



**Universitat de les
Illes Balears**

Facultat de nom

Memoria del Trabajo de Final de Grado

Revisión sistemática sobre las consecuencias de las cesáreas innecesarias

Maria Victoria Petro Moragues

Grado de enfermería

Año Académico 2015-2016

DNI de la alumna: 41536108v

Trabajo tutorizado por Cristina Moreno Mulet
Departamento de Enfermería

S'autoritza la Universitat a incloure aquest treball en el Repositori Institucional per a la seva consulta en accés obert i difusió en línia, amb finalitats exclusivament acadèmiques i d'investigació	Autor		Tutor	
	Sí	No	Sí	No
	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Palabras clave del trabajo:

Cesárea, procedimientos innecesarios, impactos en la salud, complicaciones.
Cesarean section, unnecessary procedures, impacts on health, complications.

RESUMEN:

Fundamentos: Las tasas de cesáreas han ido incrementando a lo largo de los años, de tal manera que superan el límite establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Entre las características de este aumento destacan las peticiones maternas y los hospitales privados.

Métodos: Este trabajo consiste en una revisión sistemática de la bibliografía sobre el impacto en la salud que causan las cesáreas innecesarias. Por ello se ha utilizado diferentes bases de datos de ciencias de la salud.

Los objetivos que se desarrollan en este trabajo son: identificar cuáles son los factores predisponentes ante la realización de las cesáreas innecesarias, que se clasificarán en factores maternos, factores médicos y de la organización; conocer cuáles son sus consecuencias, que se desarrollarán según afecten a la madre, al recién nacido o a la organización y, para finalizar, identificar las actividades de prevención, dirigidas a las madres, a los profesionales sanitarios y a las instituciones. Todo ello se explicará detalladamente en la parte de la discusión del trabajo.

Conclusiones: Después de la revisión de la bibliografía cabe recalcar que es de gran importancia trabajar en los factores predisponentes de las cesáreas innecesarias para hacer consciencia de los riesgos que producen tanto a corto como a largo plazo. La falta de información y las presiones del entorno juegan un papel importante en la toma de decisiones, por ello se debe hacer hincapié en disponer de toda la información, sin influencias, para decidir en base a lo que será mejor para la madre y el recién nacido.

PALABRAS CLAVE: Cesárea. Procedimientos innecesarios. Impactos en la salud. Complicaciones.

En Inglés: Cesarean section. Unnecessary procedures. Impacts on health. Complications.

INTRODUCCIÓN:

Las tasas de cesáreas han ido aumentando a lo largo de los años, especialmente del año 1990 hasta hoy. Aunque la OMS tiene un límite estándar de cesáreas del 10- 15%, la evidencia científica nos dice que ha habido un incremento extraordinario en la incidencia de cesáreas en todos los países desarrollados, incluyendo España (Librero, Peiró, & Belda, 2014). Brasil está entre uno de los países de mayores tasas de cesáreas con aproximadamente el 40%, junto con América Central y del Sur con más del 30%,

del total de la natalidad. El índice promedio de Europa es del 19%, con las tasas más altas en: Italia 36% y Portugal el 30%. Las tasas más bajas, menos del 15%, son de los Países Bajos; si nos desplazamos al Caribe, realizan un mayor número de cesáreas en la República Dominicana (30%) y un menor número en Haití (menos del 2%), África es también uno de los países con menor índice de cesáreas. Además en 2007, el 32% de partos de bajo riesgo fueron por cesárea y 1 madre de cada 3000 murió a causa de la cirugía (S Schmidt, 2009; Slome Cohaine, 2009). Todo ello nos conduce a que los países más desarrollados son aquellos que realizan más partos por cesárea que los países en desarrollo, ya que éstos disponen de menos recursos y por tanto los partos por cesáreas se realizan tan solo en situaciones de urgencia, por indicación médica. Este incremento del número de cesáreas puede ser debido a distintos factores tales como la predisposición de la madre y/o del obstetra (Collard, Diallo, Habinsky, Hentschell, & Vezeau, 2008; Moore & Low, 2012; Slome Cohaine, 2009). Esto es alarmante ya que todos los profesionales o la mayoría de ellos conocen las consecuencias de las cesáreas innecesarias tanto para la madre, que van desde problemas psicológicos, complicaciones de la cirugía y dificultad o rechazo a la lactancia materna; como para el recién nacido y la institución.

Otro factor determinante es la conveniencia de la organización (Moore & Low, 2012). Cada uno de ellos se explicará más adelante. Consecuentemente, es necesario un nuevo planteamiento acerca de la visión de las cesáreas y un análisis profundo de los factores predisponentes a la realización de éstas, con el fin de reducir el incremento de las tasas y dar una mejor calidad de atención a las pacientes.

OBJETIVOS:

Mi trabajo de final de grado, realizado sobre el estudio y revisión de 30 artículos, irá orientado a responder a la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las consecuencias de las cesáreas innecesarias? Para ello me he establecido 3 objetivos, definidos a continuación:

- Identificar cuáles son los factores predisponentes ante la realización de las cesáreas innecesarias
- Conocer cuáles son las consecuencias de las cesáreas innecesarias.
- Identificar las actividades de prevención que se pueden llevar a cabo para reducir la incidencia.

ESTRATEGIA Y RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA:

Este trabajo se ha realizado a partir de una revisión sistemática de 30 artículos diferentes encontrados en las distintas bases de datos de ciencias de la salud, disponibles en la biblioteca digital de la Universidad de las Islas Baleares (UIB).

