

¿Es posible disminuir la tasa de cesáreas mejorando la información y la formación que recibe la mujer embarazada durante el embarazo y el parto?

Sr. Director,

Las matronas que desarrollamos nuestra labor profesional en atención especializada somos los profesionales más cercanos a la mujer embarazada en ese momento tan importante como es el nacimiento de su hijo. Es frecuente que seamos nosotros los que recibamos la petición, por parte de la mujer o de sus familiares, de finalizar su embarazo mediante la práctica de una cesárea basándose en que no dilata, en el dolor, en el miedo a que haya complicaciones con su hijo, en que el profesional responsable del seguimiento de su embarazo (que en la mayoría de las ocasiones no está presente durante el parto y no toma las decisiones durante el mismo, sobretodo en la sanidad pública donde curiosamente el índice de cesáreas, aún siendo alto es más bajo que en la sanidad privada^{1,2,3}) le comunicó que su parto finalizaría así, etc. Esta presión social es uno de los múltiples factores que influyen en la tendencia al alza del número de cesáreas, muchas de ellas evitables³. Lo hacen en la creencia de que la finalización del parto mediante cesárea es mejor para la madre y el niño. No son conscientes que la cesárea es un procedimiento quirúrgico y que, si bien es cierto que actualmente los medios técnicos, los procedimientos y la experiencia hacen que sea una técnica más segura, no lo es menos que no está exenta de riesgos tanto para la madre como para el feto. Es abundante la literatura que recoge esta afirmación. En un estudio multicéntrico que forma parte de la encuesta general sobre salud materna y perinatal de la OMS, se comprobó que en el caso de presentación cefálica la cesárea está significativamente asociada con un aumento de la morbilidad y mortalidad de la madre,

el feto y el RN, independientemente del escenario médico y sociocultural en que se realice. Sólo en el caso de presentación de nalgas la cesárea tuvo efecto protector respecto al riesgo de muerte fetal⁴.

Todo esto lleva a plantearse si la información que reciben las mujeres durante su embarazo y parto es la necesaria, adecuada y basada en la evidencia y si interviniendo sobre ella se puede influir en el modo de finalización del embarazo con el objetivo de disminuir la tasa de cesáreas y los riesgos inherentes a esta práctica, permitiendo que el parto se desarrolle por su vía natural en mayor número de casos. En esto radica la importancia del tema. La OMS^{1,2,3} reconoce como una ratio aceptable el 15% de cesáreas. En nuestro país el porcentaje de cesáreas oscila alrededor del 21% y en Andalucía es del 20%².

La mujer debe ser protagonista de su propio parto y, por ello, participar de todas las decisiones que le afecten. Para ello debe tener información y libertad para decidir en función de la misma.

En una revisión Cochrane⁵ que aborda la información que reciben las mujeres embarazadas con relación al nacimiento por cesárea se revisan dos estudios: Fraser 1997 realizado sobre mujeres embarazadas con un parto anterior por cesárea y cuyo objetivo era evaluar si una educación prenatal y un programa de apoyo para promover el parto vaginal después de una cesárea, comparado con el ofrecimiento de un folleto breve, aumentan la probabilidad de parto vaginal en las mujeres con cesárea anterior y el de Saisto 2001 cuyo objetivo era evaluar el tratamiento intensivo comparado con un tratamiento convencional, para reducir la demanda de nacimientos por cesárea por parte de las mujeres con temor al parto. El fin de ambos estudios era reducir las tasas de nacimiento por cesárea al estimular a las mujeres a que intenten el parto vaginal. La conclusión final de

Matrono. Servicio de Urgencias Tocoginecológicas.
Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.

la revisión indica que las pruebas no son concluyentes y que los ensayos de intervenciones para estimular a las mujeres a que intenten el parto vaginal no mostraron efectos, recomendando investigaciones adicionales.

Por otra parte, es lógico pensar que la primera intervención debe realizarse durante la educación maternal, permitiendo a la mujer embarazada formarse una opinión con tiempo suficiente para tomar decisiones. No obstante “en la mayoría de las clases de preparación al parto se evita hablar de las circunstancias que rodean la práctica de una cesárea o un fórceps con la excusa de no causar preocupación a las embarazadas”⁶. De esta afirmación puede deducirse que se plantean dudas acerca de la información que recibe la mujer durante las clases preparto y que, si esto se confirma, no es el mejor camino para conseguir el objetivo planteado.

En Chile se realizó una intervención educativa⁷ durante la gestación sobre nulíparas basándose en el hecho que la principal causa de cesárea es haber tenido una previa y la estrategia debe dirigirse a evi-

tar la primera cesárea. La principal conclusión interesante para este artículo es que la tasa de cesáreas en el grupo estudio fue del 7'5 % frente al 27'3 del de referencia y que las causas que determinaron la cesárea responden a las mismas causas que reporta la literatura.

Es indudable que el número de cesáreas es elevado, que la presión social tiene parte de responsabilidad y que no hay una conciencia colectiva y social de los riesgos que representa una cesárea. Habría que intervenir proporcionando la información necesaria, de forma adecuada y basada en la evidencia a la mujer embarazada para que esté preparada con tiempo para participar en las decisiones que afecten a su parto con conocimiento y libertad e intervenir sobre las familias y la sociedad para crear esa conciencia colectiva que pueda favorecer que más niños nazcan por la vía natural y disminuya el nº de cesáreas. Si bien las conclusiones de la revisión Cochrane⁵ no dan respuesta positiva a la pregunta origen de este artículo los resultados de la intervención educativa “Renacer del parto natural”⁷ son un rayo de esperanza.

Bibliografía

1. Foradada C. Reflexiones sobre la cesárea. *Matronas Profesión* 2006; 7(1): 5 – 13.
2. García Rojas I. Prevalencia de cesáreas en el Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga. *Enfermería Docente* 2006; (85): 12 – 14.
3. Quiñonero LL. 36.000 cesáreas evitables. *EL Mundo* 28 abril 2002; pp 4.
4. Villar J, Carroli G, Zavaleta N, Donner A, Wojdyla D, Faundes A, et al. Estudio multicéntrico prospectivo sobre los riesgos y beneficios del parto por cesárea en América Latina. *Rev. Pa-*
- nam. *Salud Pública* [serial on the internet]. 2007 Dec [cited 2008 Mar 28]; 22(6): 403-404. Disponible: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-
5. Horey D, Weaver J, Russell H. Información para las mujeres embarazadas con relación al nacimiento por cesárea (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 1, Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
6. Fernández Guillén F. Nosotras parimos, ¿nosotras decidimos? El consentimiento de la mujer y otros aspectos legales de la atención materno infantil. *Med Natur* 2006 abr – jun; 10:29 – 38.
7. Soto L, Carmen, Teuber L, Hilda, Cabrera F, Clemencia et al. Educación Prenatal y su relación con el tipo de parto: una vía hacia el parto natural. *Rev. Chil. Obst. Ginecol*, [online] 2006, 71. (2) [cited 28 Mar] 2008] p. 98 – 103. Disponible http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071775262006000200005&lng=en&nrm=iso.