

Cesárea por requerimiento materno y sus posibles determinantes: estudio de casos y controles en Centro Hospitalario Pereira Rossell

Stephanie Viroga¹ , Leonel Briozzo¹ , Valerie Cayssials² , Florencia Rodríguez¹ , Alexis Pérez¹ 

¹Clínica Ginecotocológica A, Facultad de Medicina Udelar, Montevideo, Uruguay

²Departamento de Métodos Cuantitativos, Facultad de Medicina Udelar, Montevideo, Uruguay

Fecha de recepción: 12-1-2024

Fecha de aceptación: 22-7-2024

*Correspondencia: Stephanie Viroga. stephyviroga@gmail.com

Resumen

Introducción: La cesárea por solicitud materna, aquella sin indicación médica materna ni fetal, ha aumentado en los últimos años. Se han descrito motivos para que la paciente solicite la misma, como experiencias emocionales, normas sociales, y la interrelación con el equipo de salud.

Metodología: El objetivo fue determinar posibles determinantes para la solicitud de cesárea. Se realizó un estudio observacional de casos (pacientes que solicitaron cesárea sin indicación médica) y controles (parto vaginal espontáneo), no pareados, en una relación 2:1. Se utilizó una encuesta prediseñada para determinar los posibles determinantes, incluyendo el miedo al parto mediante cuestionario adaptado de W-DEQ, soporte social, preocupación por la seguridad fetoneonatal y la influencia del médico tratante.

Resultados: Se incluyeron 171 pacientes. Dentro de las pacientes con cesárea por requerimiento materno, el 52,5% manifestó la elección de cesárea por preocupación por la alta seguridad fetoneonatal, el 32,8% por alguna influencia del médico tratante, el 31,7 % por su predictibilidad (mejor organización del hogar o por la angustia de la falta de certeza del momento del parto) y el 42,6% por preocupación personal por las consecuencias debidas al parto vaginal. La variable WDEQ, categorizada en terciles, mostró una asociación para solicitar cesárea con significancia estadística. La historia traumática previa mostró una asociación de 4,17.

Conclusiones: Los factores que influyeron en la decisión de solicitar una cesárea fueron la historia traumática previa, la influencia del médico tratante y la existencia de tocofobia. Lo que une a todos estos factores es que son todos modificables.

Palabras clave: Cesárea. Determinantes. Seguridad fetoneonatal. Tocofofia.

Introducción

La tasa de cesárea ha aumentado en los últimos años. Las razones son múltiples y complejas, con consecuencias notorias en el sistema de salud, así como el aumento de los riesgos materno, fetales y neonatales, y también el aumento de riesgo en futuras gestas. Dentro de las causas se describen los avances científicos, cambios sociales y culturales, consideraciones

médico legales, así como la creciente aceptación de la cesárea¹.

Existen múltiples indicaciones de cesárea, una de ellas es la cesárea por solicitud materna, esta se define como aquella sin indicación médica materna ni fetal. Se han descrito motivos para que la paciente solicite la misma, como experiencias emocionales y normas sociales, así como la interrelación con el equipo de

salud. Las razones son complejas y dependen de factores culturales, miedo al dolor en el parto, experiencias previas, etc. Las causas se han clasificado en: normas sociales (influencia social, cultura, elección), experiencias emocionales (miedo al parto vaginal, seguridad y percepción de riesgo, control evitación de la memoria) y experiencias personales (partos previos, encuentros de salud)^{2,3}.

Ha surgido así el término tocofobia, para describir el fuerte miedo al parto, con una incidencia no muy bien establecida; una encuesta escandinava habla de entre un 5 y 15%,⁴. Incluso la definición se ha incluido en el DSM -5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*)⁵. Se han desarrollado escalas y cuestionarios para evaluar las preocupaciones de las mujeres ante el parto desde una perspectiva global, indagando en los aspectos que preocupan a las gestantes durante su embarazo y que pueden afectar a su bienestar psicológico, como la escala *Cambridge Worry Scale*⁶, la escala *Oxford Worries About Labour Scale*⁷, la *Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire* (W-DEQ) que mide el miedo pre y post parto⁸ y la *Delivery Fear Scale* que mide el miedo durante el parto, entre otras^{9,10,11}.

