

MEDICINA Y SOCIEDAD: ARTÍCULO CON REVISIÓN INTER PARES

Por qué el acceso equitativo al parto vaginal requiere la eliminación de la medicina racial

Nicholas Rubashkin, MD, PhD

Resumen

En 2010, la Red de Unidades de Medicina Maternofetal (MFMU, por sus siglas en inglés) del Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano desarrolló una ayuda para tomar decisiones, la calculadora de partos vaginales después de una cesárea (PVDC), para ayudar a los médicos a discernir cómo una variable (la raza) podría influir en el éxito de las pacientes a la hora de dar a luz a un bebé por vía vaginal después de un parto anterior por cesárea. No obstante, la mayor tasa de partos por cesárea entre las mujeres afrodescendientes e hispanas en Estados Unidos ha demostrado desde hace tiempo las desigualdades raciales en la atención obstétrica. Aunque la nueva calculadora de PVDC de la MFMU ya no incluye la raza o el origen étnico, en respuesta a los llamados a la eliminación de la medicina racial, este artículo sostiene que el uso de la calculadora de PVDC nunca ha sido neutral desde el punto de vista racial. De hecho, el uso de la calculadora de PVDC en Estados Unidos está cargado de racismo, compromete la autonomía de las pacientes y socava el consentimiento informado.

La predicción como esfuerzo

Cada año, 1.2 millones de mujeres en Estados Unidos dan a luz por cesárea, y alrededor de 517,000 de estos partos son cesáreas repetidas.¹ Debido a los crecientes riesgos de los partos quirúrgicos secuenciales, en 2010 los Institutos Nacionales de Salud (NIH, por sus siglas en inglés) declararon el aumento de la tasa de partos vaginales después de una cesárea (PVDC) como una prioridad de salud pública.² Tras alcanzar una tasa máxima del 28 % en 1996,² la tasa de PVDC se situó en torno al 13 %, es decir, 80,000, en 2019.¹ En su evaluación de 2010 de la literatura científica sobre el PVDC, los NIH también señalaron que se habían desarrollado herramientas de predicción que podían estimar con precisión la probabilidad de un PVDC exitoso.² En teoría, la tasa de PVDC aumentaría si las mujeres con mayores probabilidades de éxito pasaran a intentar el PVDC, asumiendo que en la actualidad algunas de esas mujeres se someten a cesáreas repetidas.³

En 2007, la Red de Unidades de Medicina Maternofetal (MFMU), financiada por los NIH, publicó los resultados de lo que se convertiría en la calculadora de PVDC más utilizada en Estados Unidos.⁴ La MFMU descubrió que una combinación de seis factores, entre ellos la raza/etnia, predecía con exactitud la probabilidad de un PVDC exitoso y que cada factor se asociaba de forma independiente con el PVDC. Un mayor índice de masa corporal (IMC) y la edad disminuyeron la probabilidad de éxito del PVDC, mientras que el parto vaginal previo y la autoidentificación como mujer blanca aumentaron la probabilidad prevista.

En concreto, las mujeres que se identificaban como afrodescendientes o hispanas tenían la mitad de probabilidades de tener un PVDC que las mujeres blancas.⁴ Algunas instituciones

empezaron a utilizar la calculadora de PVDC de forma rutinaria para ayudar a las mujeres embarazadas a tomar decisiones más informadas que expresaran su autonomía.⁵ En medio de los llamados a la eliminación de la medicina racial,⁶ la MFMU desarrolló una nueva calculadora que excluye la raza/etnia.⁷

A lo largo de este artículo, argumentaré que el uso de la cesárea en los Estados Unidos presenta desigualdades raciales en la atención que cuestionan la posibilidad de una calculadora de PVDC neutral desde el punto de vista racial. Estas desigualdades han sido subestimadas tanto en la literatura bioética como en la clínica sobre el PVDC y están vinculadas a los antecedentes de racismo obstétrico. La nueva calculadora de PVDC continúa cargada de racismo, compromete la autonomía de las pacientes y socava el consentimiento informado.

