

Algunos sostienen que negarse puede dañar la relación médico-paciente. Pero no hay relación verdadera si está basada en la complacencia o el miedo al conflicto. La relación madura se construye sobre respeto, claridad y compromiso con el bien del otro. También debemos considerar las consecuencias en el sistema de salud. El exceso de cesáreas aumenta costos, complicaciones y sienta precedentes que condicionan la práctica médica. ¿Qué ocurre si esa paciente sufre una complicación evitable? ¿Quién asume la responsabilidad?

Una guía fundamental en este debate es la de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), que establece criterios claros para abordar solicitudes de cesárea sin indicación médica. Lejos de un enfoque paternalista, propone un modelo de diálogo informado donde el profesional tiene un papel activo en la orientación basada en evidencia.

FIGO recomienda explorar los motivos de la solicitud con empatía y brindar información clara sobre los beneficios del parto vaginal y los riesgos de una cesárea innecesaria. Si, tras este proceso, la petición persiste, puede ser éticamente admisible realizar la cesárea.

Esta postura institucional respalda la convicción de que el acto médico no se reduce a satisfacer un pedido subjetivo, sino a acompañar a la mujer en un camino que privilegie su salud, la del niño y el sentido profundo del nacimiento.

En síntesis, el pedido de cesárea sin indicación médica debe ser recibido con respeto, pero también con

responsabilidad profesional. Nuestra función es ayudar a las mujeres a parir, no a operarse innecesariamente. La autonomía bien entendida se construye sobre el conocimiento, no sobre el miedo.

La cesárea sin indicación médica aumenta riesgos importantes para la madre y el bebé, tanto a corto como a largo plazo. El parto vaginal, en embarazos de bajo riesgo, sigue siendo la forma más segura y beneficiosa de nacer.

**Conflictos de intereses:** el autor declara no poseer conflictos de intereses relacionados con el contenido del presente trabajo.

## BIBLIOGRAFÍA

- Betrán AP, Ye J, Moller AB, Zhang J, et al. The increasing trend in caesarean section rates: global, regional and national estimates: 1990-2014. *PLoS One*. 2016;11(2):e0148343. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148343>.
- Sandall J, Tribe RM, Avery L, et al. Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. *Lancet*. 2018;392(10155):1349-1357. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31930-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31930-5).
- International Federation of Gynecology and Obstetrics; International Confederation of Midwives; White Ribbon Alliance; et al. Mother-baby friendly birthing facilities. *Int J Gynaecol Obstet*. 2015;128(2):95-99. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.10.013>.
- World Health Organization. Department of Reproductive Health and Research. Statement on caesarean section rates [Internet]. Geneva: WHO; 2015 [citado 2025 ago 20]. Disponible en: [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/161442/WHO\\_RHR\\_15.02\\_eng.pdf](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf).

# Las mujeres que eligen una operación cesárea electiva probablemente estén en el lado correcto

Mario Sebastiani 

Servicio de Obstetricia, Hospital Italiano. Argentina

La viñeta es cada vez más frecuente en los consultorios de obstetricia tanto de la salud pública como de la seguridad social. Si bien no trabajo en el ámbito público, mis colegas que sí lo hacen, con frecuencia, me mencionan el pedido de una cesárea electiva por parte de algunas mujeres habida cuenta de la falta de analgesia peridural en ese medio y por miedo al dolor. Entiendo que aun a pedido, no siempre el medio público puede satisfacer

estos pedidos. Una vez más las diferencias sociales en medicina y en salud pública se hacen visibles. A partir de esta parte de la viñeta se genera un debate acerca de si la mujer puede elegir la forma de terminación de su embarazo. Por un lado existe una respuesta afirmativa, incluso con fuerza de la Ley 25929<sup>1</sup> (Ley de parto respetado) donde se expresa que las mujeres pueden elegir una cesárea electiva o elaborar un plan de parto según

Autor para correspondencia: [mario.sebastiani@hospitalitaliano.org.ar](mailto:mario.sebastiani@hospitalitaliano.org.ar), Sebastiani M.

