

Parto natural de alto riesgo

Silvia Mateos López

Introducción

El ejercicio de la medicina, y más en concreto el de la obstetricia, ha ganado en eficacia y calidad como consecuencia de la protocolización de las actuaciones de los profesionales. No son infrecuentes, sin embargo, los casos en que los pacientes, por razones varias, niegan su consentimiento a recomendaciones establecidas en los protocolos, o piden excepciones que complican la actuación profesional, a la vez que ponen en riesgo su vida o la del feto. En estos casos, es importante ponderar todos los factores en juego, a fin de tomar la decisión que resulte más adecuada. Para ello, es preciso analizar con el mayor detalle posible los hechos clínicos, identificar el conflicto de valores, explorar todos los cursos de acción posibles, tanto extremos como intermedios, y elegir entre ellos el curso que se considera óptimo.

Los hechos

Carolina es una paciente natural de Zaragoza, de 38 años de edad, embarazada de 36 semanas, que acude por primera vez a nuestra consulta haciendo uso del derecho a la libre elección de centro sanitario existente en la Comunidad de Madrid. Al comienzo de la entrevista clínica refiere que viene a este hospital porque desea intentar un parto vaginal y en su hospital de referencia le han negado esa posibilidad.

Antecedentes familiares y personales sin relevancia clínica. Como historia obstétrica, refiere un embarazo en 2013, con una cesárea a término por presentación podálica, sin complicaciones, con el nacimiento de una mujer de 3.200 gramos, y otro embarazo en 2015 de curso normal y cesárea intraparto en semana 40 +1, por riesgo de pérdida de bienestar fetal, con nacimiento de un varón de 3.500 gramos, sin complicaciones añadidas. En ambos casos, refiere lactancia materna de 13 y 15 meses respectivamente.

Este es su tercer embarazo, de concepción espontánea, planificada, con un seguimiento en Zaragoza de curso normal. Aporta la última analítica del tercer trimestre, realizada en semana 34, y una ecografía en semana 35 con un feto mujer, de biometría acorde con la edad gestacional y un percentil de peso adecuado, con una placenta posterior en fondo uterino y líquido normal.

La paciente ha expresado a lo largo del embarazo su deseo de intentar un parto vaginal en esta gestación, pero desde el principio se le ha comunicado que en casos de mujeres con dos cesáreas anteriores, el protocolo del centro es realizar una cesárea iterativa (electiva) a partir de la semana 38. En la última visita al obstetra de Zaragoza, vuelve a

exponer su deseo de parto vaginal, comunicándosele de nuevo el protocolo del centro hospitalario y advirtiéndole que en caso de presentarse en trabajo de parto en ese hospital, se procedería a realizar una cesárea. Ante esta situación, la paciente decide cambiar de comunidad autónoma y, a través de un familiar que vive en Madrid, solicita consulta en nuestro centro.

Tras realizar la anamnesis e historia obstétrica actual en el curso de la primera consulta, se procede a realizar una ecografía, previa autorización de la paciente, donde aparece un feto en presentación cefálica, con biometría acorde a la edad gestacional y un peso estimado de 2.800 gramos, una placenta posterior y líquido normal.

Se explica a la paciente que en nuestro hospital también recomendamos una cesárea electiva a partir de la semana 39 en mujeres con dos cesáreas anteriores, por el riesgo de complicaciones asociadas al trabajo de parto, siendo el principal riesgo la dehiscencia de la cicatriz anterior y la rotura uterina. La paciente dice que conoce los riesgos, pero expresa su deseo de intentar un parto vaginal a pesar de ellos.

La paciente acude sola a esta primera visita. Sus hijos están en Zaragoza con su pareja que la paciente refiere estar de acuerdo con ella. Aquí vive en casa de un familiar, a la espera de nuestra respuesta. Antes de venir a nuestro hospital, ha realizado una consulta sobre la posibilidad de parto vaginal en otro centro hospitalario en Bilbao, con respuesta negativa del centro. Está convencida de lo que quiere y busca intentarlo a toda costa, exponiendo que en caso de no encontrar el centro que se lo permita, lo hará fuera de estos.

El problema del clínico

Así las cosas, el clínico se pregunta: ¿debería acompañar a esta paciente en su deseo de intentar un parto vaginal, a pesar de los riesgos e ir en contra de las recomendaciones del protocolo?

Los valores en conflicto

Un problema moral es siempre la consecuencia de un conflicto de valores, razón por la cual resulta necesario explicitar ahora los valores en conflicto.

- En este caso, por un lado está el valor de la vida y la salud de la madre, ante la posibilidad de una rotura uterina intraparto y el riesgo inherente a una cesárea de emergencia, con posibles lesiones de órganos limítrofes, como la vejiga o intestinos, además de hemorragia que haga necesaria una transfusión sanguínea, el riesgo de histerectomía obstétrica, de complicaciones tromboticas maternas, de infecciones de la herida quirúrgica, así como las complicaciones para el neonato, como la posibilidad de lesiones hipóxicas graves, ingreso en la unidad de cuidados intensivos neonatales, o incluso la muerte fetal intraparto. A esto puede añadirse el valor de la profesionalidad, la actuación en base a las recomendaciones de las guías clínicas que determinan el contenido de la buena praxis médica. Un tercer valor es la seguridad clínica, dado que cualquier proceso quirúrgico programado se asocia a una mayor seguridad y mejores resultados de morbimortalidad, ya que, incluso ante posibles complicaciones, se realiza en las mejores condiciones clínicas posibles.
- El conflicto se produce porque enfrentado a esos valores hay otro, que es el deseo reiterado de la paciente, persona adulta, consciente e informada de los

riesgos del proceso y capacitada para ejercer su autonomía. Ella quiere ser capaz de llevar a cabo y culminar el proceso de parto vaginal. Entran también en juego, por tanto, los valores de fortaleza y confianza en sí misma.

