

Aspectos bioéticos de la cesárea y consentimiento informado

Drs. Ofelia Uzcátegui U, Carlos Cabrera

INTRODUCCIÓN

Durante un embarazo y parto pueden surgir complicaciones y es necesario actuar de forma inmediata ante las emergencias que se pueden presentar, por lo que es indispensable una buena comunicación entre el obstetra y la gestante, ya que la mayoría de las veces la mujer se queja de la falta de información.

Es preciso que la embarazada conozca que riesgos pueden ocurrir, como se resuelven y como puede desarrollarse el parto.

En los hospitales se invoca la urgencia, pero en las consultas prenatales se les debe dar toda la información necesaria y tener consentimientos informados debidamente elaborados para las posibles intervenciones y sobre todo para la cesárea, ya sea de emergencia como programada. Claro que existen las excepciones, que por la urgencia sólo se les informara a la paciente y a los familiares de forma oral para que sepan que es lo que se va hacer.

Por lo tanto, la información no sólo facilita la participación de la paciente, sino que al informar se cumple con una obligación legal y se puede evitar un posible reclamo.

Esta detallada explicación sobre todo en casos de intervenciones programadas, debe conducir al consentimiento informado (CI).

Generalmente el obstetra cuando controla a la paciente sabe si hay posibilidades de hacerle cesárea y en ocasiones es él quien se la indica por lo cual no se justifica que no se le dé una información completa y haga el CI.

En los últimos años se ha visto con preocupación la elevada frecuencia de la cesárea por lo que ha llamado la atención del público y de organismos oficiales.

PARTO POR CESÁREA

En 1770 Baudelocque, definió la cesárea como “una operación por la cual se abre una vía para el

nacimiento del niño” (1). En la actualidad se define como el nacimiento del feto a través de una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y una en el útero (histerotomía) (2).

Frecuencia

En todos los países del mundo en los últimos años se ha observado un aumento en el número de partos por cesárea y en ocasiones sin que haya una indicación médica clara, sin tener en cuenta los riesgos, tanto para la madre como para el recién nacido. La frecuencia de realización de cesáreas se presenta, tanto en el ámbito público como en el privado, aunque es más marcado en estos últimos. Sardiñas (4) dice que es la era de la moda de la cesárea.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (5) señala que en una institución el porcentaje de cesáreas debe ser de un 15 %, mientras que el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) lo fija en 15,5 % (2).

En los hospitales públicos, sobre todo donde hay cursos de especialización en obstetricia y ginecología la frecuencia es menor que en los privados, pero debería ser menor.

Los índices más altos de cesárea están en América Latina, con un rango entre 16 % y 40 %, según Belizán y col. (6); la revisión de Farr y col. (7) reportan, que en Puerto Rico la frecuencia es de 45 %.

Si tomamos como base la clasificación que de los médicos obstetras hacen Li y col. (8) en su estudio, en la que toman en cuenta la frecuencia con la que realizan la cesárea: con tasa baja aquellos con menos del 18 %, intermedia con tasa entre 18 % y 27 % y con tasa alta mayor de 27 %, podríamos decir que tasas mayores de 35 % representan un abuso de esta intervención.

En Estados Unidos, para el año 2002, la tasa de cesárea era de 26,1 % y ascendió 29,1 %, para 2004;

es la tasa más alta registrada; según Menacker y col. (9) se debe a un aumento en las primeras cesáreas, y a la disminución de los partos vaginales en mujeres con cesárea previa, en quienes la intervención subió a 91 %.

Indicaciones

Las indicaciones se clasifican en: absolutas y relativas.

Entre las indicaciones absolutas están: Situación transversa (ST), sufrimiento fetal agudo (SFA), desproporción fetopélvica (DFP), desprendimiento prematuro de placenta severo (DPP), placenta previa sangrando (PPS), prolapso del cordón (PC).

Entre las relativas: trastornos hipertensivos del embarazo (THE), distocias de rotación (DR), detención de la dilatación y del descenso de la cabeza, fracaso de inducción, cesárea previa, presentación podálica.

Cuando hay presentación podálica o la paciente tiene cesárea anterior se han convertido en indicaciones absolutas para algunos médicos. En una encuesta realizada en 2003 en más de 80 centros de 23 países concluye que el 92,5 % han abandonado el parto vaginal en podálica a favor de la cesárea (18).