En esta elección materna hay una encrucijada entre los principios bioéticos de beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía. Este último principio es de suma relevancia en este tema; el mismo debería ser recíproco entre el paciente y el médico. Si la paciente toma una decisión libre, no coercitiva y con una información completa de las situaciones y riesgos que conlleva cada opción, debe ser respetada. La información necesaria de cada situación pone en manifiesto los principios de beneficencia y no maleficencia. La total autonomía debe ser ejercida en situaciones libres de factores externos. No debemos olvidarnos del principio de justicia, promoviendo una correcta distribución de los recursos y no favorecer las nuevas tecnologías sin criterio^{12,13}.

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) ha elaborado recomendaciones desde el punto de vista ético frente a la solicitud de cesárea. En estas pautas, el médico está obligado a presentar alternativas médicamente razonables a la paciente, ponderando el principio de beneficencia. Además, se debe respetar la autonomía de la paciente, brindando la información clínica necesaria para tomar decisiones fundadas. Así, recomienda que el profesional debe preguntar a la paciente sus razones, así como escuchar sus creencias, para luego intentar corregirlas. Deberá además explicar la base probatoria de la recomendación, para pedirle a la paciente que lo piense de nuevo. Si luego de estas etapas la paciente presenta una petición con conocimiento y voluntaria, es éticamente permisible aceptar el pedido. Desarrolla además el concepto de ética preventiva, donde el gine-

cólogo debe aprovechar los controles durante el embarazo para colaborar con la mujer en la toma de las decisiones, explicar que un embarazo de bajo riesgo puede convertirse en uno de riesgo, y que la cesárea a veces puede surgir como una opción médica¹⁴.

La incidencia de la cesárea a solicitud materna no es bien conocida en Estados Unidos¹⁰, se estima que corresponda a menos del 3% de los nacimientos, pero en China se habla de hasta un 28% en 2011¹⁵. En nuestro país no se conoce la incidencia de cesárea por este motivo, pero es claro el aumento sostenido de la tasa de cesárea en los últimos 20 años (20% en 1995; 31% en 2005; 44% en 2014 y 2017; 48% en el año 2021; 52% en 2022) con causas muy heterogéneas según las diferentes instituciones¹⁶. En nuestra maternidad no se conoce la prevalencia de esta indicación, aunque es claro un aumento de la tasa de cesárea, y cuando se han analizado sus causas por categoría de Robson se encuentran las cesáreas anteriores y la interrupción electiva¹⁷. Debe tenerse precaución con la indicación por interrupción electiva, porque esta incluye en las bases de datos habitualmente analizadas en nuestro país tanto las indicaciones médicas de cesárea como las por requerimiento materno.

Si bien no se conoce el peso actual de esta indicación en la tasa anual de cesáreas nacionales, parece ser una indicación en aumento. Por lo tanto, conocer las posibles causas de esta situación permitirá trabajar en ellas para evitar cesáreas innecesarias. Así, el objetivo del siguiente trabajo es valorar posibles factores que influyen para la solicitud de cesárea sin indicación en nuestra maternidad.

Metodología

Se realizó un estudio observacional de tipo casos y controles, no pareados durante el año 2020.

El objetivo principal del estudio fue valorar los posibles factores que podrían influir en la solicitud de cesárea sin indicación médica en las usuarias del CHPR durante el año 2020.

Los objetivos específicos fueron determinar la posible asociación de la cesárea por requerimiento materno con tocofobia, influencia del médico tratante, soporte social, preocupación fetoneonatal o personal, y predictibilidad posible de una cesárea.

