



**INDEX**  
DE ENFERMERIA

Información Bibliográfica, Investigación y Humanidades

ISSN: 1132-1296

# Vivencia negativa y falsa sensación de autonomía ante cesárea electiva en segundo embarazo

Esther Prats Hueso<sup>1</sup>

Montserrat Payà Sánchez<sup>2</sup> (<https://orcid.org/0000-0002-7791-6784>)

Josefina Goberna Tricas<sup>3</sup> (<https://orcid.org/0000-0002-3531-9009>)

## Resumen Abstract

**Objetivo:** Visualizar y analizar los factores que han contribuido en la vivencia negativa manifestada por una mujer, tras una cesárea electiva realizada en el segundo embarazo, después de una cesárea anterior. **Metodología:** Se trata de una investigación cualitativa, con perspectiva fenomenológica y análisis temático del contenido. **Resultados principales:** En el análisis del relato se obtuvieron dos temas principales, el primero fue la vivencia negativa de la cesárea electiva, condicionada por un cambio en las expectativas iniciales de la mujer. El segundo tema analizado es el fenómeno de "falsa sensación de autonomía", caracterizado por una ausencia del proceso informativo y deliberativo con el profesional. **Conclusión:** Tanto para tener unas expectativas ajustadas como para ejercer el derecho de autonomía de la mujer, es necesario el proceso informativo y el diálogo con la paciente en el ejercicio profesional, para la toma de decisiones.

**Palabras clave:** Cesárea Repetida. Parto Vaginal Después de Cesárea. Relaciones Médico-Paciente. Ética. Consentimiento informado.

## Negative experience and false sense of autonomy before elective cesarean section in second pregnancy

**Objective:** To visualise and analyse the factors that have contributed to the negative experience expressed by a woman after an elective caesarean section during her second pregnancy, following a previous caesarean section. **Methodology:** This is qualitative research, with a phenomenological perspective and thematic content analysis. **Main results:** Two main themes emerged from the analysis of the story: the first was the negative experience of the elective caesarean section, conditioned by a change in the woman's initial expectations. The second theme analyzed is the phenomenon of "false sense of autonomy", characterized by an absence of the informative and deliberative process with the professional. **Conclusion:** In order both to have adjusted expectations and to exercise the woman's right to autonomy, the informative process and the dialogue with the patient in the professional practice are necessary for decision-making.

**Keywords:** Repeat cesarean section. Vaginal birth after cesarean. Doctor patient relation. Ethics. Informed consent.

<sup>1</sup>Hospital Nostra Senyora de Meritxell. Escaldes-Engordany. Andorra. Programa de doctorado en Enfermería y Salud. Universidad de Barcelona, Barcelona, España. <sup>2</sup>Facultad de Educación de la Universidad de Barcelona, Departamento de Teoría e Historia de la Educación. Grupo de Investigación en Educación Moral. Barcelona, España. <sup>3</sup>Departamento de Enfermería de Salud Pública, Salud Mental y Materno-infantil. ADHUC. Centro de Investigación Teoría, Género, Sexualidad. Universidad de Barcelona. Barcelona, España.

CORRESPONDENCIA:  
estheritaph@gmail.com (Esther Prats Hueso)

Manuscrito recibido el 05.10.2023  
Manuscrito aceptado el 12.03.2024

Index Enferm 2024; 33(1):  
e14681  
<https://doi.org/10.58807/indexenferm16694>

# HISTORIA Y VIDA

## Introducción

La cesárea es una técnica quirúrgica que puede salvar vidas. Sin embargo, es también un procedimiento quirúrgico de riesgo, por lo que se destina a casos clínicos con indicaciones médicas graves en las que no es posible un parto vaginal. La OMS recomienda mantener entre el 10 y 15% la cifra de partos por cesáreas (2015).