Linajes del racismo obstétrico: desde la esclavitud hasta la calculadora de PVDC

Desde sus orígenes en la esclavitud, el estudio de la obstetricia y la ginecología (OBGYN, por sus siglas en inglés) desempeñó una función fundamental en el racismo médico en los Estados Unidos.⁸ La investigación en OBGYN produjo y **normalizó las diferencias raciales**, por lo que estas diferencias se convirtieron en aspectos centrales para la implementación del racismo.^{9,10} Como ejemplos de racismo obstétrico, los investigadores de OBGYN mejoraron las cirugías experimentales en mujeres esclavas y controlaron la fertilidad de las minorías racializadas.^{9,11,12}

Para entender por qué la calculadora de PVDC es otro ejemplo de racismo obstétrico, primero debemos comprender sus orígenes. Al igual que las formas de racismo obstétrico del pasado, la calculadora de PVDC consideraba la raza y la etnia como marcadores de una diferencia de salud intrínseca entre las poblaciones humanas.^{13,14} Ciertos enfoques de la epidemiología apoyaban la aplicación de la raza como factor de riesgo poblacional en el estudio de los resultados obstétricos.¹⁵ Por ejemplo, con independencia del método de parto, los investigadores en obstetricia descubrieron que las mujeres afrodescendientes estaban “en riesgo” de sufrir mayores tasas de mortalidad materna que las mujeres blancas.¹⁶ Desde la década de 1990, cuando empezaron a aumentar los partos por cesárea, los investigadores estadounidenses han observado que las mujeres afrodescendientes y, a veces las hispanas, tienen más probabilidades de dar a luz por cesárea que las blancas.¹⁷ La sugerencia de que la mayor tasa de partos por cesárea en las mujeres afrodescendientes que en las blancas, debido a trazados cardíacos fetales insuficientes, podría reflejar “una verdadera diferencia biológica en la capacidad del feto para tolerar el parto” y perpetuar el racismo obstétrico.¹⁸ A diferencia del enfoque de los factores de riesgo, los expertos en cuestiones raciales críticas sostienen que el racismo, y no la raza, es la causa fundamental de las desigualdades raciales en materia de salud.^{14,19}

Dado que la calculadora de PVDC normalizó las diferencias raciales, es probable que ciertos usos de la calculadora contribuyeran al exceso de cesáreas entre las mujeres afrodescendientes e hispanas y que este exceso sea una forma de racismo obstétrico.²⁰ En contra de su uso previsto como complemento del asesoramiento, en muchas instituciones los médicos utilizaron la calculadora de PVDC para socavar el consentimiento informado. En una encuesta, aproximadamente una de cada cinco enfermeras matronas certificadas informó que la calculadora se utilizaba para desanimar o prohibir a las mujeres que intentaran un PVDC.⁵ El uso de la calculadora para desaconsejar o prohibir el PVDC se basaba en la cuestión de si el intento de un PVDC en mujeres con puntuaciones bajas en la calculadora (es decir, de mayor riesgo) se debía contemplar como seguro y razonable.

Debates sobre el PVDC “seguro y razonable”

Los bioéticos consideran que la elección entre el PVDC y la repetición de la cesárea es una cuestión de doble equilibrio.²¹ Dado que la repetición de la cesárea y el PVDC conllevan distintos riesgos para la madre y el feto, el asesoramiento sobre el método de parto no debe ser dirigido ni favorecer ninguna de las dos opciones.² Además, la decisión de intentar un PVDC o programar una repetición de la cesárea implica una serie de consideraciones personales que solo la propia mujer puede evaluar. Por lo tanto, los bioéticos han llegado a la conclusión de que tanto la cesárea repetida como el PVDC son opciones seguras y razonables.²²

El enfoque bioético está en desacuerdo con la forma en que muchos obstetras privilegian el riesgo relativo para convertir el PVDC en una opción *insegura y poco razonable*.²³ Cuando una mujer da a luz después de una primera cesárea, el riesgo *absoluto* de rotura uterina es solo del 0.5 %, y 1 de cada 12 roturas provoca lesiones neurológicas o la muerte del feto.²⁴ Nuevos datos de finales de la década de 1990 revelaron que la rotura uterina triplicaba el riesgo *relativo* de lesión o muerte fetal,²⁵ lo que obligó al Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos (ACOG, por sus siglas en inglés) a recomendar que hubiera un equipo quirúrgico “inmediatamente disponible” en todos los hospitales que ofrecieran un PVDC.²⁶ Muchos hospitales no disponían de los recursos necesarios para cumplir esta recomendación y la tasa nacional de PVDC descendió del 28.3 % en 1996 al 9.2 % en 2004.^{1,23} A nivel nacional y en muchos estados, alrededor del 50 % de los hospitales rurales no ofrecen el PVDC, sobre todo los que no tienen acceso a una cobertura de anestesia 24/7.^{27,28}

