

DR. JOSÉ PADUA LATUF*

INDICACIONES DE LA CESAREA

SE DENOMINA cesárea a la operación que tiene por objeto la extracción del feto mediante una herida quirúrgica abdominal.

Probablemente el término deriva del verbo latino "caedere" que significa cortar, lo que explica que en Roma fueran llamados los recién nacidos por cesárea "Caesones". Queda descartada en absoluto la posibilidad de que tal nombre fuese aplicado en virtud de que Julio César nació mediante dicha operación ni de que el nombre de éste obedeciera al mismo hecho como pretende la tradición. Un argumento firme que se le opone, además de otros, es el de la supervivencia de la madre del Emperador —de nombre Aurelia, perteneciente a la familia Julia, una de las de mayor alcurnia entre los patricios romanos—, quien vivió muchos años después, ya que en aquellos tiempos hubiera sido muy difícil la supervivencia tras la intervención. También una anécdota histórica parece confirmar el nacimiento del César por parto vaginal: Cuando regresaba a Roma victorioso de las

Galias, encontró a su madre a quien saludó a su paso, levantando el brazo, con la siguiente frase: "¡Salve, oh Madre!" Poco después, al pasar frente a su nodriza, se apeó del caballo y le prodigó efusivo abrazo. La diferencia de comportamiento para ambas le fue criticada, a lo que el César respondió: "...es más madre la que cría que la que pare..."

Un antecedente histórico preciso se consigna en la "Lex Regia", promulgada por el Rey de Roma, Numa Pompilio, en el año 715 a. J. C., que sancionaba legalmente la obligatoriedad de practicar cesárea a toda mujer en el acto de su muerte si cursaba con un embarazo a término. De este antecedente se deduce el conocimiento que la humanidad poseía de dicha intervención, seguramente mucho tiempo atrás de la época en que fue expedida la "Lex Regia".

Es la operación obstétrica más antigua y su origen se esfuma en las sombras de la más remota antigüedad.

Toda persona interesada en este apasionante capítulo debe consultar la Tesis Doctoral de Javier Méndez González, publicada en 1971, por consti-

* Consultante en Ginecología del Instituto Nacional de la Nutrición.

tuir una fuente de información valiosa sobre la historia de la operación cesárea.

Entre su remoto origen y su tardío desarrollo (que ha alcanzado brillante perfección en las tres últimas décadas) se extienden muchos, muchísimos siglos de abandono, crítica y hasta repulsión para este maravilloso método obstétrico de gran porvenir, que cada día se emplea más y se enriquece con nuevas indicaciones a la par que se depura mejor su técnica quirúrgica.

La práctica de la cesárea ha aumentado progresivamente desde los últimos 25 años, observándose mayor incremento desde hace 10 ó 15 años. Obedece fundamentalmente a dos razones: a) disminución de la mortalidad operatoria; b) nuevas indicaciones que aportan amplio margen de seguridad materno-fetal sobre la práctica tocúrgica vaginal.

La frecuencia de la cesárea, que a principios del siglo oscilaba de menos de uno por ciento, fue elevándose hasta la actualidad que registra una cifra porcentual del 6 al 10, y más alta aún en la clientela privada debido a que en ésta se interviene con un criterio de gran tolerancia que propicia el abuso de su práctica.

La disminución en la mortalidad operatoria se debe principalmente a la depuración de la técnica quirúrgica, al empleo de la transfusión, a los progresos de la anestesiología y al advenimiento de los antibióticos. El descenso de la mortalidad ha sido sorprendente, desde 12% y aún más alta a fines del siglo anterior hasta 0.0% que algunas estadísticas privadas muestran, como la del Santa Teresa, I.G.O. de la ciudad de México, de absoluta fidelidad.

Creemos que ésta es la razón básica por la cual el número de cesáreas ha aumentado ostensiblemente hoy en día propiciando su abuso y no ha faltado autor que vaticine para el futuro este método como la forma universal de terminación del parto, aseveración que interpretamos como una osadía.

Las indicaciones deben concretarse y limitarse con criterio adecuado y aún cuando éste se use con margen más amplio y con mayor liberalidad, no por eso habrá de abusarse de la intervención.

