

CESAREA ELECTIVA¹

MENACHO M. Ivany², ARANCIBIA U. F.L.³

RESUMEN

Se describe someramente un tema de actualidad médica de connotaciones éticas, como es la cesárea electiva, abarcando aspectos históricos y procedimentales, su evolución conceptual y la clasificación moderna a la que se arriba posteriormente. Se señalan los factores que inducen al incremento de la demanda de esta práctica quirúrgica y los riesgos que conlleva su realización para la salud de la madre y el niño.

PALABRAS CLAVES: Cesárea.- Electiva.-

ABSTRACT

We describe briefly a topic of current medical ethical connotations, such as elective cesarean section, covering historical and procedural aspects, conceptual evolution and modern classification which up later. Identifies the factors that lead to increased demand for this surgical practice and its implementation risks to the health of the mother and child.

KEY WORDS: Cesarean.- Elective.

1 Trabajo Final de Revisión bibliográfica y Defensa de la Asignatura

2 Estudiante 10° semestre Carrera de Medicina- Ucebol

3 Docente asesor. Asignatura Salud Materno Infantil. Medicina Ucebol

INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES

La necesidad de enriquecer los conocimientos adquiridos a lo largo de la formación de los estudiantes de la carrera de Medicina ha inducido indagar en un tema de actualidad. La cesárea es un procedimiento quirúrgico bastante común y cotidiano, el cual se necesita conocer con amplitud para un buen manejo en la práctica y ofrecer adecuada atención a los pacientes. En la actualidad, los progresos tecnológicos que acompañan a la medicina, en cuanto a métodos de vigilancia fetal, han ayudado a ofrecer un mejor control de enfermedades maternas y la reducción de los riesgos anestésicos, infecciosos y quirúrgicos y han contribuido a la amplia difusión de la operación cesárea como una herramienta que asegura la sobrevida del feto y de la madre en diversas condiciones de riesgo.

La cesárea electiva se está convirtiendo en una cirugía de primera elección en las grandes zonas urbanas, preferida por gestantes primigestas y jóvenes. Se realiza con mayor frecuencia en hospitales o clínicas de tipo privado. Es una cirugía que se está volviendo comercial con fines estéticos. Conviene conocer un poco acerca de la historia de la cirugía cesárea, su incidencia en diferentes países, identificar los factores que se asocian al incremento de esta práctica, además de los riesgos que implica la cirugía tanto para la madre como para el producto de la concepción. Asimismo, se hace preciso evaluar la cesárea como procedimiento y señalar las indicaciones de la cirugía.

ASPECTOS HISTORICOS

Plinio el Viejo (23-79) en su Historia Natural, verdadera enciclopedia del conocimiento en su época, dice que el primero de los Césares llevó su nombre por el útero escindido de su madre y hace derivar el nombre de la operación de la palabra caesus, que quiere decir cortado, mondado y su opinión se ha mantenido durante siglos. Sin embargo, parece seguro que no se refiere al parto de Cayo Julio César (101- 44 a NE), el gran conquistador, pues la madre de éste vivía en la época en que su célebre hijo atemorizaba al mundo antiguo con su campaña de las Galias y la operación cesárea en una mujer viva era inconcebible en aquel tiempo.¹

Otros autores opinan que el nombre de César fue dado a la dinastía de los Julias, porque uno de sus miembros había dado muerte a un elefante, César en lengua púnica significa elefante y creen ver confirmada su opinión en la existencia de monedas que muestran en su anverso la efigie de César y en su reverso un elefante que pisa una serpiente.

También se piensa que el nombre de César deriva de caesius, azul grisáceo, porque los ojos de uno de los Césares tenía este color y no faltan los que creen más probable que ese nombre derive de caesaries, del sánscrito kesara, que significa largos cabellos, pues en tiempos muy antiguos un cabello abundante era considerado como signo de regia dignidad.² Pero el verdadero creador del nombre de la operación cesárea fue el médico francés Francois Rousset (¿1530-1603?) que en 1581 en su famosa monografía sobre dicha intervención quirúrgica habla por primera vez de una section Caesarienne y

afirma que la palabra Caesar (César) está relacionada etimológicamente con una operación cesárea.³

En la actualidad dicha denominación se ha extendido en las lenguas de los países más cultos y aunque no han faltado intentos por sustituirla, ya hoy es muy difícil que eso pueda ocurrir.

LA CESAREA EN LA MITOLOGIA Y LEYENDA DE PUEBLOS ANTIGUOS

No hay dudas de que la operación cesárea se cuenta entre las intervenciones de urgencia más antiguas que conoce la humanidad porque con ella se evitaba el camino estrecho del parto normal con su consecuencia tan gráficamente expuesta por San Agustín (354-430) en su frase *Inter faeses et urinas nacimur* (entre excrementos y orinas nacemos), se le tenía como el “parto inmaculado” y se hacía nacer de esta forma a los dioses y se consideraba entre los hombres como signo de brillante porvenir.

