo, el famoso cirujano francés Guy de Chauliac (1290-1368) fue el primero que hizo indicaciones acerca de la posición y sentido de la incisión y recomendó la parte izquierda con el propósito de no herir el hígado y en la centuria siguiente Pietro d'Argellata (*¿* -1423), profesor de la Universidad de Bolonia, Italia, fue el primero que propuso la incisión en la línea alba y la practicó por sí mismo.

Pero no fue hasta el siglo XIX que se concedió mayor atención a las bases científicas de la operación cesárea en la mujer muerta, formulándose la pregunta de cuánto tiempo podía vivir el niño después de la muerte de la madre, a la que se dio respuesta con los más disímiles criterios, en su mayoría absurdos, lo que explica por qué tal práctica arrojaba hace algo más de ciento cincuenta años, una mortalidad infantil de 90 a 99% y que estas cifras no cambiaran hasta que se reconoció que la operación cesárea debía realizarse inmediatamente después de la muerte de la madre y que se aprendiera a conservar la vida del recién nacido, por lo general asfíctico, con ayuda de acertadas medidas.

La operación cesárea en la mujer viva

Todos los historiadores médicos están de acuerdo en que la evolución de la operación cesárea en la embarazada viva constituye uno de los capítulos más dramáticos de la historia de la medicina.

Formados los médicos europeos desde los inicios de nuestra Era en el principio hipocrático del *nil nocere*, no hacer daño, la inmensa mayoría se negaba a realizar una intervención de tal magnitud, con resultados tan sombríos y los pocos que la intentaban lo hacían en situaciones extremas en las cuales había que obrar a todo trance. Tomando en cuenta dicha gran verdad es que puede asegurarse que esta operación de urgencia es un producto de la época del Renacimiento y de su extraordinaria audacia y vitalidad que hizo cambiar en todos sentidos la mentalidad del hombre medieval.

No se sabe exactamente quien fue el primer operador que se atrevió a practicarla por primera vez en una mujer viva y se acepta, aunque con naturales reservas, la opinión de Caspar Bauhin (1560-1624) quien la da por realizada hacia el año 1500 por el matarife de cerdos Jacob Nufer, de Sigershausen, en el cantón de Thurgovia, Suiza. Bauhin refiere que ante la imposibilidad de la prosecución del parto: "...el marido, después de implorado el auxilio divino y de cerrada cuidadosamente la puerta, coloca a su mujer encima de una mesa, y le abre el abdomen, como se hace para los cerdos. Y supo hacerlo con tanta destreza que ya al primer corte se pudo extraer el niño sin ninguna lesión. Once comadronas que estaban cerca de la entrada, sintiendo los vagidos del niño, intentaban entrar con todos los medios; pero no fueron admitidas antes de que se limpiase al niño, y se suturase la herida abdominal, según costumbre veterinaria...".

Bauhin afirmaba que la madre y el niño vivieron, pero como este informe no fue dado a conocer hasta pasado un siglo, son numerosos los historiadores que acogen el caso con cierta reserva. De mucho más crédito es la cesárea en mujer viva realizada en 1540 por el cirujano italiano Christophorus Bainus recogida por su contemporáneo Marcello Donati (1538-1602).

Por los datos tan precisos comunicados por Jacques Guillemeau (1550-1613) hoy se admite que la operación cesárea en la mujer viva fue intentada por primera vez en el siglo XVI. Sin embargo, todas las intervenciones llevadas a cabo en aquella época siempre terminaban en el fracaso, lo que hizo que tanto Guillemeau como su maestro Ambrosio Paré (1510-1590) se pronunciaran en contra de la misma.

En el siglo XVI fue escrita, también, la primera monografía acerca de la cesárea, publicada en París en 1581 por el médico francés Francois Rousset bajo el título de *Nuevo tratado de la histerectomía o parto cesariano*. Esta obra fue considerada como magistral durante todo el siglo y legiones de sus seguidores cumplían en toda Europa sus minuciosas observaciones, muchas de ellas erróneas, como la que sostiene que el útero no debe ser suturado, porque su fuerza de retracción es tan grande que una sutura sólo causaría trastornos. Esta falsa observación fue aceptada como verdad indiscutida y tendrían que pasar exactamente tres siglos para que fuera abandonada definitivamente. Rousset que avalaba sus opiniones con una extensa casuística no ejecutó por sí mismo ninguna cesárea, ni tampoco asistió jamás a esta operación como espectador, por lo que asombra grandemente que la obra de un teórico acerca de una cuestión práctica haya llegado a adquirir tal importancia.

