



Servicio de Obstetricia y Ginecología
Hospital Universitario
Virgen de las Nieves
Granada

CESÁREA A DEMANDA.
Lucía Gómez Mompeán

05/03/2020

INTRODUCCIÓN

Desde 1985, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda una tasa de cesáreas del 10-15%. Sus últimos estudios ⁽¹⁾ a nivel mundial se llevaron a cabo en 2014, concluyendo nuevamente que una tasa superior al 15% de cesáreas no consigue disminuir la mortalidad materno-fetal.

Sin embargo, el panorama mundial actual dista mucho de la cifra propuesta por la OMS. La tasa de cesáreas está en un constante y alarmante aumento, y así lo ha puesto de manifiesto la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) en su posicionamiento ⁽²⁾ de 2018. Se estima que la tasa mundial de cesáreas ha pasado del 6% al 19% entre 1990 y 2014, aunque existen grandes diferencias entre países. Así, por ejemplo, las tasas del norte de Europa permanecen inferiores al 20% contrastando con las tasas de algunos países del sudeste europeo, China y Sudamérica, que en algunos casos superan el 50%. En EEUU, se estima una tasa que ronda el 32%. En África del Norte se ha pasado del 5% al 28%, llamando la atención Egipto (con una tasa que ha alcanzado el 50%) y los países subsaharianos (con una mínima tasa del 5%).

Se cree que las cesáreas “a demanda” han contribuido en gran medida al aumento global de la tasa de cesáreas, aunque su prevalencia no es un dato bien establecido, estimado entre el 1-18% ⁽³⁾. La OMS, en base a unas encuestas ^(4,5) de gran tamaño muestral realizadas en Sudamérica y Asia, calculó que el porcentaje de cesáreas a demanda rondó el 0’01-2’1% excepto

en China, que supuso un importante 11'6%. Este último dato fue corroborado por otro estudio ⁽⁶⁾ chino realizado en 2013, que incluyó a 56.968 cesáreas llevadas a cabo en el sur de China entre 1993-2005. Sus resultados fueron que la tasa global de cesáreas pasó del 13'1% al 51%, y la tasa de cesáreas a demanda aumentó del 0'6% al 12'9%.

Es una realidad que, en los últimos años, están en pleno auge la defensa de los derechos del paciente (y el derecho de autonomía en cuestión, que es el que nos compete en esta materia); y se aboga por que la mujer tenga capacidad y derecho para ser parte activa en la decisión de su vía de parto. Sin embargo, también hay que tener en cuenta nuestro deber de no maleficencia y de justicia, debiendo valorar detalladamente los posibles beneficios y los perjuicios de una cesárea a demanda, para tomar una decisión consensuada y razonable.

DEFINICIÓN

Se entiende por cesárea a demanda o “a la carta” aquella que se realiza a petición de la gestante en ausencia de indicaciones médicas u obstétricas que justifiquen evitar el parto vaginal. Habitualmente se lleva a cabo en gestaciones simples y a término en mujeres que, ante el temor de complicaciones maternas o fetales del parto vaginal, reivindican el principio de autonomía del paciente y el derecho a la propia decisión de su forma de parto.

Como se ha comentado, se estima que supone el 1-18% ⁽³⁾ de las cesáreas de todo el mundo, pero varía mucho entre países y es difícil establecer su tasa exacta, deduciéndose en muchas ocasiones de aquellas cesáreas en las que no se hace constar una causa médica que la justifique. China, Brasil y Estados Unidos son tres de los países con mayor tasa de este tipo de práctica.

En la actualidad, se está expandiendo la percepción social equivocada de la cesárea como una intervención de bajo riesgo, y una tendencia a la imitación de la conducta de algunas celebridades que escogen esta forma de finalizar su embarazo de forma programada. En los próximos apartados se discutirán los posibles beneficios y las posibles desventajas de la cesárea a demanda frente al parto vaginal.

ASPECTOS ÉTICOS

Primum non nocere. Primero, no hacer daño. El principio de no maleficencia es uno de los 4 principios básicos de la Bioética, junto con el de beneficencia, el de justicia y el de autonomía. Así lo expuso Hipócrates en su juramento ⁽⁷⁾ en el siglo IV a.C: “*En cuanto pueda y sepa, usaré de las reglas dietéticas en provecho de los enfermos y apartaré de ellos todo daño e injusticia*”. Clásicamente, se subdividían en principios de primer nivel (no maleficencia y justicia) y de segundo nivel (beneficencia y autonomía), prevaleciendo los de primer nivel en caso de conflicto al ser los principios de nivel general y obligación perfecta.