En el Rig-Veda, el libro más antiguo de la cultura hindú, se relata cómo Indra, el supremo dios védico, se negó a nacer por la “antigua vía ya probada” y deseó “salir oblicuamente por el lado” a pesar de las malas consecuencias que esto traía aparejado a la madre. 4

En la mitología griega también se pueden encontrar dioses nacidos de esta forma y uno de ellos es Asklepios o Esculapio, el dios de la medicina. Acerca del nacimiento de tan importante personaje cuenta la mitología que la bella virgen Coronis, que había concebido un hijo de Apolo, que también es dios de la medicina, pero además de la poesía, las artes, los rebaños y el Sol, le fue infiel a su divino amante con Isquis o Isdup, su prometido, vecino de Arcadia, la región más fecunda en fábulas de toda la Grecia. Enterado Apolo, por su vigía el cuervo, de tan amarga realidad se vengó dando muerte por sí mismo a Isquis. La hermana gemela de Apolo, Artemisa, diosa de la caza, con sus flechas mató a Coronis y el enamorado dios, cuando se disponían a quemar el cuerpo de su amante se compadeció de su hijo que todavía estaba por nacer, lo extrajo del vientre de Coronis, lo llevó al monte Pelión y lo entregó, en su cueva, al viejo centauro Quirón o Cheilón, médico, el que educó a Asklepios y le enseñó sus conocimientos de medicina. 5

Dionisos, dios del vino de la propia mitología, también nació de cesárea post-mortem. 6

Una leyenda recogida en el libro antiguo de los budistas Mahavastu nos dice que Siddharta Gautama, Buda (siglo VI a NE), salió puro e inmaculado del lado derecho de su madre Mâyâ, recibido por el propio Indra.

Plinio el Viejo, además de a César, menciona como nacido de cesárea post-mortem a Escipión el Africano, el viejo (235-183 a NE), vencedor de Cartago. El mismo origen tuvieron Rustem, héroe de la epopeya nacional persa, Libro de los Reyes de Abul-Qasim Firdawsí y el héroe de Islandia, Worsung, según las tradiciones nórdicas. 4

Igualmente la operación cesárea juega un importante papel en las tradiciones y leyendas de pueblos primitivos como los habitantes de las Islas Palau, en la Micronesia; de los nubas y tschambas en África; de los pobladores de las Islas Marquesas, del archipiélago de Santa Cruz y Nueva Zelandia en la Polinesia; de los Wiyots en la California Central y los bororos en el oriente del Brasil.

Por todo ello, se ha llegado a pensar que también la practicaba el hombre de la prehistoria y el historiador médico, y ginecólogo alemán Reinhard Hofchlagel (1871-1951), opina que la operación cesárea se practicaba ya en los cadáveres en los principios de la Edad de Piedra y funda su opinión entre otras cosas en las ideas mágicas del hombre paleolítico, estudiadas no sólo en la arqueología sino también por minuciosas investigaciones en pueblos muy primitivos, principalmente de África Occidental y Oriental.

LA OPERACIÓN CESAREA EN LA MUJER MUERTA

La operación cesárea en la mujer muerta estuvo influida desde que se conoce su práctica por regulaciones legales y religiosas. Su primera indicación en Europa, documentalmente demostrada, se encuentra en el Digesto, o colección de leyes romanas, del emperador Justiniano (527-565), donde se dice: “La Lex regia prohíbe enterrar a una mujer, que ha muerto durante el embarazo, antes de extraerle el fruto por escisión del abdomen. Quien obra en contra de esto, destruye evidentemente la esperanza de un ser viviente”.

Según una leyenda esta ley se atribuye al segundo rey de Roma, Numa Pompilio (715-675? antes de NE), sucesor de Rómulo (siglo VIII a NE), este último con su hermano gemelo Remo (siglo VIII a NE), fundadores de la Ciudad Eterna. Tal opinión no parece ser cierta, pues existe el criterio de que el último párrafo, en el que se dice, “Quien obra en contra de esto, destruye evidentemente la esperanza de un ser viviente”, está influenciado por el Cristianismo y su doctrina de que el niño posee ya un alma en el momento de la concepción con lo cual se reconoce al feto como potencialmente un hombre. Esta idea se hallaba en contra de la que primaba en Roma en la época de Numa Pompilio, la que consideraba que el niño por nacer no era un ser humano y por lo mismo no era castigado el aborto provocado.

No obstante lo dicho, el criterio posterior de la Iglesia con respecto a la operación cesárea en la mujer muerta fue variable y así durante toda la Edad Media se encuentran pocas disposiciones, según las cuales, al morir una embarazada debía abrirse en todo caso el vientre y bautizar al niño. Una de estas disposiciones está contenida en el estatuto de Canterbury de 1236 donde se dice que: “Si muere una mujer durante un parto y se cree que el niño vive, debe ser incidido su vientre y se debe abrir su boca”. Esta última consideración se va a mantener en estricto cumplimiento durante muchos siglos.