Recibido: 31/07/25 Aceptado: 15/08/2025

DOI: <http://doi.org/10.51987/rev.hosp.ital.b.aires.v45i3.1295>

**Cómo citar:** Las mujeres que eligen una operación cesárea electiva probablemente estén en el lado correcto. *Rev. Hosp. Ital. B.*

Aires. 2025;45(3):e0001295

sus deseos y valores. Dado que una ley no es un tratado de obstetricia o neonatología en cuanto a la recepción del recién nacido, se interpreta que la mujer no sabe los riesgos o beneficios de sus pedidos, por lo que, en honor a la autonomía, el trabajo médico debe ser el de favorecer los elementos para que los pedidos sean no solo emocionales sino fundamentados en la evidencia existente que hoy no es para nada abundante.

En 2024, el Dr. Vincenzo Berghella<sup>2</sup> y cols. publicaron una perspectiva clínica en el *American Journal of Obstetrics & Gynecology* sobre parto vaginal versus cesárea planificada en embarazos nulíparos, a término, de feto único y en presentación cefálica. Varios metanálisis y revisiones sistemáticas han demostrado que la cesárea planificada, en comparación con el parto vaginal, se asocia a mejores resultados neonatales, incluyendo menor tasa de traumatismo al nacer, alimentación por sonda e hipotonía. Entre los embarazos únicos, la cesárea planificada se asocia a tasas significativamente menores de muerte perinatal, y, entre las madres, a menor corioamnionitis e incontinencia urinaria. Si bien existen varios riesgos asociados a múltiples cesáreas, como los trastornos por acretismo placentario, la tasa de fertilidad total está disminuyendo en el mundo. Dado que muchas personas ahora planean tener solo uno o dos hijos, el riesgo de estos trastornos adherenciales u otras complicaciones asociadas a múltiples cesáreas disminuye.

El obstetra se niega mencionando que la operación cesárea en este escenario sería “innecesaria”. Entiendo que esta actitud podría encuadrarse dentro de la objeción de conciencia. Sin embargo, al día de hoy, la cantidad de

cesáreas que se efectúan es tal que impresiona demasiado fundamentalista y fuera de contexto a la luz de los datos que ofrece la literatura. En todo caso, lo que cabe en estas situaciones es preguntar cuál es el número de hijos que planea tener una mujer en el futuro. Si el tamaño familiar se imagina con una cantidad superior a los dos hijos, se deberá explicar el aumento de riesgo con el número de cesáreas en la posibilidad que se tenga que enfrentar a un trastorno adherencial de la placenta. El cambio de época en la forma de terminación de un embarazo ha sido una discusión que he escuchado desde hace 50 años. Entiendo que, para uno o dos hijos, una cesárea electiva es una segura manera de nacer. En todo caso, dado que lo que está en juego es la vida y el porvenir de una persona en el futuro, si se intenta un parto cuanto menos tengamos que demostrar nuestras habilidades obstétricas, tanto mejor. Se suele decir que el nacimiento es el momento más peligroso en la vida de una persona hasta los 18 años.

**Conflictos de intereses:** el autor declara no poseer conflictos de intereses relacionados con el contenido del presente trabajo.

## REFERENCIAS

1. Argentina. Ley 25929 parto humanizado [Internet]. Buenos Aires: Argentina. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Secretaría de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural; 2018 [citado 2025 ago 20]. Disponible en: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley\\_25929\\_parto\\_humanizado\\_decreto\\_web\\_0.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_25929_parto_humanizado_decreto_web_0.pdf).
2. Berghella V, Adewale V, Rana T, et al. What is the best mode of delivery in nulliparous, singleton, term, vertex pregnancies. *Am J Obstet Gynecol MFM*. 2024;6(11):101501. <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2024.101501>.