La base de datos utilizada inicialmente es el Descriptor en Ciencias de la Salud (DeCS), que, como bien dice su nombre, me proporciona los descriptores exactos para realizar mi búsqueda. Las palabras clave o descriptores usados para responder a mis objetivos son 4:

1. Descriptor en Inglés: cesarean section
Descriptor en Castellano: cesárea
Sinónimo: Parto Abdominal
Definición: Extracción del feto mediante histerectomía abdominal.
2. Descriptor en Inglés: Unnecessary Procedures
Descriptor en Castellano: Procedimientos innecesarios
Sinónimo: Cirugía innecesaria
Definición: Procedimientos diagnósticos, terapéuticos e investigativos prescritos y ejecutados por profesionales de la salud cuyos resultados no justifican los beneficios o riesgos y costos para el paciente
3. Descriptor en Inglés: Impacts on health / Consequence Analysis
Descriptor en Castellano: Impactos en la salud /Análisis de las consecuencias
Sinónimo: Consecuencias para la salud, riesgos para la salud, efectos en la salud.
Definición: Estudios y mediciones que se pueden fincar con base en los daños económicos, humanos, materiales o morales, causados por el impacto de una calamidad, lo que permite el cálculo de recursos necesarios para mitigar o enfrentar sus efectos y la adecuación de programas preventivos operativos o de apoyo.
4. Descriptor en Inglés: Complications.
Descriptor en castellano: Complicaciones.
Sinónimo: afecciones asociadas, enfermedades asociadas, afecciones coexistentes, enfermedades coexistentes, afecciones concomitantes, enfermedades concomitantes, secuelas.
Definición: Usado con enfermedades para indicar afecciones que coexisten.

Una vez obtenidos los descriptores, empecé con la búsqueda bibliográfica, descrita en la siguiente tabla, a través de diferentes bases de datos:

BASE DE DATOS	DESCRIPTOR CON BOLEANOS	RESULTADOS OBTENIDOS	RESTRICCIÓN	RESULTADOS OBTENIDOS TRAS RESTRICCIÓN	ARTÍCULOS SELECCIONADOS POR ABSTRACT	ARTÍCULOS SELECCIONADOS POR TÍTULO	ARTÍCULOS ESCOGIDOS	DESCRIPCIÓN DE ARTÍCULOS
IBECS	Cesárea and innecesaria	6 artículos			1 artículo	1 artículo	2 artículos	(Sanit et al., 2014) cartas a la directora. (Librero et al., 2014) estudio de cohortes retrospectivo.
	Cesárea and complicaciones	380 artículos			1 artículo		1 artículo	(Compte et al., 2015) Estudio prospectivo longitudinal.
IME	Cesáreas innecesarias	5 artículos			1 artículo		1 artículo	(Puentes-Rosas, Gómez-Dantés, & Garrido-Latorre, 2004) estudio ecológico.
PUBMED	Cesarean section/ standards and unnecessary procedures	147 artículos			3 artículos	3 artículos	6 artículos	(Slome Cohaine, 2009); (Tillett, 2007); (Collard et al., 2008); (Simpson & Thorman, 2005); (Spong, Berghella, Wenstrom, Mercer, & Saade, 2012); (Moore & Low, 2012); (Torloni, Campos Mansilla, Merialdi, & Betrán, 2014) y (Timor-Tritsch et al., 2014) son revisiones sistemáticas
	Cesarean section and unnecessary procedures/ adverse effects	18 artículos				1 artículo	1 artículo	(Liu et al., 2014) y (Litorp et al., 2014) son estudios transversales.
	Cesarean section and obstetric labor	8538 artículos	<u>Text Availability:</u> free full text	449 artículos	4 artículos	3 artículo	7 artículos	(Kok et al., 2014) es un estudio prospectivo de

complications		<u>Publications dates:</u> from 2010/01/01 to 2016/12/31					cohortes comparativo a nivel nacional.
Cesarean section and postoperative complications		<u>Text Availability:</u> free full text <u>Publications dates:</u> from 2010/01/01 to 2016/12/31	190 artículos	4 artículos		4 artículos	<p>(Schemann, Patterson, Nippita, Ford, & Roberts, 2015) es un estudio de cohortes de base poblacional</p> <p>(Datta, Chatterjee, Butt, & Harpwood, 2014) carta a la directora.</p> <p>(Kozhimannil, Arcaya, & Subramanian, 2014) meta análisis</p> <p>(Aminu, Utz, Halim, & van den Broek, 2014) revisión retrospectiva.</p> <p>(Kaplanoglu, Bulbul, Kaplanoglu, & Bakacak, 2015) estudio retrospectivo</p> <p>(Albokhary & James, 2014) estudio de correlación descriptiva cuantitativa</p>

BASE DE DATOS	DESCRIPTOR CON BOLEANOS	RESULTADOS OBTENIDOS	RESTRICCIÓN	RESULTADOS OBTENIDOS TRAS RESTRICCIÓN	ARTÍCULOS SELECCIONADOS POR ABSTRACT	ARTÍCULOS SELECCIONADOS POR TÍTULO	ARTÍCULOS ESCOGIDOS	DESCRIPCIÓN DE ARTÍCULOS
CINAHL with FULL TEXT (EBSCOhost)	Cesarean section and impacts on health	124 artículos	<u>Años:</u> 2006 – 2016 Buscar todos mis términos de búsqueda	101 artículos	1 artículo	3 artículos	4 artículos	(Lee & D'Alton, 2008); (Thompson, 2012); (Macfarlane et al., 2015) y (Stephan Schmidt & Stark, 2005) son revisiones sistemáticas. (Pang, Leung, Lau, & Hang Chung, 2008) es un Estudio observacional prospectivo longitudinal (Marshall, Fu, & Guise, 2011) meta análisis aleatorio
	Cesarean section and unnecessary procedures		<u>Años:</u> 2006 al 2016	44 artículos		2 artículos	2 artículos	
COCHRANE	Cesáreas innecesarias	5 artículos				1 artículo	1 artículo	(Blum, Conway, & Sharfstein, 2007) es una revisión sistemática.
	Cesarean section and impacts on health	3 artículos			1 artículo		1 artículo	(Homer et al., 2013) es un ensayo clínico aleatorio controlado.

En mi primera búsqueda por las diferentes bases de datos encontré 31 artículos relacionados con el tema de mi trabajo usando los descriptores cesárea (cesarean section, en inglés), procedimiento innecesario (unnecessary procedure) e impacto en la salud (impacts on health) combinados con el boleano and. Al hacer una primera lectura de los artículos, hubo 12 de ellos que fueron excluidos ya que su contenido no respondía a ninguno de los objetivos que quiero analizar. De los 19 restantes que me quedé, observé que la mayoría de ellos estaban muy centrados en los factores que conducen a realizar las cesáreas innecesarias; por ello, mi segunda búsqueda bibliográfica fue un poco más específica, centrándome en mi segundo objetivo. Utilicé un nuevo descriptor: complicaciones (complications, en inglés), combinado con el boleano and con mi principal descriptor (descriptor primario): cesárea. De ésta búsqueda me quedé 15 artículos, 4 de ellos fueron rechazados por ser poco claros.