En el Sínodo o Concilio de Vienne (1311-1312), los jerarcas de la Iglesia se extendieron en consideraciones sobre la operación cesárea y el bautismo. Allí se dispuso:

“Cuando una mujer muere durante el parto y el niño se encuentra todavía en el claustro materno, debe abrirse éste inmedia-

tamente y bautizarse el niño en caso en que todavía viva; si ha muerto ya, habrá que enterrarlo fuera del cementerio. Si hay motivo para pensar que el niño ha muerto en el vientre de la madre, éste no se abrirá, sino que la madre junto con el niño serán enterrados, en el camposanto. Cuando una mujer no puede parir y el niño sólo asoma su cabeza del vientre materno, la comadrona deberá rociarla con agua pronunciando las palabras: 'Te bautizo en el nombre ...' y el niño queda bautizado. Lo mismo hay que proceder cuando el niño no asoma su cabeza, pero sí surja de la madre una gran parte del cuerpo de la criatura. Ahora bien, si esta parte es sólo un pie o una mano, no debe bautizarse. Si solamente asoma la cabeza u otra parte mayor del cuerpo que no permita determinar su sexo, la comadrona dirá: 'Criatura de Dios, yo te bautizo...'

A partir de los comienzos de la Edad Moderna, la idea del bautismo al practicar la operación cesárea en la mujer muerta desempeñó un papel mucho más importante, al extremo que el clérigo Francesco Enmanuele Cagliamila (1702-1763) en su libro *Embryología sacra...*, publicado en Milán en 1751, exigía que los sacerdotes dominaran la técnica de la operación cesárea, para que en caso de urgencia pudieran administrar a un niño el bautismo.

A pesar de que también en muchos países de Europa decretaron sus Cortes la obligatoriedad de practicar la operación cesárea post-mortem, esto no se llevaba a cabo siempre y se conocen casos en que se prohibió su realización como al célebre obstetra francés del siglo XVII Francois Mauriceau (1637-1709) y al cirujano alemán del XVIII Lorenz Heister (1683-1758), a quienes se les acusó e insultó además, al decirles que ni siquiera en el momento de la muerte dejaban reposar en paz el cuerpo de personas que ya en vida habían frecuentemente atormentado.

El cirujano y obstetra alemán Leopold Sokrates von Rieke (1790-1876) que estudió profundamente la bibliografía sobre cesáreas post-mortem, quedó sorprendido de que existieran tan pocos casos seguros de niños que debieron su vida a la ley de su obligatoriedad y propuso en 1829 que el Estado concediera un premio a las operaciones cesáreas practicadas con éxito en la mujer muerta, de un modo semejante a los conferidos por la salvación de vidas.

Ya a partir del siglo XIV los médicos se venían preocupando de mejorar la técnica quirúrgica de la cesárea y así, en ese mismo siglo, el famoso cirujano francés Guy de Chauliac (1290-1368) fue el primero que hizo indicaciones acerca de la posición y sentido de la incisión y recomendó la parte izquierda con el propósito de no herir el hígado y en la centuria siguiente Pietro d' Argellata (¿ -1423), profesor de la Universidad de Bolonia, Italia, fue el primero que propuso la incisión en la línea alba y la practicó por sí mismo.

Pero no fue hasta el siglo XIX que se concedió mayor atención a las bases científicas de la operación cesárea en la mujer muerta, formulándose la pregunta de cuánto tiempo podía vivir el niño después de la muerte de la madre, a la que se dio respuesta con los más disímiles criterios, en su mayoría absurdos, lo que explica por qué tal práctica arrojaba hace algo más de ciento cincuenta años, una mortalidad infantil de 90 a 99%

y que estas cifras no cambiaran hasta que se reconoció que la operación cesárea debía realizarse inmediatamente después de la muerte de la madre y que se aprendiera a conservar la vida del recién nacido, por lo general asfíctico, con ayuda de acertadas medidas.

LA OPERACIÓN CESAREA EN LA MUJER VIVA

Todos los historiadores médicos están de acuerdo en que la evolución de la operación cesárea en la embarazada viva constituye uno de los capítulos más dramáticos de la historia de la medicina.



Formados los médicos europeos desde los inicios de nuestra Era en el principio hipocrático del *nil nocere*, no hacer daño, la inmensa mayoría se negaba a realizar una intervención de tal magnitud, con resultados tan sombríos y los pocos que la intentaban lo hacían en situaciones extremas en las cuales había que obrar a todo trance. Tomando en cuenta dicha gran verdad es que puede asegurarse que esta operación de urgencia es un producto de la época del Renacimiento y de su extraordinaria audacia y vitalidad que hizo cambiar en todos sentidos la mentalidad del hombre medieval.

No se sabe exactamente quien fue el primer operador que se atrevió a practicarla por primera vez en una mujer viva y se acepta, aunque con naturales reservas, la opinión de Caspar Bauhin (1560-1624) quien la da por realizada hacia el año 1500 por el matarife de cerdos Jacob Nufer, de Sigershausen, en el cantón de Thurgovia, Suiza. Bauhin refiere que ante la imposibilidad de la prosecución del parto:

"...el marido, después de implorado el auxilio divino y de cerrada cuidadosamente la puerta, coloca a su mujer encima de una mesa, y le abre el abdomen, como se hace para los cerdos. Y supo hacerlo con tanta destreza que ya al primer corte se pudo extraer el niño sin ninguna lesión. Once comadronas que estaban cerca de la entrada, sintiendo los vagidos del niño, intentaban entrar con todos los medios; pero no fueron admitidas antes de que se limpiase al niño, y se suturase la herida abdominal, según costumbre veterinaria..."