En nuestro mundo actual, el derecho de autonomía del paciente queda recogido en la ley 41/2002 ⁽⁸⁾ publicada en el BOE el 14 de Noviembre de 2002: “el paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles”.

El debate ético que se genera al plantear la cesárea a demanda surge del conflicto entre el derecho a la autonomía de nuestras pacientes y el principio de no maleficencia/beneficencia, entendiendo que realizar una cesárea sin indicación médica aparente supone riesgos innecesarios tanto para la madre como para el feto. Sin embargo, ¿quién decide lo que es beneficioso para el paciente? Antiguamente, con el modelo de Medicina paternalista, era el médico quien tenía esa decisión. Sin embargo, actualmente se está abogando por una Medicina más individualista, donde el paciente es un elemento activo y autónomo, una vez está debidamente informado. Pese a ello, no se termina de dar respuesta a las polémicas preguntas de: ¿Realizar una cesárea a demanda, y por tanto sin una indicación médica u obstétrica que lo justifique, supone una transgresión del principio de no maleficencia? ¿A qué debemos dar prioridad, al derecho de autonomía de nuestras pacientes o a nuestro deber de no maleficencia? ¿Realmente una cesárea a demanda supone un acto de no maleficencia? ¿Podemos negarnos como obstetras a realizar una cesárea sin causa justificada? ¿La opinión general de los Obstetras es a favor o en contra de esta práctica?

En los últimos años, son múltiples los estudios que intentar dar respuesta a estas preguntas. Una reciente revisión ⁽⁹⁾ de 2019 llevada a cabo por Yuen

Loke y colaboradores, analizó 55 artículos publicados entre 2003-2016 sobre el derecho de la mujer a la hora de decidir su vía de parto en embarazos no complicados, incluyendo la opinión tanto de gestantes como de profesionales médicos (obstetras y matronas) y población general. Con respecto al punto de vista médico, concluyeron que los obstetras estadounidenses (84'5%) y australianos (77'3%) eran los más predispuestos a realizar cesáreas a demanda, a diferencia de los obstetras españoles (15%) y canadienses (23%). Las matronas se mostraron menos partidarias que los obstetras a la hora de acceder a una cesárea a demanda. Por último, el 68-86% de las gestantes estadounidenses y europeas creían tener el derecho a elegir su vía de parto, aunque la mayoría consideraban importante y decisiva la opinión de su obstetra.

A nivel europeo, Habbiba y colaboradores realizaron un estudio ⁽¹⁰⁾ en el que pasaron una encuesta a 1530 obstetras de 8 países europeos diferentes. Los obstetras que menos accedieron a realizar una cesárea a demanda fueron los españoles (15% de los entrevistados), los franceses (19%) y los holandeses (22%). Los ingleses y los alemanes se mostraron los más partidarios (79 y 75%). Los factores que más se asociaron a aceptar una cesárea a demanda fueron la nacionalidad, el miedo a repercusiones legales y trabajar en un hospital universitario.

En esta misma línea, el estudio ⁽¹¹⁾ inglés de Sharpe y colaboradores, pasó un cuestionario a 166 embarazadas, 31 matronas y 52 obstetras, preguntando si preferirían una cesárea a demanda en 6 situaciones diferentes. En el escenario de una gestante nulípara, el 19'4% de las embarazadas prefirieron una cesárea a demanda, frente al 2'4% de los profesionales. Las multíparas tuvieron más tendencia a desear una cesárea que las nulíparas, y el principal motivo de realizar una cesárea a demanda en los obstetras fue el miedo a posibles demandas.

CAUSAS

Son múltiples y variados los factores que motivan a las mujeres a demandar una cesárea "a la carta", incluyendo motivos socio-culturales y personales.

Existen numerosos estudios que intentan dilucidar el porqué de esta motivación (12-22), concluyendo que la cesárea a demanda tiene un origen multifactorial y se debe abordar desde diferentes perspectivas.