En algunos casos la cesárea puede realizarse sin una indicación médica, por petición de la mujer, es lo que se denomina cesárea electiva. Esta decisión puede estar motivada por factores como las representaciones ideológicas del dolor en la gestante, la incertidumbre del riesgo del proceso perinatal y la percepción de la tecnología hospitalaria como medio de seguridad. En la actualidad, a nivel internacional, la cesárea electiva puede generar controversia y diversidad de opiniones. Hay países como EEUU que no la recomiendan si se prevé tener más embarazos; otros, como Canadá, que la limitan a prescripción obstétrica; y otros, como Italia, Nueva Zelanda y Australia, que sí la consideran siempre y cuando la madre reciba información y asesoramiento adecuados.<sup>2</sup> En esta situación, ante una petición de cesárea electiva, el profesional puede entrar en un conflicto ético entre seguir el principio de beneficencia, de acuerdo con la mejor evidencia científica disponible, la cual indica que una cesárea electiva no constituiría una buena praxis, o anteponer el deseo de la mujer, respetando de esta forma su principio de autonomía.

Presentamos este relato con el fin de profundizar en la toma de decisiones sobre el tipo de parto, habiendo antecedentes de cesárea anterior. La revisión Cochrane realizada en 2013 por Dodd JM et al., concluye que, si no están presentes las circunstancias que indicaron la cesárea, puede intentarse un parto vaginal. Sin embargo, en el parto vaginal después de cesárea, existe el riesgo de resultados adversos poco frecuentes, pero graves (aumento de la tasa de muertes perinatales y daño cerebral hipóxico), mientras que, con la cesárea repetida, los riesgos son más frecuentes, pero menos graves (por ejemplo, aumento de la tasa de niños con adaptación respiratoria deficiente).<sup>3</sup> Cuando las indicaciones son relativas o no existe evidencia clara sobre

cuál es la mejor opción, entonces, los profesionales deben hacer participar a la mujer de esta controversia. Chevernak y MacCullough observan que, no informar de la incerteza y no ofrecer la posibilidad de optar, sería caer en un paternalismo médico no justificado. En cambio, cuando hay evidencia clínica que la cesárea ofrece más ventajas que inconvenientes, el profesional debe informar y recomendar la cesárea. Por último, en el caso que la mujer desee una cesárea sin justificación médica, los autores proponen que se debe responder a tales solicitudes recomendando no realizarla y aconsejar el parto vaginal, explicando la base de evidencia para estas recomendaciones. El profesional debe preguntarle a la paciente por sus razones y escuchar sus creencias, aunque sean incompletas o equivocadas, para, después, corregirlas con respeto. Se le debe pedir a la paciente que se lo piense de nuevo. Si después de estos esfuerzos por aportar información a la petición de la mujer, esta presenta una solicitud con conocimiento de causa y voluntaria, es éticamente permisible acceder a tal petición.<sup>4</sup>

Como práctica de calidad profesional, es importante ofrecer a la mujer embarazada toda la información disponible para la toma de decisiones, y así poder ejercer su derecho de autonomía responsable, de acuerdo con la 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.<sup>5</sup>

Para ello, existe el documento de consentimiento informado que los profesionales ofrecen al paciente antes de una intervención quirúrgica, como es el caso de la cesárea, pero su firma no asegura que haya habido un proceso informativo-deliberativo entre profesional y mujer. La firma debe ser el último eslabón del proceso de consentimiento, que consta de diferentes fases: información, comprensión, reflexión y, finalmente, consentimiento.<sup>6</sup>

Cabe tener en cuenta que el respeto al proceso de obtención del consentimiento informado y el respeto a la autonomía del paciente, no aseguran un proceso satisfactorio en el parto o la cesárea. Coates D. et al. afirman que una experiencia negativa o insatisfactoria con el parto por cesárea, parece estar influenciada por: las circunstancias de un proceso de emer-

gencia *versus* planeado, el grado en que la mujer se sintió involucrada en la toma de decisiones, en el control de su experiencia, así como por sus valores y creencias sobre el parto. Por ello, señalan la necesidad de una buena comunicación prenatal, intraparto y posparto, e indican que la toma de decisiones compartida puede ayudar a involucrar a las mujeres como participantes activas en su propio proceso de cesárea, aumentando así las posibilidades de su vivencia positiva.<sup>7,8</sup>