Bauhin afirmaba que la madre y el niño vivieron, pero como este informe no fue dado a conocer hasta pasado un siglo, son numerosos los historiadores que acogen el caso con cierta reserva. De mucho más crédito es la cesárea en mujer viva

realizada en 1540 por el cirujano italiano Christophorus Bainus recogida por su contemporáneo Marcello Donati (1538-1602).

Por los datos tan precisos comunicados por Jacques Guillemeau (1550-1613) hoy se admite que la operación cesárea en la mujer viva fue intentada por primera vez en el siglo XVI. Sin embargo, todas las intervenciones llevadas a cabo en aquella época siempre terminaban en el fracaso, lo que hizo que tanto Guillemeau como su maestro Ambrosio Paré (1510-1590) se pronunciaran en contra de la misma.

En el siglo XVI fue escrita, también, la primera monografía acerca de la cesárea, publicada en París en 1581 por el médico francés Francois Rousset bajo el título de Nuevo Tratado de la Histerectomía o Parto Cesariano. Esta obra fue considerada como magistral durante todo el siglo y legiones de sus seguidores cumplían en toda Europa sus minuciosas observaciones, muchas de ellas erróneas, como la que sostiene que el útero no debe ser suturado, porque su fuerza de retracción es tan grande que una sutura sólo causaría trastornos. Esta falsa observación fue aceptada como verdad indiscutida y tendrían que pasar exactamente tres siglos para que fuera abandonada definitivamente. Rousset que avalaba sus opiniones con una extensa casuística no ejecutó por sí mismo ninguna cesárea, ni tampoco asistió jamás a esta operación como espectador, por lo que asombra grandemente que la obra de un teórico acerca de una cuestión práctica haya llegado a adquirir tal importancia.

En el siglo XVII los más eminentes obstetras, a cuyo frente se encontraba Francois Mauriceau, eran opuestos a la operación cesárea. Mauriceau opinaba que esta operación nunca debería hacerse en la mujer viva, porque siempre tenía un desenlace fatal para la madre. De este siglo es uno de los casos mejor documentados que se conoce de cesárea en mujer viva. Fue realizada la operación en Witemberg, Alemania, el 21 de abril de 1610 por el cirujano Jeremías Trautmann en la esposa de un tonelero, que al final de su embarazo fue gravemente herida por un arco que al saltar la alcanzó en el vientre, produciéndole una ruptura del útero. Trautmann logró extraer el niño vivo, suturó la herida abdominal y la madre parecía salvada, pero 25 días más tarde falleció súbitamente. La necropsia demostró, sin embargo, que la causa de la muerte no fue debida a la intervención.

El célebre obstetra Cornelio Solingen (1641-1687), en el propio siglo, después de algunas cesáreas fracasadas, mantenía la opinión de que dicha operación no debía contarse entre las misiones de un tocólogo.

En el siglo XVIII se inicia una época de pruebas audaces, la tradición y los prejuicios fueron vencidos por la experiencia y llegó por fin a prevalecer la convicción de que la operación cesárea, a pesar de sus altas cifras de mortalidad, debía constituir una medida necesaria a alcanzar en la obstetricia.

Fueron los médicos franceses los que más van a contribuir al desarrollo de la técnica de la cesárea en este siglo, entre ellos Andre Levret (1730-1780), uno de los más célebres obstetras de su época, con la incisión lateral que lleva su nombre;

Francois-Ange Deleurye (1737-1780), que perfeccionó la incisión en la línea alba y Theódore-Etienne Lauerjat (¿ -1800) que se ocupó críticamente de la cesárea y publicó en 1788 en París una extensa monografía con el título Nuevo Método de Practicar la Operación Cesárea y paralelo a esta operación la sección de la sínfisis de los huesos del pubis, en la cual comunicó los resultados de extensos y minuciosos ensayos sobre la técnica de esta operación. Lauerjat fue un ferviente partidario de la incisión oblicua.

Tan importantes como estos avances fueron también los intentos hechos por los obstetras franceses de conseguir una sutura del útero. En 1769 el cirujano Lebas de Moulleron, en contra de la opinión de su tiempo, se atrevió a practicar una sutura del útero con tres hilos, pocos obstetras le siguieron. El siglo XIX comenzaba dándole toda la vigencia a la descarnada opinión de Otto Küstner (1849-1931): "Esta operación de tan orgulloso nombre ha sido casi siempre un desastroso fracaso".

Tomando en cuenta que la causa principal de la gran mortalidad de la operación cesárea residía en la hemorragia y sobre todo en la peritonitis y que la infección partía casi exclusivamente del útero, había que encontrar un método que permitiera de un modo u otro excluir al útero como fuente de peligro. El primero que creó una nueva y eficaz técnica operatoria desde este punto de vista y con ello abrió una nueva época, la verdaderamente brillante en la historia de la operación cesárea, lo fue el genial ginecólogo de Milán, Edoardo Porro (1842-1902).