Existen numerosas clasificaciones para agrupar las indicaciones actuales de la cesárea. Fragoso las divide en 3 grupos: indicaciones absolutas, indicaciones relativas e indicaciones convencionales. Botella las clasifica en 3 apartados: indicaciones absolutas, indicaciones por obstáculos en el canal del

parto e indicaciones por necesidad de terminar el parto. Willson las divide en dos grupos: indicaciones justificables e indicaciones relativas.

Así se pueden multiplicar los capítulos en que se agrupan, según cada autor. Estimamos que una clasificación tan estricta es útil con fines didácticos y que en la práctica lo importante es el conocimiento preciso de cada indicación en su término formal, valorada con criterio justo y apegado a la necesidad del caso en estudio, para evitar errores lamentables.

Aceptamos la existencia de indicaciones absolutas cuando el único medio para resolver el problema es la cesárea —con exclusión de alguna otra posibilidad—, y el de indicaciones relativas cuando la extracción por la vía abdominal es aconsejable basada, precisamente, en la seguridad de la terminación feliz del caso sobre el probable parto vaginal, pero susceptible de substitución por la vía normal en partos futuros.

A continuación revisaremos las indicaciones que hasta el momento presente se admiten, exponiendo los puntos de vista que las apoyan.

1. Desproporción céfalo-pélvica.—Incluimos en este concepto, en primer término, a las pelvis estrechas —cualquiera que sea la variedad anatómica—, y a las anomalías de la forma pelviana que impidan en absoluto el libre tránsito del feto. En tales condiciones con feto vivo o muerto, con útero infectado o no, la única alternativa es la práctica de la cesárea abdominal.

Las deformaciones parciales que confronte la pelvis materna, por reducción importante de algunos de sus diámetros a cualquier altura, pero que dificulten seriamente o imposibiliten el descenso de la presentación, son tributarias de la intervención. Ejemplos: reducción del diámetro bi-ciático, por prominencia de estas espinas, por debajo de 80 milímetros. Prominencia de la curvatura del sacro con reducción del diámetro antero posterior impidiendo el descenso u otras alteraciones morfológicas que sin producir estrechez aparatosa son capaces de dificultar seria y peligrosamente la progresión de una cabeza.

Encajan en este apartado las variaciones constitucionales de la pelvis, localizadas a cualquiera de los tres estrechos (superior, medio e inferior); los tipos anormales de crecimiento y desarrollo (pelvis infantil, pelvis enana); los tipos anormales por enfermedades de la pelvis incluyendo las inflama-

torias (coxalgia) y las traumáticas (fracturas); los tipos secundarios a anomalías de la columna vertebral (pélvis cifótica, escoliótica, espondilolística; y a los tipos anormales secundarios a alteraciones en los miembros inferiores (luxación coxofemoral, acortamiento de un miembro).

El conocimiento de la pelvis y el estudio y de sus diámetros debe hacerse durante el embarazo de toda primigrávida, invariablemente, utilizando los procedimientos pelvimétricos conocidos, principalmente la pelvimetría interna mediante tacto vaginal.

Nosotros optamos, casi de manera invariable, por la pelvicefalometría radiográfica en toda primigesta sin excluir el método clínico de pelvimetría interna. El estudio se ordena en la 37 a 38a. semanas del embarazo, y al través de él siempre hemos podido prever el posible curso final que tendrá el caso, motivo del examen radiográfico.

Es importante también precisar el tamaño del feto, porque aun con pelvis normal un feto voluminoso es capaz de crear desproporción. Por lo tanto, para que el móvil se encaje debe existir proporción pélvico-cefálica, misma que se romperá igualmente creando distocia, cuando el feto es de tamaño normal con pelvis materna estrecha que cuando la pelvis es normal pero con feto voluminoso. Así se explican los ejemplos de distocias por desproporción después del primer parto espontáneo y normal en mujeres que procrearon un primer hijo de volumen normal o algo menor, siendo los siguientes de gran volumen. En estos ejemplos no existe estrechez pélvica sino desproporción por macrosomía fetal. Cuando esta eventualidad acontece en el primer embarazo, no debe vacilarse en optar por la vía abdominal si no se desean riesgos para el feto y la madre.

