



Hace 55 años

La operación cesárea y la obstetricia de hoy*

Por el Dr. Alfredo Sardiñas Ramírez

De lo que diariamente se publica y lee, se deduce la abusiva tendencia a practicar la operación cesárea en el momento actual, y es por ello que me he decidido a escribir este trabajo, con el interés de hacer un llamamiento a “frenar” la tendencia actual a la “cirugía abdominal” en la obstetricia, o sea, a significar “el abuso actual en el empleo de la operación cesárea”, y aún con mayor significación en estos momentos, cuando paradójicamente en todas las ramas quirúrgicas de la medicina y muy particularmente en la ginecología, especialidad tan íntimamente complementada con la nuestra. Se hace cada vez más propaganda ganando adictos, la tendencia a la “cirugía conservadora”, a las “no mutilaciones quirúrgicas innecesarias”, a la “terapéutica médica” cuando es oportuna y posible; conceptos conservadores ginecológicos de actualidad éstos que en el idioma obstétrico tenemos que interpretarlos, como la derivación a “vía trans-pelviana” de todo parto en que así lo sea posible y correcto, aunque para ello sea menester poner en práctica alguna maniobra u operación de las que en la actualidad se aceptan practicar por esta vía, con técnicas bien regladas y conocidas e indicaciones de las mismas correctas y precisas y experiencia práctica y estadísticas obtenidas de ellas, demostrativa de su utilidad práctica y sus bondades.

En nada están contribuyendo algunas escuelas obstétricas a la encomiástica labor de los compañeros ginecólogos, los que con un concepto muy acertado

de la utilidad práctica a obtener, en beneficio de la mujer, emplean los progresos y adelantos de los nuevos medios con que cuenta cada día la medicina de hoy, para tratar de evitar en cuanto sea posible, *toda mutilación o castración quirúrgica*, respetando al máximo la subsistencia de “ovarios”, “trompas” y “útero” si nosotros, por nuestra parte, aprovechamos las ventajas de los mismos medios, para hacer cada vez una obstetricia más quirúrgica, menos conservadora, más agresiva, no haciendo más que acreditar a cada oportunidad el número de cesáreas.

Mas es que también estamos en franca lucha contra la doctrina de los que en particular se esmeran en combatir la “esterilidad” e “infertilidad”, si nosotros seguimos empeñados en nuestra “obstetricia quirúrgica”, ya que a cada “cesárea iterada”, vamos induciendo a la mujer en un proceso quirúrgico de “castración parcial y progresiva”, hasta un final que no será otro, que una “castración total y definitiva” en una última cesárea, asociada a una “salpingectomía doble”; pero es más, es que ésta a que me he referido, es la “castración tardía”, la “castración material”; pero estaríamos seguros que toda mujer aceptaría ser “intervenida por vía alta” al término de cada embarazo, o en muchas de ellas, habríamos provocado una “castración temprana”, una “castración voluntaria”, como en más de una ocasión habrá sido fácil comprobar entre nosotros, en el ejemplo de aquellas mujeres que por ser portadoras de una estrechez pélvica manifiesta que exige al término de cada embarazo practicársele una cesárea (desproporción cesárica) y a la tercera o cuarta cesárea, han tomado la firme decisión de no quedar

* Reproducido de Ginecología y Obstetricia de México 1950;V:134-9.

nuevamente embarazadas ante el “imperativo quirúrgico” a que están sentenciadas al término de nuevos embarazos; habrá dejado alguno de nosotros de vivir la oportunidad, en que, en un caso de éstos a los que acabo de referirme, de perfecto acuerdo marido y mujer nos hayan visitado próximo al término de una nueva gestación, esta vez para manifestarnos el interés de ambos en poner fin a la posibilidad de “otra gestión más”, aprovechando la oportunidad de la cesárea próxima a tener que realizarse para suplicarnos (como vulgarmente ellos dicen) le practiquemos la “ligadura de las trompas”. He ahí expuesta, señores, la realidad de las desagradables consecuencias del “entusiasmo obstétrico quirúrgico” de actualidad. Lógico es que ello tiene su etiopatogenia en la historia de la obstetricia, revisándola, podemos advertir, como casi todos los métodos obstétricos, maniobras y operaciones, y aun, hasta los que en sus demostraciones prácticas resultaron ser por antiobstétricos, desechados, tuvieron a más de su “época de moda”, pudiésemos decir, más fervientes y entusiastas defensores; y es ese entusiasmo, señores, lo que en la actualidad, en nuestra “era” que estamos viviendo y de la que como responsables de la conducta que se siga en ella pasaremos nosotros ante la historia, está sucediendo con la operación cesárea; con la operación cesárea estamos viviendo, pues, la *era de moda de la cesárea*.