El 21 de mayo de 1876, Porro realizó por primera vez la operación que más tarde llevó su nombre y que consistía en amputar supravaginalmente el útero después de la cesárea, con lo cual obtuvo un completo éxito para la madre y el niño en una primípara de 25 años de edad, que presentaba una pelvis en alto grado raquítica. La técnica fue publicada en Milán en el propio año 1876 con el título "De la amputación útero-ovárica como complemento de la operación cesárea", que produjo gran sensación entre los médicos.

Poco después de ser conocida la nueva técnica, comenzó a perfeccionarse constantemente. Si en la primera operación realizada por su autor se dejaba el muñón del cuello uterino fuera del peritoneo, más tarde se adoptó la técnica del muñón intra y retroperitoneal y por último, se pasó a practicar la inversión del muñón en la vagina. Estas y otras modificaciones contribuyeron a mejorar la técnica y que al cumplirse el 25º aniversario de la operación de Porro la casuística aportada por Ettore Truzzi (1855-1922) mostrara finalmente una mortalidad materna que llegaba solamente a un 25 % y una mortalidad infantil de 22 % aproximadamente.

En estos éxitos no pueden verse solamente las ventajas de dicha operación y si deben tomarse en cuenta que por esos años hacen su aparición la antisepsia y la asepsia para dar comienzo a una nueva Era en la medicina que haría avanzar a la cirugía en general hasta alcanzar logros insospechados siquiera antes de 1880.

El gran inconveniente del método de Porro estribaba en el carácter mutilante de la operación, que no lograban desvirtuar todas sus demás ventajas y muy pronto se abrió paso la idea de que tarde o temprano había que volver a adoptar de un modo o de otro, el antiguo método conservador. Sin embargo, para evitar el peligro de infección había que crear una técnica operatoria completamente nueva.

Al comenzar a pensar en métodos más apropiados se concentró la atención en la sutura del útero, detalle éste que hasta entonces se había descuidado. Desde la época de Francois Rousset repetidas veces fue rechazada una sutura como innecesaria y, aún cuando fue propuesta de nuevo en 1866 por Bernhard Breslau, no se reconoció que fuera inocua e imprescindible hasta 1882 en que el célebre ginecólogo alemán Max Sanger (1853-1903) practicó la primera cesárea seguida de cierre del útero por suturas de plata y seda.

Las técnicas aportadas por este inmortal ginecólogo y su no menos inmortal compatriota, el ginecólogo de Heidelberg, Ferdinand Adolf Kehrer (1837-1914), encaminadas a aislar de un modo seguro y duradero la cavidad peritoneal convirtieron la operación cesárea en una intervención nada peligrosa y se llegó a conseguir un éxito que pocos años atrás hubiera sido imposible, lo que hizo exclamar a su contemporáneo Gerhard Leopold (1846-1911): "Si Porro deshizo el nudo gordiano, evitándolo simplemente, a Kehrer y Sanger corresponde el mérito de haberlo efectivamente desanudado".

En busca del futuro perfeccionamiento de la técnica operatoria, así como para disminuir la mortalidad, se prestó posteriormente mayor atención no solamente a la asepsia y a la técnica de sutura, sino también a la dirección de la incisión y este campo es tan fecundo que resulta imposible comentar siquiera las imprescindibles y sólo resulta útil mencionar los nombres de algunos de sus más eminentes autores: Isidor Cohnstein (1841-1894), Oskar Polano (1873-1934), Henrich Fritsch (1844--1915), Peter Müller (1836-1922), Fritz Frank, Albert Doderlein (1860-1941), Sidmund Gottschalk (1860-1914), Ernest Solms (1878-?) y Henrich Doerfler (1864-1938).

Al éxito de la operación cesárea han contribuido además en el siglo XX, otras muchas conquistas científicas pero ninguna de ellas como la introducción de los quimioterápicos y los antibióticos y el perfeccionamiento de la anestesia, por eso junto a los grandes impulsores de su técnica deben figurar los nombres de los inmortales creadores de la anestesia, la antisepsia, la asepsia, la quimioterapia y la antibiototerapia: William Thomas Morton (1819-1868), Louis Pasteur (1802-1895), Joseph Lister (1827-1912), Paul Ehrlich (1854-1915), Gerhard Domagk (1895-1964) y Alexander Fleming (1881-1955).

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

Con pocas excepciones a nivel mundial la tendencia al ascenso en la prevalencia de cesáreas es generalizada. En 1985, el centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano de la OPS/OMS, inició un estudio sobre la epidemiología de la cesárea. La primera fase comprendió 178 instituciones de 17 países y se descubrió que la tasa de nacimientos por cesárea varió de 9.3% en Honduras y 29.1% en México. Además se

señaló que la mayor prevalencia se encontraba en los servicios privados y de pago anticipado, seguidos de las instituciones de seguridad social, los hospitales universitarios y, por último, de las instituciones dependientes del ministerio de salud y de las fuerzas armadas.

En el estudio se observó que el periodo medio de hospitalización era de 2.1 días cuando el parto era normal y de 4.5 días cuando se efectuaba una cesárea. En Chile la tasa de cesáreas asciende a 40%, en Puerto Rico 31%, En Brasil más del 30% de los nacimientos son cesáreas, con una gran variedad de registros, en Sao Paulo la tasa es de 51.1% de cesáreas, en Rio de Janeiro hay maternidades que registran desde 32 a 81% de cesáreas. En Estados Unidos de América los nacimientos por cesárea pasaron de 5% en 1988 a 23% en el año 2000. En México hubo un incremento del 13.5% en 1990 a 21.9 % en el año 1995.