Los bioéticos han argumentado que el énfasis en el riesgo relativo conduce a una distorsión del riesgo que magnifica los pequeños riesgos absolutos del PVDC.²⁹ A pesar de las incisivas críticas bioéticas que fueron contemporáneas al desarrollo de la calculadora, la MFMU acabó destacando el riesgo relativo. La MFMU descubrió que cuando las mujeres que tenían puntuaciones de la calculadora inferiores al 60 % intentaban un PVDC, existía un riesgo absoluto del 3.1 % de morbilidad materna o neonatal, en comparación con un riesgo del 1.5 % para aquellas que también tenían puntuaciones inferiores al 60 % y programaban una repetición de la cesárea.³⁰ Este riesgo relativo estadísticamente significativo de 2:1 llevó a la MFMU y al ACOG a sugerir que programar una cesárea para las mujeres con puntuaciones inferiores al 60 % o al 70 % podría ser una opción más segura.^{30,31} En algunas instituciones, el umbral del 60 % se convirtió en otro ejemplo de riesgo relativo utilizado para desalentar o prohibir el PVDC.⁵

Aunque los bioéticos centran las preferencias de atención de las mujeres en las decisiones sobre el método de parto, es posible que hayan subestimado el impacto del racismo tanto en la formación como en el respeto de las preferencias de las mujeres por el PVDC. Por ejemplo, las **desigualdades estructurales** y el trato desigual en la atención médica pueden dificultar la recuperación tras la cesárea,³² y tener una recuperación postoperatoria difícil influye en la preferencia por el PVDC.³³ En un análisis, el 75 % de las mujeres afrodescendientes y el 54 % de las hispanas preferían el PVDC, en comparación con el 43 % de las mujeres blancas.³³ Los llamados de los bioéticos a **apoyar la autonomía de las mujeres** no protegieron a las mujeres afrodescendientes e hispanas que se enfrentaban a una calculadora que ignoraba de manera sistemática las experiencias desiguales que llevaron a muchas a preferir el PVDC en primer lugar.^{12,20}

¿De lo explícito a lo implícito?

La eliminación del factor racial ayudará a mitigar las consecuencias más negativas de la calculadora de PVDC, pero el racismo podría seguir operando implícitamente en la calculadora.³⁴ El racismo puede explicar en parte por qué hay más mujeres afrodescendientes e hispanas que blancas que se someten a partos primarios por cesárea innecesarios.^{18,35} Dado que la nueva calculadora de PVDC trata cada cesárea anterior como si fuera clínicamente necesaria, las puntuaciones de más mujeres afrodescendientes e hispanas se convierten en elegibles para entrar en una herramienta que predice el PVDC. Además, dos de las variables de la calculadora, el IMC y la hipertensión crónica tratada, están condicionadas por el racismo estructural e interpersonal. Por ejemplo, la violencia policial letal en el vecindario se asocia con un mayor riesgo de hipertensión arterial y obesidad en las mujeres.³⁶ La incorporación de estas dos variables podría significar que las experiencias previas de parto de las mujeres afrodescendientes e hispanas hacen que sus datos sean más susceptibles de ser introducidos en una herramienta para predecir el PVDC. Aunque el IMC y la hipertensión pueden tener cierta plausibilidad biológica, la nueva calculadora desconecta los factores de riesgo de las fuerzas estructurales y traslada la responsabilidad del éxito del PVDC a la persona.³⁷ La calculadora presenta de manera injusta una “elección” libre mientras oculta los factores que contribuyen al éxito del PVDC, muchos de los que, como la cultura hospitalaria y el racismo, pueden estar fuera del control de cualquier persona.³⁸

Conclusión

El movimiento para eliminar la medicina racial ha hecho que investigadores, médicos y pacientes reflexionen sobre la eliminación del factor racial de los algoritmos clínicos ajustados a la raza.⁶ La eliminación del factor racial de la calculadora de PVDC no aborda por completo las formas en que el racismo sigue afectando al tema del PVDC. Para elaborar **algoritmos más justos**, debemos prestar atención a las formas explícitas e implícitas en que el racismo estructura el riesgo de una primera cesárea, la calidad de la atención postoperatoria y la disposición de los médicos a respetar las preferencias de atención de las mujeres. Los bioéticos han recomendado centrar las preferencias de las mujeres en la toma de decisiones del PVDC.²² Ahora bien, la calculadora de PVDC demuestra cómo el riesgo relativo se puede utilizar para superar las preferencias de la mujer respecto al PVDC. Tanto la nueva como la antigua calculadora de PVDC comprometen la autonomía de la paciente y socavan el principio del consentimiento informado.

