

## El derecho de la mujer a elegir la vía del nacimiento

*Dra. Ofelia Uzcátegui U*

El embarazo es un proceso fisiológico en la vida de una mujer y es lo máximo en su existencia, dar vida a un nuevo ser, a su hijo o hija. En los últimos años se ha establecido una actitud a favor de que la mujer participe en el proceso del parto y pueda elegir la vía del nacimiento de su hijo (a) y de que el parto sea humanizado.

Venezuela no escapa a esta corriente. En nuestro país la mayoría de los nacimientos se realizan en hospitales y clínicas, por lo que podemos decir que el nacimiento es intervencionista e institucionalizado, atendidos por médicos obstetras en su mayoría, ya que no tenemos comadronas.

Para que la mujer participe en la elección de este proceso debe haber una relación médico-paciente (RMP) buena, efectiva. ¿Qué entendemos por relación médico-paciente? No hay una definición clara acerca de la misma.

Entendemos por paciente aquella persona que se haya necesitada de la atención médica. Cuando va al médico espera que la intervención de este la beneficie (1). Según el Código de Ética Médica (2) en el Artículo 13 dice: "El papel fundamental del médico es aliviar el sufrimiento humano, sin que motivo alguno, ya sea personal, colectivo, religioso o político, lo separen de este objetivo".

Anteriormente la RMP era vertical, asimétrica, paternalista, el médico ordenaba y el paciente obedecía. Esto ha cambiado, es distinta, se toma en cuenta la opinión del o la paciente, es autonomista, implica además como en toda relación un vínculo, una correspondencia al actuar que conduce a un hecho laboral y esto trae anexo deberes y derechos de ambas partes (1,3).

Esta relación debe ser auténtica, existir aprecio, aceptación, confianza, empatía, responsabilidad y competencia, principista y regulada desde el punto de vista ético. Todo esto nos conduce a que la RMP

se ha horizontalizado, donde el médico propone y el paciente dispone (1,3). Se hacen valer los derechos del paciente, hay información y libertad.

Analizado desde los principios de bioética, la relación del médico y paciente, debe llevarse a cabo dentro de un marco establecido por el principio de no maleficencia, y el de justicia.

De acuerdo al primero no hacer daño, para lo cual están establecidos en el deber y juramento de los médicos, en los códigos de deontología y en las leyes. En segundo lugar la justicia está ordenada en las políticas de salud para que el médico actúe con justicia y equidad y cumplir con los principios de autonomía y beneficencia, de ahí sale como resultado el consentimiento informado (CI), que es la máxima expresión de autonomía, considerado un derecho del paciente y una obligación del médico (4).

Pero también es cierto que el médico tiene libertad para aceptar esta RMP, excepto en situaciones de emergencia. Una vez establecidas la obligación es absoluta exceptuando las siguientes circunstancias Artículo 45 del Código de Ética en Medicina (2):

- a. El consentimiento del paciente para su ruptura.
- b. Por enfermedad del médico tratante.
- c. Cuando el médico notifique su decisión de interrumpir la relación con suficiente antelación. Obviamente no podrá aplicarse esta excepción en localidades donde el médico actúe como médico único.
- d. Cuando la condición del paciente ya no requiere continuar prestando asistencia médica.

Viéndolo así la mujer tiene todo el derecho a elegir la vía del parto, pero nos hacemos la pregunta ¿sabe realmente lo que es un parto por vía natural (vaginal) y lo que es una cesárea, los beneficios y los riesgos de ambos?

La madre puede elegir cómo vivir esa experiencia única. El parto vaginal es un proceso natural que

puede ser vivido por la madre y que cuando se hace cesárea innecesaria ni la madre ni el bebe viven el conjunto de fases del parto y nacimiento.

La cesárea se indicaba en los comienzos del arte obstétrico como una alternativa de último recurso y con el correr del tiempo y de los adelantos de la obstetricia, se ha convertido en una alternativa para que el ser humano nazca, utilizado por algunos médicos más frecuente que la vía original y natural.

Según Besio (5) al ser la cesárea una alternativa al parto vaginal, la pregunta es si la opción es lícita o no, o cuándo lo es. Las razones para que el parto sea por vía vaginal son:

1. Naturales: se recuerda que el embarazo y parto son hechos naturales. La cesárea es una intervención médica sobre un proceso que en la naturaleza se resuelve y regula sin artificios.
2. Económicas: el parto por cesárea es más caro, luego de acuerdo a los costes el parto vaginal es más adecuado.
3. Médicas: la cesárea tiene indicaciones precisas, su objetivo es asegurar la salud de la madre o su hijo y por tanto se debe hacer cuando el parto vaginal es de riesgo para ambos. El parto vaginal debe intentarse siempre.