En el siglo XVII los más eminentes obstetras, a cuyo frente se encontraba Francois Mauriceau, eran opuestos a la operación cesárea. Mauriceau opinaba que esta operación nunca debiera hacerse en la mujer viva, porque siempre tenía un desenlace fatal para la madre. De este siglo es uno de los casos mejor documentado que se conoce de cesárea en mujer viva.

Fue realizada la operación en Witemberg, Alemania, el 21 de abril de 1610 por el cirujano Jeremías Trautmann en la esposa de un tonelero, que al final de su embarazo fue gravemente herida por un arco que al saltar la alcanzó en el vientre, produciéndole una ruptura del útero. Trautmann logró extraer el niño vivo, suturó la herida abdominal y la madre parecía salvada, pero 25 días más tarde

falleció súbitamente. La necropsia demostró, sin embargo, que la causa de la muerte no fue debida a la intervención.

El célebre obstetra Cornelio Solingen (1641-1687), en el propio siglo, después de algunas cesáreas fracasadas, mantenía la opinión de que dicha operación no debía contarse entre las misiones de un tocólogo.

En el siglo XVIII se inicia una época de pruebas audaces, la tradición y los prejuicios fueron vencidos por la experiencia y llegó por fin a prevalecer la convicción de que la operación cesárea, a pesar de sus altas cifras de mortalidad, debía constituir una medida necesaria a alcanzar en la obstetricia.

Fueron los médicos franceses los que más van a contribuir al desarrollo de la técnica de la cesárea en este siglo, entre ellos Andre Levret (1730--1780), uno de los más célebres obstetras de su época, con la incisión lateral que lleva su nombre; Francois-Ange Deleurye (1737-1780), que perfeccionó la incisión en la línea alba y Théodore-Etienne Lauerjat (¿ -1800) que se ocupó críticamente de la cesárea y publicó en 1788 en París una extensa monografía con el título Nuevo método de practicar la operación cesárea y paralelo a esta operación la sección de la sínfisis de los huesos del pubis, en la cual comunicó los resultados de extensos y minuciosos ensayos sobre la técnica de esta operación. Lauerjat fue un ferviente partidario de la incisión oblicua.

Tan importantes como estos avances fueron también los intentos hechos por los obstetras franceses de conseguir una sutura del útero. En 1769 el cirujano Lebas de Moulleron, en contra de la opinión de su tiempo, se atrevió a practicar una sutura del útero con tres hilos, pocos obstetras le siguieron.

El siglo XIX comenzaba dándole toda la vigencia a la descarnada opinión de Otto Küstner (1849-1931): "Esta operación de tan orgulloso nombre ha sido casi siempre un desastroso fracaso".

Tomando en cuenta que la causa principal de la gran mortalidad de la operación cesárea residía en la hemorragia y sobre todo en la peritonitis y que la infección partía casi exclusivamente del útero, había que encontrar un método que permitiera de un modo u otro excluir al útero como fuente de peligro. El primero que creó una nueva y eficaz técnica operatoria desde este punto de vista y con ello abrió una nueva época, la verdaderamente brillante en la historia de la operación cesárea, lo fue el genial ginecólogo de Milán, Edoardo Porro (1842-1902).

El 21 de mayo de 1876, Porro realizó por primera vez la operación que más tarde llevó su nombre y que consistía en amputar supravaginalmente el útero después de la cesárea, con lo cual obtuvo un completo éxito para la madre y el niño en una primípara de 25 años de edad, que presentaba una pelvis en alto grado raquítica. La técnica fue publicada en Milán en el propio año 1876 con el título De la amputación útero-ovárica como complemento de la operación cesárea que produjo gran sensación entre los médicos.