En los últimos años se han agregado otras, consideradas opcionales como son aquellas para realizar esterilización quirúrgica, por solicitud de la madre (complacencia), comodidad del médico, honorarios más altos, decisión del médico antes de que la paciente entre en trabajo de parto o al comienzo del mismo.

Entre nosotros, la primera indicación de cesárea es la desproporción fetopélvica (incluida por otros como distocia durante el trabajo de parto), en otros países lo es: la cesárea anterior, la presentación podálica y sufrimiento fetal (2,9,10-13,15,17,18).

Cuando la indicación es absoluta y los beneficios son incuestionables para la madre y/o el feto, no hay ninguna duda de que se está procediendo acorde con los lineamientos éticos. Pero cuando las indicaciones son relativas, puede haber controversias desde el punto de vista ético, pues en muchos de estos casos, a la paciente se le podría atender el parto por vía vaginal. Consideramos, que en los casos de indicación opcional, definitivamente la conducta es anti ética y es a expensas de este tipo de indicación que podríamos descender los índices.

Algunos obstetras argumentan, solicitud de la madre a que se le haga cesárea, debe respetarse con base en el principio de autonomía, pero nosotros nos preguntamos si acaso se le ha informado a la madre

lo suficiente de los riesgos y beneficios de la cesárea, más adelante haremos hincapié en esto.

Causas del aumento

Según algunos autores el aumento de frecuencia de la cesárea (2,4,6,9-14,16,18-25) se debe a: 1) Utilización de la cesárea en presentaciones podálicas, hasta un 92,5 %, 2) Factores socioeconómicos, clases media alta y alta piden la cesárea, se les ha vendido como lo mejor, 3) Baja paridad; casi la mitad de las mujeres embarazadas son nulíparas que tienen más riesgo de cesárea, 4) Edad materna en promedio está elevada y la frecuencia de la cesárea aumenta con el avance de la edad, 5) Vigilancia fetal por medios electrónicos que a veces no son bien interpretados por falta de preparación o experiencia, 6) Falta de entrenamiento obstétrico, es más fácil hacer una cesárea, 7) Escasos partos vaginales en cesáreas previas, 8) Inducción del parto, esto aumenta el riesgo de cesárea, 9) Disminución de partos instrumentales, 10) Obesidad y ganancia excesiva de peso, 11) Solicitud de la mujer o familiares, para no tener dolores de parto o por estética, 12) Partos pretérmino, 13) Herpes genital activo, 14) Con el empleo de antibióticos se han disminuido las complicaciones, 15) Esterilización quirúrgica (los seguros no pagan la intervención) y por tanto se recurre a la cesárea para realizarla, 16) Los médicos quieren disminuir el estrés, no de la mujer, sino el propio, 17) Preocupación por litigios por mala praxis (en otros países).

Complicaciones

El riesgo de morbilidad materna severa asociada a la cesárea está aumentada en comparación con el parto vaginal, entre el 3,6 % y el 6 %, cuando no tienen indicación médica. Las complicaciones maternas más frecuentes son: la infección (endometritis, absceso de pared), íleo paralítico, complicaciones anestésicas, hemorragias, infección urinaria, lesiones intestinales, lesiones de la vejiga sobre todo en cesareadas anteriormente, anemia, se puede afectar el futuro obstétrico (6,25-28).

Phipps y col. (24) refieren lesiones de vejiga durante la intervención en 0,28 % que aumentan a 3,87 % en las cesáreas iteradas. Liu y col. (28) en Canadá en un estudio de 14 años además de las complicaciones ya descritas, agrega paros cardíacos y en ocasiones histerectomía por hemorragias, en nuestros hospitales es más frecuente la histerectomía por infección. También la muerte materna es mayor en las cesáreas que en los partos atendidos por vía vaginal como lo reporta Deneux-Tharoux y col. (30) en Francia.

Recién nacido. Se puede presentar mayor incidencia de prematuros por mala evaluación preoperatoria, estrés respiratorio, mayor frecuencia de hipertensión pulmonar persistente, trastornos de regulación térmica e inmunológica, y no se ha logrado la reducción esperada de la morbimortalidad fetal. Según Kamat y col. (31), los recién nacidos de parto por cesárea tuvieron mayores tasas de admisión en la unidad de terapia intensiva comparados con los niños del grupo atendidos por parto vaginal pos cesárea, 9,3 % comparado con 4,9 % y porcentajes más altos de suplemento de oxígeno en sala de reanimación obstétrica.