Cursos extremos de acción

Este conflicto de valores cabe resolverlo optando por uno de los valores identificados con detrimento absoluto del o de los contrarios. Por tanto,

- De un lado estaría el rechazo a la opción del parto vaginal en este centro, acogiéndose al protocolo establecido de actuación.
- Del otro, el atender a los deseos de la paciente sin poner en práctica medidas especiales de atención al parto.

Cursos intermedios

Como cursos intermedios cabe identificar los siguientes:

1. Establecer una lista de cuidados mínimos considerados como imprescindibles en el control intraparto.
2. En caso de no inicio de parto espontáneo, reevaluación en semana 41, considerando la gestación como prolongada y valorando en ese momento la indicación de cesárea electiva. En ningún caso nos plantearíamos una inducción medicalizada del parto.
3. En caso de sospecha de complicación intraparto, realización de una cesárea urgente, para la que sí existe autorización de la paciente.

Curso óptimo consensuado

Las condiciones que se pactaron con la paciente fueron las siguientes:

1. Una visita preanestésica.
2. Tener pruebas cruzadas preparadas.
3. Una vía periférica canalizada.
4. La monitorización fetal continua intraparto.
5. El uso restrictivo de la oxitocina intravenosa como inductor de las contracciones.
6. Un consentimiento informado individualizado, firmado previamente, en que se recojan las posibles complicaciones que se pueden producir. En el consentimiento de parto vaginal tras cesárea anterior del hospital, se establece textualmente: *“existe un riesgo de dehiscencia y/o rotura uterina de aproximadamente 1 caso de cada 100”*. Se especifica que *“en caso de rotura uterina pueden producirse complicaciones como hemorragias que precisen transfusión sanguínea de sangre urgente, infecciones, lesiones vesicales o de otros órganos pélvicos. Más infrecuente es la necesidad de histerectomía obstétrica”*. También se establece que *“en caso de rotura uterina, existe un riesgo de 1/1000 de complicaciones graves para el neonato”*. Se especifica que *“en caso de dos cesáreas anteriores, la tasa de parto vaginal es de un 70% con un ligero aumento de rotura uterina, estimado en un 1,3-2%”*.

Después de la primera visita, se le explicó a la paciente que su solicitud iba a ser presentada en sesión clínica al día siguiente.

- Una vez presentado y consensuadas por el Servicio las condiciones mínimas, se invitó a la paciente a acudir con su pareja a una segunda consulta donde se les volvió a exponer la recomendación por parte del equipo de una cesárea electiva en semana 39 y de los riesgos posibles asociados al intento de parto vaginal con una rotura uterina intraparto.
- Tanto la paciente como su pareja, después de escuchar lo expuesto previamente, volvieron a reafirmar su deseo.
- Se plantearon las condiciones mínimas y básicas que el equipo había establecido y que la paciente aceptó.
- Finalmente, la paciente inició un trabajo de parto espontáneo en semana 39+4, ingresó en el paritorio con 3 centímetros de dilatación, bolsa íntegra y dinámica regular. Tras 8 horas, sin analgesia epidural, se produce el parto vaginal con un alumbramiento dirigido y sin complicaciones. Nació una mujer de 3100 gramos. Ambas fueron trasladadas a planta tras dos horas de puerperio normal, dándoseles el alta hospitalaria a las 48 horas.

Epicrisis

Con este caso clínico hemos querido plantear un posible conflicto que puede llegar a sentirse como ético, aunque es también cuestión de buena praxis. Ninguno de los cursos extremos planteados entraría dentro de la correcta actuación clínica, porque la evidencia científica no establece claramente el camino a seguir en los casos individuales, por lo que no tenemos ni la seguridad ni la capacidad de saber lo que va a ocurrir. De ahí la importancia de la historia de valores de los pacientes, que debe estar contemplada y tener un peso específico en nuestras decisiones como médicos. En este sentido, no deberíamos sentirnos menospreciados cuando el paciente no comparte nuestras indicaciones, sino plantearnos cómo poder profundizar en la situación de la persona e intentar acompañarle en su proceso, minimizando en lo posible los daños que pueden sobrevenir de una decisión no suficientemente informada o valorada.

Hay pacientes que desean todo lo contrario de la de este caso, una cesárea electiva sin indicación médica a priori. Normalmente, esos casos no suelen plantear tanto conflicto, pero también en ellos el realizar una historia de valores de la paciente puede ayudarnos a entender el motivo de su deseo, como por ejemplo un parto traumático previo, que una vez que se conoce, se comparte y se trabaja con la paciente, puede no sólo cambiar nuestra actitud sino también establecer una relación de confianza que haga modificar a la mujer su decisión.

Concluyendo, parece imprescindible que aprendamos a realizar la historia de valores de nuestros pacientes, porque eso nos ayudará en nuestra práctica diaria, entendiendo mucho mejor a la persona que tenemos enfrente y generando relaciones médico-paciente de mucha mayor calidad, tanto humana como clínica.