Poco después de ser conocida la nueva técnica, comenzó a perfeccionarse constantemente. Si en la primera operación realizada por su autor se dejaba el muñón del cuello uterino fuera del peritoneo, más tarde se adoptó la técnica del muñón intra y retroperitoneal y por último, se pasó a practicar la inversión del muñón en la vagina. Estas y otras modificaciones contribuyeron a mejorar la técnica y que al cumplirse el 25o aniversario de la operación de Porro la casuística aportada por Ettore Truzzi (1855-1922) mostrara finalmente una mortalidad materna que llegaba solamente a un 25 % y una mortalidad infantil de 22 % aproximadamente.

En estos éxitos no pueden verse solamente las ventajas de dicha operación y si deben tomarse en cuenta que por esos años hacen su aparición la antisepsia y la asepsia para dar comienzo a una nueva Era en la medicina que haría avanzar a la cirugía en general hasta alcanzar logros insospechados siquiera antes de 1880.

El gran inconveniente del método de Porro estribaba en el carácter mutilante de la operación, que no lograban desvirtuar todas sus demás ventajas y muy pronto se abrió paso la idea de que tarde o

temprano había que volver a adoptar de un modo o de otro, el antiguo método conservador. Sin embargo, para evitar el peligro de infección había que crear una técnica operatoria completamente nueva.

Al comenzar a pensar en métodos más apropiados se concentró la atención en la sutura del útero, detalle éste que hasta entonces se había descuidado. Desde la época de Francois Rousset repetidas veces fue rechazada una sutura como innecesaria y, aún cuando fue propuesta de nuevo en 1866 por Bernhard Breslau, no se reconoció que fuera inocua e imprescindible hasta 1882 en que el célebre ginecólogo alemán Max Sanger (1853-1903) practicó la primera cesárea seguida de cierre del útero por suturas de plata y seda.

Las técnicas aportadas por este inmortal ginecólogo y su no menos inmortal compatriota, el ginecólogo de Heidelberg, Ferdinand Adolf Kehrer (1837-1914), encaminadas a aislar de un modo seguro y duradero la cavidad peritoneal convirtieron la operación cesárea en una intervención nada peligrosa y se llegó a conseguir un éxito que pocos años atrás hubiera sido imposible, lo que hizo exclamar a su contemporáneo Gerhard Leopold (1846-1911): "Si Porro deshizo el nudo gordiano, evitándolo simplemente, a Kehrer y Sanger corresponde el mérito de haberlo efectivamente desanudado".

En busca del futuro perfeccionamiento de la técnica operatoria, así como para disminuir la mortalidad, se prestó posteriormente mayor atención no solamente a la asepsia y a la técnica de sutura, sino también a la dirección de la incisión y este campo es tan fecundo que resulta imposible en el marco breve de nuestra conferencia, comentar siquiera las imprescindibles y sólo mencionaremos los nombres de algunos de sus más eminentes autores: Isidor Cohnstein (1841-1894), Oskar Polano (1873-1934), Henrich Fritsch (1844--1915), Peter Müller (1836-1922), Fritz Frank, Albert Doderlein (1860-1941), Sidmund Gottschalk (1860-1914), Ernest Solms (1878-?) y Henrich Doerfler (1864-1938).

Al éxito de la operación cesárea han contribuido además en el siglo XX, otras muchas conquistas científicas pero ninguna de ellas como la introducción de los quimioterápicos y los antibióticos y el perfeccionamiento de la anestesia, por eso junto a los grandes impulsores de su técnica deben figurar los nombres de los inmortales creadores de la anestesia, la antisepsia, la asepsia, la quimioterapia y la antibióticoterapia: William Thomas Morton (1819-1868), Louis Pasteur (1802-1895), Joseph Lister (1827-1912), Paul Ehrlich (1854-1915), Gerhard Domagk (1895-1964) y Alexander Fleming (1881-1955).

Aspectos técnicos y progreso en la seguridad del procedimiento

Desde una perspectiva quirúrgica, es posible sostener que la cesárea se ha transformado en un procedimiento quirúrgico mucho más seguro que el que se practicaba hasta hace unos 15 o 20 años atrás.