Los casos fueron aquellas pacientes cursando puerperio inmediato (primeras 24 horas) con recién nacido vivo que hayan solicitado cesárea sin indicación materna ni fetal. Las mismas se reclutaron en el pase de guardia correspondiente diariamente. Una vez identificadas, se realizó una encuesta prediseñada a la madre previo consentimiento informado. Se seleccionaron como controles (2:1) pacientes que hayan tenido un parto vaginal normal espontáneo el mismo día. Se

excluyeron aquellas pacientes con contraindicación para el parto.

Se caracterizó a las pacientes según edad y se clasificó en adolescentes y no adolescentes. La paridad se analizó según primigesta, partos vaginales previos, o cesárea previa. Se analizó escolaridad como primaria completa, incompleta y secundaria completa o incompleta. El estado civil se consideró como sola o en pareja (casada o unión estable). Se consideraron resultados perinatales previos según antecedente de óbitos, antecedente de asfixia perinatal. Se usaron dos variables de la caracterización para comparar entre los grupos como posibles factores de determinación de la solicitud: antecedentes familiares o personales de historia obstétrica traumática, y la participación o no en clases de preparación para el nacimiento.

Dentro de los posibles determinantes para el requerimiento de una cesárea se analizó el miedo al parto (tofofobia) mediante cuestionario adaptado de W-DEQ. Este cuestionario, validado mediante 33 preguntas, estima el miedo al parto, analiza los sentimientos y aspectos cognitivos, categorizando por escala de likert en 6 puntos. El puntaje total va de 0 a 165, donde a mayor puntaje mayor miedo al parto.

Otros posibles determinantes fueron el soporte social, que se analizó mediante una escala validada¹⁸, formada por 12 ítems que recogen información sobre la frecuencia con que la persona considera que dispone de personas que pueden prestar apoyo y/o ayuda en las áreas económica, laboral, afectiva, información, diversión. Evalúa dos factores que no son independientes: apoyo social emocional, formado por siete ítems, y apoyo social instrumental formado por cinco ítems. Ambos factores se agrupan en un factor de segundo orden formado por todos los ítems. La puntuación para los 12 ítems va de 0 (nunca) a 3 (siempre).

Se valoró también la preocupación por la seguridad fetoneonatal y la influencia del médico tratante mediante escala de likert en pregunta abierta (0 para nada a 6 extremadamente). Para su análisis se consideró en ambas variables 0 como respuesta negativa y entre 1-6 como positiva.

Se analizó la preocupación por las consecuencias personales del parto con pregunta abierta y respuesta dicotómica en sí o no, y la consideración de mayor predictibilidad de la cesárea con dos preguntas (mejor organización del hogar, y la no certeza del momento del nacimiento) con respuesta de si o no en cada una.

Con estas variables se calculó el OR entre los casos y controles. Se calculó el ODDS ratio para las diferentes características demográficas y posibles factores de riesgo con un índice de confianza de 95%. Se utilizó análisis de regresión logística univariantes y multivariantes (ajustados por covariables). Las variables con-

sideradas para su inclusión en el modelo multivariante fueron edad, educación, estado civil, gestas previas e historia traumática previa. Tras un ajuste por pasos, se retuvieron en el modelo de regresión logística multivariante aquellas covariables consideradas significativas (valor $p < 0,05$).

Se obtuvo el consentimiento informado de los pacientes para su publicación y el trabajo fue aprobado por el Comité de Ética del CHPR.

Resultados

Se incluyeron 171 pacientes. En la tabla 1 se describen las principales características de los grupos. La mediana de edad fue de 27 años (22,8 – 31,0) en el grupo de los casos y 24,5 años (21,0 – 29,0) en los partos. En el grupo de cesáreas, el porcentaje de madres solteras fue de 35% comparado con 32,7% en el de partos. El 90,2% de las pacientes que solicitaron cesárea tenían gestaciones previas versus el 87% de las que tuvieron parto vaginal (**Tabla 1**). El 29,5% de las pacientes en el grupo de los casos tenía una historia traumática perinatal previa en comparación con el 9,1% del grupo de partos. En ambos grupos, la preparación para el parto tuvo una baja participación (3,3 % versus 6,4 %) (**Tabla 2**).