El estudio prospectivo (12) de Honglei Ji y colaboradores incluyó a 832 embarazadas de bajo riesgo. Concluyeron que los principales factores que influían en la demanda de una cesárea a la carta fueron: una mayor edad, un nivel más alto de estudios, tener seguro privado, la falta de confianza en sí mismas para dar a luz vía vaginal y la opinión del obstetra.

En 2016, Ryding y su equipo llevaron a cabo un estudio de cohortes (13) en 6 países diferentes, que incluyó a 6.549 gestantes. El miedo al parto, la mala experiencia en partos previos y el síndrome ansioso-depresivo en nulíparas fueron los 3 principales factores que motivaron las cesáreas a demanda (las cuales supusieron un 9% del total de partos).

Un estudio de casos y controles (14) alemán pasó cuestionarios estandarizados sobre cuestiones psicológicas, miedo al parto, personalidad y soporte social a mujeres con cesárea a demanda y parto vaginal. Las mujeres que parieron por cesárea a demanda mostraron mayor miedo al parto y mayor edad. El 82% no se arrepintieron de su decisión.

La ansiedad y la depresión materna también son factores a tener en cuenta a la hora de abordar una cesárea a demanda. El estudio (16) de Olieman concluyó que aquellas mujeres que desean una cesárea y acaban dando a luz vía vaginal tienen mayor incidencia de trastorno por estrés postraumático y mayores síntomas depresivos en el postparto, y recomienda tenerlo en cuenta a la hora de acceder o denegar dicha cesárea a demanda.

Otro factor importante es el miedo del Obstetra a las demandas por mala praxis. En 2018, un estudio (18) llevado a cabo en Rumanía demostró que el motivo del 86% de los obstetras que habían accedido a realizar una cesárea a demanda fue dicho miedo a las repercusiones legales.

El estudio (20) de Ahmed y colaboradores de 2019 investigó las causas más frecuentes de las cesáreas a demanda en Arabia Saudí. Los 3 motivos más frecuentes fueron: evitar el parto vaginal y el miedo a sus posibles

complicaciones (60%), el miedo al dolor del parto (46%) y el pensamiento de la imposibilidad de conseguir un parto vaginal tras cesárea anterior (30%).

Por último, citar la revisión sistemática ⁽²²⁾ de Jenabi y colaboradores de 2019, en la que enumeran múltiples de las posibles razones de estas intervenciones. Entre ellas y no mencionadas hasta ahora, el miedo a la incontinencia urinaria y fecal, al trauma perineal y la infertilidad.

En resumen, la etiología de la cesárea a demanda es multifactorial e incluye factores personales, emocionales y socio-culturales. Destacamos:

- Miedo al parto y al dolor del mismo.
- Miedo a las repercusiones físicas del parto vaginal (trauma perineal, incontinencia urinaria y/o fecal...).
- Miedo al daño/muerte fetal en un parto vaginal.
- Malas experiencias previas.
- Infertilidad.
- Aspectos personales / emocionales.
- Apoyo de la pareja y/u profesional sanitario.
- Edad materna más avanzada.
- Mayor nivel socioeconómico.
- Miedo del obstetra a demandas por mala praxis.

POTENCIALES BENEFICIOS

No existen estudios aleatorizados que comparen las ventajas y desventajas de la cesárea a demanda frente al parto vaginal. La mayor parte de las conclusiones obtenidas hasta el momento han sido a raíz de extrapolar los resultados de aquellos estudios que comparan la cesárea electiva frente al parto vaginal.

Los potenciales beneficios que podría aportar la cesárea a demanda se exponen a continuación ^(3, 23-33):