Hay autores que reportan que el parto por cesárea (urgente o no), presenta un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad materna y neonatal que el parto vaginal. Lo contrario sucede con el parto en podálica donde la cesárea reduce el riesgo fetal y neonatal (29-33).

En los casos en que se plantee la decisión de cesárea sin indicación médica clara, se deberían tener en cuenta los riesgos reales de esta intervención.

Dessoles y col. (32) encontraron lesiones en niños nacidos por cesárea, sobre todo en las de emergencia.

Además hay retraso del primer contacto madre-hijo y cuando se produce la madre está somnolienta y cansada. Es un obstáculo para el inicio de la lactancia, algunos dicen que la bajada de la leche tarda más en las madres que han parido por cesárea. La causa no está clara si es debido a la cesárea misma o al retraso del inicio de la lactancia.

¿Cómo disminuir las tasas de cesárea?

Por la preocupación por el incremento de las tasas de cesárea, varios autores (11,25,27,29-36) han propuesto varios mecanismos para reducirlas:

- Mejorar el diagnóstico de sufrimiento fetal y distocias sobre todo el de desproporción cefalopélvica.
- Disminuir el número de cesáreas por distocias.
- Hacer una evaluación clínica de la pelvis.
- No hacer cesáreas en embarazos gemelares con los fetos en cefálica
- Hacer inducción en casos estrictamente indicados, evitar las inducciones por conveniencia. Madurar el cuello previamente, antes de la inducción en casos de Bishop favorable.
- Es una responsabilidad bioética de las escuelas de medicina formadoras de especialistas en obstetricia y ginecología instruir y enseñar a los médicos residentes. No formarlos en la escuela facilista, es decir, cesarista.
- Entrega diaria de la guardia

- Una segunda opinión para decidir la cesárea debería ser obligatoria en los hospitales públicos, excepto en casos de emergencia como prolapso del cordón, hemorragias, sospecha de rotura uterina.
- Auditoría mensual de las cesáreas evitables.
- Honorarios profesionales iguales para partos por vía vaginal y por cesárea.

Con respecto al principio de **autonomía** que tienen las pacientes de solicitar el parto por cesárea invocado por ciertos médicos, decimos que las pacientes no pueden tomar una decisión autónoma si no están adecuadamente informadas y entienden los beneficios y riesgos del procedimiento de la cesárea a la que van a ser sometidas, a corto y largo plazo para la madre y para el niño. Resulta difícil obtener un consentimiento informado (CI) cuando los beneficios y riesgos de un determinado procedimiento no son bien comprendidos, tal es el caso entre un parto vaginal, que es la vía natural y una cesárea. No está claro si la paciente está asumiendo el derecho de autonomía o está eligiendo entre dos modos de resolver el parto.

El principio de **beneficencia** es indispensable, promover lo bueno o hacer lo que es mejor para la paciente y no para el médico y la **no maleficencia**, que evita dañar a la paciente, minimizando los potenciales daños para la madre y el feto o recién nacido.

Se habla de ciertos beneficios para la madre con la cesárea hecha a petición de la mujer como es la prevención de los trastornos del piso pélvico, disminución de la incontinencia urinaria y fecal y del prolapso de los órganos pélvicos.

Desde el punto de vista del principio de **no maleficencia** la cesárea a repetición tiene riesgos para los futuros embarazos, como anomalías placentarias: placenta acreta e histerectomía, placenta previa y rotura uterina.

No se está haciendo **justicia** con los costes hospitalarios, pues resulta más costosa una cesárea que un parto por vía vaginal. Con el uso de cesárea en el primer parto por requerimiento de la paciente dará como resultado un uso altamente cuestionable de los recursos hospitalarios (recursos finitos), más días de hospitalización, necesidad de cuidados intensivos en algunos casos y la cesárea a repetición.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Un punto a destacar es que todavía en los hospitales y clínicas del país, no se utilice el CI, lo cual es obligatorio de acuerdo con lo establecido en la Constitución de la República Bolivariana de

Venezuela, Artículo 46 (37), la Ley de Ejercicio de la Medicina, Artículo 25 (38), Código de Ética Médica Artículo (39), Ley Orgánica de Salud, Artículo 69, (40), y Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, Artículo 51 (41) En todos ellos se expresa que el médico está en el deber de informar adecuada y oportunamente a todos sus pacientes las indicaciones los riesgos que pueden derivarse del tratamiento que les será practicado, así como las alternativas al mismo solicitando el consentimiento informado anticipadamente. En el caso de la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia la referencia es específica a la cesárea.