Dentro de las pacientes con cesárea por requerimiento materno 52,5% [IC95%: 39,9 – 65,0] manifestó elección de cesárea por preocupación en la seguridad fetoneonatal alta (de 5 a 6 puntos), 32,8% [IC95%: 21,0 – 44,6] por alguna influencia del médico tratante, 31,7 % [IC95%: 19,9 – 43,4] por su predictibilidad (mejor organización del hogar o por la angustia de la falta de certeza del momento del parto), y el 42,6 % [IC95%: 30,2 – 55,0] por preocupación personal en las consecuencias debidas al parto vaginal (**Tabla 3**).

La variable WDEQ categorizada en terciles, mostró una asociación para solicitar cesárea (2,64 en el segundo tercil y 4,84 en el tercer tercil) con significancia estadística. La historia traumática previa mostró una asociación de 4,17 (**Tabla 4**).

El soporte social no mostró diferencias estadísticas entres los grupos, en su análisis por terciles ajustado por educación, estado civil y gestas previas, y en un análisis multivariado ajustado a la edad e historia traumática previa, OR 1,45 (IC 95% 0,64 – 3,28, p 0,368) como en el incremento por puntos. *El conjunto de datos que apoya los resultados de este estudio no se encuentran disponibles.*

Discusión

El aumento de la tasa de cesárea a nivel mundial es una preocupación¹⁹. Dentro de los diferentes motivos se encuentra la cesárea a solicitud materna, en una encrucijada entre los derechos bioéticos.

Tabla 1. Características de las participantes del estudio para los casos (cesáreas por requerimiento materno) y los controles (parto vaginal).

Variable	Casos (cesárea requerida) n=61	Controles (cesárea no requerida, parto vaginal) n=110	valor p
Edad (años), n (%)			
Mediana (RIC)	27 (22,8-31,0)	24,5 (21,0-29,0)	0,039*
Adolescente (menor a 19)	1 (1,7)	8 (7,3)	0,157^
Reproductiva óptima [19-25]	23 (38,3)	52 (47,3)	
Reproductiva óptima [26-30]	19 (31,7)	29 (26,4)	
Reproductiva óptima [31-35]	7 (11,7)	13 (11,8)	
Madre añosa (36 o más)	10 (16,7)	8 (7,3)	
Sin dato	1	0	
Estado civil, n (%)			
Soltera	21 (35,0)	36 (32,7)	0,897'
Unión estable	39 (65,0)	74 (67,3)	
Sin dato	1	0	
Escolaridad, n (%)			
Primaria	16 (26,7)	24 (22,0)	0,251^
Sec. incompleta	33 (55,0)	73 (67,0)	
Sec. completa o superior	11 (18,3)	12 (11,0)	
Sin dato	1	1	
Gestas, n (%)			
Mediana (RIC)	2 (1-3)	2 (1-3)	0,412*
Primigestas	6 (9,8)	12 (10,9)	1,000'
Con gestas previas	55 (90,2)	98 (89,1)	

'Prueba para proporciones; ^Prueba de chi cuadrado; *Suma de rangos de Wilcoxon.

Tabla 2. Influencia de historia traumática y preparación para el parto.

	Casos (cesárea requerida) n=61	Controles (cesárea no requerida, parto vaginal) n=110	valor p
Historia traumática, n (%)			
No	43 (70,5)	100 (90,9)	0,001'
Sí	18 (29,5)	10 (9,1)	0,067'
Familiar	4 (22,2)	6 (66,7)	
Personal	14 (77,8)	3 (33,3)	
Clases preparto, n (%)			
No	59 (96,7)	102 (93,6)	0,603'
Sí	2 (3,3)	7 (6,4)	

'Prueba para proporciones.