Volviendo al concepto, de estrechez pélvica se impone considerar el grado de ella. En las moderadas debe observarse una actitud expectante si se piensa que la cabeza puede encajarse y descender, particularmente si el grado de estrechez se marca por la reducción de unos pocos milímetros, dando lugar a la pelvis que se denomina "pelvis límite". Frente a esta situación es aconsejable la conducta que se conoce con el nombre de "prueba del trabajo" o "parto de prueba". Esta conducta expectante puede realizarse de dos formas: a) prueba de trabajo espontáneo y, b) prueba de trabajo bajo esti-

mulación ocitótica. Excluimos el "forceps de prueba" por considerarlo perjudicial y erróneo.

La prueba de trabajo espontáneo consiste en someter a la mujer a dicha prueba en el período expulsivo, con dilatación de 5 cms. y ruptura artificial de la bolsa amniótica y esperar un lapso prudencial de 6 horas. En tal período de tiempo vigilar estrechamente la ocurrencia de eventualidades como sufrimiento fetal, contracciones hipertónicas y amenazantes, hipodinamia, etc. Martius aconseja ruptura artificial de la bolsa y esperar 50 contracciones vigilando la aparición de signos de sufrimiento fetal. Otros autores optan por una marcha con dinámica regular, no mayor de 3 horas o 25 contracciones, suficientes en su opinión para saber si una cabeza progresa o no en su descenso.

Somos partidarios de la prueba de trabajo con estimulación de ocitocina, por goteo endovenoso lento y ruptura artificial amniótica. Creemos que este método tiene la ventaja de eliminar un trabajo con mala dinámica, de estimular las contracciones a voluntad, mantenerlas regulares y con una efectividad satisfactoria. El límite de prueba lo marcamos a las 3 horas como máximo y en condiciones óptimas. La prueba se suspenderá si resultó inútil por falta de progresión de la cabeza en el término señalado, o en el momento que surjan signos de sufrimiento fetal o hiperdinamia uterina. La conducta a seguir será entonces la cesárea.

Es conveniente aclarar que la prueba de trabajo sólo la ensayamos en aquellos casos en que se consideran amplias posibilidades para la terminación del parto natural; no así en aquellos en que la duda aporta débiles esperanzas en cuyo caso, para evitar riesgos, optamos por la conducta intervencionista.

2. Posiciones anormales o difíciles del feto.— Este capítulo o grupo se refiere a las posiciones que observa el feto y que resultan notoriamente incompatibles con la mecánica normal del parto, o bien, posiciones difíciles que entrañan riesgos muy serios en su terminación por la vía natural.

En las situaciones transversas o mejor oblicuas, que constituyen las presentaciones de hombro, el feto impide su tránsito normal por el canal pelvi-genital y por lo tanto no puede existir mecanismo del parto. Cesárea es la regla general, ya que la versión por maniobras internas, casi proscrita en la actualidad, tiene indicaciones limitadas y exige condiciones precisas para su ejecución.

En las posiciones mento-posteriores que después de prudente espera no giran para colocarse en anteriores, ni mediante las maniobras de Pinard o de Thorn (si la cabeza se halla en el estrecho superior) ni las que consisten en intentar su rotación empujando el mentón o introduciendo los dedos en la boca (maniobra de Lachapelle) deben resolverse por la operación cesárea. Respecto a las maniobras descritas en líneas anteriores la regla es que fracasen. Algunos autores aconsejan, como última oportunidad antes de practicar la cesárea, intentar la rotación de la cabeza mediante el forceps.

Fragoso engloba en el término de posiciones de la cabeza de mecánica impracticable a las O.P. persistentes y las mento posteriores, las cuales regularmente terminan por operación cesárea cuando la dificultad de cupo que se establece por la posición inadecuada de la cabeza, impide la conjugación de los diámetros para una liberación feliz. No obstante, aconseja las maniobras que tienen por objeto corregir la deflexión cefálica para orientarla correctamente; mas esta circunstancia cuando se logra, sucede siempre en cabezas pequeñas o en las que no están encajadas; por lo mismo, la maniobra no tiene objeto en circunstancias adversas, cabezas grandes o fijas. Las O.P. son tributarias de la aplicación de forceps de Kjielland, cuando quien o practica es hábil y conoce ampliamente la mecánica del parto para poder situar el segmento cefálico en O.P. seguido de la toma directa, pero cuando esta maniobra del arte obstétrico ofrece la más leve dificultad debe quitarse de inmediato el aparato y decidirse por la vía abdominal. Empecinarse en obtener un parto vaginal en esas condiciones, en la mejor de las circunstancias, lesiona el futuro obstétrico de la paciente y obtiene un niño con alteraciones de la comunicación humana o disminución de su categoría mental.

