



TEMAS DE OPINIÓN

Con motivo de la Carta al Editor publicada en Archivos Argentinos de Pediatría, 2009; 107 (1):95 y de público acceso (www.sap.org.ar/staticfiles/archivos/2009/arch09_1/v107n1a20.pdf), y debido a las consultas de varios asociados, pedimos la opinión al Dr. Mario Sebastiani.

Cartas al Editor
Cesárea anunciada
Señor Editor:

Es para mí una satisfacción completar el acertado comentario que hizo el estimado Dr. José M. Ceriani Cernadas sobre el abuso obstétrico en terminar en cesárea más del 50% de los embarazos a término sin existencia de alto riesgo materno-fetal, y sobre todo, creyendo que los nacidos de esa forma lo harán más fácilmente y con menor morbimortalidad para el recién nacido.

En efecto: desde 1928, los Maestros Alberto Peralta Ramos, Juan P. Garrahan y Juan Murtagh entre otros, señalaron que los fetos nacidos por vía baja, comenzaban su primera respiración de inmediato al nacimiento mientras que los nacidos por cesárea debían ser reanimados más laboriosamente por el pediatra (todavía no éramos neonatólogos), iniciando la respiración mucho después del primer minuto como lo había establecido en 1952 la renombrada anesthesióloga Dra. Virginia Apgar. Y esos recién nacidos obviamente presentaban después la patología respiratoria bien señalada por el Dr. Cernadas.

¿Cuál es la explicación de esa diferencia? Es exclusivamente neurológica. El feto que nace por vía baja, sufre la conocida "crisis del nacimiento".

Primero, es contraído o apretujado por el útero durante la contracción, desde una presión de 10 mm de mercurio durante la dilatación hasta 90 mm al finalizar la contracción. Esto provoca una bradicardia no inferior a 100 latidos, que fue denominada Dip I por la escuela del Prof. Caldeyro Barcia.

Después, cuando se encaja en el canal de parto, su cabeza se va adaptando progresivamente y su cuero cabelludo, su piel y todo su pequeño cuerpo, van sufriendo estímulos sensitivos superficiales y profundos, con dolor obviamente y el roce permanente al deslizarse por la dura pelvis materna. Estos estímulos llegan centrípetamente al centro respiratorio al que "despiertan", es decir, lo excitan, lo estimulan, lo preparan para cuando el feto es liberado y presenta su occipucio en su salida abrupta ante los últimos pujos maternos. El obstetra con solo tomarle uno de sus bracitos y abrazando su cuello lo rota con maniobras sencillas no traumáticas hasta el alumbramiento feliz. El feto ha nacido, bañado en la sangre por la episiotomía, y antes del primer minuto emite su ansiado y saludable grito tan esperado por la ansiosa madre.

El neonatólogo sólo tiene que aspirarlo, oxigenarlo un poco, pero el niño respira espontáneamente, no está apneico ni demasiado hipóxico,

sus labios son fuertes y rápidos ni tiene su estómago lleno de líquido amniótico como el cesareado, porque ha sido exprimido en cada contracción uterina mientras avanzaba hacia su salida triunfal.

Su tumor serosanguíneo y a veces su cefalohematoma externo son la muestra evidente de esa crisis del nacimiento.

En mi opinión, hay muchas razones por las que en la actualidad, como bien dice Ceriani, más del 50% de los embarazos normales nacen por cesárea deliberada, anunciada o selectiva como quiera llamársele. Se predice una fecha fija para el nacimiento cuando en realidad puede ser cualquiera entre las 38 y 42 semanas. Muchas veces es por comodidad médica, vacaciones o feriados, y otras porque muchas mamás temerosas no han sido adecuadamente preparadas para un parto “sin dolor”, sin dejar de señalar que las antiguas maniobras obstétricas utilizadas en aquellas épocas (versiones, gran extracción pelviana y la aplicación de fórceps en el cuarto plano) no fueron suficientemente aprendidas por algunos profesionales de la actualidad.

Dr. Abel R. Bettinsoli