Tabla 3. Posibles determinantes en el grupo de cesáreas.

Variable	n (%)
Preocupación seguridad fetoneonatal (escala 0 a 6)	
Mediana (RIC)	5 (1-6)
Baja - media (<5)	29 (47,5)
Alta (5-6)	32 (52,5)
Sin dato	0
Influencia médica (escala de 0 a 6)	
Mediana (RIC)	0 (0-4)
Ninguna (0)	41 (67,2)
Alguna (1-6)	20 (32,8)
Sin dato	0
Predictibilidad de la cesárea, mejor organización y/o certeza del momento	
No	41 (68,3)
Sí	19 (31,7)
Sin dato	1
Preocupación por consecuencias en la mujer por parto vaginal	
No	35 (57,4)
Sí	26 (42,6)
Sin dato	0

Este estudio es el primer estudio en nuestro medio que intenta analizar las posibles causas por el cual las pacientes solicitan cesáreas, creando así un marco para poder trabajar sobre esta indicación. Algunos estudios han evidenciado que la preferencia por la cesárea es mayor en multiparas que en primíparas, diferencia que se atribuye a factores como cesáreas

Tabla 4. Análisis de regresión logística para la variable WDEQ categorizada en terciles crudo (*) y multivariante ajustado por edad en mujeres adultas (de 19 años o más edad). Nota: se ajustó por educación, estado civil y gestas previas y no mostraron significación.

Variable	OR [IC95%]*	OR [IC95%]	Valor p
WDEQ: Tr1 [6, 26]	referencia	referencia	
Tr2 (26, 39]	2,64 [1,13 – 6,19]	3,05 [1,26 – 7,37]	0,013
Tr3 (39, 63]	4,84 [2,05 – 11,54]	5,31 [2,15 – 13,08]	<0,001
Edad (años): [19, 25]		referencia	
[26, 30]		1,48 [0,66 – 3,30]	0,339
[31, 35]		1,44 [0,48 – 4,33]	0,518
[36, 42]		3,63 [1,17 – 11,29]	0,026

previas o miedo al parto por experiencias anteriores²⁰. Dentro de los resultados de nuestro estudio, se destaca que un alto porcentaje de las pacientes en ambos grupos tenían gestaciones previas, por lo que no fue posible determinar si la paridad en nuestro estudio es un posible factor determinante.

Otros trabajos similares han establecido como factores para el requerimiento de una cesárea la experiencia perinatal traumática previa, como en nuestro caso, donde una diferencia notable entre las pacientes que solicitaron una cesárea fue el antecedente de casi el 30% de una historia traumática perinatal previa, familiar o personal²¹.

En ambos grupos, la preparación para el parto tuvo una baja participación. En nuestro país, existen normas nacionales que recomiendan a las instituciones de salud el generar ámbitos para la preparación para el nacimiento; sería importante lograr la universalización de dichas instancias²⁰. Como otros posibles factores determinantes en este estudio se evidenciaron la preocupación por la seguridad fetoneonatal alta y la preocupación personal por las consecuencias de un parto vaginal. Estas situaciones también podrían abordarse con la estrategia de una correcta preparación para el nacimiento, accesible a la mayoría de las pacientes.

La influencia del médico tratante es una variable difícil de cuantificar, por lo que en el análisis basado en la escala de Likert, se analizó como 0 ninguna y cualquier otro número alguna. Mediante este análisis se mostró una asociación con la posibilidad de solicitar una cesárea. Este es un dato que preocupa a la comunidad científica; así, dentro de las estrategias para disminuir las cesáreas innecesarias, se ha demostrado que la formación médica en este punto es importante tanto para pautar guías de práctica clínica como para desarrollar estrategias de comunicación que eviten esta influencia²³. Será necesario, en un futuro estudio, aumentar el número de pacientes que permita cuantificar este posible impacto.