¿Cuáles son las causas del aumento creciente de la cesárea? Esa pregunta la vemos en la literatura médica, en los medios periodísticos y se hace énfasis sobre todo en las cesáreas hechas sin una clara indicación médica que generalmente son las que se hacen a solicitud de la paciente.

Las causas son muchas (5-9):

1. Económicas: Para los médicos es más rentable hacer una cesárea que atender un parto vaginal. Algunos han pensado en equiparar los honorarios.
2. Comodidad: Mediante esta operación, el médico se desocupa más rápido y durante el día o el horario que más le convenga, se evita horas de estar en la clínica y controla mejor el parto. Falta de entrenamiento obstétrico, es más fácil hacer una cesárea.
3. Preocupación por demandas por mal resultado para la madre o neonato. Por lo que el médico piensa no vale el esfuerzo hacer un parto vaginal.
4. Por las pacientes. Presión de las mujeres y familiares por temor al dolor, por estética, comodidad, es más cómodo si trabaja, planificar su parto. Edad materna en promedio está elevada, debido a que las mujeres profesionales posponen el embarazo hasta estar graduadas y establecidas y con el aumento de la edad la frecuencia de la intervención también.

5. Mejoramiento de la técnica y uso de antibióticos disminuye el riesgo de complicaciones.
6. El principal beneficio para las madres, citado más frecuentemente es la prevención de los trastornos del piso pelviano, como la incontinencia urinaria y fecal y el prolapso de los órganos de la pelvis e influencia favorable en la actividad sexual.

Sin embargo, en la literatura revisada no hay evidencia clara, ni significativa, de que la cesárea sea mejor que el parto vaginal para prevenir los problemas antes mencionados y la de favorecer la actividad sexual (5-9). Los cambios del piso pélvico, en cuanto a su sostén y función, parecen comenzar antes del parto (5). Nygaard y Cruikshank (10) en su trabajo reportan que el parto vaginal por sí solo no fue suficiente, ni necesario para provocar incontinencia urinaria en la mayoría de las mujeres. Además, el parto por cesárea no es suficiente para prevenir toda incontinencia urinaria.

De acuerdo con lo que decíamos antes, las leyes en casi todos los países protegen a la mujer y en Venezuela es lo mismo, empezando por la Constitución Bolivariana de Venezuela (11) Artículos 46, 76, se garantiza protección a la maternidad. Asimismo la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, Artículo 51 (12): Se consideran actos constitutivos de violencia obstétrica los ejecutados por personal de salud, consistentes en:

1. No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.
2. Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical.
3. Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer.
4. Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer,
5. Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

En tales supuestos, el tribunal impondrá al responsable o la responsable, una multa de doscientos cincuenta (250 U.T.) a quinientas unidades tributarias (500 U.T.), debiendo remitir copia certificada de la sentencia condenatoria definitivamente firme al respectivo colegio profesional o institución gremial, a los fines del procedimiento disciplinario que

corresponda.

La Ley Orgánica de Salud, en el Título VIII De los derechos y garantías de los beneficiarios. Artículo 69 (13) y Código de Ética Médica Artículo 72 (2) señalan que el médico está en el deber de informar adecuada y oportunamente a todos sus pacientes los riesgos que pueden derivarse del tratamiento que les será practicado, solicitando el consentimiento informado anticipadamente.

Todas estas leyes reafirman la libertad que tienen las mujeres para decidir la vía del parto, siempre que hayan sido bien informadas y además la forma de parir, bien sea en la posición supina o en la forma vertical si existen los medios necesarios en los hospitales y clínicas.

La situación en la cesárea hecha por solicitud de la paciente debe balancear los mejores intereses de la mujer embarazada, minimizando los potenciales daños para ella y para su feto/recién nacido. Es necesario tener en cuenta el principio de beneficencia, reconocer la importancia de promover lo bueno o hacer lo que es del mayor interés para el paciente. Un principio que lo acompaña es el de no maleficencia, que obliga a evitar dañar a un paciente, hay que tener en cuenta el riesgo no solo inmediato sino tardío, como las anomalías placentarias, especialmente placenta previa, que aumenta con el número de partos por cesáreas anteriores. El riesgo debe considerarse, sin embargo, en el contexto de otros factores asociados con placenta previa, tales como edad materna avanzada y multiparidad, que frecuentemente coexisten en mujeres que buscan partos por esta vía. Otras complicaciones maternas que se ven son riesgos de placenta acreta e hysterectomía, que aumentan según el número creciente de partos por cesárea. Otras morbilidades maternas que se ven frecuentemente con el aumento de las cesáreas son cistotomía, daño intestinal e íleo, y daño uretral. Por estas razones, la cesárea por solicitud de la mujer debe ser desaconsejada en mujeres que planean tener varios embarazos y estos riesgos deberían ser informados a todas las mujeres que tienen interés por tener su parto por cesárea, además del incremento de la morbilidad respiratoria neonatal asociado a los partos por cesárea, como ha sido reportado en varios estudios (5-9,14).