El relato que aquí se presenta se incluye en una investigación más amplia que forma parte de la tesis doctoral de la primera autora, dirigida por la segunda y tercera autora. El objetivo es conocer las percepciones, vivencias, necesidades y carencias detectadas en la atención sanitaria, en casos de parto por cesárea. El proyecto de tesis cuenta con el dictamen favorable de la Comisión de Bioética de la Universidad de Barcelona (Institutional Review Board: IRB00003099). La narración propuesta trata de una cesárea electiva realizada de acuerdo con un proceso de consentimiento informado, dando por tanto la impresión de que se respetó el principio de autonomía materna.

La mujer informante del relato tiene 40 años, es secundípara, y tiene antecedentes de una cesárea previa, realizada hace diez años, por una presentación de nalgas. A pesar de que, en el nuevo embarazo, la presentación fetal es cefálica, toma la decisión de someterse a otra cesárea, con el asentimiento profesional de su ginecóloga. En sus palabras se refleja una vivencia negativa tras esta segunda cesárea.

La informante en cuestión, ha desarrollado una relación de confianza con su ginecóloga que se asemeja a una relación de dependencia, más que a una relación fundamentada en el respeto al principio de autonomía. Aunque fue la mujer quien decidió (de acuerdo con sus palabras) finalizar el embarazo con una cesárea, ante las explicaciones que nos proporciona, podemos entrever que la información no fue completa, hallándonos frente a una "falsa sensación de autonomía". Asimismo, al no informar ni explicar que una intervención quirúrgica como la cesárea, implica un riesgo y un trabajo de equipo, en el que participan diferentes profesionales sanitarios, como el anestesista, pediatra, matrona, enfermera, con

# HISTORIA Y VIDA

funciones específicas y responsabilidades diferentes, la ginecóloga transmitió a la mujer, quizá sin darse cuenta, que todo dependía de su intervención, lo que pudo aumentar el grado de confianza de la mujer en su ginecóloga, con el riesgo de transformarse en una relación de dependencia entre mujer y profesional.

El incumplimiento de las expectativas iniciales de la informante, como la presencia de su pareja en el quirófano o visualizar el momento del nacimiento, pueden haberla afectado a nivel personal y, en consecuencia, haber influido en su percepción negativa de la experiencia del parto. Además, se hace patente la comparación de la vivencia de la primera cesárea con la segunda, lo que también puede repercutir de manera negativa en la vivencia del nuevo parto.

A partir de las palabras de la informante, se observa la ausencia de un proceso adecuado de información y diálogo para la toma de decisiones. Nos encontramos, por consiguiente, ante un consentimiento informado incompleto. Cuando falta información o no se ha deliberado

en profundidad, la autonomía que emerge de la firma del documento de consentimiento informado no es plena. En este sentido, queremos enfatizar la importancia de este proceso para evitar el fenómeno de “falsa sensación de autonomía”.

## Agradecimientos

A la informante, por compartir su experiencia personal y por su amabilidad y disponibilidad. A mis directoras de tesis que alumbran mi camino.

## Bibliografía

1. Arnau Sánchez, José; Martínez Roche, M<sup>a</sup> Emilia; Martínez Ros, M<sup>a</sup> Teresa; Castaño Molina M<sup>a</sup>, Ángeles; Nicolás Viguera M<sup>a</sup>, Dolores; Álvarez Munáriz, Luis. Análisis etnográfico del intervencionismo en la atención perinatal. *Index de Enfermería* 2017; 26(4): 270-274. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962017000300007](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000300007).
2. Sorrentino, Felice; Greco, Francesca; Palieri, Tea; Vasciaveo, Lorenzo, et al. Caesarean Section on Maternal Request-Ethical and Juridic Issues: A Narrative Review. *Medicina (Kaunas)*. 2022; 58(9): 1255. <https://doi.org/10.3390%2Fmedicina58091255>.
3. Dodd, Jodie M; Crowther, Caroline A; Huertas, Erasmo; Guise, Jeanne-Marie; Horey, Dell. Planned