El soporte social en nuestro estudio no mostró diferencias entre ambos grupos; esto puede deberse a que el mismo se realizó en un único centro asistencial, con

una población bastante homogénea en cuanto a esta característica. Sería importante valorar este como un posible factor comparando con centros asistenciales con otras características socioeconómicas. Es bien conocido como la tasa de cesárea difiere entre los países con diferentes realidades socioeconómicas y culturales²⁴.

Más de la mitad de las pacientes que solicitaron cesárea manifestaron una preocupación fetoneonatal alta. Si bien este estudio no tuvo la capacidad de discriminar por qué existía esa preocupación o si dicha preocupación se asociaba al antecedente traumático previo, la preocupación personal por las consecuencias del parto se expresó hasta en un 40% del grupo de los casos. Ambas situaciones marcan la necesidad de trabajar estas preocupaciones a lo largo del embarazo para poder disminuirlas, en un asesoramiento que muestre la baja incidencia de esto comparado con los riesgos de una acto anestésico-quirúrgico.

En cuanto a la posible influencia de una mayor predictibilidad de una cesárea, en el grupo de los casos, solo se vio en un 30%, por lo que en este grupo de mujeres no parecería ser un factor determinante, factor que sí se ha asociado en otros estudios²⁵.

En cuanto a la tocofobia, se demostró su asociación con la posibilidad de solicitar una cesárea. Esto válido, por primera vez en nuestro medio, la existencia de esta fobia y hace necesario pensar estrategias para su abordaje. Como todas las fobias, el manejo debe ser integral, pero sin duda será costo-efectivo si logramos disminuir, a través de su valoración, la tasa de cesáreas innecesarias.

Conclusión

Este trabajo ha logrado determinar algunos factores que influyen en la decisión de nuestras pacientes para solicitar una cesárea sin indicación médica, como la historia traumática previa, la baja tasa de preparación para el nacimiento, la influencia del médico tratante y la existencia de tocofobia. Lo que une a todos estos factores es que son todos modificables, por lo cuál es imperiosa la necesidad de trabajar sobre ellos.

Financiamiento

Esta investigación no recibió ninguna subvención específica de agencias de financiamiento de los sectores público, comercial o sin fines de lucro.

Conflicto de Interés

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Responsabilidades éticas

Se obtuvo el consentimiento informado de los pacientes para su publicación y el trabajo fue aprobado por el Comité de Ética del CHPR.

Contribución de los autores

Stephanie Viroga: diseño, análisis de datos, interpretación y redacción del primer borrador y posteriores del artículo.

Leonel Briozzo: diseño y revisión.

Cayssials Valerie: análisis de datos, interpretación.

Rodriguez Florencia: recopilación de datos y redacción del primer borrador.

Peréz Alexis: recopilación de datos y redacción del primer borrador.