References

1. Martin JA, Hamilton BE, Osterman MJK, Driscoll AK. Births, final data for 2019. *Natl Vital Stat Rep.* 2021;70(2):1-50. Accessed January 20, 2022. <https://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr70/nvsr70-02-508.pdf>
2. Cunningham FG, Bangdiwala SI, Brown SS, et al. NIH consensus development conference draft statement on vaginal birth after cesarean: new insights. *NIH Consens State Sci Statements.* 2010;27(3):1-42.
3. Metz TD, Stoddard GJ, Henry E, Jackson M, Holmgren C, Esplin S. How do good candidates for trial of labor after cesarean (TOLAC) who undergo elective repeat cesarean differ from those who choose TOLAC? *Am J Obstet Gynecol.* 2013;208(6):458.e1-6.
4. Grobman WA, Lai Y, Landon MB, et al; National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. Development of a nomogram for prediction of vaginal birth after cesarean delivery. *Obstet Gynecol.* 2007;109(4):806-812.
5. Thornton PD, Liese K, Adlam K, Erbe K, McFarlin BL. Calculators estimating the likelihood of vaginal birth after cesarean: uses and perceptions. *J Midwifery Womens Health.* 2020;65(5):621-626.
6. Chadha N, Lim B, Kane M, Rowland B. *Toward the Abolition of Biological Race in Medicine: Transforming Clinical Education, Research, and Practice.* Othering and Belonging Institute; 2020. Accessed January 20, 2022. https://belonging.berkeley.edu/sites/default/files/race_in_medicine.pdf?file=1&force=1
7. Grobman WA, Sandoval G, Rice MM, et al; Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. Prediction of vaginal birth after cesarean delivery in term gestations: a calculator without race and ethnicity. *Am J Obstet Gynecol.* 2021;225(6):664.e1-664.e7.
8. Owens DC, Fett SM. Black maternal and infant health: historical legacies of slavery. *Am J Public Health.* 2019;109(10):1342-1345.
9. Cooper Owens D. *Medical Bondage: Race, Gender, and the Origins of American Gynecology.* University of Georgia Press; 2017.
10. Washington H. *Medical Apartheid: The Dark History of Medical Experimentation on Black Americans From Colonial Times to the Present.* Doubleday; 2006.
11. Stern AM. Sterilized in the name of public health: race, immigration, and reproductive control in modern California. *Am J Public Health.* 2005;95(7):1128-1138.
12. Davis DA. Obstetric racism: the racial politics of pregnancy, labor, and birthing. *Med Anthropol.* 2019;38(7):560-573.
13. Vyas DA, Eisenstein LG, Jones DS. Hidden in plain sight—reconsidering the use of race correction in clinical algorithms. *N Engl J Med.* 2020;383(9):874-882.
14. Crear-Perry J, Correa-de-Araujo R, Lewis Johnson T, McLemore MR, Neilson E, Wallace M. Social and structural determinants of health inequities in maternal health. *J Womens Health (Larchmt).* 2021;30(2):230-235.
15. Obasogie OK, Headen I, Mujahid MS. Race, law, and health disparities: toward a critical race intervention. *Annu Rev Law Soc Sci.* 2017;13(1):313-329.