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) (42) define al CI como una instancia que se obtiene con libre albedrío, sin amenazas ni incitaciones, tras revelar debidamente a la paciente una información adecuada y comprensible y con un lenguaje que ella entienda”.

Mientras que Sánchez (43) considera que el CI es la aceptación de una intervención por un paciente en forma libre, voluntaria y consciente, después de que el profesional de la salud le haya informado de la naturaleza de la intervención con sus riesgos y beneficios, así como de las alternativas posibles con sus respectivos riesgos y beneficios.

Otros lo definen: como la aceptación por parte de un enfermo, de un procedimiento diagnóstico o terapéutico después de tener la información adecuada para implicarse libremente en la decisión clínica” (44).

Los elementos del CI son (42-45):

1. Información
2. Libertad (voluntad)
3. Comprensión
4. Competencia
5. Consentimiento (firma).

La **información** debe ser la necesaria para tomar la decisión correcta. No es necesario que

conozca los fundamentos científicos ni la técnica. El paciente necesita poder efectuar un balance entre los beneficios y riesgos de la intervención. Descripción de la intervención, molestias, riesgos, beneficios y alternativas si las hay, opiniones y recomendaciones del médico.

Comprensión. Darle una información adecuada a la capacidad de comprensión del paciente. El objetivo es procurar que el enfermo obtenga una impresión realista acerca de su estado y una valoración adecuada de las alternativas que se le ofrecen.

Libertad para decidir. El CI debe ser voluntario y libre de influencias indebidas. Se puede influir en la persona por: la persuasión, la manipulación, y la coacción.

Competencia. Un (a) paciente sólo puede ejercer el CI cuando es competente para decidir.

Consentimiento. Es mediante la firma que queda constancia de haber sido informado correctamente.

Todo consentimiento informado tiene unas bases conceptuales filosóficas, religiosas y legales.

La base filosófica se puede resumir en: “Ayuda o por lo menos no hagas daño”, “El mayor bien para el mayor número” “Respeto a las personas”.

La religiosa: se busca la santidad de la vida y no interferir en la vida de los demás.

La legal: el compromiso de la reparación de un daño y darle validez, ya que busca el respeto de la persona, su autodeterminación y privacidad-confidencialidad.

El CI debe tener siempre en cuenta los principios de: autonomía (respeto a la persona), beneficencia (tener en cuenta la relación riesgo beneficio) y justicia (selección de sujetos).

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE CESÁREA

Institución:..... Nombre y apellidos:.....

Cédula de identidad:..... Edadaños. Teléfono

Dirección:..... Y el (a) señor (a)..... CI:.....

Representante legal o familiar cercano

Declaro:

Que el(a) doctor(a)CI

Código MPS Colegio de Médicos Especialista en Obstetricia y Ginecología me ha informado que es necesario, en mi situación la realización de una **cesárea**.

ASPECTOS BIOÉTICOS DE LA CESÁREA

1. La cesárea es una intervención obstétrica que se hace para la extracción del feto por vía abdominal.
2. **Indicaciones.** Se indica la cesárea porque hay causas maternas y/o fetales que desaconsejan el parto vaginal o hacen suponer un mayor riesgo para la madre y el feto y por tanto es la alternativa que ofrece mayores garantías para mi futuro hijo y para mí. En mi caso la indicación es:
.....
3. **Complicaciones y riesgos.** La cesárea no está exenta de complicaciones, por un lado las derivadas de un parto (ya que es una modalidad de parto) y por otro el de que toda intervención quirúrgica por la técnica como por el estado de salud de la madre (trastornos hipertensivos, diabetes, cardiopatías, anemia, obesidad, edad avanzada, alergias, cirugías abdominales previas, etc.) lleva implícita una serie de complicaciones, tales como: hemorragias, atonía uterina, endometritis, que ocasionalmente pueden conducir a otras complicaciones más graves, como trastornos de la coagulación, infecciones generalizadas y por otro lado, las derivadas de una intervención quirúrgica como fiebre, infección de la herida, seromas y hematomas, afecciones de vías urinarias, dehiscencia y eventración quirúrgica. Así como un porcentaje mínimo de mortalidad. La cicatriz que deja horizontal o vertical se decide en el momento de comenzar la intervención. Si durante el acto quirúrgico surgiere algún imprevisto, el equipo médico podrá modificar la técnica quirúrgica habitual o programada.
4. **Riesgos en función de la situación actual de la paciente** (alergias, alteraciones de la coagulación, marcapasos, medicaciones, etc.); el médico me ha explicado que pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones como
.....
5. **Anestesia.** La cesárea requiere anestesia que será indicada por el servicio de anestesia.
6. **Atención especializada del recién nacido,** de forma inmediata después de la extracción.
7. **Transfusiones.** Durante el curso de la intervención puede surgir la necesidad de una transfusión sanguínea, que la realizará personal capacitado, con las garantías debidas.
8. **Complicaciones que pueden presentarse después de varias cesáreas:** placenta acreta, placenta previa, dehiscencia de la cicatriz.