Referencias

1. American College of Obstetricians and gynecology. Committee Opinion Cesarean Delivery on Maternal Request. ACOG. 2013;121(4).
2. O'Donovan C, O'Donovan J. Why do women request an elective cesarean delivery for non medical reasons? A systematic review of the qualitative literature. *Birth*. 2017;1–11.
3. Colomar M, Opiyo N, Kingdon C, Long Q, Nion S, Bohren MA, et al. Do women prefer caesarean sections? A qualitative evidence synthesis of their views and experiences. *PLoS ONE*. 2021;16(5):e0251072. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251072>
4. Mylonas I, Friese K. Indications for and Risks of Elective Cesarean Section *Dtsch Arztebl Int*. 2015;112:489–95.
5. Calderania E, Giardinella L, Scannerinia S, Arcabasso S, Compagnoa E, Petragliab F, et al. Tocophobia in the DSM-5 era: Outcomes of a new cut-off analysis of the Wijma delivery expectancy/experience questionnaire based on clinical presentation. *Journal of Psychosomatic Research*. 2019;(116): 37-43.
6. Green JM, Kafetsios K, Statham HE, Snowdon CM. Factor structure, validity and reliability of the Cambridge Worry Scale in a pregnant population. *J Health Psychol*. 2003 Nov;8(6): 753-64.
7. Redshaw M1, Martin C, Rowe R, Hockley C The Oxford Worries about Labour Scale: women's experience and measurement characteristics of a measure of maternal concern about labour and birth. *Psychol Health Med*. 2009;14(3):354-66.
8. Wijma K, Wijma B, Za M. Psychometric aspects of the W-DEQ; a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 1998;19:84-97.
9. Richens Y, Smith D, Tina D. Fear of birth in clinical practice: A structured review of current measurement tools. *Sexual and Reproductive Healthcare*. 2018;(16):98-112.
10. Gossman G, Joesch J, Tanfer K. Trends in maternal request cesarean delivery from 1991 to 2004. *Obstet Gynecol*. 2006;108:1506-16.
11. González-de la Torre H, Domínguez-Gil A, Padrón-Brito C, Rosillo-Otero C, Berenguer-Pérez M, Verdú-Soriano J. Validation and Psychometric Properties of the Spanish Version of the Fear of Childbirth Questionnaire (CFQ-e). *J. Clin. Med*. 2022;11:1843. <https://doi.org/10.3390/jcm11071843>
12. Fairbrother N., Albert A., Collardeau F., Keeney C. The Childbirth Fear Questionnaire and the Wijma Delivery Expectancy Questionnaire as Screening Tools for Specific Phobia, Fear of Childbirth. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2022;19:4647. <https://doi.org/10.3390/ijerph19084647>
13. Yu Y, Zhang X, Sun C, Zhou H, Zhang Q, Chen C. Reducing the rate of cesarean delivery on maternal request through institutional and policy interventions in Wenzhou, China. *PLoS ONE*. 2017;12(11):e0186304.
14. Ramasauskaite D, Nassar A, Ubom AE, Nicholson W; FIGO Childbirth and Postpartum Hemorrhage Committee. FIGO good practice recommendations for cesarean delivery on maternal request: Challenges for medical staff and families. *Int J Gynaecol Obstet*. 2023 Oct;163 Suppl 2:10-20. doi: 10.1002/ijgo.15118. PMID: 37807587
15. Sorrentino F, Greco F, Palieri T, Vasciaveo L, Stabile G, Carlucci S, Laganà AS, Nappi L. Cesarean section on maternal request-ethical and juridic issues: A narrative review. *Medicina*. 2022;58.
16. MSP. Estadísticas vitales. Disponible en <https://uins.msp.gub.uy/nacimientos.html>
17. Sosa C, Rodriguez F, Sotero G. Tasa de cesárea en la maternidad del Centro Hospitalario Pereira Rossell Características poblaciones en un período de 20 años. *Archivos de Ginecología y Obstetricia*. 2016;54(4):4–6.
18. Matud, M. P. (1998). Social Support Scale [Database record]. Retrieved from PsycTESTS. doi: 10.1037/t12441-000
19. WHO, Human Reproduction Programme. WHO statement on caesarean section rates. Geneva: World Health Organization, April, 2015. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/en/
20. Fuglenes D, Aas E, Botten G, Øian P, Kristiansen IS. Why do some pregnant women prefer cesarean? The influence of parity, delivery experiences, and fear. *Am J Obstet Gynecol*. 2011 Jul;205(1):45.e1-9. doi: 10.1016/j.ajog.2011.03.043. Epub 2011 Mar 26. PMID: 21620366.
21. Kringeland T, Daltveit AK, Møller A. What characterizes women in Norway who wish to have a caesarean section? *Scand J Public Health*. 2009 Jun;37(4):364-71. doi: 10.1177/1403494809105027. Epub 2009 Apr 16. PMID: 19372232.
22. Guías en salud sexual y reproductiva. Manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio. <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/publicaciones/guias-salud-sexual-reproductiva-manual-para-atencion-mujer-proceso>
23. Chen I, Opiyo N, Tavender E, et al. Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;9:CD005528.
24. Boerma T, Ronsmans C, Barros AJ, et al. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *Lancet* 2018; published online Oct 11. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31928-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31928-7)
25. O'Donovan C, O'Donovan J. Why do women request an elective cesarean delivery for non-medical reasons? A systematic review of the qualitative literature. *Birth*. 2018 Jun;45(2):109-119. doi: 10.1111/birt.12319. Epub 2017 Nov 6. PMID: 29105822.

