

La operación cesárea

CARLOS E. ESCOBAR

Sin duda la operación cesárea representa un avance muy grande en la práctica obstétrica pero es discutible que se justifique la alta frecuencia de su práctica en muchos países, Colombia incluida. En este artículo se plantea la necesidad de abrir el debate en torno a esa frecuencia; para ello se analizan los diversos argumentos esgrimidos a favor de la operación: los científicos, los posiblemente científicos, los mitos en la atención obstétrica, la psicología del médico que atiende el parto y las razones de índole no científica más relacionadas con aspectos como la conveniencia para el médico y la presión que sobre él ejerce la sociedad a través de sus actitudes y, más recientemente, de la posibilidad de demandas por mala práctica.

INTRODUCCION

No cabe la menor duda de que la operación cesárea, como la conocemos hoy, ha sido uno de los avances más significativos del viejo arte de la atención del parto; ella se convirtió en un instrumento eficiente de la práctica obstétrica para rescatar un gran número de mujeres e hijos que anteriormente, sin su disponibilidad, estaban condenados a sucumbir.

En la actualidad la atención del parto por cesárea, ha proliferado en tal forma que, según algunos autores, uno de cada cinco nacimientos se produce por esta vía (1). El fenómeno, que viene en crecimiento desde 1970, está vigente ya en el ámbito nacional (2); ante el incremento de la frecuencia del parto quirúrgico se está gestando un movimiento conducente a analizar su causalidad (3). Nuestro propósito es contribuir a ese análisis intentando una aproximación ubicada más en el campo de la reflexión.

LA APROXIMACION AL PROBLEMA

1. LO CIENTIFICO

Planteado el incremento en el índice de cesáreas como un problema, su enfoque desde el punto de vista científico no parece ser suficiente. En otras palabras: asumir que la proliferación de cesáreas es el resultado de un aumento en la frecuencia de las causas aceptadas universalmente como indicaciones absolutas, sería reconocer que se están presentando con mayor frecuencia la situación transversa, la placenta previa, la estrechez pélvica y el sufrimiento fetal, entre otras; ello, desde luego, no es cierto; no se puede desconocer que el concepto de sufri-

DR. CARLOS E. ESCOBAR, Profesor Asistente, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

miento fetal ha tenido variaciones importantes en los últimos treinta años y que hoy se lo diagnostica con mayor frecuencia. Sin embargo, la tecnología orientada a ese diagnóstico ha variado muy poco desde 1970, año en que se comenzó a observar el incremento en la frecuencia de la operación cesárea. Por lo tanto, es necesario reafirmar que tal incremento no puede ser explicado con base en una mayor frecuencia de las indicaciones absolutas, ya mencionadas. Lo anterior, a nuestro juicio, no debe conducir a escándalo; afirmar que no es posible explicar el fenómeno por lo exclusivamente científico, es apenas reconocer una verdad muy conocida: que "la medicina no es una ciencia" y, por lo tanto, que su práctica no excluye la influencia de elementos diferentes a los puramente científicos.

2. LO POSIBLEMENTE CIENTIFICO

Hace alusión este subtítulo a una serie de indicaciones de la cesárea sujetas a la denominada "controversia científica"; en consecuencia, el uso de la cesárea en tales casos no está respaldado por un consenso de la literatura; fenómenos como el manejo intraparto del niño prematuro o de bajo peso; el del embarazo gemelar; el parto de la mujer con una cesárea previa y el parto en podálica en una mujer múltipara, son circunstancias que están contribuyendo significativamente a la creciente intervención quirúrgica del parto y temas sobre los que la literatura médica no da claridad y sí ofrece, en muchas ocasiones, opiniones encontradas.

Ahora bien: afirmar que situaciones como las enunciadas explican una cantidad apreciable de las cesáreas que en la actualidad se efectúan y aceptar simultáneamente que en realidad no hay acuerdo acerca de los beneficios de una vía determinada del parto, impone la necesidad de una pregunta: ¿por qué en esas circunstancias los médicos se orientan hacia la vía operatoria?

A nuestro juicio parte de la respuesta a este interrogante, no tan simple, tiene que ver con dos fenómenos que en su orden denominamos, *Los Mitos de la Obstetricia* y *la Psicología del Momento del Parto en lo referente al Médico*.