En una época anterior el partero, podíamos decir que no era cirujano, a más de que la cirugía obstétrica por entonces estaba en embrión y eran muy de lamentar sus frecuentes quiebras, y por ello, trataba el partero, muchas veces hasta en gran lucha con la razón obstétrica, de encontrar una más satisfactoria solución a los problemas obstétricos por vía transpélvica. En otra etapa sucesiva el partero, ante el imperativo quirúrgico abdominal, a veces, de algunos casos obstétricos, comprendió que tenía la necesidad de complementar sus conocimientos de obstetricia con su adiestramiento quirúrgico, aunque sin dejar de comprender que por ese medio heroico lo que hacía era poner fin a un estado de gestación, y así, indirectamente, dar solución a la distocia o gestosis; mas no obstante y a pesar de ello, siempre que las posibilidades lo permitían, muchos de estos casos se

derivaban por vía transpélvica, ya que a pesar de los artificios de técnica quirúrgica, medios de garantía a los que se recurrió entonces, se consideraban de eficacia relativa. Pero es que en la actualidad, cometiendo un grave error, injustificadamente a veces, el “cirujano partero” ha pasado a ser más “cirujano” que “partero”, protegiendo esa injustificada, a veces, derivación quirúrgica alta, cómoda, fácil y teatral, en la feliz “era actual” de los antibióticos y la penicilina.

En la actualidad nos esmeramos en publicar crecidas estadísticas de cesáreas, glorificadas por el triunfo a obtener de ellas, en beneficio de la madre y del hijo, y muy equivocadamente del motivo y razón de ser de nuestra especialidad. Nuestro concepto de obstetras, señores, no puede en ninguna forma seguir encausándose en ese sentido de “agresividad quirúrgica”; *el embarazo no puede ser considerado por nosotros como un tumor que a la menor eventualidad de gestosis, o distocia durante el parto, lo interpretemos como maligno, y elijamos por ello, para él, una solución heroica y radical, la quirúrgica abdominal*. Hoy, por medio de una terapéutica médica apropiada, podemos tratar con éxito muchos casos de gestosis, sin necesidad de recurrir a medios agresivos y hasta, por suerte, conocemos medios y métodos conservadores a nuestro alcance sustitutos de la cirugía, a ser puestos en práctica también con éxito en los casos a menester; y referente al parto, éste no debemos interpretarlo sino como la sucesión de una serie de tiempos que se sustituyen progresivamente, en que la terapéutica a emplear es a veces selecta y determinada para cada tipo de distocia en cada uno de los distintos tiempos del mecanismo del parto, muy lejos también del radicalismo quirúrgico abusivo. “Mucho han luchado sin medio nuestros sabios maestros antecesores, por crear de la obstetricia una especialidad, un arte, una ciencia, para caer ahora nosotros en la obstetricia *simplificada* en la *simpleza* de la cesárea”.

La expresión *útero grávido* representa para nosotros, nuestra razón de ser, la de nuestra especialidad, y nuestra responsabilidad como especialistas en cada parto, representa un compromiso muy superior al limitado a salvar las vidas de la madre y el hijo, cuando ello esté al alcance de nuestros medios obstétricos,

pues estamos en la obligación ineludible, además, de velar por conservar la salud, “la integridad del músculo uterino”, siempre que sea posible, sin gravar la salud de los dos anteriores.

