

# CESAREOFOBIA

DR. RICARDO RUEDA G.

Adjunto del Departamento de Ginecología del Hospital San José. Bogotá.

Es nuestro objeto en esta oportunidad, analizar algunos aspectos de una entidad psico-ginecológica aún poco estudiada y definida pero que se presenta con alguna frecuencia en la práctica y que se ha convenido denominar bajo el nombre de "cesareofobia".

La operación cesárea es una de las conductas obstétricas indudablemente más aceptadas y sus resultados son generalmente bastante satisfactorios, hasta tal punto que en la actualidad ha desplazado muchos procedimientos obstétricos.

Sin embargo las pacientes y el público en general opinan de otra manera. Cuando su indicación se presenta en forma urgente, es aceptada casi siempre de buena gana. Pero en el caso contrario, es decir, cuando desde en comienzo del embarazo salta a la vista su indicación y se le comunica a la paciente o al marido, con frecuencia se crea un problema mental más o menos delicado de características definidas cuyas repercusiones vale la pena tener siempre en la mente.

La actitud formal y decidida a rechazar la operación cesárea, negándose a su ejecución ha sido muy rara en nuestra experiencia. En cambio, lo que sí se observa en bastantes mujeres, especialmente en aquellas de alto índice cultural, es la repugnancia posterior a la operación que se manifiesta de diversas maneras según lo anotaremos a continuación basados en los casos que hemos tenido oportunidad de observar, y que constituyen un delicado problema médico-social.

Los síntomas que hemos encontrado en este grupo de pacientes son diversos, pero podemos anotar como los más constantes los siguientes: dismenorrea, dispareunia, dolores abdomino-pélvicos y dolores lumbosacros.

En ellas el examen ginecológico corriente y los auxiliares diagnósticos usuales, anotan generalmente una integridad del aparato genital, y sólo en muy raras ocasiones hemos encontrado infecciones crónicas de las trompas o adherencias post-operatorias de tal magnitud que expliquen las dolencias anotadas.

La dismenorrea observada es casi siempre secundaria y acusan su presencia después de la operación. En los casos de dismenorrea primaria acusan agravación.

La dispareunia es siempre de determinismo impreciso y las respuestas son muy vagas en cuanto a su localización y momento de aparición durante el coito, precisando sin embargo y asegurando categóricamente que sobrevino después de "esa bendita operación".

Algo similar podemos decir de los dolores abdomino-pélvicos y lumbo-sacros hasta el punto de que acusan su localización primero en un sitio y luego en otro y relacionándolo con la estación de piés, ejercicio, coito, etc.

Uno de los aspectos más interesantes del problema, a nuestro modo de ver es el de la infertilidad.

En ciertos casos se puede clasificar como involuntaria, y ello lo pueden explicar las adherencias o salpingitis, cuadros que no analizaremos en esta comunicación.

En cambio la infertilidad voluntaria sí cuadra dentro del estudio que nos proponemos y le concedemos en la práctica enorme importancia.

Las pacientes temerosas de embarazos ulteriores y de una nueva intervención rehusan realizar sus relaciones sexuales, y cuando las llevan a cabo adoptan posiciones inconvenientes y hasta practican el coito interrumpido con todas las consecuencias que acarrearán estos vicios y que son de todos conocidas.

Las prácticas anticoncepcionales son de frecuente observación y tal vez la conducta más frecuente de estas mujeres. Todos las hemos observado y hasta algunas tan absurdas como embrocaciones vaginales de jugo de limón, bicarbonato de soda, y permanganato de potasio después del coito o la aplicación antes de éste de algodones embebidos en substancias similares con las consecutivas vaginitis.

Si sobreviene el embarazo, practican con alguna frecuencia los procedimientos abortivos. En uno de nuestros casos la paciente que había aprendido a introducirse una sonda uterina, empleaba el procedimiento cada vez que presentaba un retraso menstrual mayor de quince días. Cuando se presentó a nuestra consulta hallamos un cuadro de infección y hemorragia que casi compromete su vida.

El caso más impresionante de las pacientes estudiadas fue el de una mujer con una estrechez pélvica absoluta que obligó a practicar la cesárea terminado su primer embarazo. Ante el miedo manifestado por la paciente, el médico le dijo cuando sobrevino el segundo embarazo que posiblemente el niño nacería por las vías naturales. Una vez llegado a término este segundo embarazo le practicó otra cesárea por lo cual la paciente manifestó sentirse engañada y alegaba que la cicatriz era dolorosa y poco estética y hacía permanentemente cargos a su médico al cual no volvió a acudir a pesar de la enorme confianza que en él depositaba su marido. Al ocurrir el tercer embarazo presentó un cuadro mental que por los datos obtenidos creemos que se pudiera clasificar como una manía aguda que llevó a la paciente a ingerir una gran cantidad de Warfarina. La atención médica en esta emergencia llegó tarde y la paciente murió a las quince horas de ingerido el veneno.

Pasada ya una breve reseña al síndrome denominado "Cesarofobia" se nos presenta el problema de su tratamiento, y en este caso como en otros muchos de la medicina podemos afirmar que es siempre "mejor prevenir que curar".

La enfermedad se puede evitar manejando prudentemente a la paciente tanto en el embarazo como en el parto.

Durante las consultas prenatales el Ginecólogo deberá estudiar lo más a fondo que le sea posible la personalidad de su paciente para lograr en esta forma formarse un concepto preciso de las reacciones que pueda presentar la gestante ante las circunstancias que se puedan presentar.

Si la mujer reúne condiciones patológicas que la convierten en candidata segura a la cesárea (una estrechez pélvica absoluta, por ejemplo) será necesario comunicarlo al marido en forma categórica y si la situación mental lo permite, se le comunicará a la gestante en forma prudente y alentadora. En estas circunstancias será importante cuidar el lenguaje y la mímica para no crear una situación conflictiva.

Cuando la operación se presenta con carácter de urgencia, la noticia también deberá comunicarse sin dar a los familiares ni a la paciente la sensación de afán y peligro. Se evitarán entonces los comentarios con el personal subalterno a quienes se advertirá la necesidad de proceder con naturalidad y sosiego, evitando en cuanto sea posible el empleo de la palabra Cesárea.

Creemos conveniente la anestesia general en los casos de pacientes muy nerviosas que lleguen a sufrir un trauma psíquico muy grande en estas circunstancias.

Se dará preferencia a las incisiones más estéticas como puede ser la de Pfannenstiel siempre que las circunstancias y habilidad del cirujano garanticen el éxito. Sus ventajas saltan a la vista si tenemos en cuenta la poca cicatriz que dejan y el mínimo porcentaje de eventraciones que se presentan con su práctica.

Durante el puerperio será de rigor evitar el sufrimiento excesivo, reanudando pronto la alimentación y la ambulación. Evitar que la paciente observe la cicatriz operatoria y no hacer alarde del éxito de la intervención.

Finalmente creemos importante anotar que el tratamiento de la cesáreofobia no puede encomendarse al Ginecólogo o al médico general. Nos parece que siempre se trata de un problema mental más o menos delicado que deberá resolverlo el psiquiatra. Quizás lo indicado en estas pobres enfermas sea la práctica de la psicoterapia o la Hipnoterapia. En todo caso dejamos en manos de los especialistas de enfermedades mentales tan interesante problema.