- elective repeat caesarean section versus planned vaginal birth for women with a previous caesarean birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 12. Art. No.: CD004224. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd004224.pub3>.
4. Chervenak, Frank; McCullough, Laurence. Ethics and Professionalism Guidelines for Obstetrics and Gynecology: Decision Making about Vaginal and Caesarean Delivery. FIGO Statement, 2020. <https://www.figo.org/es/decision-making-about-vaginal-and-caesarean-delivery>.
  5. 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-A-2002-22188. <https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41/con>.
  6. Acea, Benigno. El consentimiento informado en el paciente quirúrgico. *Reflexiones sobre la Ley Básica Reguladora de la Autonomía de los Pacientes*. *Cirugía Española* 2005; 77(6): 321-326. [https://doi.org/10.1016/S0009-739X\(05\)70864-2](https://doi.org/10.1016/S0009-739X(05)70864-2).
  7. Coates, Dominiek; Thirukumar, Purshayina; Henry, Amanda. Women's experiences and satisfaction with having a caesarean birth: An integrative review. *Birth*. 2020; 47(2):169-182. <https://doi.org/10.1111/birt.12478>.
  8. Almeida, Adaiana Fátima; Brüggemann, Odalía María; Costa, Roberta; Jungues, Carolina Frescura. Separação da mulher e seu acompanhante no nascimento por cesárea: uma violação de direito. *Cogitare Enfermagem* 2018; 23(1). <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i1.53108>.

## Texto Biográfico

*Una vivencia negativa en un parto por cesárea electiva tras una cesárea previa.* Mi cesárea la decidí yo, porque ya me habían hecho una cesárea anterior con mi primera hija. Entonces, decidí hacer otra cesárea y así aprovechaba para realizarme una ligadura de trompas. No pudo estar mi marido porque no me dormía la epidural. Entonces me tuvieron que dormir entera, pero, bueno, aparte de esto, todo bien. El equipo médico, muy atento y muy amable.

Me acuerdo de todo hasta que me durmieron. Fue todo muy rápido, hay tanta gente allí que unos ponen esto, otros aquello. Quiero decir, que es súper rápido, no te das cuenta de nada, pero bueno. Y, después, no me acuerdo de nada. Sé que, cuando me desperté, seguía llorando, tenía un disgusto *de la leche*, y ya está.

Bueno, yo creo que cuando me pusieron la epidural, que veían que no había reacción, yo creo que podían haber intentado poner un poco más para que funcionara. No sé si es posible o no es posible, tampoco lo pedí. Anestesia general y venga, fuera. Entonces, no sabes, no te

dan información, no sabes nada, no te dicen: Mira, si ponemos un poco más, probamos o no.... Fue anestesia general porque no me dormían la piel, y con la niña [primera cesárea] sí que me funcionó. Quiero decir que no sé si la pusieron bien. No sé, no sabría decirte, pero, claro, ¡intentaron cortarme tres veces!

Lo sentía todo, al final me puse a llorar porque no aguantaba más, que no podía más y dije: ¡No sigáis, que no puedo! Claro y, entonces dijeron: ¡General! Porque no lo aguantaba. Pero, claro, no te dan la opción de ponerte un poco más de anestesia, no sé, no sé cómo funciona.

A mi pareja, en la primera cesárea no lo dejaron entrar, y en esta no pudo tampoco. Estaba preparado para entrar, lo tenían en la puerta para decirle: “colócate aquí”. Pero, al final, no pudo ser.

Mi marido me contó que la matrona le dijo: “Dame el móvil que os saco unas fotos para recuerdo”. Yo creo que la parte humana son las matronas, pero, en medio de aquella situación, parecía que estaba en otro mundo que no es el real, ¿sabes?