Aunque no utilicé ningún descriptor específico para mi tercer objetivo (prevención de las cesáreas innecesarias), tengo que decir que en los diferentes artículos encontrados hay la información suficiente para responder de manera eficaz a dicho objetivo. Cabe añadir que no necesité realizar muchas restricciones ya que los artículos que me interesaban eran bastante actuales.

DISCUSIÓN:

Debido al continuo aumento de las tasas de las cesáreas, he querido estudiar cuáles son las motivaciones que llevan a este incremento junto con sus consecuencias y he querido conocer cuáles son las actividades de prevención que se pueden llevar a cabo para disminuir y evitar las cesáreas innecesarias. Teniendo esto en cuenta, el desarrollo de este trabajo va orientado siguiendo las siguientes pautas: en primer lugar se explican los factores que intervienen en la realización de las cesáreas innecesarias, en segundo lugar se desarrollan las consecuencias de las cesáreas innecesarias y en tercer lugar y para terminar se citan las actividades de prevención.

Para empezar a explicar los factores que influyen en el aumento de las cesáreas innecesarias y siguiendo la información obtenida a partir de mi búsqueda bibliográfica, se pueden dividir en 3 grandes bloques: factores maternos, factores médicos y factores de la organización. La estructura de estos factores está basada en 3 artículos, ya que en mi opinión, son bastantes completos y claros. Los 3 artículos son: (Moore & Low, 2012; Simpson & Thorman, 2005; Spong, Berghella, Wenstrom, Mercer, & Saade, 2012).

El primer bloque del que se hablará, son los factores maternos. Este tipo de factor es el que se encuentra más desarrollado en la bibliografía, porque según la evidencia científica han aumentado las peticiones maternas por las cesáreas a lo largo de los años. 1 de cada 10 cesáreas se hace por petición de la madre (Collard, Diallo, Habinsky, Hentschell, & Vezeau, 2008; Sanit, 2014). Estas peticiones vienen determinadas, a la vez, por distintos factores de los cuales destacan los problemas psicológicos, las influencias del entorno de la madre a nivel socioeconómico y la deficiente comunicación entre los profesionales y las mujeres.

Primero de todo definiré y explicaré los problemas psicológicos en relación con los resultados maternos y fetales. Según la evidencia científica las madres están mayoritariamente preocupadas por el bienestar del feto, es decir, por la muerte y/o lesiones del feto durante el parto vaginal, si a esto se le añade el temor que tienen al parto vaginal, sobre todo si anteriormente han sufrido un parto con complicaciones y dolor asociado a éstas, y el temor a las cesáreas de urgencia por su aumento en las tasa de morbilidad y mortalidad, conducen a un aumento en las decisiones de las madres por un parto por cesárea en vez de un parto vaginal, ya que lo que ellas desean es una rápida recuperación y evitar posibles complicaciones físicas del parto vaginal como la preservación de la función sexual (Collard, Diallo, Habinsky, Hentschell, & Vezeau, 2008; Macfarlane, Blondel, Mohangoo, Cuttini, Nijhuis, Novak, Ólafsdóttir, & Zeitlin, 2015). Además, la mayoría de las madres prefieren las cesáreas debido a que creen que son más seguras tanto para el bebé (ya que el feto está monitorizado continuamente) como para ellas mismas, porque reducen el trauma vaginal, tienen un mayor control sobre su cuerpo y sobre la situación y un mayor control en el tiempo del nacimiento (Liu, Li, Chen, Wang, Ruan, Zou, & Zhang, 2014; Thompson, 2012). Estas preferencias vienen acompañadas del pensamiento de que las cesáreas tienen un mayor número de resultados positivos debido al avance de las tecnologías para detectar el sufrimiento fetal. Todo ello es consecuencia de una falta de información; a una falta de preparación psicológica y conductual de la mujer para el parto y nacimiento; de experiencias favorables de cesáreas previas; una falta de apoyo por parte de la matrona, del obstetra o de sus familiares; y quizás, un exceso de confianza en el juicio de sus obstetras. Se ha demostrado que la actitud y preferencias de los médicos influyen en las preferencias del paciente por el tipo de parto, sobre todo si el médico tiene amplia experiencia en partos por cesárea (Pang, Leung, Lau, & Hang Chung, 2008; Schemann, Patterson, Nippita, Ford, & Roberts, 2015).

Para terminar, la preferencia de las madres por las cesáreas vienen determinadas muchas veces por la propia conveniencia de la entrega programada, ya que esto permite a los padres organizar su trabajo y el cuidado de los niños, y por la disponibilidad del profesional de la salud: los padres eligen una fecha en la que saben que su médico estará de guardia (Blum, Conway, & Sharfstein, 2007).

El segundo factor materno está asociado con el nivel socioeconómico y el entorno de la madre: Las madres que pertenecen a clases sociales medias – altas tienen mayor motivación por las cesáreas (Tillett, 2007). La toma de decisiones de la madre se ve influenciada por: la información obtenida de personas cercanas sobre su experiencia en la cesárea: familiares, amigas próximas y por encima de éstos, por los medios de comunicación que también juegan un papel muy importante. La televisión y sobre todo las revistas nos muestran las cesáreas como un procedimiento seguro, aceptable y accesible a todos. En ellas se proporciona información sobre la anestesia, las indicaciones médicas sobre las cesáreas, con sus beneficios (reducción del daño fetal, reducción de la mortalidad materna o perinatal, disminución del tiempo de entrega) y sus riesgos. Aunque cabe destacar, que sólo una cuarta parte de las revistas informan sobre los riesgos maternos a corto plazo, y menos de un 5% informará sobre los riesgos maternos a largo plazo y los riesgos neonatales. Los pocos artículos que informan sobre los riesgos a corto plazo se ciñen en los problemas emocionales olvidando los problemas potenciales propios de la cirugía; los riesgos a largo plazo y los riesgos neonatales apenas son mencionados y cuando lo son, tienen una pobre calidad de información. Por lo tanto solo una minoría de los artículos de las revistas presenta información que pueda ayudar a educar a los lectores sobre los beneficios y riesgos de las cesáreas con respeto al parto vaginal. Como consecuencia, los lectores pueden tener una visión demasiado optimista de las cesáreas, cuando la realidad sobre ellas es que se trata de un procedimiento caótico, impredecible y peligroso (Thompson, 2012; Torloni, Campos Mansilla, Merialdi, & Beltrán, 2014).