Estos progresos derivan en una firme sensación de certidumbre para el equipo que brinda atención perinatal.

Entre esos progresos es posible reseñar:

- Incisiones transversales segmentarias (Munro Kerr) en reemplazo de las corporales uterinas.
- Adelantos en las técnicas anestésicas (bloqueo subaracnoideo con aguja "punta de lápiz").
- Acceso y cierre de pared abdominal con mejoras técnicas que acarrear mejores resultados estéticos.
- Uso de antibióticos y otras mejoras en el manejo clínico-quirúrgico que reducen el número e intensidad de las complicaciones.

La intervención ha llegado a tal grado de perfeccionamiento que motiva una confiabilidad excesiva contribuyendo así al incremento de la frecuencia. Tal vez sea en la actualidad en uno de los procedi-

mientos quirúrgicos más comunes del mundo desarrollado y la operación obstétrica más frecuente después de la episiotomía.

Desventajas del uso incremental de la intervención

La cesárea acarrea consecuencias para el futuro obstétrico de la mujer. Una cesárea anterior condiciona fuertemente la realización de un próximo parto por vía vaginal. La reiteración de la intervención constituye una indicación absoluta para próximas gestaciones.

Vemos así que el procedimiento no está exento de problemas, por el contrario, es el origen de muchos de ellos.

Las anomalías de inserción placentaria (acretismo en sus diversos grados) son otra temible consecuencia de que, en la actualidad, constituye una verdadera “epidemia”, con las tremendas derivaciones que tal diagnóstico acarrea.

La prevalencia progresiva de las anomalías de inserción placentaria es en la actualidad un desafío al que se ven sometidos los servicios asistenciales, debiendo encarar costosas previsiones para afrontar situaciones extremas, con altísimo riesgo materno y perinatal.

Cambios en las indicaciones de la Cesárea

La nómina que se cita aquí es forzosamente incompleta. Solo se mencionan ejemplos de situaciones que debe afrontar la madre, su hijo y el equipo de salud que los asiste.

Algunas indicaciones son absolutas porque la paciente presenta condiciones que contraindican de modo absoluto el parto vaginal. Algunas son de origen materno (estrechez pelviana), otras fetales (situación transversa) y otras ovulares (placenta previa oclusiva).

En estos casos la indicación no puede soslayarse dado lo irreductible de la condición que impide el nacimiento por la vía natural.

Otras indicaciones son relativas, por ejemplo: la rotura prematura de membranas que se prolonga en el tiempo y el trabajo de parto no se inicia con el consiguiente riesgo de infección perinatal. Otra indicación es el antecedente de cesárea anterior y la dificultad que esto implica para evaluar el impacto de la cicatriz anterior sobre el trabajo de parto.

El mejor conocimiento de la fisiología materno fetal es otro componente relevante al analizar los cambios que operan sobre la indicación de la cesárea, incorporando nuevas indicaciones de intervención.

La posibilidad de conocer con mayor precisión las condiciones de salud fetal, acceder al ámbito intrauterino por medios no invasivos (el ultrasonido) como los monitoreos cardiotocográficos materno-fetales, flujometría y ecodoppler de vasos pelvico-uterinos, placentarios, umbilicales e incluso fetales como las arterias cerebrales y otras; Aparecen así nuevas indicaciones que hasta hace diez años se desconocían.

Otra consideración relacionada con estos avances es la generación de nuevas incógnitas sobre la salud y el confort fetal. Cuando no se identifica la causa de la alteración, surge la indicación de cesárea con un criterio conservador ante la incertidumbre. Lo incierto abona el terreno de la cesárea.

Finalmente es necesario considerar el rol que ejerce el propio parto vaginal respecto a la funcionalidad del piso pelviano. El mejor conocimiento de las modificaciones en el canal del parto que podrían condicionar distopías con consecuencias sobre la micción, la catarsis e incluso disfunciones sexuales.

El mayor conocimiento de estas consecuencias propicia que cada vez con mayor frecuencia surjan indicaciones de cesárea a solicitud de la paciente.