En la presentación pélvica es común que el parto termine favorablemente con la extracción podálica, maniobra toco-quirúrgica de resultados brillantes, con o sin aplicación de forceps en cabeza última. Tratándose de primigesta, con feto voluminoso, la mejor conducta es la cesárea.

3. Distocia dinámica.—Siempre que el trastorno de la contractilidad uterina sea irreversible e impida la progresión del móvil por el canal del parto, deberá optarse por la vía abdominal, sin esperar la aparición de signos graves de sufrimiento fetal.

4. Obstáculos en las vías blandas.—Rigidez del

cuello u otras lesiones que impidan definitivamente su dilatación completa o tumores previos que imposibilitan el paso del feto, serán casos tributarios de cesárea.

5. Prolapso del cordón. Constituía antiguamente una gran preocupación y trataban de resolverlo por versión. En la actualidad, si no puede reducirse el prolapso y no se cumplen las condiciones óptimas de la versión, la cesárea es la conducta a seguir.

6. Placenta previa.—Cuando es central y oclusiva, la cesárea es la conducta obligada. Idéntica conducta es aconsejable si es oclusiva parcial con cuello no dilatado, así como para cualquiera de las variedades que den lugar a hemorragias abundantes y el trabajo no se encuentre en condiciones de ser terminado rápidamente por la vía vaginal, ya que la hemorragia abundante puede comprometer la vida de la paciente si no se cohibe oportunamente. En cambio, si la placenta no es oclusiva ni se complica con hemorragias peligrosas, debe optarse primero por la estimulación del trabajo de parto y ruptura artificial de membranas, bajo vigilancia estrecha.

7. Desprendimiento prematuro de la placenta normo-inserta.—Cuando la gravedad de la paciente lo demande y el cuello uterino sea impracticable para la aplicación de forceps o no se reúnan las condiciones óptimas para la práctica de la versión por maniobras internas, la vía de elección será la abdominal, sin vacilaciones y con carácter urgente.

8. Ruptura uterina.—Frente a una inminencia de ruptura, se procurará acelerar la terminación del parto por la vía más rápida, incluyendo la cesárea si el caso así lo exige.

En caso de ruptura incompleta del útero, cesárea inmediata y reparación de la herida con peritonización perfecta del desgarró uterino. Si la extensión del desgarró impide la práctica de cirugía conservadora se procederá a hacer histerectomía.

9. Sufrimiento fetal.—En estos casos de sufrimiento fetal con signos graves y no existiendo posibilidad de terminar el parto normal rápidamente, la cesárea estará indicada para la salvaguarda del niño, independientemente de la causa que origine el sufrimiento.

10. Gestosis e infecciones graves.—En los casos de eclampsia o hipertensión maligna durante el embarazo, así como en cardiopatías con amenaza de descompensación, nefropatías y hepatopatías graves, tuberculosis pulmonar seria y otras infecciones seve-

ras como tifoidea, tifo exantemático, etc., la conducta expectante y conservadora a menudo aporta buenos resultados si se ha iniciado el trabajo de parto espontáneo o dirigido. Pero cuando surge una necesidad urgente para evacuar el útero antes de la iniciación del trabajo, o muy al principio del mismo sin que puedan emplearse otros medios más sencillos, se optará entonces por la cesárea.

11. Muerte fetal habitual.—En este grupo la cesárea también ha aportado considerables ventajas y ha salvado muchas vidas por nacer. Siempre que la prolongación del embarazo o el trabajo de parto expongan al peligro inminente de muerte fetal, como ocurre en la enfermedad hemolítica perinatal, en la diabetes, etc., se debe practicar cesárea entre la 32 a la 36a. semanas, según el caso, para evitarle al feto los riesgos de las últimas semanas del embarazo y del parto, ya que son niños de gran fragilidad.