Para acabar con los factores maternos hablaré de los factores asociados con la comunicación, que consisten en las referencias al consentimiento informado inadecuado, percepción inadecuada del mejor método para dar a luz asociado a la falta de información sobre los riesgos y beneficios de cada tipo de parto o falta de tiempo para responder sus dudas (Moore & Low, 2012; Thompson, 2012).

El segundo bloque de factores corresponde a los factores médicos. Sobre ellos no se encuentra mucha información, ya que a veces queda camuflado o no registrado en las historias de los pacientes, o bien no se distingue entre las cesáreas innecesarias y las cesáreas por indicación médica; lo que dificulta el estudio y revisión (Slome Cohaine, 2009). Los factores médicos encontrados en la bibliografía son: el incentivo económico relacionado con seguros privados: Algunos médicos incentivan a los pacientes a irse a hospitales privados para la realización de las cesáreas, de los cuáles posteriormente reciben una recompensación económica (Aminu, Utz, Halim, & van den Broek, 2014; Puentes-Rosas, Gómez-Dantés, & Garrido-Latorre, 2004). Se ha demostrado que los médicos asalariados, sin incentivos económicos, tienen una menor tasa de cesáreas (Spong, Berghella, Wenstrom, Mercer, & Saade, 2012). Otro factor es la preferencia de los médicos por este tipo de práctica, ya que los especialistas están mejor capacitados para atender partos quirúrgicos que para atender nacimientos por vía vaginal, sobre todo si se trata de médicos jóvenes. La desconfianza del parto natural por parte de los profesionales sanitarios, muchas veces, es debido a la falta de información y conocimientos, lo que conduce a una inconsciencia sobre las consecuencias postparto (Puentes-Rosas, Gómez-Dantés, & Garrido-Latorre, 2004).

La conveniencia del médico es otro punto a destacar, la reducción de la mortalidad materna influye a aumentar la actitud de los obstetras hacia la realización de una cesárea (Slome Cohaine, 2009). Además, el hecho de utilizar diariamente la tecnología les proporciona una sensación de mayor seguridad, comodidad y control, ya que les facilita el acceso y está siempre disponible, debido a ello muchos obstetras desarrollan una dependencia a la tecnología, que a la larga produce una desconfianza en el parto natural aunque se tenga los conocimientos adecuados. Las decisiones basadas en la experiencia profesional en contraposición con la evidencia científica y la comodidad de los médicos en la organización de su agenda son factores médicos que influyen también en el incremento de las cesáreas (Moore & Low, 2012). Dicha comodidad viene caracterizada por la no realización de cesáreas los fines de semana o en vacaciones, a fin de no interferir en el tiempo de ocio (Slome Cohaine, 2009). Este punto también se da cuando la carga de trabajo es alta y/o hay fatiga – falta de sueño o por la escasez de personal (Spong, Berghella, Wenstrom, Mercer, & Saade, 2012). Se realizan cesáreas innecesarias cuando hay falta de obstetras y/o anestesistas si la cesárea fuera de emergencia, fuera del horario normal de trabajo. (Aminu, Utz, Halim, & van den Broek, 2014).

Cabe añadir que muchos médicos piensan que la realización de una cirugía reduce el tiempo de atención al paciente, cuando la evidencia nos muestra lo contrario (Simpson & Thorman, 2005). El último motivo, pero no menos importante, es que la mayoría de los médicos tienden a realizar cesáreas por miedo a litigios. A veces el deseo del paciente o la presión de las familias se interponen ante su punto de vista ético y ceden a realizar cesáreas por miedo a la pérdida del bebé y/o de la madre y la posterior denuncia (Aminu, Utz, Halim, & van den Broek, 2014). Este temor, aunque no asociado a los litigios, también está presente cuando la madre ya tiene una cesárea anterior, en estos casos los médicos no trabajan la posibilidad de un parto vaginal después de una cesárea, por miedo al largo trabajo de parto o a las complicaciones que puedan surgir. Por tanto, si una mujer quiere tener más de un bebé, en este caso estará intervenida de múltiples cesáreas.

Para terminar con el desarrollo de mi primer objetivo, procederé a explicar el último bloque de los factores relacionados con el incremento de las cesáreas innecesarias, que consisten en los factores de la organización. De este tipo de factor sólo he encontrado información en tres de mis artículos, por lo tanto el desarrollo irá basado según éstos: (Compte, Magret, Sabench, Sanchez, Redondo, Cano, Prades, Puig, & Suner-Soler, 2015; Moore & Low, 2012; Spong, Berghella, Wenstrom, Mercer, & Saade, 2012).

Según la evidencia científica, juega un papel importante la cultura del hospital, es decir, el deseo del hospital para mantener unos niveles altos de satisfacción del paciente y del profesional de la salud. Se conoce que los hospitales privados tienen más tendencia a realizar cesáreas que los públicos. Otros puntos a tener en cuenta son: el entorno de formación del hospital, entendido como el afán de especialización frente al deseo de humanización; y la programación del personal, caracterizado por las limitaciones de tiempo para la programación en el trabajo, la disponibilidad del personal de quirófano, el espacio limitado, la deficiente comunicación entre los profesionales y consecuentemente la discontinuidad de los cuidados, que producen desconfianza y mala relación terapéutica entre profesionales y paciente.

Para terminar con este tipo de factor, la falta de programas de entrenamiento al parto en los hospitales induce a un incremento de las cesáreas innecesarias.

Una vez explicado el primer objetivo de mi trabajo: factores que intervienen en la realización de cesáreas innecesarias, voy a pasar a explicar mi segundo apartado u objetivo, definido ya anteriormente como las consecuencias de las cesáreas innecesarias. El parto por cesárea se asocia a una mayor morbilidad y/o mortalidad tanto materna como neonatal y consecuentemente con un aumento de la estancia hospitalaria con incremento de los costes de la asistencia sanitaria. Siguiendo la bibliografía encontrada se pueden dividir también, en 3 grandes bloques: complicaciones maternas, complicaciones neonatales y consecuencias en la institución.

