

Aportes del capítulo quinto del libro “HISTORIA DE LA GINECOOBSTETRICIA EN COLOMBIA”, escrito por el Dr. Fernando Sánchez Torres*

Resumen

Cuando partimos en dos la narración histórica correspondiente al siglo XX, no lo hicimos arbitrariamente, sino que para ello nos asistieron razones de fondo. El lector habrá podido darse cuenta de cómo, al iniciarse la segunda mitad, los cambios que recibió la especialidad fueron grandes y acelerados, comparados con lo ocurrido en la primera hemicenturia. Comprobémoslo haciendo un sucinto recuento.

Llegado el siglo XX apenas comenzaban a espigar como especialidades definidas e independientes la obstetricia y la ginecología. Poco a poco las mujeres fueron buscando al médico especialista, aun cuando solo transcurrió el decenio de los cuarenta éste adquirió status académico oficial. El médico-cirujano, es decir, el médico general, hacía las veces de especialista, bien como cirujano, bien como partero. La circunstancia de hacerse cada vez más ventajosa la atención obstétrica en un medio institucional, vale decir, desconfiar en el parto domiciliario, sirvió para relegar a las comadronas de las grandes ciudades, manteniendo viva su presencia en las localidades rurales.

El influjo de la escuela francesa en la formación médica hacía que se enseñara y se ejerciera la profesión siguiendo sus modelos, los cuales eran francamente tradicionalistas. Lograr el parto vaginal era el triunfo verdadero para el obstetra. De ahí que el fórceps, junto con infinidad de maniobras, fueran los recursos socorridos por quien se consideraba verdadero obstetra. Con el advenimiento de las sustancias oxitócicas hormonales, dadas a conocer en Inglaterra a principios de siglo, purificadas y estandarizadas más luego, se llega al filo de la hemicenturia contando el médico con los elementos suficientes para comandar el proceso del parto, para convertirse en su director. Además, las teorías del inglés Read sobre el dolor del parto y el aporte de la analgesia regional para suprimirlo, humanizan el acto del nacimiento. En 1950 un especialista norteamericano divulga sus experiencias en un millar de operaciones cesáreas y afirma que se trata de una intervención fácil y segura. Desde entonces la obstetricia francesa va pasando a la reserva y sus instrumentos y maniobras al desván de los recuerdos. La ginecología, del dominio del médico cirujano, cae en manos del médico ginecólogo, es decir que los problemas del tracto genital femenino dejan de resolverse agresivamente, solo con el escalpelo, para darles

también un trato endocrino, fisiológico. La importancia del diagnóstico precoz y de la prevención del cáncer genital se abre paso con los estudios del patólogo griego Papanicolaou.

El Estado, por requerimiento internacional, adquiere conciencia del papel que le corresponde desempeñar en la protección de la mujer embarazada. Para conseguirlo dicta normas en el campo laboral y mejora la infraestructura asistencial. También por influencia extraña, otra vez norteamericana, los obstetras y los ginecólogos comienzan a asociarse y a eliminar barreras en la formación académica. La especialidad, de dos que era, se convierte en una: la ginecoobstetricia.

Todos esos nuevos rumbos impresos a la obstetricia y a la ginecología en otras latitudes son trasplantados todavía frescos a nuestro país, gracias al poder de los medios de comunicación y al número grande de especialistas estructurados en el extranjero.

Iniciada la segunda hemicenturia llega lo que podemos llamar “la avalancha tecnológica”, que viene a constituirse en una verdadera revolución. De seguro que si resucitara un obstetra o un ginecólogo que hubiera ejercido en las primeras décadas del siglo actual, quedaría desconcertado, confundido, ante los hechos de hoy en esos terrenos. Muchísimos conocimientos teóricos han perdido vigencia, como también infinidad de procedimientos prácticos, diagnósticos y terapéuticos. Así mismo, considerable patología se ha minimizado y hasta desaparecido, o se halla en vía de extinción. Unos ejemplos: la isoimmunización por factor Rh, las fístulas vaginales y los grandes prolapsos genitales. La vacuna anti Rh ha colocado a aquélla en franca retirada; la operación cesárea y la planificación familiar harán desaparecer a éstos.

La clínica en obstetricia ha sido reemplazada por aparatos. La semiología de tanta importancia en la formación del médico obstetra de antaño, no es menester enseñarla. Sensibles y precoces pruebas inmunológicas hacen el diagnóstico de embarazo. Igual hace la ultrasonografía, con la ventaja de que tempranamente informa si el feto está vivo, si es uno o son más y cuántas semanas de gestación corren. Más avanzado el embarazo dirá, sin ningún esfuerzo intelectual del médico, cómo es la morfología fetal incluyendo el sexo, y cómo se ha colocado dentro del útero. Los nuevos especialistas ya no obtienen información mediante el criterio clínico sino por conducto del criterio sonográfico.

En el momento del parto, la más sencilla complicación, el simple deseo de la parturienta o el cuestionable mensaje del monitor, inclinan el juicio del médico hacia

* Profesor Titular del Depto. de Obstetricia y Ginecología. Universidad Nacional de Colombia.

la operación cesárea. Nada de operatoria tocológica vaginal. De pronto la aplicación "profiláctica" de unas espátulas. Da la impresión de que el parto por vía natural se hubiera reservado para las mujeres que acuden a los hospitales de caridad o para las que en las zonas rurales dan a luz con la ayuda de las comadronas.

El número de hijos no es ahora asunto de la Providencia. Las parejas pueden fijarlo, autónomamente. Distintos métodos de control natal están a su servicio. Algo similar ocurre en caso de infertilidad: la ciencia en el terreno de la reproducción asistida logró que la mujer estéril dejara de serlo. Para ello sofisticados procedimientos están a la orden del día.

La cirugía espectacular, mutiladora, que llenó toda una época en la historia de la ginecología, ha perdido protagonismo con el advenimiento de procedimientos menos radicales y de técnicas cerradas o videoscópicas. Por supuesto que, siguiendo la pragmática escuela norteamericana, no faltan cirujanos impetuosos —que no ginecólogos de verdad— que consideran el útero y los

ovarios como órganos desechables. La más inofensiva patología los lleva a prescindir de ellos.

Como hemos tratado de establecer en nuestra narración historizada, Colombia ha alcanzado en los tiempos que corren un gran progreso en cuestiones ginecoobstétricas. La mujer colombiana dispone en su propia tierra de especialista idóneos y de todos los adelantos que puedan ofrecerle en naciones de avanzada, con miras a resolverle los problemas relacionados con su aparato reproductor. Y, por qué no decirlo, también se topará con todos los desvíos y excesos que en aquéllas se acostumbran.

Quedan muchos asuntos ginecoobstétricos por mejorar en el ámbito de la asistencia pública. La mortalidad y morbilidad maternas y perinatales siguen mostrando índices elevados. Pero esto no depende directamente de la ginecoobstetricia misma. Para hallarles una explicación habría que revisar el trato que el Estado le da a la salud pública en Colombia. Y tal tarea desborda el marco de nuestro trabajo.