Cesárea a solicitud de la paciente

Es esta una particular consideración, representada por la decisión de la propia paciente de someterse al procedimiento. Lo denominamos “cesárea a solicitud de la paciente” (CSP).

Es muy interesante la discusión que introduce y jerarquiza a la CSP como una opción válida a discutir en el proceso de toma de decisiones sobre la vía de parto. Hay mucha literatura al respecto (cito: Consideraciones bioéticas: cesárea a solicitud de la paciente y autonomía. Por Rogelio Gonzalez Perez).

Que la paciente elija el procedimiento supone una decisión informada. Es decir que la paciente participó junto a los profesionales que la asisten de una actividad que recibe el nombre de “Consejería”. Esta permite brindar información sobre el proceso del nacimiento y cómo afrontarlo. Posibilita a la mujer conocer ventajas y desventajas de los procedimientos.

Respecto de la cesárea se informará sobre el riesgo que implica sobre la fecundidad futura y las implicancias respecto del nacimiento en estas condiciones.

Esta consejería tiende a contrarrestar fantasías de la paciente y/o su familia para sustentar su toma de decisión que, en tales condiciones, el equipo de salud debe respetar.

Contrarrestar creencias y mitos sobre la cesárea no es tarea sencilla. Tales “mitos” son incontables y necesariamente deben contrastarse con información adecuada a la realidad, ajustando las expectativas de la mujer a lo real, implícito en el nacimiento y las distintas modalidades para afrontarlo.

Brindando apoyo a la embarazada, respaldo, accesibilidad al equipo para realizar consultas son instrumentos indispensables con los que se logra mayor seguridad de la embarazada, confianza en el equipo que la asistirá y mayor apego a las indicaciones que surjan de los profesionales intervinientes.

Referencias bibliográficas

1. *Aetna Urges Moms to Avoid Cesareans Births to Reduce Risk*. Alex Nussbaum. July, 2012.
2. *Appropriate technology for birth*. Lancet. 1985;2: 436-7.
3. Aron DC, Harper DL, Shepardson LB, Rosenthal GE. *Impact of risk-adjusting cesarean deliver y rates when reporting hospital performance*. JAMA. 1998;279:1968-72.
4. Bailit J. *Comparison of risk-adjustment methodologies for cesarean deliver y rates*. Obstet Gynecol. 2003;102:45-51.
5. Bailit JL et Al. *Changes in the Indications for Scheduled Births to Reduce Nonmedically Indicated Deliveries Occurring Before 39 Weeks of Gestation*. Obstetrics and Gynecology. 2012 Agosto; 120(2 Pt 1):241-5.
6. Betrán AP, Gulmezoglu AM, Robson M, Merialdi M, Souza JP, Wojdyla D, et al. *WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America: classifying caesarean sections*. Reprod Health. 2009;6:18.
7. Brennan DJ, Robson MS, Murphy M, O’Herlihy C. *Comparative analysis of international cesarean delivery rates using 10-group classification identifies significant variation in spontaneous labor*. Am J Obstet Gynecol. 2009;201:308.e1-8.
8. Buess, H.: *La obstetricia de los médicos hipocráticos*. Actas Ciba. Oct.-Dic. 1950.pp. 138-149.
9. Buess, H.: *La obstetricia en la era romana*. Actas Ciba. Oct.-Dic. 1950. pp. 154-163.
10. Buess, H.: *La obstetricia primitiva*. Actas Ciba. Oct.-Dic. 1950. pp. 122-127.
11. Burrows LJ, Meyn L a, Weber AM. *Maternal morbidity associated with vaginal versus cesarean delivery*. Obstet Gynecol. 2004;103:907-12.
12. Cárdenas R. *Cesarean-associated complications: the importance of a scarcely justified use*. Gac Med Méx. 2002;138:357-66.
13. Castiglioni, A.: *Historia de la Medicina*. Salvat Editores S. A. Barcelona. 1941.
14. Chalmers B. *WHO appropriate technology for birth revisited*. BJOG. 1992;99:709-10.