16. Grobman WA, Bailit JL, Rice MM, et al; Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. Racial and ethnic disparities in maternal morbidity and obstetric care. *Obstet Gynecol.* 2015;125(6):1460-1467.
17. Braveman P, Egerter S, Edmonston F, Verdon M. Racial/ethnic differences in the likelihood of cesarean delivery, California. *Am J Public Health.* 1995;85(5):625-630.
18. Washington S, Caughey AB, Cheng YW, Bryant AS. Racial and ethnic differences in indication for primary cesarean delivery at term: experience at one US institution. *Birth.* 2012;39(2):128-134.
19. Bridges KM. Racial disparities in maternal mortality. *N Y Univ Law Rev.* 2020;95(5):1229-1229.
20. Campbell C. Medical violence, obstetric racism, and the limits of informed consent for Black women. *Mich J Race Law.* 2021;26:47-75.
21. Elwyn G, Frosch D, Rollnick S. Dual equipoise shared decision making: definitions for decision and behaviour support interventions. *Implement Sci.* 2009;4(1):75.
22. Lyerly AD, Little MO. Toward an ethically responsible approach to vaginal birth after cesarean. *Semin Perinatol.* 2010;34(5):337-344.
23. Charles S, Wolf AB. Whose values? Whose risk? Exploring decision making about trial of labor after cesarean. *J Med Humanit.* 2018;39(2):151-164.
24. Landon MB, Grobman WA; Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. What we have learned about trial of labor after cesarean delivery from the Maternal-Fetal Medicine Units Cesarean Registry. *Semin Perinatol.* 2016;40(5):281-286.
25. Lydon-Rochelle M, Holt V, Easterling T, Martin DP. Risk of uterine rupture during labor among women with a prior cesarean delivery. *N Engl J Med.* 2001;345(1):3-8.
26. Scott JR; American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Practice Bulletins–Obstetrics. ACOG Practice Bulletin. Vaginal birth after previous cesarean delivery. Number 2, October 1998. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. *Int J Gynaecol Obstet.* 1999;64(2):201-208.
27. Murphy C. Why do so many US hospitals prohibit vaginal birth after c-section? *Elle Mag.* December 7, 2016. Accessed November 29, 2021. <https://www.elle.com/life-love/a41109/vbac-vaginal-birth-after-c-section/>
28. Barger MK, Dunn JT, Bearman S, DeLain M, Gates E. A survey of access to trial of labor in California hospitals in 2012. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2013;13:83.
29. Lyerly AD, Mitchell LM, Armstrong EM, et al. Risks, values, and decision making surrounding pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2007;109(4):979-984.
30. Grobman WA, Lai Y, Landon MB, et al; Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. Can a prediction model for vaginal birth after cesarean also predict the probability of morbidity related to a trial of labor? *Am J Obstet Gynecol.* 2009;200(1):56.e1-56.e6.
31. Grobman W; American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Practice Bulletins–Obstetrics. ACOG Practice Bulletin No. 205: vaginal birth after cesarean delivery. *Obstet Gynecol.* 2019;133(2):e110-e127.
32. Johnson JD, Asiodu IV, McKenzie CP, et al. Racial and ethnic inequities in postpartum pain evaluation and management. *Obstet Gynecol.* 2019;134(6):1155-1162.
33. Attanasio LB, Hardeman RR, Kozhimannil KB, Kjerulff KH. Prenatal attitudes toward vaginal delivery and actual delivery mode: variation by race/ethnicity and socioeconomic status. *Birth.* 2017;44(4):306-314.
34. Obermeyer Z, Powers B, Vogeli C, Mullainathan S. Dissecting racial bias in an algorithm used to manage the health of populations. *Science.* 2019;366(6464):447-453.
35. Edmonds JK, Hawkins SS, Cohen BB. The influence of detailed maternal ethnicity on cesarean delivery: findings from the US birth certificate in the State of Massachusetts. *Birth.* 2014;41(3):290-298.
36. Sewell AA, Feldman JM, Ray R, Gilbert KL, Jefferson KA, Lee H. Illness spillovers of lethal police violence: the significance of gendered marginalization. *Ethn Racial Stud.* 2021;44(7):1089-1114.

37. Shim JK. Understanding the routinised inclusion of race, socioeconomic status and sex in epidemiology: the utility of concepts from technoscience studies. *Sociol Health Illn.* 2002;24(2):129-150.
38. Triebwasser JE, Kamdar NS, Langen ES, et al. Hospital contribution to variation in rates of vaginal birth after cesarean. *J Perinatol.* 2019;39(7):904-910.

Nicholas Rubashkin, MD, PhD es profesor clínico asociado en el Departamento de Obstetricia, Ginecología y Ciencias de la Reproducción, División de Medicina Hospitalaria, en la Universidad de California, San Francisco (UCSF). Hace poco completó un PhD en ciencias de la salud global, también en la UCSF, donde se centró en los enfoques de métodos mixtos para la atención respetuosa de la maternidad. Forma parte de la junta directiva de la organización internacional sin ánimo de lucro Human Rights in Childbirth.

Cita

AMA J Ethics. 2022;24(3):E233-238.

DOI

10.1001/amajethics.2022.233.

Información de conflictos de intereses

El/los autor(es) no tienen conflictos de intereses que informar.

Los puntos de vista expresados en este artículo y los del/los autor(es) no reflejan necesariamente las opiniones y políticas de la AMA.