Cesarean delivery on maternal request and its possible determinants: A case-control study at Centro Hospitalario Pereira Rossell

Abstract

Introduction: Cesarean delivery on maternal request, which occurs without maternal or fetal medical indication, has increased in recent years. Reasons for patients to request it have been described, such as emotional experiences, social norms, and the interrelationship with the healthcare team.

Methodology: The objective was to determine possible determinants for cesarean request. An observational study was conducted with cases (patients who requested cesarean delivery without medical indication) and controls (spontaneous vaginal delivery), non-matched, in a 2:1 ratio. A pre-designed survey was used to determine possible determinants, including fear of childbirth through a W-DEQ adapted questionnaire, social support, concern for fetal-neonatal safety, and the influence of the treating physician.

Results: A total of 171 patients were included. Among patients with cesarean delivery on maternal request, 52.5% reported choosing cesarean due to high concern for fetal-neonatal safety, 32.8% due to some influence from the treating physician, 31.7% due to its predictability (better home organization or the anxiety of uncertainty about the timing of delivery), and 42.6% due to personal concern about the consequences of vaginal delivery. The W-DEQ variable, categorized into tertiles, showed a statistically significant association for requesting cesarean delivery. Previous traumatic history showed an association of 4.17.

Conclusions: The factors that influenced the decision to request a cesarean delivery were previous traumatic history, the influence of the treating physician, and the existence of tocophobia. What connects all these factors is that they are all modifiable.

Keywords: Cesarean. Determinants. Fetal-neonatal safety. Tocophobia.

Cesárea por solicitação materna e seus possíveis determinantes: estudo de casos e controles no Centro Hospitalar Pereira Rossell

Resumo

Introdução: A cesárea por solicitação materna, aquela realizada sem indicação médica materna ou fetal, aumentou nos últimos anos. Motivos para que a paciente solicite a mesma foram descritos, como experiências emocionais, normas sociais e a inter-relação com a equipe de saúde.

Metodologia: O objetivo foi determinar possíveis determinantes para a solicitação de cesárea. Foi realizado um estudo observacional de casos (pacientes que solicitaram cesárea sem indicação médica) e controles (parto vaginal espontâneo), não pareados, em uma relação 2:1. Utilizou-se uma pesquisa pré-desenhada para determinar os possíveis determinantes, incluindo o medo do parto por meio de um questionário adaptado do W-DEQ, suporte social, preocupação com a segurança fetoneonatal e a influência do médico responsável.

Resultados: Foram incluídas 171 pacientes. Entre as pacientes com cesárea por requerimento materno, 52,5% manifestaram escolher a cesárea por preocupação com a alta segurança fetoneonatal, 32,8% por alguma influência do médico responsável, 31,7% por sua previsibilidade (melhor organização do lar ou pela angústia da falta de certeza sobre o momento do parto) e 42,6% por preocupação pessoal com as consequências do parto vaginal. A variável W-DEQ, categorizada em tercís, mostrou uma associação para solicitar cesárea com significância estatística. A história traumática anterior mostrou uma associação de 4,17.

Conclusões: Os fatores que influenciaram a decisão de solicitar uma cesárea foram a história traumática anterior, a influência do médico responsável e a existência de tocofobia. O que une todos esses fatores é que todos são modificáveis.

Palavras-chave: Cesárea. Determinantes. Segurança fetoneonatal. Tocofobia.