15. Chongsuivatwong V, Bachtiar H, Chowdhury ME, Fernando S, Suwanrath C, Kor-Anantakul O, et al. *Maternal and fetal mortality and complications associated with cesarean section deliveries in teaching hospitals in Asia*. J Obstet Gynaecol Res. 2010;36: 45-51.
16. Clark SL *American Journal Obstetrics and Gynecology*. 2010. 203:449
17. Comité de obstetricia práctica. The American College of Obstetricians and Gynecology. Nro 559. Abril 2013.
18. Costa ML, Cecatti JG, Souza JP, Milanez HM, Gülmezoglu MA. *Using a Caesarean Section Classification System based on characteristics of the population as a way of monitoring obstetric practice*. Reprod Health. 2010;7:13.
19. Cyr RM. *Myth of the ideal cesarean section rate: commentary and historic perspective*. Am J Obstet Gynecol. 2006;194:932-6.
20. *Decreasing Elective Deliveries Before 39 weeks of Gestation in a Integrated Health Care System*. Brjam T. Oshiro. Et Al. Obstetrics and Gynecologi. Vol. 113, Nro. 4. Abril 2009.
21. Deneux-Tharoux C, Carmona E, Bouvier-Colle M-H, Bréart G. *Postpartum maternal mortality and caesarean delivery*. Obstet Gynecol. 2006;108:541-8.
22. Ehrental DB et Al. *Neonatal Outcomes Alter Implementation Guidelines Limiting Elective Delivery Befote 39 Weeks of Gestation*. Obstet Gynecol. 2011 Nov;118(5):1047-55. doi: 10.1097/AOG.0b013e3182319c58.
23. Elliott JP, Russell MM, Dickason LA. *The laboradjusted cesarean section rate—a more informative method than the cesarean section “rate” for assessing a practitioner’s labor and delivery skills*. Am J Obstet Gynecol. 1997;177:139-43.
24. Fahrni, R.: *La acogida del tratamiento de las heridas según Lister por la Cirugía de su tiempo*. Actas Ciba. Sept.-Octubre. 1949. pp. 166- 171.
25. Fantini MP, Stivanello E, Frammartino B, Barone AP, Fusco D, Dallolio L, et al. *Risk adjustment for interhospital comparison of primary cesarean section rates: need, validity and parsimony*. BMC Health Serv Res.2006;6:100.
26. Ferrarelli, L.: *Dudas históricas sobre la operación cesárea*. Gaceta Sanitaria. 4(5-6): 41-43. Sept.-Dic. 1949.
27. Garrison, F. H.: *Introducción a la Historia de la Medicina*. Ed. Calpe. Madrid. 1992. Tomoll.
28. Gregor y KD. *Monitoring, risk adjustment and strategies to decrease cesarean rates*. Curr Op Obstet Gynecol. 2000;12:481-6.
29. Guerra, F.: *Historia de la Medicina*. Ed. Norma. S. A. Madrid. 1989. Tomo I.
30. *Indications Contributing to the Increasing Cesarean Delivery Rate*. Barber E. et al. Obstetrics and Gynecology. 118:29-38. 2011.
31. Kamilya G, Seal SL, Mukherji J, Bhattacharyya SK, Hazra A. *Maternal mortality and cesarean delivery: ananalytical observational study*. J Obstet Gynaecol Res. 2010;36:248-53.
32. Korst LM, Gornbein JA, Gregory KD. *Rethinking the cesarean rate: how pregnancy complications may affect interhospital comparisons*. Med Care. 2005;43:237-45.
33. Le Roy Cassá, J.: *Apuntes para la historia de la obstetricia en Cuba*. Anal. Acad.Cienc. Med. Fis. Nat. Habana. 39: 336-374. La Habana. 1903.
34. Le Roy Gálvez, L. F.: *Bio-Bibliografía del Dr. Jorge Le Roy y Cassá*. Cuad. Hist. Sal. Pub. No. 61. La Habana. 1976.
35. Lieberman E, Lang JM, Heffner LJ, Cohen A. *Assessing the role of case mix in cesarean delivery rates*. Obstet Gynecol. 1998;92:1-7.
36. Liu S, Liston RM, Joseph KS, Heaman M, Sauve R, Kramer MS. *Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal deliver y at term*. CMAJ. 2007;176:455-60.
37. MacDorman MF, Declercq E, Menacker F, Malloy MH. *Infant and neonatal mortality for primary caesarean and vaginal births to women with “no indicated risk,” United States, 1998-2001 birth cohorts*. Birth. 2006;33:175-82.
38. McCarthy FP, Rigg L, Cady L, Cullinane F. *A new way of looking at Caesarean section births*. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2007;47:316-20.
39. Miranda, A.: *Mitos y leyendas de la antigua Grecia*. Ed. Gente Nueva. La Habana. 1974.
40. Müller, C.: *La operación cesárea desde que se introdujo la operación de Porro (1876)*. Actas Ciba. Julio-Sept. 1952. pp. 105-114.
41. *Profamilia. Salud Materno-Infantil. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010*. Bogotá; 2011. p. 62.
42. Quecke, K.: *La denominación «Operación cesárea»*. Actas Ciba. Julio-Sept. 1952.pp. 114-115.
43. Quecke, K.: *La operación cesárea en la mujer muerta*. Actas Ciba. Julio-Sept. 1952 pp. 88-94.