Empiezo con las complicaciones maternas. Las complicaciones maternas son aquellas que afectan tan sólo a la madre del recién nacido. Un parto por cesárea tiene una mortalidad materna de hasta 7 veces más que el parto vaginal. Estas complicaciones se pueden subdividir en dos apartados: complicaciones relacionadas con el procedimiento quirúrgico y complicaciones psicológicas.

Respecto a las complicaciones relacionadas con el procedimiento quirúrgico, según la evidencia científica, destacan el dolor crónico asociado a lesiones de órganos abdominales: perforaciones o lesiones uterinas y lesiones pélvicas que tienen la necesidad de cuidados intensivos con incremento de la estancia hospitalaria y readmisión en el hospital debido a infecciones uterinas postoperatorias como endometritis (los signos son: fiebre, mal olor del flujo y sensibilidad pélvica) o del tracto urinario, complicaciones de la herida, coágulos de sangre (enfermedad tromboembólica venosa, hemorragias intraparto y después del parto masiva con pérdida estimada de sangre de 1000ml, más del 20% del volumen total de sangre o cuando la hemoglobina es menor a 8,5 g/dl después de la operación (Homer, Besley, Bell, Davis, Adams, Porteous, & Foureur, 2013; Kaplanoglu, Bulbul, Kaplanoglu, & Bakacak, 2015; Kok, Ruitter, Hof, Ravelli, Mol, Pajkrt, & Kazemier, 2014). En estos casos, las madres necesitan de transfusión sanguínea aumentando aún más el tiempo de recuperación (Marshall, Fu, & Guise, 2011).

Por otra parte, cuando se realiza una primera cesárea aumenta el riesgo de desarrollar una complicación quirúrgica conocida como formación de adherencias. Estas adherencias pueden ser: adherencias pélvicas, placenta previa y placenta accreta. Se entiende como *Adherencia pélvica* la enfermedad en la cual el sistema reproductor femenino se fusiona con el sistema digestivo a través del tejido cicatrizal. La *Placenta previa*: es un problema en el embarazo en el cuál la placenta crece en la parte más baja de la matriz (útero), y cubre toda la abertura hacia el cuello uterino o parte de ésta. En

embarazos normales, es común que la placenta se encuentre en la parte baja del útero durante el primer trimestre, pero a medida que el embarazo continúa la placenta se desplaza hacia la parte superior de éste. Hacia el tercer trimestre, la placenta debe estar cerca de la parte superior del útero, de manera que el cuello uterino quede despejado para el parto. Y para acabar, se define placenta *accreta* aquella que está adherida en exceso a la pared uterina (Lee & D'Alton, 2008; Marshall, Fu, & Guise, 2011).

Otras complicaciones quirúrgicas son: el desprendimiento de la placenta o ruptura del útero, que conllevan a cesáreas posteriores o histerectomías con o sin pérdida de fertilidad (Simpson & Thorman, 2005). Para finalizar, el *embarazo ectópico* (cuando el óvulo se implanta fuera del útero, especialmente en las trompas de Falopio), y la dehiscencia de la cicatriz uterina son también consecuencias de la cirugía (Lee & D'Alton, 2008). La cicatriz uterina puede provocar: shock, hemorragia intra-abdominal, necesidad de transfusión sanguínea y ruptura uterina con pérdida del feto que conduce a histerectomía y por lo tanto a la pérdida permanente de fertilidad (Timor-Tritsch, Monteagudo, Cali, Vintzileos, Viscarello, Al-Khan, Zamudio, Mayberry, Cordoba, & Dar, 2014). Cada cicatriz uterina se acompaña con un aumento del riesgo de histerectomía independientemente de la presencia de placenta previa (Kaplanoglu, Bulbul, Kaplanoglu, & Bakacak, 2015).

Las cesáreas innecesarias dan lugar a una serie de complicaciones psicológicas que son relevantes y de difícil manejo y que, a su vez, pueden conducir a problemas de salud graves como la depresión postparto. Para explicar dichas complicaciones me he basado sobre todo en el siguiente artículo, escogido por su claridad y por ser de gran interés: (Albokhary & James, 2014).

Por una parte se puede decir que las cesáreas tienen afectación en embarazos posteriores, la mala experiencia en el parto aumenta la ansiedad y el sentimiento de impotencia que provoca cambios en la percepción del nacimiento (Tillett, 2007). Las cesáreas reducen la fertilidad hasta un 10% respecto al parto vaginal, es decir, se asocian con menos embarazos posteriores (Odds Ratio (OR) 0,91; 95% del intervalo de confianza) o con embarazos en intervalos más largos, de 2 a 6 meses más que los intervalos por parto vaginal; por lo que las parejas esperan más tiempo para tener otro bebé (Gurol-Urganci, Bou-Antoun, Lim, Cromwell, Mahmood, Templeton, & Van der Meulen, 2013; Lee & D'Alton, 2008).

Además, el retraso en el contacto temprano con el bebé que se produce en las cesáreas, conduce a una disminución del apego materno-neonatal. La cesárea reduce el contacto temprano piel a piel ya que madre e hijo son separados durante varias horas tras el nacimiento, como consecuencia se retrasa también la iniciación de la lactancia materna y aumenta el riesgo de interrupción más temprana de ésta (Albokhary & James, 2014). Profundizando en este punto, procederé a explicar cuáles son los principales factores que retrasan la lactancia materna o que provocan el rechazo de la madre a la administración de ésta, cada uno de ellos relacionados con la cirugía. Todos los factores se pueden encontrar en el siguiente artículo (Albokhary & James, 2014). Estos factores son: en primer lugar el hecho de que el bebé se encuentra en la sala de recién nacidos durante la estancia postnatal, allí los profesionales inician la alimentación con fórmula en las primeras 24h después del nacimiento como rutina diaria (40% sin permiso de la madre; 31,7% sin que la madre lo supiera; 28,3% con el consentimiento materno). Destaca que muchas madres no eran informadas de cómo la introducción de la fórmula podría influir negativamente en la lactancia materna. En segundo lugar, este rechazo o retraso es debido al estado de salud materno: el 90% de las madres no quieren iniciar lactancia por cansancio o fatiga; el 86,7% por dolor post-intervención, que influye en el amamantamiento y en el cuidado del bebé (Según la evidencia científica se debe iniciar el amamantamiento durante la primera media hora u hora postparto). Y el 70% por: dificultades de fijación/cuestiones de enganche, insuficiencia de leche, succiones pobres, senos dolorosos, porque el bebé no está interesado o bien porque las madres no reciben ayuda y finalmente por problemas de salud de la madre, sobre todo debido a los anestésicos.

