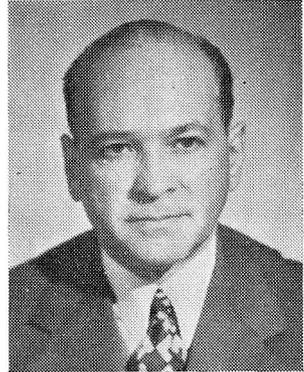


## REVISTA COLOMBIANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

— XXV ANIVERSARIO —

Rafael Ramírez M.\*



Modesta iniciación, supervivencia accidentada y superación permanente han caracterizado a esta Revista; cuando, hace 25 años, la ofrecíamos a todos los especialistas del país esperábamos su desarrollo al ritmo de los adelantos científicos y así ha sido. En ella han ido registrándose las épocas con sus ideas y sus gestores; pero lo que más nos complace, es que, llegada a la mayor edad, tenga la representación nacional e internacional que anhelábamos entonces. Y así como no podríamos hoy retroceder a técnicas y procedimientos superados, tenemos que reconocer también, que muchos conceptos que nos parecían intangibles e irrefutables han caído ante la fuerza irresistible de los hechos, ante una convicción dialéctica y ante el progreso y necesidades de la humanidad. Cuando Instituciones seculares invitaron al cambio y al "aggiornamiento" se estaban percatando de que una encerrada tradición sostenida, conducía a la insularidad y a una deshumanización de las reglas morales entonces promulgadas y por todos conocidas, pero también sistemáticamente burladas.

Para nosotros, los especialistas en Gineco-Obstetricia, ha sido una revelación el pensamiento de algunos altos jerarcas de la Iglesia en las discusiones del último Concilio Vaticano; llamáronnos poderosamente la atención los conceptos del teólogo alemán Bernard Haring "...en moral cada situación es distinta de las otras y exige una aproximación viva y fresca. La única regla que se puede aplicar en todos los casos es el amor. Cada persona en cada situación debe ver cuál es la mejor expresión de su amor a Dios en ese momento".

No es esta la doctrina oficial, pero cuando una destacada personalidad eclesial interpreta así el sentimiento, casi universal, de los médicos ante las situaciones morales concretas, sin derivar la solución a la consulta de rígidas reglas abstractas, tiene la mayor opción para quienes profesamos la fé católica y pretendemos ejercer nuestra profesión a conciencia.

Ninguna especialidad médica, y quizás ninguna otra ciencia, pone al hombre en permanente contacto con los más delicados problemas de la sociedad como lo hace ésta, que tiene que ver con la protección del ser humano en su propio germen, con las prácticas sexuales y su debida orientación

---

\* Profesor Titular de Obstetricia y Ginecología. Universidad Nacional. Bogotá, Colombia.

ecuménica, con la armonía matrimonial en el amor, con la procreación responsable y la limitación de la prole; con la angustia de la madre soltera, con la desesperación de la gestante fortuita que busca, torpemente, la propia muerte porque en su vientre palpita una nueva vida... un hijo no deseado. Es el contacto más directo con la humanidad en sus grandezas y en sus miserias. Si la familia es el núcleo primario de la sociedad y así se nos presenta, desnuda, a quienes ejercemos en esta rama de la Medicina, debemos concluir que, por modesta que sea nuestra acción, trasciende con caracteres universales.

Por otra parte, como lo dice un destacado maestro "... la ginecología debe cubrir totalmente la biología femenina desde la genética, pasando por la fisiología de la pubertad, la fisiopatología de la mujer adulta, incluido el embarazo con todas sus implicaciones, la menopausia y la senilidad, todo con base en la patología para una racional aplicación en la terapéutica práctica".

No podemos aceptar, hoy en día, el concepto simplista de médico exclusivamente partero; no porque esta actividad designifique poco, sino todo lo contrario; si el médico es experto en la atención de partos, ha de serlo como una culminación electiva de su preparación médica y de su especialización en el campo genérico de la Ginecología. Pudo acontecer, en épocas ya superadas, que el buen obstetra se valorara por el dominio de técnicas y maniobras para lograr, a todo trance, el parto por las vías naturales, con escasa consideración del futuro ginecológico de la paciente, con ignorancia o menosprecio de la posible patología de la gestación y, a veces, con premeditada mengua de la integridad fetal. Así como se realizó la unificación gineco-obstétrica hasta formar una conciencia de responsabilidad, debe realizarse también una integración obstétrico-pediátrica. A propósito de entidades como iso-inmunización, infección, toxemia, que inicialmente aboca el obstetra, podemos recalcar sobre la continuidad de estas dos especialidades.