En el primer contacto con mi bebé, yo me estaba despertando de la anestesia

general, así que no lo recuerdo demasiado. Recuerdo que me lo pusieron aquí [señala su pecho], pero no recuerdo nada más. Cuando ya estaba menos dormida, me lo dejaron para que se enganchara al pecho. Entonces se enganchaba, pero costó mucho que subiera la leche. Con la niña recuerdo que te daban unos sobres para que te subiera la leche, pero, claro, es que hace diez años, entonces fue automático. En un parto normal, a lo mejor, el proceso es más rápido. Actualmente le doy pecho, no le doy ningún suplemento, de momento, y aparte de los dos primeros días que tuvimos que darle suplemento, el resto todo bien.

A demás, cuando acabé de parir, una de las enfermeras, recuerdo que a los dos días de estar allí, teníamos muy buen rollo, me dijo: “¿Qué te pasa que hoy estás enfadada?”, y le dije: “No, no estoy enfadada, estoy decepcionada”. Y me contestó: “No, ¡tienes depresión postparto!”. Y esto me sobró bastante, porque depresión postparto no tengo, no sé lo que es, y toco madera para que nunca me pase, pero, claro, lo primero que te sueltan por la boca es que tienes depresión postparto. Es un poco desagradable, pero, bueno, al final lo superas, no pasa nada.

*Motivación prioritaria para decidir una cesárea de repetición versus intentar parto vaginal después de una cesárea previa.* De hecho, creo que me decidí a realizar otra cesárea por el miedo a otro ginecólogo. Al final, tú estás nueve meses viendo al mismo ginecólogo, claro, y luego te encuentras allí, que el ginecólogo que te atiende [el de guardia] no tiene ni p... idea de nada de lo que te pasa a ti. Claro, para él eres una paciente más que está en urgencias. Y yo dije: “No, no, yo directamente cesárea”. Porque sabía que me la haría mi doctora. De hecho, él nació muy justo, casi a la semana 38, porque ella tenía que irse de vacaciones, y le dije: “Es que quiero que me lo saques tú, no quiero que me lo saque nadie más”. ¡Ostras!, es muy triste, porque justamente tengo una amiga que se lleva nueve meses con el mío, y no fue su ginecólogo y fue un desastre.

*Proceso informativo incompleto para la toma de decisiones.* No me informaron de nada. Que si no eres del ramo [refiriéndose a los sanitarios], pues no sabes nada. Con la primera cesárea tampoco lo recuerdo. No recuerdo que te explicaran que podías tener hemorragias ni nada de nada. El consentimiento informado lo firmé antes, en la consulta médica. Mi ginecóloga me dio un consentimiento conforme yo decidía tener una cesárea. No te informan, simplemente te dan aquello para que leas lo que te puede pasar, pero que te informen ellos y que te echen una mano, nadie te informa de nada.

En el plan de parto que te dan para rellenar, no hay ningún aspecto referente a la cesárea, solo es para el parto vaginal. Se trata de unas preguntas que te hacen, que si quieres música el día del parto... Lo que pasa que, como yo era cesárea, dije: “Esto fuera”. Tampoco hice las clases de preparación al parto porque era el segundo y quería cesárea.

#### Vocabulario

*De la leche:* grande.

## Yo, ¡me paso a la ciencia! ¿Y tú?



AT7 es un innovador programa de educación a distancia dirigido a enfermeras clínicas que desean adquirir competencias para la implementación de los últimos avances en cuidados ante problemas de salud considerados prioritarios por su impacto social.

**7 artículos, de los últimos siete años ¡Y estoy al día!**

**¿Te gustaría ser una enfermera AT7?**

**Actualizada - Activa - Acreditada - Avanzada - Accesible - Acogedora - Agente de cuidados**

Aprenderás a seleccionar los mejores artículos con los últimos avances científicos aplicables a tu actividad asistencial. Adquirirás competencias para implementar en tu práctica clínica intervenciones sustentadas en la evidencia científica más sólida. Te entrenarás en la utilización de la inteligencia artificial para leer críticamente artículos que te resulten innovadores.



<https://www.fundacionindex.com/catedra/at7quees/>