1. **Fecha de parto conocida.** Esto permite una mejor organización de todas las partes interesadas, tanto de los profesionales sanitarios como de la familia.
2. **Evitación del embarazo postérmino y de la muerte fetal tardía e intraparto.** Normalmente, las cesáreas electivas se programan en semana 39-40, evitando el embarazo postérmino y, con ello, sus complicaciones asociadas en cuanto a morbi-mortalidad neonatal. Se estima que 1 de cada 500-1750 fetos a término fallecen antes del parto, mientras que 1 de cada 5000 fetos fallecen intraparto. Realizar una cesárea electiva disminuye sendos riesgos de muerte.
3. **Reducción de morbilidad neonatal no respiratoria asociada al parto.** Al evitar el parto vaginal, se minimizarían los riesgos de lesión del plexo braquial, trauma óseo, asfixia neonatal relacionada con eventos del parto (prolapso de cordón, desprendimiento de placenta, rotura uterina, distocia de hombros, cesárea urgente...) y la transmisión de infecciones maternas activas (VIH, VHB, VHC, herpes genital...).
4. **Reducción de los riesgos asociados a una cirugía urgente.** Existe suficiente evidencia que demuestra que una cesárea urgente conlleva un mayor riesgo materno-fetal con respecto a una cesárea electiva: mayor riesgo de hemorragia, lesión de órganos adyacentes, Apgar bajo al nacimiento...
5. **Reducción de ansiedad y depresión maternas.** La revisión sistemática ⁽¹⁶⁾ de Olieman y colaboradores, estudió cómo afectaba la vía de parto en el estado anímico de las gestantes. Concluyeron que los niveles de ansiedad y depresión anteparto de las mujeres que desean una cesárea a demanda son mayores con respecto a las mujeres que prefieren un parto vaginal, aunque no encontraron diferencias significativas en el postparto. Sin embargo, aquellas que desean una cesárea electiva y finalmente paren vía vaginal, tienen mayor incidencia de síndrome de estrés postraumático y síntomas depresivos, por lo que su solicitud debe ser tomada en consideración por el personal sanitario a la hora de aceptar o rechazar su petición.

6. **Reducción de la hemorragia en el postparto inmediato.** En las revisiones llevadas a cabo por el NICE y el ACOG, se encontró una disminución del riesgo de hemorragia en el postparto inmediato. Sin embargo, no se asoció con una menor necesidad de transfusión sanguínea ni de histerectomía postparto.
7. **Reducción de lesiones del suelo pélvico.** El miedo a desarrollar una lesión del suelo pélvico (incontinencia urinaria, fecal, prolapso de órganos pélvicos, dispareunia...) es uno de los principales motivos de las mujeres que solicitan una cesárea a demanda. Se trata de un tema polémico y no existe evidencia de buena calidad que demuestre superioridad de la cesárea frente al parto vaginal a largo plazo, por lo que la mayor parte de sociedades no consideran justificada la cesárea a demanda por este único motivo. El Real Colegio de Ginecólogos y Obstetras de Australia y Nueva Zelanda, elaboró una guía ⁽²³⁾ sobre la cesárea a demanda en 2017, valorando riesgos y beneficios. Según sus investigaciones, la cesárea a demanda sólo mejora la incontinencia urinaria a corto plazo, ya que ésta se relaciona más con la edad y con los partos posteriores. Sí disminuye el riesgo de incontinencia anal y puede que disminuya el riesgo de prolapso de órganos pélvicos, pero sin evidencia suficiente. La revisión ⁽²⁴⁾ llevada a cabo por el ACOG, no encontró evidencia suficiente al respecto. Por su parte, la revisión ⁽²⁵⁾ Cochrane concluyó que la cesárea a demanda no protege de la incontinencia urinaria a largo plazo, ya que sólo parece disminuir su incidencia en caso de que todos los partos hayan sido por cesárea. Por último, una revisión ⁽²⁶⁾ alemana de 2015 obtuvo conclusiones similares, no recomendando la cesárea con el fin de prevenir incontinencia urinaria ni fecal. Sí encontraron más riesgo de prolapso de órganos pélvicos tras el parto vaginal y no hubo diferencias en la función sexual.

POTENCIALES RIESGOS

Una vez comentados los potenciales beneficios de la cesárea a demanda, pasamos a exponer los posibles inconvenientes de la misma ^(3, 23-33). De nuevo, insistimos en que la evidencia disponible hasta el momento no es de alta

calidad y que muchas conclusiones han sido extrapoladas de estudios sobre cesáreas electivas (no a demanda) frente al parto vaginal.