Para finalizar este bloque, hablaré un poco de la depresión postnatal definido como un estado de ánimo que desarrollan las madres en este caso, después de un parto por cesárea y que se caracteriza por: la percepción de las madres del nacimiento cómo algo no natural, por lo que suelen sentirse impotentes, frustradas y no merecedoras de ser madres (Thompson, 2012). Los sentimientos de fracaso y angustia psicológica son frecuentes, esto les provoca una gran ansiedad y una reducción de la autoestima que les impide hacerse cargo del recién nacido (Torloni, Campos Mansilla, Merialdi, & Betrán, 2014).

Dentro de las complicaciones neonatales, definidas como aquellas que afectan tan solo al recién nacido, destacan: las altas tasas de mortalidad respecto al parto vaginal (el

parto abdominal tiene una mortalidad neonatal 3 veces superior respecto al parto vaginal) y el aumento en los ingresos en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) relacionado con la dificultad del recién nacido a adaptarse a la vida extrauterina. Los neonatos nacidos por cesárea tienden a desarrollar problemas respiratorios que pueden conducir a asma en la infancia y edad adulta, son debido normalmente a la prematuridad iatrogénica del recién nacido, taquipnea transitoria e hipertensión pulmonar persistente, insuficiencia respiratoria hipóxica o acidosis respiratoria fetal transitoria como resultado de la hipotensión arterial materna debido a la anestesia, por disminución del riego sanguíneo a la placenta; todo ello conduce muchas veces a ventilación mecánica u oxigenoterapia prolongada (Collard, Diallo, Habinsky, Hentschell, & Vezeau, 2008; Lee & D'Alton, 2008; Simpson & Thorman, 2005). El ingreso en UCIN también puede ser debido a incisiones quirúrgicas accidentales y a complicaciones raras pero graves como la hemorragia intracraneal y asfixia (Collard, Diallo, Habinsky, Hentschell, & Vezeau, 2008; Lee & D'Alton, 2008). Además, algunos bebés pueden desarrollar un trauma relacionado con el nacimiento (Kok, Ruiters, Hof, Ravelli, Mol, Pajkrt, & Kazemier 2014).

Por último otra complicación que coincide también con las consecuencias de la cirugía en la madre, y por lo tanto, ya se ha desarrollado anteriormente, es el retraso en el contacto con la madre que conlleva problemas posteriores con la lactancia materna (Spong, Berghella, Wenstrom, Mercer, & Saade, 2012).

Para finalizar este segundo apartado se explican las consecuencias sanitarias, que son principalmente consecuencias económicas: Aumentan los costes financieros del hospital en los partos por cesárea con respecto a los partos vaginales, asociados al coste de la realización de la cirugía y a la estancia más larga en el hospital. Además de aumentar los costes de los embarazos posteriores ya que requieren más atención y recursos (Thompson, 2012). Aumentan también el número de denuncias en aquellas situaciones en las que profesional y paciente no llegan a un acuerdo (Datta, Chatterjee, Butt, & Harpwood, 2014).

Finalmente, en mi último apartado se abordará el tercer objetivo que consiste en identificar las actividades de prevención de las cesáreas innecesarias. Este objetivo es una puesta en común de todos los artículos encontrados, ya que no tengo ningún artículo que me hable de este punto específicamente.

Las actividades de prevención se clasificarán según vayan dirigidas a las madres, a los profesionales de salud o a las instituciones.

Para empezar, hablaré de aquellas actividades dirigidas a la madre, que consisten única y exclusivamente en hacer educación prenatal. Esta educación irá orientada a proporcionarles medidas para reducir las molestias y la ansiedad, aumentando así su bienestar y autoestima. La información se encuentra reunida en el siguiente artículo (Moore & Low, 2012). Las actividades para reducir las molestias son: uso de medidas de confort como los masajes, uso de duchas o baños y la realización de ejercicio; adecuado a su estado de salud.

Las actividades para reducir la preocupación y ansiedad antes del parto e intraparto son: valorar la necesidad de apoyo social (reducción del uso de las tecnologías frente al acompañamiento), realizar clases de preparación para el parto dónde se les dé información sobre la duración normal del embarazo, sobre los beneficios y riesgos de cada tipo de parto, y sobre los distintos métodos de parto vaginal: en bañeras, sentadas, en cuclillas, con música, en su domicilio. Los nacimientos en el domicilio son considerados, según la bibliografía, beneficiosos para la madre ya que ésta tiene la ventaja de disponer de su propia comida, su cama, su baño y su privacidad (Simpson & Thorman, 2005; Slome Cohaine, 2009). Otras actividades para reducir la ansiedad son: fomentar la participación de la madre en la toma de decisiones, ayudarlas a resolver sus dudas y a reducir sus miedos acerca del parto vaginal, controlar de manera efectiva el dolor durante el parto y llevar a cabo programas de asesoramiento para las mujeres en edad fértil que fomenten el parto vaginal (Compte, Magret, Sabench, Sanchez, Redondo, Cano, Prades, Puig, & Suner-Soler, 2015; Pang, Leung, Lau, & Hang Chung, 2008; Simpson & Thorman, 2005).

La prevención de la ansiedad postparto se basa sólo en una actividad, que se caracteriza por ser de vital importancia, primordial y principal: consiste en llevar al recién nacido junto con su madre. El contacto piel con piel o método canguro ayuda al manejo del dolor tanto de la madre como del recién nacido, ayuda a mejorar el estado de salud del bebé y a su adaptación al medio extrauterino, a aumentar la confianza de la madre y al inicio precoz de la lactancia materna (Albokhary & James, 2014). Otro factor que puede afectar positivamente al momento de inicio de la lactancia materna es: una mejor comprensión de las experiencias de lactancia de otras madres (Albokhary & James, 2014).