He comprendido las explicaciones que me han dado en un lenguaje claro y sencillo y el médico me

ha permitido hacerle preguntas y esclarecer dudas.

También he sido informada que en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora doy y eximir al Dr. _____ de mi atención.

Por ello expreso que estoy satisfecha con la información recibida y comprendo los riesgos del tratamiento y en tales condiciones acepto que se me realice una cesárea.

Lugar y fecha.....

Firma de la paciente.....

Firma del testigo

(Nombre y apellido. CI).....

Firma del médico.....

Firma del representante legal (Nombre y apellido. CI).....

REFERENCIAS

1. Takuri CC, Matorras WR, Nieto DA, Ortega GA. Historia de La cesárea. Toko Gin Práct. 1997;56:189-193.
2. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom S, Gilstrap III LC, Hauth JH, Wenstrom KD. Obstetricia de Williams. 22ª edición. México: Mac Graw-Hill; 2006.
3. Agüero O. Publicaciones sobre cesáreas en Venezuela hasta 1990. Rev Obstet Ginecol Venez 1993;53:3-6.
4. Sardiñas RA. La operación cesárea y la obstetricia de hoy. Ginecol Obstet Mex. 2005;73:155-159.
5. WHO. Appropriate thechnology for birth. Lancet 1985;2:437-438.
6. Belizán JM, Althabe F, Barros FC, Alexander S. Rates and implications of caesarean section in Latin America: Ecological study. BMJ. 1999;319:1397-1940.
7. Farr SL, Jamieson DJ, Vásquez RH, Ahmed Y, Heilig MCh. Risks factors for cesarean delivey among Puerto Rican women. Obstet Gynecol. 2007;109:1351-1357.
8. Li T, Rhoads GG, Smulian J, Demissie K, Wartenberg D, Kruse L. Physician cesarean delivery rate and risk -adjusted perinatol outcomes. Obstet Gynecol. 2003;101:1204-1212.
9. Menacker R, Declerq E, Macdorman MF. Cesarean delivery: Background, trends, and epidemiology. Sem Perinatol. 2006;30:235-241.
10. Waniez P, Wurtz B, Brustiein V. Abuse of caesarean delivery in Brazil: Geographic dimensions of a medical aberration. Santé 2006;16:21-31.
11. Liu S, Rusen ID, Joseph KS, Liston R, Kramer MS, Wen SW, et al. Recent trend in cesarean delivery rates and indications for cesarean delivery in Canada. J Obstet Gynecol Can. 2004;26:735-742.
12. Suárez Ocando D. Cesárea. En: Zigelboim I, Guariglia D, editores. Clínica Obstétrica. 2ª edición. Bogotá: Editorial Disinlimed; 2007.p.583-589.
13. Salinas PH, Carmona G S, Albornoz V J, Veloz R P, Terra V R, Marchant G R, et al. ¿Se puede reducir el