LOS MITOS DE LA OBSTETRICIA

Este término se refiere a una serie de elementos del uso y la costumbre que, consciente o inconscien-

temente, se aceptan como verdades; muchos de ellos nacieron de circunstancias muy diversas y en diferentes épocas y seguramente no son tan válidos en la actualidad; sin embargo, a fuerza precisamente de usarlos, han pasado a ser un legado de la práctica obstétrica.

Algunos de estos mitos que afloran cuando se trata de tomar partido acerca de si se hace o no cesárea, son los siguientes: a) establecer como cierto el menor trauma que sufre el recién nacido cuando el parto es por cesárea; b) creer en la validez actual del Aforismo de Craigin "cesárea, siempre cesárea"; c) asumir como cierto que el parto por la vía natural puede tener mayor posibilidad de menoscabo neuronal para el infante.

LA PSICOLOGIA DEL PARTO DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL MEDICO

A nuestro modo de ver este fenómeno juega un papel definitivo en el número creciente de cesáreas; no puede desconocerse que en la selección de una vía para la terminación del parto está involucrado un fenómeno psicológico individual y colectivo -como ser humano y como cuerpo médico- especialmente en las circunstancias que aún son materia de controversia científica. Se reconoce que en cualquier acto médico está incluido el ser humano médico (4); sin embargo, al tratar de profundizar en circunstancias específicas como el parto es muy poco lo que se encuentra en la literatura con relación al momento psicológico que vive el médico.

Con la debida aclaración de que no intentamos señalarnos como expertos en el tema, creemos conveniente aportar algunos elementos a su controversia; aceptamos con Ginette Raimbault, que una gran parte de la medicina está sin analizar desde el punto de vista del médico y rescatamos el derecho de alguien que ha vivido la problemática de la operación cesárea y del parto desde la simple práctica, a presentar una versión parcial de los hechos.

Nuestra hipótesis plantea que el momento del parto es, en mayor o menor grado, angustiante para el médico. Ello explica, al menos en forma parcial, las frecuentes "pérdidas del control emocional" que se viven en las salas de parto; la tendencia al manejo de las embarazadas por grupos de médicos y la de muchos obstetras a buscar, al cabo de algunos años

de práctica, áreas de la especialización que pudieran sentirse como más cómodas.

La medicina como una práctica del desarrollo humano, permite que en una circunstancia específica como es la enfermedad, un ser humano, el médico, se apropie de la capacidad de decisión de otro. Remotamente ello se efectuaba con base en una práctica y un método muy cercanos a lo mágico y religioso; hoy se efectúa con base en una práctica y un método que se pudieran denominar científicos. En ambas situaciones el médico actuaba y actúa como un controlador de las acciones y decisiones del paciente mientras éste persista en su situación de enfermo. En el caso específico del parto por vía vaginal, fenómeno natural pero que nuestra cultura médica occidental ubica como un proceso mórbido (de ahí que se lo atienda en clínicas y quirófanos), su escenario impone al médico, para tener éxito, otro protagonista: *la madre*.

La hipótesis que proponemos es la siguiente: en muchas ocasiones el médico ve en la operación cesárea una puerta de salida a su dificultad para manejar la angustia; ésta se deriva de no poder manejar adecuadamente procesos psicológicos como la identificación o de enfrentar situaciones que la tradición, el uso o la experiencia propia señalan como potencialmente riesgosas. La operación cesárea permite al médico colocarse en un plano de controlador único de la situación y excluir el protagonismo de la madre que es responsable, en buena parte, de esa angustia. La doble condición de médico y cirujano permite al obstetra, en un momento determinado, colocarse en un plano de igualdad total con el último, que es visto como el máximo controlador del paciente ya que hasta sus entrañas puede acceder; de esta forma la cesárea se convierte en el recurso que permite al obstetra eludir obstáculos difíciles de afrontar.

3. AQUELLO QUE NO GUARDA RELACION CON LO CIENTIFICO

En un listado de lo que tiene que ver con el incremento en la frecuencia de la operación cesárea, se hace necesario mencionar causas difíciles de cuantificar y comprobar pero que, sin lugar a dudas, existen. En documento reciente de la Academia de Medicina de Medellín (5) resultante de un foro sobre "Uso y Abuso de la Cesárea" el Presidente de la

Institución señalaba: "la práctica de la cesárea ha aumentado notablemente y se hace un gran número de intervenciones por complacencia a las pacientes y por conveniencia de los médicos, en especial en las clínicas privadas y en el horario de las seis a las ocho de la noche".