El músculo uterino, parte principalísima en el desenvolvimiento de cada parto, es una entidad que podemos decir, representa para nosotros, un “tercer ser”, con anatomía, fisiología, patología y terapéutica especializada, propia del dominio del especialista, y podemos agregar que su entidad representativa es de tal valor, que lo que representa su salud, “su integridad anatómica”, es a nuestros fines, a nuestra especialidad, de tanta importancia como la de la entidad “madre”, pues a más de las consecuencias recíprocas de fatales desenlaces en una y otra, por estar tan vinculadas, podemos decir que casi recíprocamente depende la una de la otra, que lo que en realidad para nuestro fin es una “mujer”, está representado por la asociación de un conjunto anatómico y funcional, integrado por “cuerpo femenino”, dotado de la “integridad útil de su aparato genital”, entidad integral que es nuestra misión cuando grávida y la del ginecólogo antes y después, velar muy celosamente por su conservación y mejor estado de salud, responsabilidad que es absurdo ante el concepto de obstetra o ginecólogo que se ignore o trate de evadirse.

Referente a la operación cesárea se ha dicho de ella que es una operación: “completa”, “rápida”, e “independiente” (Prof. MAGALHAES, de Río de Janeiro).

“Completa”: dice, porque realiza el desideratum de salvar a la madre y al hijo.

“Independiente”: porque prescinde de todo otro procedimiento o maniobra a través del canal pélvico, y

“Pronta o rápida”: porque en rigor así lo es, según lo podrán valorar en cada caso.

Pero es lo cierto (y supongo que así también lo interprete el profesor, autor de esa expresión sobre la cesárea) que este concepto puede ser aceptado en particular de la operación cesárea en sí, pero de ningún modo puede con igual significación aceptarse desde el punto de vista obstétrico, pues por el contrario, la operación cesárea, como toda conducta mutiladora en medicina, como todo medio derivativo de un proceso “fuera de las vías naturales”, no es por lo general más

que un recurso o medio paliativo y, por tanto, demostración evidente de la “ausencia” o “incompetencia” a poner en práctica (por ahora) otro medio más acorde con la razón, con la lógica de la medicina. “*Ello no es más que darle un viso legal quirúrgico a nuestra a veces lamentable lógica impotencia obstétrica, o a nuestra incompetencia*”.

En resumen, tenemos que aceptar que potencialmente *la operación cesárea es a la obstetricia, lo que el ano ilíaco es a la cancerología*.

Por último, quiero dejar bien aclarado que lo que combato es, “el abuso del muy frecuente e indebido empleo de la cesárea”, y lógico es que para hacer propaganda en favor de una “conducta más conservadora en obstetricia”, tengo que hacer indefectiblemente comentarios *ciertos y verdaderos*, sobre los evidentes perjuicios que ocasiona la operación cesárea, analizados desde distintos puntos de vista, *aun cuando su indicación clínica se cumpla, bajo una conducta a seguir correcta y precisa*. No obstante todo lo dicho, quiero resumirlo en el concepto que encierra esta frase: “combato el abuso indebido del frecuente empleo de la cesárea, por lo tanto combato la injustificada realización de la cesárea”.

Mas con el objeto de una más fácil interpretación de mis manifestaciones, haré un resumen en las siguientes consideraciones:

Primero: La operación es una operación obstetrolquirúrgica útil con indicaciones clínicas correctas y justificadas, y por tanto debe practicarse cuando las circunstancias clínicas del caso lo exijan.

Segundo: La cesárea es una intervención de la que en la actualidad “se abusa indebidamente de la frecuencia en sus indicaciones”; en perjuicio de la mujer, en contra del concepto quirúrgico en general” *conservador*, del momento, y del propósito de nuestra especialidad y especialidades afines y complementarias.

Tercero: El “abuso” indebido de la frecuencia con que se practica:

- a) Es debido a una serie de “motivos” y
- b) Produce una serie de “consecuencias”

Cuarto: “Motivos” del por qué, del abuso referido.

a) Debido a la ampliación en cuanto a las posibilidades quirúrgicas obtenidas en los antibióticos y la

penicilina; a lo que yo he llamado: *El Entusiasmo de la Victoria*.

b) Debido a que amparados en esa ampliación de posibilidades obtenidas, citadas, *colegas no especializados en obstetricia*, pero con *experiencia quirúrgica*, se responsabilizan con casos de embarazos, en la confianza de poder “recurrir” a la cirugía abdominal ante la duda obstétrica, a *poner fin por ese medio al estado de gestación* y por tanto, también a veces, al *inexistente problema obstétrico*, que se han supuesto, o al *realmente existente*, pero para el que la operación cesárea *no era la conducta apropiada y correcta a poner en práctica* para darle feliz solución.

c) Debido a que como en algunas escuelas obstétricas no cuentan con las bondades a obtener de la sección interpubica, a practicar en los “casos clínicos selectos”, se traducen también en quirúrgico-abdominales muchos de los que podían hacerse transpelvianos, bien a veces, a expensas de una correcta e inocua ampliación ósea, o bien espontáneos, así obtenidos de los resultados de una “prudente prueba de trabajo de parto”, con la posibilidad, además, del recurso de ampliar oportunamente el canal pélvico óseo, si fuese menester.