FACTORES Y RIESGOS ASOCIADOS

Los principales factores conducentes que se han identificado incluyen principalmente las características del hospital: afluencia de pacientes, privado o público, con formación o no de recursos humanos, el uso cada vez más frecuente de ultrasonografía y monitorización electrónica.

En el sistema público las cesáreas son menos frecuentes que en el medio privado, ya que la acción del médico está orientada a cumplir metas programadas, y en los servicios públicos la autonomía de la madre está relegada a una mínima expresión.

Este ha sido el escenario predominante, pero en los últimos años se ha notado una tendencia a la transformación debido a la sobrecarga asistencial de una población creciente más "informada" o (pseudo-informada) y demandante. Se han argumentado como factores que contribuyen a elevar la práctica cesárea: la comodidad del médico, evitando las largas horas de vigilancia del trabajo de parto, haciendo de este un procedimiento más rápido, controlable y en horarios hábiles, el aprendizaje de los futuros obstetras en la residencia, y por solicitud de la paciente por temor al dolor implícito de un parto vaginal, por razones de comodidad al poder programar su parto, o por razones de tipo estéticas.

Tradicionalmente la cesárea se ha sido asociada a un incremento en el riesgo de complicaciones como hemorragias, la necesidad de transfusiones sanguíneas, infección, lesión de la vejiga, e intestinos y trombosis venosa profunda de miembros inferiores.

Un parto por cesárea es una cirugía mayor, y, como sucede con los otros procedimientos quirúrgicos, existirán muchos riesgos involucrados en esta clase de cirugía. El riesgo estimado de que una mujer muera luego de haberse sometido a una cesárea es menor a uno de cada 2.500 partos (el riesgo de muerte posterior a un parto vaginal es menor a uno de cada 10.000). Estos son los riesgos estimados para la población femenina en general. Las condiciones médicas individuales, tales como los problemas cardíacos podrían hacer que los

riesgos de someterse a un parto vaginal sean mayores que los de someterse a un parto por cesárea.

RIESGOS PARA EL RECIEN NACIDO

- **Nacimiento prematuro.** Si no se hubiera calculado de manera precisa la fecha del parto, el bebé podría nacer prematuramente.
- **Problemas respiratorios.** Los bebés nacidos mediante una cesárea son más propensos a desarrollar problemas respiratorios, tales como: taquipnea transitoria (respiración anormalmente acelerada durante los primeros días posteriores al nacimiento).
- **Puntajes de Apgar bajos.** A veces, los bebés nacidos mediante una cesárea poseen cuentas de Apgar bastante bajas. El bajo conteo podría ser un efecto derivado de la anestesia y del parto por cesárea, o el bebé podría haber estado sufriendo antes de nacer. O quizás, el bebé no ha estado lo suficientemente estimulado como sí lo estaría si hubiera nacido mediante un parto vaginal.
- **Daño fetal.** A pesar de que es sumamente raro, el cirujano podría haber rasguñado accidentalmente al bebé mientras estaba realizando la incisión uterina.

RIESGOS PARA LA MADRE

- Infecciones. El útero o los órganos cercanos a la zona pélvica, como por ejemplo; la vejiga o los riñones podrían llegar a infectarse.
- Gran pérdida de sangre. La pérdida de sangre o hemorragia promedio provocada por los partos por cesárea es dos veces mayor a la pérdida de sangre propia de los partos vaginales. No obstante, raras veces es necesario recurrir a transfusiones de sangre durante una cesárea.
- Disminución del funcionamiento de los intestinos. A veces, los intestinos trabajan lentamente por varios días luego de haberse sometido a una cirugía, dando como resultado: distensión, hinchazón, y sensación de malestar.
- Complicaciones respiratorias. Algunas veces, la anestesia general puede llegar a provocar neumonía.
- Estadía prolongada en el hospital y período de recuperación más largo. La duración promedio de la estadía en un hospital varía de tres a cinco días, mientras que la estadía luego de un parto vaginal sólo es de uno a tres días.
- Reacciones derivadas de la anestesia. La salud de la mamá podría encontrarse en peligro por reacciones inesperadas (tales como: elevación abrupta de la presión arterial) derivadas del uso de anestesia o de otras medicaciones durante la cirugía.
- Riesgo de tener que someterse a cirugías adicionales. Por ejemplo: histerectomía, reparación de la vejiga, etc.
- Desarrollo de coágulos sanguíneos en las piernas, en los órganos que se encuentran en la zona pélvica, o en los pulmones.
- Posibles lesiones en los intestinos o en la vejiga.

DEFINICIÓN

La cesárea es el parto del niño a través del abdomen materno mediante la realización de una incisión (herida quirúrgica) en la pared de éste (laparotomía) y en el útero (histerotomía).