44. Quecke, K.: *La operación cesárea en la mujer viva*. Acta Ciba. Julio-Sept. 1952. pp. 95–104.
45. Quecke, K.: *Principios históricos de la operación cesárea*. Actas Ciba. Julio-Sept. 1952. pp. 82-87.
46. Robson MS, Scudamore IW, Walsh SM. *Using the medical audit cycle to reduce cesarean section rates*. Am J Obstet Gynecol. 1996;174:199-205.
47. Robson MS. *Can we reduce the caesarean section rate?* Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2001;15:179-94.
48. Robson MS. *Classification of caesarean sections*. Fetal Matern Med Rev. 2001;12:23-39.
49. Salinas PH, Carmona GS, Albornoz VJ, Veloz RP, Terra VR, Marchant GR, et al. *¿Se puede reducir el índice de cesárea? Experiencia del Hospital Clínico de la Universidad de Chile*. Rev Chil Obstet G Ginecol. 2004;69:8-13.
50. Sigerist, H. E.: *Los grandes médicos*. Ed. Ave. Barcelona. 1949.
51. Souza JP, Gülmezoglu A, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Carroli G, Fawole B, et al. *Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health*. BMC medicine. 2010;8:71.
52. Souza Rodríguez, B.: *Elogio del Dr. Enrique Fortún*. Comp. Ed. de Libros y Folletos. La Habana. 1949.
53. The National Maternity Hospital Holles Street. *Annual Report 2006*; 2006. p. 74.
54. Torloni MR, Betran AP, Souza JP, Widmer M, Allen T, Gulmezoglu M, et al. *Classifications for Cesarean Section: A Systematic Review*. PLoS ONE. 2011;6:e14566.
55. Trelles Govín, C. M.: *Bibliografía científica cubana. Ciencias Médicas*. Ingeniería. Imp. de Juan F. Oliver. Matanzas. 1919. Tomo II.
56. Trelles Govín, C. M.: *Contribución de los médicos cubanos a los progresos de la medicina*. Imp. A. Dorrbecker. La Habana. 1926.
57. Vera C, Correa R, Neira J. *Utilidad de la evaluación de 10 grupos clínicos obstétricos para la reducción de la tasa de cesárea en un hospital docente*. Rev Chil Obstet Ginecol. 2004;69:219-26.
58. 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;367:1819-29.
59. Wen SW, Rusen ID, Walker M, Liston R, Kramer MS, Baskett T, et al. *Comparison of maternal mortality and morbidity between trial of labor and elective caesarean section among women with previous cesarean delivery*. Am J Obstet Gynecol. 2004;191:1263-9.
60. Winograd-Votta
61. Zhang J, Troendle J, Reddy UM, Laughon SK, Branch DW, Burkman R, et al. *Contemporary Cesarean delivery practice in the United States*. Am J Obstet Gynecol. 2010;203:326.e1-326.e10. //