Dentro de las complicaciones maternas, encontramos:

1. **Mayor morbilidad materna.** La morbilidad materna parece estar aumentada en las cesáreas a demanda con respecto al parto vaginal. Así lo demostró el estudio ⁽²⁷⁾ canadiense de Liu y colaboradores, quienes realizaron uno de los estudios de cohortes retrospectivas más amplios hasta la actualidad. La cohorte de “cesárea electiva por nalgas” incluyó a más de 46.000 gestantes y la cohorte de “parto vaginal”, a más de 2 millones. La tasa global de morbilidad grave en la cohorte de “cesárea electiva” fue de 27.3 casos por cada 1000 gestantes, en comparación con 9 de cada 1000 gestantes en la cohorte de “parto vaginal” (OR 3.1, 95% CI 3.0-3.3). Además, en el grupo de “cesárea electiva” se constató mayor riesgo de parada cardíaca postparto, histerectomía, hemorragia grave que finalizó en histerectomía, infección puerperal grave, tromboembolismo, complicaciones anestésicas y hematoma en la herida quirúrgica. Aun así, la tasa absoluta de estos eventos fue baja en ambos grupos. Un estudio ⁽²⁸⁾ de cohortes retrospectivo posterior realizado en China en 2015, quiso valorar los riesgos y beneficios de la cesárea a demanda en comparación con el resto de vías de parto. Incluyó a más de 66.000 mujeres, de las cuales 16.333 (el 24'7%) parieron por cesárea a demanda. En este caso, no encontraron diferencias estadísticamente significativas en la tasa de admisión materna en UCI, hemorragia postparto grave, lesión quirúrgica de otros órganos o tromboembolismo venoso. La revisión ⁽²⁴⁾ del ACOG sólo encontró evidencia de calidad moderada en la prolongación de la estancia hospitalaria en mujeres sometidas a cesárea a demanda. El resto de variables maternas estudiadas (histerectomía, complicaciones quirúrgicas, complicaciones anestésicas, infección, rotura uterina posterior, placenta previa posterior, muerte fetal posterior, incontinencia urinaria y fecal, prolapso de órganos pélvicos, disfunción sexual y mortalidad materna) se basaron en evidencia de poca o muy poca calidad, impidiendo conseguir conclusiones sólidas. La NICE, en su guía de práctica clínica ⁽²⁹⁾ sobre la cesárea, expuso que el

parto vía vaginal en comparación con la cesárea disminuía el riesgo de parada cardíaca postparto, la histerectomía por hemorragia postparto y la estancia hospitalaria. No halló diferencias en el dolor abdominal y perineal a los 4 meses postparto, lesión de órganos vecinos, rotura uterina y tromboembolismo pulmonar.

El equipo portugués de Febrasgo ⁽³⁰⁾ sí encontró un riesgo aumentado de complicaciones hemorrágicas en las mujeres a las que se les realizó una cesárea a demanda, calculando que, por cada 22 cesáreas a demanda, surgía una complicación hemorrágica. También fue significativamente mayor la tasa de infecciones, problemas con la lactancia y problemas respiratorios neonatales.

2. **Mayor riesgo anestésico.** Toda cirugía conlleva de forma inherente un riesgo anestésico, que se evita si el parto es vaginal. Sin embargo, este riesgo es mayor en las cesáreas urgentes que en las electivas. Por ello, en algunos estudios ^(26, 29), el riesgo anestésico es ligeramente menor en cesáreas a demanda que en otro tipo de partos. Aun así, la mayor parte de los estudios ⁽²⁴⁻²⁷⁾ no encuentran diferencias significativas o bien encuentran un riesgo levemente aumentado en el caso de la cesárea a demanda.
3. **Mayor estancia hospitalaria.** La cesárea a demanda con respecto al parto vaginal aumenta la estancia hospitalaria, con evidencia suficiente y de moderada calidad ⁽²⁴⁻²⁷⁾.
4. **Mayor riesgo en embarazos posteriores.** El hecho de tener una cicatriz uterina puede aumentar el riesgo de alteraciones en la placentación, embarazo ectópico, rotura uterina y muerte periparto en gestaciones posteriores ^(23-25, 27). Silver y colaboradores ⁽³¹⁾ estudiaron la morbi-mortalidad materna según el número de cesáreas previas. La incidencia de acretismo placentario fue del 0'24, 0'31, 0'57, 2'1, 2'3 y 6'7% según se tratase de la primera, segunda, tercera, cuarta, quinta o sexta o más cesáreas, respectivamente. De todas formas y como señala el Colegio Australiano en su guía ⁽²³⁾, aunque haya estudios que demuestren diferencias significativas, en términos absolutos son muy pocos los casos de complicaciones graves.
5. **Mayor morbi-mortalidad fetal y neonatal.** Múltiples estudios demuestran un mayor riesgo de morbilidad respiratoria en los fetos nacidos mediante