Y por último, aunque duro decirlo:

d) No faltaría la oportunidad en que hasta por un teatralismo quirúrgico, quien sabe con qué fines.

Quinto: CONSECUENCIAS del abuso de la cesárea.

Las consecuencias del “abuso” pueden ser:

a) En perjuicio de la mujer.

b) En contra del concepto quirúrgico general “conservador” del momento.

c) En perjuicio de nuestra especialidad,

y

d) En perjuicio de especialidades afines y complementarias.

En perjuicio de la mujer, puede ser de:

a) Carácter material, y

b) Carácter psíquico.

En perjuicio de la mujer, de carácter material:

a) Con el abuso de la cesárea se motiva en la mujer una lesión quirúrgica innecesaria, desde piel hasta musculatura uterina, pasando por todos los planos, y se le somete injustificadamente a todos los riesgos de una operación mayor.

b) Se motiva un estado de menor resistencia en pared uterina, para sucesivos partos, objeción de evidencia práctica, observada en los casos de desunión de la cicatriz uterina.

c) El abuso en la cesárea puede, para subsiguientes partos, convertir en “compleja” una distocia, que correctamente tratada y a su debida oportunidad, pudo hasta desaparecer (con muchas posibilidades) para partos sucesivos.

d) El reiterar en la mujer dicha operación la induce en un “proceso quirúrgico de castración parcial y progresiva”, hasta llevarla a una “castración total y definitiva” en una última cesárea con salpingotomía doble. Y como manifiesta la *Escuela Obstétrica Argentina*, esta conducta indebida de *agresividad quirúrgica* disminuye en un 15 por ciento la natalidad.

En perjuicio de la mujer de “carácter psíquico”:

a) Influye en el psiquismo de la mujer, deprimiéndola; desde el advertirse en su vientre la cicatriz de la piel, hasta el concepto de imposibilidad (circunstancial o definitiva) a dar a luz por vía transpelviana.

b) El iterar en la mujer la cesárea la induce a veces a tratar de *evitar muy interesadamente* nuevos embarazos, produciéndose en ella un estado al que pudiésemos llamar de *infecundidad voluntaria*.

En contra del concepto quirúrgico en general, “conservador del momento”:

a) Con el “abuso” de la cesárea ponemos en práctica una conducta obstétrica de máxima agresividad quirúrgica, paradójicamente, cuando la tendencia general del momento, lo es, a la *cirugía conservadora*.

Consecuencias del “abuso” de la cesárea en perjuicio de nuestra especialidad:

a) Dejamos de cumplir con nuestra misión de obstetras y con el propósito de nuestra especialidad.

b) Inducimos a nuestra especialidad en una línea de conducta obstétrica, de “máxima agresividad”.

c) Vamos induciendo nuestra especialidad en la *simpleza de la cesárea*.

d) Justificamos la razón de la innecesidad de la existencia de nuestra monoespecialización obstétrica.

Consecuencias del abuso de la cesárea en perjuicio del propósito de otras especialidades:

a) El “abuso” obstetro-quirúrgico a que nos referimos, limitando a veces “material” o “voluntariamente” la capacidad reproductiva de la mujer, defrauda el

propósito de especialidades afines o complementarias que tienden, o a lograr, o a mejorar, o a conservar, la capacidad reproductiva de la mujer.

Conducta durante el periodo de dilatación. Este periodo empieza con la primera contracción dolorosa y termina cuando la dilatación es completa. La duración de este periodo es muy variable: en las primíparas dura en general doce horas, pero puede prolongarse cuarenta y ocho más. En las múltiparas suele durar ocho horas y a veces menos. La conducta del tocólogo durante este periodo es generalmente pasiva, cuando no existe distocia fetal o materna.

Reproducido de: Fabre. Manual de obstetricia. Barcelona: Salvat Editores, 1941;p:186.