En la propia patología de la mujer se pone en evidencia esta continuidad pues que las enfermedades de la niña pueden repercutir en la joven gestante; bástenos citar la infección urinaria cuya curación ha podido no ser completa en la infancia, para recrudecerse durante la gestación con la aparición de una toxemia, de una insuficiencia renal, o en el caso menos grave, con el nacimiento de un niño prematuro.

La interdependencia de que venimos hablando se inicia con la genética: vivimos la época del consejo genético; tiene derecho la pareja problema a que el pediatra que trató el niño y el obstetra que atendió a la madre le orienten en su criterio en cuanto a las posibilidades hereditarias. En la misma forma, estos dos especialistas pueden evitar el desarrollo de enfermedades congénitas y dar normas de protección al ser predestinado a una enfermedad genética. Y estamos apenas en los albores de este nuevo aspecto, muy humano, de la medicina. Sigue la endocrinología y los estados intersexuales cuyos problemas debemos afrontar.

La protección del desarrollo embrionario, puede estar más que en la acción, en la omisión, si se tiene en cuenta que el huevo incipiente absorbe las

substancias de su contorno desde antes de anidar y que los medicamentos pasan a través de la placenta con definido o posible efecto teratogénico. La Pediatría debe advertir a la Obstetricia la evidencia de estos riesgos, si la lesión producida no es de manifestación inmediata sino relativamente tardía, ya sea en su aparición o en su reconocimiento.

A todo lo largo de la vigilancia y atención prenatales se ve abocado el obstetra a utilizar drogas, indispensables para la salud de la madre, pero que pueden producir grave daño al producto. Sus conocimientos deben hacer la debida selección terapéutica para evitarlo.

En la conducción del trabajo de parto, podría dársele tal énfasis y extensión a la psicoprofilaxia obstétrica que se redujeran al mínimo los analgésicos, los anestésicos y, sobre todo, los ocitócicos no indispensables.

En el recuento historial de las incidencias del embarazo y de las complicaciones del parto, que el obstetra debe dar al pediatra, puede encontrarse la causa de una vasta patología del recién nacido a cuya cabeza se coloca el síndrome de dificultad respiratoria, primer renglón de la mortalidad perinatal... y, claro está, si se prolonga el diálogo, se despejarán muchas incógnitas que de otra manera han de persistir como un sino fatal, del llamado "traumatismo obstétrico".

Fue un adelanto gigantesco para la medicina preventiva que la asepsia, la anestesiología, la cirugía, la terapéutica, respaldaran a la pediatría para convenir con la Obstetricia la abolición de maniobras e intervenciones tales como las versiones de toda índole, las aplicaciones de fórceps alto, la gran extracción de pelvis, el parto forzado, las pubiotomías y demás recursos desesperados, que, por un falso sentido profesionalista, se prolongaron con detrimento del prestigio de la especialidad, cuando técnicas seguras, practicadas a plena luz, suplían ya a intervenciones ciegas, aleatorias en sus resultados.

Pero aún espera mucho la Obstetricia de la Pediatría; espera en concreto que le diga, no con el recuento de lesiones groseras tales como fracturas del cráneo, fracturas del maxilar y otros huesos, parálisis cerebral o parálisis faciales o síndromes epilépticos, sino con la observación, a veces sutil, de lesiones oculares como estrabismos y miopías, o bajo rendimiento de las funciones síquicas, que le diga la pediatría a la obstetricia, si son el efecto de la anoxia y si ésta se produjo al permitir el parto en pelvis.

Pensamos hoy si esta modalidad de parto solamente debiera permitirse en los casos excepcionales en que estuviera debidamente excluida la cesárea. Y ya que menciono esta intervención sería bueno que la Pediatría le diga a la Obstetricia si se justifica la cesárea post-mortem.

He aquí, tomados al acaso, algunos de los puntos de reflexión para la integración obstétrico-pediátrica y algunos interrogantes que exigen una respuesta inmediata; consideraciones e interrogantes que esbozan un cambio y establecen un contraste con nuestra posición de hace 25 años.