cesárea ^(23-25, 27) en comparación con aquellos nacidos vía vaginal, aunque apenas hay estudios específicos para cesáreas a demanda en este aspecto. Para otras variables como la mortalidad, la encefalopatía hipóxico-isquémica, la hemorragia intracraneal, la infección, la lactancia y el tiempo de ingreso hospitalario, la evidencia es escasa y de poca calidad. El estudio de Liu y colaboradores ⁽²⁸⁾ sí encontró una menor tasa de traumatismos, infecciones, encefalopatía hipóxico-isquémica y síndrome de aspiración meconial en neonatos nacidos mediante cesárea a demanda con respecto a neonatos nacidos vía vaginal. Las complicaciones debidas a la prematuridad sí son mayores en caso de parto por cesárea, y pueden afectar al desarrollo emocional y al comportamiento del futuro escolar, como exponen en su estudio Huang y colaboradores ⁽³²⁾. Por todo lo expuesto, la mayor parte de sociedades no recomiendan la cesárea a demanda por debajo de la semana 39 de gestación.

POSICIONAMIENTO DE LAS SOCIEDADES

Una vez hemos comentado qué es la cesárea a demanda, cuáles son sus posibles causas y cuáles sus potenciales beneficios y riesgos, ¿cómo se posicionan las diferentes sociedades al respecto?

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), en su documento de consenso ⁽³⁴⁾ sobre la cesárea de 2006, considera que no existe evidencia suficiente para recomendar la cesárea a demanda. Como profesionales, debemos informar, asesorar y resolver las dudas y miedos de nuestra paciente, ofertando apoyo psicológico en caso de necesitarlo y derivando a otro ginecólogo en caso de negarnos a realizar dicha cesárea.

El National Institute for Health and Care Excellence (NICE), en su guía de práctica clínica ⁽²⁹⁾ sobre la cesárea de 2011, hace unas consideraciones similares a la SEGO, enfatizando el apoyo multidisciplinar de estas pacientes (obstetra, matrona, anestesista y psiquiatra).

El American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), publicó en 2013 un comité de opinión ⁽²⁴⁾ sobre la cesárea a demanda. Propone las siguientes recomendaciones:

- Si la principal motivación de la paciente a la hora de solicitar una cesárea a demanda es el miedo al dolor del parto, los obstetras y todo profesional relacionado con el embarazo y parto deben explicar y ofrecer analgesia para el parto, así como educación maternal y apoyo emocional durante el parto.
- En ausencia de indicaciones maternas o fetales que justifiquen una cesárea, el parto vaginal es seguro y apropiado, y debe recomendarse.
- Después de investigar las razones por las cuales la gestante desea una cesárea a demanda y de discutir sobre sus riesgos y beneficios, si la paciente continúa prefiriendo una cesárea:
 - En ausencia de otras indicaciones que justifiquen una finalización más temprana, la cesárea a demanda no debe realizarse antes de las 39 semanas de gestación.
 - Dada la alta tasa de cesáreas subsiguientes, se debe informar a la paciente de que el riesgo de placenta previa, acretismo placentario e hysterectomía postparto asciende a mayor número de cesáreas.

La Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FASGO), en su documento de consenso ⁽³³⁾ sobre la cesárea a demanda de 2014, concluye que, en ausencia de indicaciones maternas o fetales, es más recomendable un plan de parto vaginal. Y, especialmente, no debe recomendarse una cesárea a demanda en aquellas mujeres que deseen más hijos, dado el mayor riesgo de placenta previa, acretismo placentario e hysterectomía postparto. En caso de hacerse, ésta no debe programarse antes de las 39 semanas de gestación.

Por último, el Real Colegio Australiano y Neozelandés de Obstetras y Ginecólogos (RANZCOG), en su documento de consenso ⁽²³⁾ sobre la cesárea a demanda de 2017, aboga por indagar las motivaciones de la gestante e informar adecuadamente sobre los riesgos y beneficios. En caso de que la paciente mantenga su solicitud de cesárea, el obstetra podrá:

- Aceptar la petición siempre y cuando se asegure de que la paciente entiende la información y está en plenas capacidades mentales para tomar decisiones.
- Negar la petición (bien porque considere que la paciente no entiende la información, bien porque considere que los riesgos superan los beneficios). En este caso, deberá derivar a la paciente a otro obstetra para una segunda opinión.