Evidentemente un juicio como este, emitido por una institución de la prestancia de la Academia de Medicina, no puede ser ubicado entre las causas ya mencionadas de la cesárea; creo que, como principio sano, es necesario reconocer que existe en nuestro medio el problema planteado.

Para una interpretación, así sea parcial, de estos fenómenos es del caso señalar que las circunstancias de la práctica institucional y las de la privada son muy diferentes. Este hecho, por supuesto, no es exclusivo de la obstetricia pero quizá se agudiza más en ella y evidencia un fenómeno de la realidad; indudablemente en la práctica privada el contrato entre el paciente y el médico es mucho más estrecho que en la institucional.

En términos generales se pudiera decir que este contrato de relación médico-paciente tiene profundas connotaciones bilaterales en el campo de la obstetricia; así, cuando se afirma que las condiciones de la práctica privada se agudizan en esta especialidad, se hace relación, por ejemplo, al hecho de que la sociedad y la familia aceptan con mayor naturalidad la muerte o las complicaciones de un paciente hospitalizado por un infarto del miocardio, una úlcera u otro problema médico o quirúrgico que la muerte o las complicaciones de una madre o su hijo que, durante nueve meses, evolucionaron satisfactoriamente. Indudablemente existen en este último caso una serie de circunstancias de presión emocional para el médico; a ellas se agrega en la actualidad la perspectiva de las demandas contra los médicos, que ya en otras latitudes son muy frecuentes en la obstetricia y que se han convertido, en algunas ocasiones, en fuente de ingresos para profesionales del derecho más que en un mecanismo para que prevalezcan la verdad y la equidad. Indudablemente fenómenos como las demandas contra los médicos son elementos que inciden en muchos casos en sus actos y por ello, y como un suceso universal, en la práctica obstétrica privada es mayor la frecuencia de la operación cesárea (6).

Por último, se hace igualmente necesario aceptar que en algunos casos, ojalá pocos, pueden existir

razones que sobrepasan los linderos de la ética y que se enmarcan en el facilismo o en una tendencia a convertir la cesárea en instrumento de prácticas mercantilistas. Aceptar que éstas se pueden estar dando en nuestro medio en casos muy aislados, que debieran ser señalados, no es suficiente argumento para estigmatizar una noble rama de la medicina.

La obstetricia, definida por alguien como "largas horas de tedio combinadas con minutos de horror", continuará en procura de mejorar los resultados en el cumplimiento de su función social: la de brindar una mejor calidad de vida a las mujeres y a sus hijos. Indudablemente la cesárea contribuirá a ese objetivo. De la controversia sana sobre su uso y abuso, debiera surgir una serie de indicaciones claras y precisas. Por lo pronto, queda abierto el debate.

SUMMARY

A CONTROVERSY ON THE CESAREAN DELIVERY RATES

Cesarean section has always been a very important element in the quality of obstetric care; nevertheless, the frequency with which it is performed is very high in many countries, including Colombia; this issue was debated in this

article. Different arguments regarding the cesarean section were analyzed; they were divided into the scientific ones, the possibly scientific ones, the myths in obstetric care, the psychology of the obstetrician, and the non-scientific reasons that are related to the convenience for the physician and to the pressures that society exerts on him or her, which includes the threat of malpractice suits.

BIBLIOGRAFIA

1. SHIONO P, MCNELLIS D, RHOADS G. Reason for the rising cesarean delivery rates. *Obstet Gynecol* 1987; 69: 696-700.
2. MEDINA J, ACUÑA J. Prueba de trabajo a pacientes con antecedentes de cesárea. *Rev Col Obstet Ginecol* 1988; 39: 159-167.
3. PHILIPSON E, ROSEN M. Tendencias en la frecuencia de partos por cesárea. *Clin Obstet Ginecol* 1985; 4: 869-875.
4. FERRARI H, LUCHINA I, LUCHINA N. La interconsulta médico-psicológica en el marco hospitalario. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, 1971. (Colección Psicológica Galerna).
5. CARTA DE LONDOÑO L. RODRIGO, PRESIDENTE DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN. Medellín, septiembre 20 de 1989.
6. GOULD J, DAVES B, STAFFORD RS. Socioeconomic differences in rates of cesarean section. *N Engl J Med* 1989; 321: 233-239.