En segundo lugar, se desarrollan las actividades dirigidas al equipo perinatal, que consisten en: el respeto a las opiniones de las enfermeras, eso implica resolver desacuerdos entre éstas y los médicos (Simpson & Thorman, 2005); en la formación inicial y mantenimiento de las habilidades por parte de los obstetras (dejar las cesáreas como parte de una rutina) (Spong, Berghella, Wenstrom, Mercer, & Saade, 2012); en pedir una segunda opinión profesional antes de la realización de la cesárea; en mejorar la vigilancia postoperatoria (Litorp, Kidanto, Rööst, Abeid, Nyström, & Essén 2014); en proporcionar apoyo a las futuras madres dándoles toda la información y asesoramiento: reforzar la cantidad y calidad de la información e intentar conocer la raíz de la decisión de la mujer en la cesárea para poder abordarla. La educación prenatal es una herramienta útil para proporcionar información sobre el parto y el nacimiento y para mejorar la confianza de las madres en el cuidado y alimentación del recién nacido (Thompson, 2012).

Y para terminar, proporcionar atención continuada: el contacto continuo de las mujeres con sus matronas permite a las mujeres desarrollar una relación con los mismos cuidadores durante el embarazo, parto y período postnatal. Esta relación de confianza tiene como beneficios ayudar a que las futuras madres pregunten sus dudas y hablen de sus temores acerca del parto. Según la evidencia, cuando las futuras madres no conocen a las parteras se desarrolla un ambiente de desconfianza en torno a ellas, aumentando así el temor y la ansiedad por parte de las madres y disminuyendo la atención continuada a éstas por parte de las obstetras. Un segundo beneficio es que aumenta la sensación de control de las mujeres sobre la toma de decisiones y se reduce el número de cesáreas por petición materna, aumentando de este modo los partos vaginales. Consecuentemente, la mayoría de las madres quieren e inician la lactancia materna y finalmente las mujeres suelen tener mayor apoyo durante el parto (Homer, Besley, Bell, Davis, Adams, Porteous, & Foureur, 2013; Thompson, 2012).

Terminando con este apartado y en general con este punto, se hablará de las actividades dirigidas a las instituciones. Estas actividades se estratifican en: la incorporación en la unidad de obstetricia de protocolos y políticas sobre las indicaciones del parto por cesárea que todo el equipo perinatal debe conocer; la formación del personal y la seguridad tanto de las madres como de los profesionales sanitarios (personal sanitario suficiente); la distribución más equitativa de los recursos; concienciar a los médicos y familias sobre los gastos innecesarios de los recursos sanitarios, ya limitados, que

conlleven las cesáreas y proporcionar bases de datos o directrices que contengan información sobre el cuidado prenatal, características del embarazo, gestación de atención clínica: cultura/políticas del hospital, patrones de práctica, gestión y administración (Aminu, Utz, Halim, & van den Broek, 2014; Litorp, Kidanto, Rööst, Abeid, Nyström, & Essén, 2014).

CONCLUSIONES:

Los factores en torno a las cesáreas innecesarias son diversos, pero el que adquiere mayor relevancia según la bibliografía encontrada son los factores maternos. Por ello es necesario abordarlos cuanto antes para reducir las tasas de las cesáreas innecesarias. Aunque en mi opinión es necesario un estudio más a fondo de los factores médicos para conocer realmente hasta qué punto influyen en el aumento de las cesáreas o en la decisión de las madres por la realización de éstas.

De todos modos, es necesario y muy importante que tanto los profesionales como las madres y familias conozcan los riesgos que supone un parto por cesárea a corto y largo plazo, así como en cómo afecta a su posterior fertilidad. Y es necesario también abordar las preocupaciones, el temor y la ansiedad que tienen las madres ante el parto vaginal. Por ello son relevantes las actividades de prevención que deben ir centradas en distintos puntos de vista éticos: no hacer daño a la mujer, la utilización de los recursos sanitarios con prudencia y dar información clara y precisa. Las cesáreas no deben proporcionar falsa seguridad ni deben dar la imagen de un procedimiento menor cuando se trata de una cirugía mayor.

BIBLIOGRAFÍA

- Albokhary, A. A., & James, J. P. (2014). Does cesarean section have an impact on the successful initiation of breastfeeding in Saudi Arabia? *Saudi Medical Journal*, 35(11), 1400–1403.
- Aminu, M., Utz, B., Halim, A., & van den Broek, N. (2014). Reasons for performing a caesarean section in public hospitals in rural Bangladesh. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1), 130. <http://doi.org/10.1186/1471-2393-14-130>
- Blum, J. D., Conway, P. H., & Sharfstein, J. M. (2007). Cesarean delivery and the risk - benefit calculus. *The New England Journal Of Medicine*, 356(9). <http://doi.org/10.1056/NEJMp1002530>
- Collard, T. D., Diallo, H., Habinsky, A., Hentschell, C., & Vezeau, T. M. (2008).

- Elective cesarean section: Why women choose it and what nurses need to know. *Nursing for Women's Health*, 12(6), 480–488. <http://doi.org/10.1111/j.1751-486X.2008.00382.x>
- Compte, C., Magret, A., Sabench, C., Sanchez, J., Redondo, J., Cano, A., ... Suner-Soler, R. (2015). Modelo de atención al parto dirigido por matronas frente al dirigido por matronas y obstetras en el Hospital Dr. Josep Trueta de Girona. *Matronas Profesion*, 16(2), 54–60. Retrieved from http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=emed13&AN=2015240501\http://sfx.ucl.ac.uk/sfx_local?sid=OVID:embase&id=pmid:&id=doi:&issn=1578-0740&isbn=&volume=16&issue=2&spage=54&pages=54-60&date=2015&title=Matronas+Profesion&atitl
- Datta, S., Chatterjee, J., Butt, S., & Harpwood, V. (2014). Long - term complications of caesarean section - an inevitable consequent? *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 121(11), 1444–1445. <http://doi.org/10.1111/1471-0528.12826>
- GuroI-Urganci, I., Bou-Antoun, S., Lim, C. P., Cromwell, D. a, Mahmood, T. a, Templeton, a, & van der Meulen, J. H. (2013). Impact of Caesarean section on subsequent fertility: a systematic review and meta-analysis. *Human Reproduction (Oxford, England)*, 28(7), 1943–52. <http://doi.org/10.1093/humrep/det130>
- Homer, C. S. E., Besley, K., Bell, J., Davis, D., Adams, J., Porteous, A., & Foureur, M. (2013). Does continuity of care impact decision making in the next birth after a caesarean section (VBAC)? a randomised controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13(1), 140. <http://doi.org/10.1186/1471-2393-13-140>
- Kaplanoglu, M., Bulbul, M., Kaplanoglu, D., & Bakacak, S. M. (2015). Effect of multiple repeat cesarean sections on maternal morbidity: Data from Southeast Turkey. *Medical Science Monitor*, 21, 1447–1453. <http://doi.org/10.12659/MSM.893333>
- Kok, N., Ruiters, L., Hof, M., Ravelli, A., Mol, B. W., Pajkrt, E., & Kazemier, B. (2014). Risk of maternal and neonatal complications in subsequent pregnancy after planned caesarean section in a first birth, compared with emergency caesarean section: A nationwide comparative cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 121(2), 216–223. <http://doi.org/10.1111/1471-0528.12483>