CONCLUSIONES

1. La cesárea a demanda es aquella que se realiza en ausencia de indicaciones maternas o fetales que la justifiquen. Su incidencia está aumentando en los últimos años y se estima que constituye el 1-18% de todos los partos a nivel mundial.
2. La cesárea a demanda supone un dilema ético entre el principio de autonomía del paciente y los principios de beneficencia y no maleficencia del médico.
3. Las causas que motivan a las gestantes a solicitar una cesárea a demanda son múltiples: miedo al dolor del parto, miedo a las repercusiones físicas del parto vaginal (incontinencia urinaria o fecal, desgarros, prolapso de órganos pélvicos, dispareunia...), miedo al daño o muerte del feto intraparto, malas experiencias previas...
4. Los beneficios de la cesárea a demanda con mayor evidencia son: menor sangrado postparto a corto plazo, menores complicaciones quirúrgicas y menor incontinencia urinaria durante el primer año postparto.
5. Los riesgos de la cesárea a demanda con mayor evidencia son: mayor riesgo en embarazos posteriores (placenta previa, acretismo placentario e histerectomía postparto), mayor tiempo de hospitalización y mayores complicaciones respiratorias neonatales.
6. La mayor parte de sociedades consideran que en ausencia de indicaciones maternas o fetales que lo justifiquen, es más recomendable un plan de parto vaginal. Ante una solicitud de cesárea a demanda, debemos investigar las

motivaciones de la paciente, informar adecuadamente de los riesgos y beneficios de una cesárea a demanda y no llevarla a cabo antes de las 39 semanas de gestación. No estamos obligados a acceder a la petición, pero sí de derivar a otro obstetra para una segunda opinión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Declaración de la OMS sobre tasa de cesáreas. [Monografía en Internet] 2015. [Acceso el 3 de febrero de 2020]. Disponible en: www.who.int/reproductivehealth/
2. Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras (FIGO). FIGO position paper: How to stop the caesarean epidemic. *The Lancet* Vol 392 October 13, 2018.
3. Norwitz ER, Lockwood CJ, Barss VA. Cesarean delivery on maternal request. [Monografía en Internet]: Up to Date; Oct 2019; [Acceso el 3 de febrero de 2020]. Disponible en: www.uptodate.com
4. 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. *Reproductive Health* 2009, 6:18.
5. Lumbiganon P, Loapaiboon M, Gulmezoglu AM, Souza JP, Taneepanichskul S, Ruyan P. Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007–08. *Lancet* 2010; 375: 490–99
6. Cui HS, Li HT, Zhu LP, Li ZW, Zhou YB, Liu JM. Secular trends in cesarean delivery and cesarean delivery on maternal request among multiparous women who delivered a full-term singleton in Southern China during 1993-2005. *Beijing Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban*, 2013 jun 18; 45(3):422-6.
7. Hospital de Sant Joan. Juramento Hipocrático. 2018. [Acceso 05 Febrero 2020]. Disponible en: http://www.hospitalsantjoan.cat/wp-content/uploads/2018/07/Juramento_HIPOCRATICO.pdf
8. Boletín Oficial del Estado (BOE). Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en

- materia de información y documentación clínica. «BOE» núm. 274, de 15 de noviembre de 2002, Referencia: BOE-A-2002-22188
9. Loke AY, Davies L, Mak Y. Is it the decision of women to choose a cesarean section as the mode of birth? A review of literature on the views of stakeholders. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2019, 19:268.
 10. Habiba M, Kaminski M, Da Fre M, Marsal K, Bleker O, Librero J, Grandjean H, Gratia P, Guaschino S, Heyl W, Taylor D, Cuttini M. Caesarean section on request: a comparison of obstetricians' attitudes in eight European countries. *BJOG* 2006; 113:647–656.
 11. Sharpe AN, Waring GJ, Rees J, Mc Garry K, Hinshaw K. Caesarean section at maternal request, the different views of patients and healthcare professionals: a questionnaire based study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2015 Sept; 192:54-60
 12. Ji H, Jiang H, Yang L, et al. Factors contributing to the rapid rise of caesarean section: a prospective study of primiparous Chinese women in Shanghai. *BMJ Open* 2015;5:e008994. doi:10.1136/bmjopen-2015008994
 13. Ryding EL, Lukasse M, Kristjansdottir H, Steingrimsdottir T, Schei B. Pregnant women's preference for cesarean section and subsequent mode of birth: a six country cohort group. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2016 Sept; 37(3):75-83.
 14. Stutzer PP, Berlit S, Lis S, Schmahl C, Sutterlin M, Tuschy B. Elective cesarean section on maternal request in Germany: factors affecting decision making concerning mode of delivery. *Arch Gynecol Obstet* 2017 May; 295(5):1151-1156.
 15. O'Donovan C, O'Donovan J. Why do women request a cesarean delivery for non-medical reasons? A systematic review of qualitative literature. *Birth* 2018 Jun; 45(2):109-119.
 16. Olieman RM, Siemonsma F, Bartens MA, Garthus-Niegel S, Scheele F, Honing A. The effect of an elective cesarean section on maternal request on peripartum anxiety and depression in women with childbirth fear: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 2017; 17:195.