La información que reciben las pacientes acerca del parto por cesárea requiere médicos que den a conocer no solo los riesgos y beneficios del procedimiento, sino también los potenciales riesgos y beneficios de corto y largo plazo para las madres y los niños. Las limitaciones de la evidencia disponible, también deben ser compartidas con las pacientes para ayudar a una

decisión informada.

Como se ve la situación no es fácil ni está clara y así El Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG), en su opinión acerca de la cirugía y elección de las pacientes: “en ausencia de datos significativos sobre riesgos y beneficios, de la cesárea, la carga de la prueba debe recaer sobre los que son defensores de un cambio en la política en apoyo de cesárea electiva (el reemplazo de un proceso natural por un procedimiento quirúrgico mayor)” (15).

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (16) dice: “Cabe a los médicos la responsabilidad de informar y asesorar a las mujeres respecto a la cesárea. Por el momento, como no existen pruebas de que se obtengan ventajas netas, la intervención cesárea por razones de naturaleza no médica no se justifica éticamente”.

Como se deduce gran número de investigadores están de acuerdo que se haga un ensayo controlado y aleatorizado para aclarar el tema de la cesárea a petición de la paciente y poder con más conocimiento aconsejar a la paciente en la elección de la vía del parto.

#### REFERENCIAS

1. d'Empaire G. Relación médico-paciente en la Medicina de hoy. En: Ética en Medicina. La relación médico-paciente. Justicia sanitaria. Módulo 3 Centro Nacional de Bioética. 200.p.73-90.
2. Código de Ética Médica. Aprobado en la Reunión Extraordinaria de la Asamblea de la Federación Médica Venezolana Barquisimeto, Edo. Lara. 2003.
3. Garcia FF. La relación médico-paciente como una relación de ayuda. En: Ética en Medicina. La relación médico-paciente. Justicia sanitaria. Módulo 3 Centro Nacional de Bioética. 2001.p.99-102.
4. Sánchez GM. El Consentimiento informado. En Ética en Medicina. Fundamentación. Centro Nacional de Bioética. Venezuela. 2001.p.
5. Besio MR. Cesárea versus parto vaginal. Una perspectiva ética. Rev Méd Chile. 1999;127:1121-1125.
6. Williams HO. The ethical debate of maternal choice and autonomy in cesarean delivery. Clin Perinatol. 2008;35:456-462.
7. Zigelboim I, Sánchez W. ¿Cesárea una penácea? Rev Obstet Ginecol Venez. 2007;67:217-221.
8. Uzcátegui O. Estado actual de la cesárea. Gac Méd Caracas. 2008;116:280-286.
9. Kizer S. Frecuencia de la cesárea: Factores resaltantes relacionados con su incremento. Gac Méd Caracas. 2011;119:12-21.
10. Nygaard I, Cruikshank DP. Should all women be offered elective cesarean delivery? Obstet Gynecol. 2003;102:217-219.

11. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. 24 de marzo de 2000.
12. 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.
13. Ley Orgánica de Salud. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 38650 de 22 de marzo de 2007.
14. van den Berg A, van Elburg RM, van Geijn HP. Neonatal respiratory morbidity following elective cesarean section in term infants. A five year retrospective study and a review of literature. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2001;98:9-13.
15. ACOG Committee Opinion. Surgery and patient choice: The ethics of decision making Obstet Gynecol 2003;102:1101-1106.
16. Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. Directrices relativas a un consentimiento bien informado. Rev Obstet Ginecol Venez. 2007;67:212.



## FUNDASOG DE VENEZUELA

### Brazo educativo e informativo de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela

Informa a los Miembros Afiliados de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, que las próximas pruebas de conocimiento de la especialidad para optar a la categoría de Miembro Titular, se realizarán en el marco del:

- **XXVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología**, que se llevará a cabo del 6 al 9 de marzo de 2012, en el Eurobuilding Hotel and Suites Caracas

Características del examen:

1. Prueba escrita.
2. Un total de 100 preguntas de selección simple, 50 de Obstetricia y 50 de Ginecología.
3. Puntuación mínima para aprobación: 15/20 puntos.

#### Información:

Sede de la SOGV y FUNDASOG de Venezuela, Maternidad Concepción Palacios, Avenida San Martín, Caracas.  
Tele-Fax: +58-212-451.08.95