- Kozhimannil, K. B., Arcaya, M. C., & Subramanian, S. V. (2014). Maternal Clinical Diagnoses and Hospital Variation in the Risk of Cesarean Delivery: Analyses of a National US Hospital Discharge Database. *PLoS Medicine*, *11*(10). <http://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001745>
- Lee, Y. M., & D'Alton, M. E. (2008). Cesarean delivery on maternal request: maternal and neonatal complications. *Current Opinion in Obstetrics & Gynecology*, *20*(6), 597–601. <http://doi.org/10.1097/GCO.0b013e328317a293>
- Librero, J., Peiró, S., & Belda, A. (2014). Porcentaje de cesáreas en mujeres de bajo riesgo:, 315–326.
- Litorp, H., Kidanto, H. L., Rööst, M., Abeid, M., Nyström, L., & Essén, B. (2014). Maternal near-miss and death and their association with caesarean section complications: a cross-sectional study at a university hospital and a regional hospital in Tanzania. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *14*(1), 244. <http://doi.org/10.1186/1471-2393-14-244>
- Liu, Y., Li, G., Chen, Y., Wang, X., Ruan, Y., Zou, L., & Zhang, W. (2014). A descriptive analysis of the indications for caesarean section in mainland China. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *14*, 410. <http://doi.org/10.1186/s12884-014-0410-2>
- Macfarlane, A. J., Blondel, B., Mohangoo, A. D., Cuttini, M. d., Nijhuis, J., Novak, Z., ... Zeitlin, J. (2015). The ethics behind caesarean section. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *23*(5). <http://doi.org/10.1111/1471-0528.13284>
- Marshall, N. E., Fu, R., & Guise, J. M. (2011). Impact of multiple cesarean deliveries on maternal morbidity: A systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *205*(3). <http://doi.org/10.1016/j.ajog.2011.06.035>
- Moore, J., & Low, L. K. (2012). Factors That Influence the Practice of Elective Induction of Labor. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, *26*(3), 242–250. <http://doi.org/10.1097/JPN.0b013e31826288a9>
- Pang, M. W., Leung, T. N., Lau, T. K., & Hang Chung, T. K. (2008). Impact of first childbirth on changes in women's preference for mode of delivery: Follow-up of a longitudinal observational study. *Birth*, *35*(2), 121–128. <http://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2008.00225.x>
- Puentes-Rosas, E., Gómez-Dantés, O., & Garrido-Latorre, F. (2004). Las cesáreas en México: Tendencias, niveles y factores asociados. *Salud Publica de Mexico*, *46*(1),

- 16–22. <http://doi.org/10.1590/S0036-36342004000100003>
- Sanit, G., Sanit, G., Baleares, T. S. J. I., Ag, V., Report, E., No, T. A., & Committee, G. (2014). El iceberg de las cesáreas sin indicación, 28(2), 178–179.
- Schemann, K., Patterson, J. A., Nippita, T. A., Ford, J. B., & Roberts, C. L. (2015). Variation in hospital caesarean section rates for women with at least one previous caesarean section: a population based cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1), 179. <http://doi.org/10.1186/s12884-015-0609-x>
- Schmidt, S. (2009). Use and abuse of cesarean section - a transatlantic evaluation. *Journal of Perinatal Medicine*. <http://doi.org/10.1515/JPM.2009.113>
- Simpson, K. R., & Thorman, K. E. (2005). Obstetric “conveniences”: Elective induction of labor, cesarean birth on demand, and other potentially unnecessary interventions. *J Perinat Neonatal Nurs*, 19(2), 134–144. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15923963> \n<http://graphics.tx.ovid.com/ovftpdfs/FPDDNCGCPCJME000/fs046/ovft/live/gv023/00005237/00005237-200504000-00010.pdf>
- Slome Cohaine, J. (2009). Documented Causes of UnneCesareans - by Judy Slome Cohain.
- Spong, C. Y., Berghella, V., Wenstrom, K. D., Mercer, B. M., & Saade, G. R. (2012). Preventing the first cesarean delivery: Summary of a joint Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development, Society for Maternal-Fetal Medicine, and American College of Obstetricians and Gynecologists Workshop. *Obstetrics and Gynecology*, 120(5), 1181–93. <http://doi.org/http://10.1097/AOG.0b013e3182704880>
- Thompson, H. (2012). Caesarean section at maternal request: An update. *British Journal of Midwifery*, 20(2). Retrieved from http://www.intermid.co.uk/cgi-bin/go.pl/library/article.cgi?uid=89208;article=BJM_20_2_98_103;format=pdf
- Tillett, J. (2007). Elective Induction of labor: Not without risk for mother and infant, 292(13), 2–3.
- Timor-Tritsch, I. E., Monteagudo, A., Cali, G., Vintzileos, A., Viscarello, R., Al-Khan, A., ... Dar, P. (2014). Cesarean scar pregnancy is a precursor of morbidly adherent placenta. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology: The Official Journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 44(3), 346–353. <http://doi.org/10.1002/uog.13426>
- Torloni, M. R., Campos Mansilla, B., Merialdi, M., & Betrán, A. P. (2014). What do

popular Spanish women's magazines say about caesarean section? A 21-year survey. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 121(5), 548–555. <http://doi.org/10.1111/1471-0528.12513>