- índice de cesárea? Experiencia del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2004;69:8-15.
14. Puentes-Rosas E, Gómez-Dantes O, Garrido Latorre F. Operación cesárea en México. *Salud Pública Méx.* 2004;46:16-22.
 15. Haager R, Oian P, Nilsen ST, Holm HA, Berg AB. The break through series on cesarean section. *Tidsskr NorLaegeform.* 2006;126:173-175.
 16. Cheng YM, Yuan W, Cai WD, Zhang WM, Wang TY, Wu SZ, et al. Study of the occurrence of cesarean section (CS) and factors related to Cs in China. *Zhonghua Liu Bing Xue ZA Zhi.* 2003;24:893-896.
 17. Backe B, Heggsted T, Liet T. The epidemic of cesarean section: has it reached in Norway? *Tidsskr NorLaegeform.* 2003;123:1522-1524.
 18. Hogle KL, Kilburn L, Hewson S, Gafni A, Wall R, Hannah ME. Impact of the international term breech trial on clinical practice and concerns: A survey of centre collaborators. *J Obstet Gynaecol Can.* 2003;25:14-16.
 19. Shiono Ph, Mc Nellys D, Rhoads G. Reasons for the rising cesarean delivery rates. *Obstet Gynecol.* 1987;69:696-699.
 20. Patel RR, Peters TJ, ALSPAC study team. Prenatal risk factors for cesarean section: Analyses of the ALSPAC cohort of 12 944 women in England. *Int Epidemiol.* 2005;36:353-357.
 21. Khawaja M, Kabakian-Khasolian T, Jurdi R. Determinants of cesarean section in Egypt: Evidence from the demographic and health survey. *Health Policy.* 2004;69:273-281.
 22. Agüero O. Cesárea anterior y parto vaginal. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1992;52:135-139.
 23. Uzcátegui O, Toro J. Parto vaginal postcesárea. *Rev Obstet Ginecol.* 1978;38:32-34.
 24. Vahratian A, Zhang J, Troendle JF, Sciscione AC, Hoffman MK, Vahratian A, et al. Labor progression and risk of cesarean delivery in electively induced nullipars. *Obstet Gynecol.* 2005;105:698-704.
 25. Bergholt T, Stenderup JK, Vedsted-Jakobsen A, Helm P, Lenstrup C. Intraoperative surgical complication during cesarean section: An observational study of the incidence and risk factors. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2003;82:251-256.
 26. Phipps M, Watabe B, Clemons JL, Weitzen S, Myers DL. Risk factors for bladder injury during cesarean delivery. *Obstet Gynecol.* 2005;105:156-160.
 27. Hass DM, Ayres AW. Laceration injury at cesarean section. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2002;11:196-198.
 28. Liu S, Liston RM, Joseph KS, Heaman M, Sauve R, Kramer MS. Maternal health Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System. *CMAJ.* 2007;176:475-476.
 29. Aparicio Rodrigo M, Balaguer Santamaría A. El parto por cesárea conlleva un aumento de la morbilidad materna. ¿Compensa el riesgo? *Evid Pediatr.* 2008;4:4-16.
 30. Deneux-Taraux C, Carmona E, Bouvier-Colle MH, Breart G. Postpartum maternal mortality and cesarean delivery. *Obstet Gynecol.* 2006;108:541-545.
 31. Kamath BD, Todd JK, Glazner J, Lezotte D, Lynch AM. Neonatal outcome. *Obstet Gynecol.* 2009;113:1231-1238.
 32. Dessole S, Cosme E, Balata A, Uras L, Caserta D, Capobianco G, et al. Accidental fetal lacerations during cesarean delivery: Experience in an Italian level III university hospital. *Comment. Am J Obstet Gynecol.* 2005;193:897-898.
 33. MacDorman MF, Declercq E, Menacker F, Malloy MH. Neonatal mortality for primary cesarean and vaginal births to low-risk women: Application of an "intentional to treat" model. *Birth.* 2008;35:3-8.
 34. Althabe F, Belizán JM, Villar J, Alexander S, Bergel E, Ramos S, et al. Mandatory second opinion to reduce rates of unnecessary caesarean sections in Latin America: A cluster randomised controlled Trial. *Lancet.* 2004;363:1934-1941.
 35. Uzcátegui O. Estado actual de la cesárea. *Gac Méd Caracas.* 2008;116:280-286.
 36. Zigelboin I, Sánchez W. ¿Cesárea una penácea? *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2007;67:217-221.
 37. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. 24 de marzo de 2000.
 38. Ley del Ejercicio de la Medicina 23 de agosto de 1982.
 39. Código de Ética Médica. Aprobado en la CXXXIX Reunión extraordinaria de la Asamblea de la Federación Médica Venezolana. Barquisimeto, 18 y 19 de octubre 2003.
 40. Ley Orgánica de Salud. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 38650 de 22 de marzo de 2007.
 41. Ley Orgánica sobre el Derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 38 668 23 de abril de 2007.
 42. Sánchez G M. El Consentimiento informado. En: *Ética en Medicina.* Centro Nacional de Bioética. Venezuela.
 43. Guía sobre el Consentimiento informado (versión revisada 2002) Comité de Bioética de Cataluña. Disponible en: www.gencat/units/sanitat/pdf/esconsetiment.pdf.
 44. Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. Directrices relativas a un consentimiento bien informado. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2007;67:212.
 45. Uzcátegui O, Toro MJ. Consentimiento informado. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2008;69:1-4.