12. Feto post-maduro.—Si el trabajo de parto no se establece al término de las 42 semanas de embarazo, se intentará la inducto-conducción y ruptura de membranas. Pero en el caso de que fracasen tales maniobras después de 6 horas de su empleo, la cesárea deberá practicarse sin dudas al respecto.

13. Cesárea anterior.—La mujer que ha sufrido una primera cesárea queda teóricamente expuesta a nuevas cesáreas en sus embarazos subsecuentes. Nos referimos desde luego a las pacientes en quienes no permanece ni repite la causa que obligó a la primera intervención. El peligro de ruptura uterina en la mujer con cesárea previa siempre estará presente y si este accidente ocurre habrá de lamentarse el no haber indicado una segunda cesárea. Sin embargo, existen muchos ejemplos de pacientes con cicatriz uterina por cesárea anterior que entran en trabajo de parto con dilatación rápida, descenso acelerado de la cabeza y terminan con parto espontáneo o finalizan en una aplicación de forceps sin complicaciones. En estos ejemplos siempre habrá de realizarse una palpación cuidadosa de la cavidad uterina, después de expulsada la placenta, para asegurarse cabalmente que el útero se encuentra intacto, sobre todo a nivel de la cicatriz anterior.

Sobre este tema caben muchas consideraciones y diferentes reflexiones. Para concluirlo diremos que buen número de ginecólogos prefieren no exponer a

un accidente grave a sus pacientes, accidente que involucraría a la madre y al niño por nacer, y optan por la práctica de la segunda cesárea. Es una conducta conservadora y atinada.

Igual conducta es de aconsejarse cuando se practicó previamente miomectomía amplia y que interesó hasta la cavidad uterina.

14. Cáncer y embarazo.—La cesárea sólo estará indicada en los casos de viabilidad del feto a fin de extraer un niño vivo, cesárea que podrá ser seguida de histerectomía o no, según el caso.

15. Primigesta añosa.—En la mujer mayor de 36 años y si existe el deseo de los padres de no correr ningún riesgo para el hijo por nacer, no hay inconveniente en practicar cesárea, que se programará después de la 38a. semana del embarazo, antes de la iniciación espontánea del trabajo de parto. Mayor apoyo tendrá la indicación si concurren otras circunstancias, como posibilidad de ser solo hijo único o cuando mucho otro más si el feto es relativamente voluminoso y la pelvis materna no es notablemente amplia.

Finalmente, como corolario a las indicaciones que hemos revisado brevemente, a continuación mencionaremos las contraindicaciones que pudieran frenar la práctica de la cesárea. Desde luego se impone aclarar que las contraindicaciones no siempre serán estrictamente formales, que se mantienen en términos generales pero que se quebrantan y ceden frente a los casos de necesidad evidente e imprescindible.

Las contraindicaciones podrían ser las siguientes: 1) Falta absoluta de indicación; 2) Caso problema infectado; 3) Feto muerto; 4) Cabeza encajada y descendida; 5) Posibilidad del empleo de otros procedimientos más sencillos que resuelvan el problema sin riesgos importantes; 6) Contraindicación formal de la laparotomía.

Insistimos en que estas contraindicaciones son de tomarse en cuenta, importantes si se prefiere, pero su valor será relativo y quedarán siempre por detrás de una indicación imperativa.

Hemos observado el aumento considerable de indicaciones para esta intervención quirúrgica que cada día se emplea más y aunque su práctica parece exagerada, todavía abrirá nuevos y más amplios horizontes porque es la técnica de más porvenir dentro del gran capítulo de la obstetricia.

DR. JOSÉ PADUA LATUF

REFERENCIAS

1. BOTELLA LLUSIA, J.: *Patología Obstétrica*. 6a. Ed. 1964.
2. FRAGOSO LIZALDE, D.: *Lecciones de Obstetricia*. 4a. Ed. 1970.
3. GREENHILL, J. P.: *Obstetrics*. 12a. Ed. 1960.
4. PADUA, L. J.: *Placenta Previa*. Boletín de Asistencia Materno Infantil, S.S.A. Epoca III, Vol. I, Mayo de 1964.