17. Ortiz Quintana L. Cesárea y tocurgia en la Obstetricia actual. Prog Obstet Ginecol. 2017; 60(5):411-413.
18. Lonescu CA, Dimitriu M, Manacu M, Furau GO, Ples L. Defensive caesarean section: a reality and a recommended health care improvement for Romanian obstetrics. J Eval Clin Pract. 2019;25:111–116.
19. Long Q, Kingdon C, Yang F, Renecke MD, Jahanfar S, Bohren MA, et al. (2018) Prevalence of and reasons for women's, family members', and health professionals' preferences for cesarean section in China: A mixed-methods systematic review. PLoS Med 15(10): e1002672. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002672>
20. Ahmed AE, Mohammad RS. Motives for and prevalence of cesarean delivery on maternal request: A survey in Saudi Arabia, Qatar Medical Journal 2019;2 <http://dx.doi.org/10.5339/qmj.2019.2>
21. Eide KT, Morken NH, Baerøe K. Maternal reasons for requesting planned cesarean section in Norway: a qualitative study. BMC Pregnancy and Childbirth, 2019 19:102
22. Jenabi E, Khazaei S, Bashirian S, Aghababaei S, Matinnia N. Reasons for elective cesarean section on maternal request: a systematic review. J Matern Fetal Neonatal Med. 2019 Mar 8:1-6. doi: 10.1080/14767058.2019.1587407
23. The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynecologists (RANZCOG). Caesarean delivery on maternal request. July 2017.
24. The American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion. Cesarean Delivery on Maternal Request. Vol. 133. Num 1, January 2019.
25. Lavender T, Hofmeyr GJ, Neilson JP, Kingdon Carol, Gyte G. Caesarean section for non-medical reasons at term. Cochrane Database Syst Rev. Sept 2014.
26. Mylonas I, Friese K: The indications for and risks of elective cesarean section. Dtsch Arztebl Int 2015; 112: 489–95. DOI: 10.3238/arztebl.2015.0489

27. 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 delivery at term. The Maternal Health Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System. *CMAJ*, Feb 13, 2007. 176(4):455-460.
28. Liu X, Landom MB, Cheng W, Chen Y. Cesarean delivery on maternal request in China: what are the risks and benefits? *Am J Obstet Gynecol*. 2015 Jun;212(6):817.e1-9. doi: 10.1016/j.ajog.2015.01.043. Epub 2015 Jan 29.
29. The National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Caesarean section. NICE Clinical guidelines. Nov 2011.
30. Federación Brasileña de Asociaciones de Ginecología y Obstetricia (FEBRASGO). Cesarean on request. Guidelines in focus. *Rev Assoc Med Bras* 2015; 61(4):296-307.
31. Silver RM, Landom MB, Rouse DJ, Leveno KJ, Spong CY, Thom EA, et al. Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. *Obstet Gynecol* 2006 Jun; 107(6):1226-32.
32. Huang K, Yan S, Wu X, Zhu P, Tao F. Elective caesarean section on maternal request prior to 39 gestational weeks and childhood psychopathology: a birth cohort study in China. *BMC Psychiatry* 2019, 19:22
33. Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FASGO). Cesárea a demanda. Consenso de Obstetricia de la FASGO. Tucumán. 2014.
34. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Cesárea. Documentos de Consenso de la SEGO. 2006.