Normalmente se realizará una incisión abdominal transversa y en el bajo abdomen que aunque es técnicamente más difícil compensa por resultar más estética. La relativa seguridad de la cesárea hizo aumentar el porcentaje de partos que terminaban por este procedimiento. Se estima que entre un 10 y un 20% de todos los nacimientos son por cesárea. Sin embargo el hecho de no estar exenta de peligros (pérdida de la salud e incluso de la vida materna) y que las complicaciones se dan con mayor frecuencia durante la cesárea que con el parto vaginal, hace que sólo se indique la práctica de una cesárea cuando exista una estricta indicación médica.

Una cesárea puede planificarse con antelación (electiva), o cuando algún problema de salud materno o fetal así lo aconseja o bien puede surgir la necesidad de practicar la cesárea de forma más o menos inmediata por complicaciones o dificultades en el parto. La cesárea electiva se suele realizar una o dos semanas antes de la fecha prevista para el nacimiento. De este modo se garantiza que el bebé esté lo suficientemente desarrollado y maduro como para vivir por sí solo fuera del vientre materno.

CLASIFICACIÓN

En general se pueden clasificar las cesáreas en tres tipos:

• Cesárea electiva

O aquella que se programa con antelación para una fecha determinada.

- Cuando existe el antecedente de dos cesáreas anteriores o cicatrices de sendas intervenciones sobre el útero en las que éste se abrió completamente.
- La placenta se sitúa sobre el orificio de salida del útero impidiendo con ello el parto vaginal del niño. Esto se denomina placenta previa.
- Cuando el tocólogo u obstetra descubre antes del parto alguna situación que potencialmente amenazaría la vida del niño por falta de oxígeno si se le expusiese al trabajo de parto.
- Cuando coexista con el embarazo una enfermedad materna de tal naturaleza que el esfuerzo que le demanda el parto pueda descompensar u empeorar su salud (por ejemplo: insuficiencia cardíaca moderada o grave).
- Cuando, por ser el niño muy grande (macrosómico), presente éste alguna malformación o bien la pelvis materna sea muy estrecha o deformada la posibilidad de un par-

to vaginal se presume imposible (situación denominada desproporción pélvico-cefálica).

- Infección actual o muy reciente de los genitales externos por virus herpes, tratando de evitar la transmisión al feto durante el paso del mismo por la vagina.
- **Cesárea de urgencia durante el embarazo o el parto**
- Cuando la placenta se desprende extensamente del útero encontrándose aún el niño dentro del mismo (desprendimiento precoz de placenta normo inserta).
- Si se produce una hemorragia vaginal grave y se prevé que no pueda el parto suceder inmediatamente.
- Crisis convulsiva del embarazo (eclampsia).
- Súbita salida del cordón umbilical del útero colocándose por delante de la cabeza del niño, situación que se denomina prolapsos de cordón.
- Sospecha de rotura del útero antes del parto o durante el proceso del parto si no se prevé la expulsión rápida del niño por vagina.
- **Cesárea en el transcurso del parto**
- Niño mal colocado (por ejemplo: situado transversalmente).
- Si no hay dilatación, a pesar de tener la madre contracciones adecuadas durante un período de tiempo razonable.
- Fracaso en la estimulación del parto con oxitocina (sustancia hormonal utilizada corrientemente para producir contracciones uterinas).
- Desproporción entre la pelvis materna o la cabeza fetal sospechada durante el parto.
- Señales de un sufrimiento fetal que no cede con tratamiento.
- Fiebre materna durante el parto, siempre que se presume que el parto vaginal va a ser lento.
- En ocasiones habrá situaciones de riesgo elevado (por ejemplo: historia de fetos muertos anteriormente, primer embarazo a una edad muy avanzada, tratamiento previo de esterilidad, etc.) que unidas a las anteriores pueden establecer una indicación de cesárea.

La mujer debe ser consciente por tanto de que la cesárea ha de tener siempre una indicación médica que la justifique y que nunca se podrá realizar siguiendo voluntad de la paciente sin más.

LA CESÁREA COMO PROCEDIMIENTO

En una cesárea estará el cirujano y su ayudante, el anestesiólogo, la enfermera instrumentista otra enfermera más, una matrona y el pediatra.

En España no se autoriza la presencia de la pareja o de un familiar durante la realización de la misma, aun cuando ésta se practique mediante anestesia epidural.

Se practicará una incisión abdominal de entre 15 a 20 cm que puede ser transversal en el bajo vientre y cerca del vello púbico (la más común) o bien vertical en la línea media de abdomen desde el ombligo hasta el vello púbico. Tras la apertura de las diversas capas de tejidos que constituyen la pared abdominal se accede al útero sobre el cual se practica una incisión transversal que permite su apertura y a través de la cual se extrae el niño. Todo este proceso hasta el nacimiento dura muy pocos minutos.

Tras nacer, se corta el cordón umbilical y se muestra el bebé a su madre, si es factible y ésta permanece despierta. Tras la extracción de la placenta, el obstetra cierra la incisión del útero y de la pared abdominal capa por capa; al llegar a la piel la sutura de ésta normalmente se realiza con puntos de seda visibles pero existe la posibilidad de que se usen grapas o bien suturas intradérmicas llamadas así porque van por dentro de la piel sin ser visibles. Grapas o seda habrán de ser retirados a los seis o siete días, en cambio la sutura intradérmica es biodegradable, no siendo necesario retirarla.

En general, la duración de una cesárea sin complicaciones es de 30-40 minutos.

La mayor parte de los anestesiólogos practican una anestesia espinal o epidural mediante una aguja fina que se sitúa en la mitad inferior de la columna. La mayor parte de las mujeres experimentarán una sensación de presión durante la cesárea, pero no sentirán dolor. Puede aconsejarse una anestesia general en ciertas circunstancias en que la anestesia epidural esté contraindicada o el estado de salud materno así lo requiera, por ejemplo: hipotensión por hemorragia.

RIESGOS

Una cesárea es una operación muy segura tanto para la madre como para el niño. Sin embargo, al igual que en algunas operaciones quirúrgicas de importancia, existen riesgos asociados. Los principales son para la madre e incluyen hemorragia grave durante la operación, infección de la herida o de las vías urinarias, desarrollo de coágulos de sangre (trombosis en las venas de las piernas o la pelvis) tras el parto.

Otras complicaciones vienen derivadas del uso de la anestesia, otras son derivadas de la lesión de las vísceras vecinas al útero (vejiga, intestino, uréteres). El obstetra y la comadrona garantizarán las medidas adecuadas para reducir el riesgo del desarrollo de estas complicaciones o en caso de estar establecidas para su curación.

POST CIRUGIA

La mayor parte de las mujeres se levantan y están de pie a las 24 horas de la cesárea, cosa que resulta muy deseable para la prevención de trombosis por inmovilidad. El dolor de la herida se controla con los calmantes adecuados. La mayoría de las madres salen del hospital o clínica 4 ó 5 días después del parto con cesárea. Al tercer día de posparto la mujer puede recibir duchas sin perjuicio para la herida.

Una cesárea no impide que una madre alimente a su hijo dándole el pecho, si ese es su deseo. Igual que tras el parto vaginal, tras la cesárea se pueden padecer los "entueritos", que son los dolores intermitentes provocados por la contracción del útero.

En general, la mujer alcanza su peso habitual de antes del embarazo a los seis meses del parto. El ejercicio ayudará a la recuperación de su figura. Las relaciones sexuales con coito se podrán iniciar cumplidas tres semanas desde la cesárea.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se ha comprobado que las cifras más altas se registran principalmente en centros especializados de alta complejidad y práctica privada.

En occidente, a partir de la década de 1970 la tasa de cesáreas fue en continuo aumento. Actualmente, no siempre resulta beneficioso ni para la madre, ni para el niño; y tampoco lo es para los costos y las estadísticas hospitalarias.

En algunos países de América Latina, su práctica ha llegado a ser tan abusiva que sobrepasó el 80 % del total de los nacimientos. Como resultado de la sobrecarga asistencial de una población creciente más "informada" o (pseudo-informada) y demandante.

La morbimortalidad materno-fetal también se ha visto incrementada debido a la realización injustificada de la cirugía ce-

sárea, ya que se han pasado por alto los criterios de indicaciones de la cesárea.

En el momento actual, la cesárea no tiene virtualmente contraindicación alguna, excepto el hecho de no estar correctamente indicada. Los resultados de la investigación señalan que la cirugía cesárea es un procedimiento que en su mayor parte es realizada en las zonas urbanas, y nos ha mostrado que en los últimos años han multiplicado sus prácticas e incluso empiezan a ser solicitadas por las pacientes no sólo en la práctica privada sino también en seguros sociales administrados por gobiernos.

Como conclusión podemos decir que la cesárea electiva es una cirugía que se ha vuelto muy utilizada en los últimos años y que ha sido practicada de forma muy liberal. Existe un alto nivel de aceptación entre las gestantes debido a las ventajas que les ofrece, pero también podemos constatar que no todas conocen los riesgos y consecuencias que la cirugía en sí conlleva, no solo para ellas sino también para los recién nacidos.

Se recomienda no indicar una cesárea sin justificación porque se estaría elevando el riesgo de complicaciones tanto para la madre como para el producto de la gestación y si aun así la madre opta por la cesárea, hacer hincapié en los riesgos y consecuencias que podría sufrir. Conviene otorgar siempre información completa para beneficio de los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. FERRARELLI, L.: Dudas históricas sobre la operación cesárea. Gaceta Sanitaria. 4(5-6): 41- 43. Sept.-Dic. 1949.
2. BUËSS, H.: La obstetricia en la era romana. Actas Ciba. Oct.-Dic. 1950. pp. 154-163.
3. QUECKE, K.: La denominación «Operación cesárea». Actas Ciba. Julio-Sept. 1952. pp. 114-115.
4. QUECKE, K.: Principios históricos de la operación cesárea. Actas Ciba. Julio-Sept. 1952. pp. 82-87.
5. SIGERIST, H. E.: Los grandes médicos. Ed. Ave. Barcelona. 1949.
6. LUND Niels, FLORIDON Charlotte, OWEN Phillip Última versión: 2008
7. PEREZ HIGUERO, Jesús. Ginecología y Obstetricia, apuntes