LA CESAREA POSTMORTEM

Doctor **Fernando Sánchez Torres**

Del Instituto Materno-Infantil. Bogotá.

La cesárea porstmortem es una intervención quirúrgica que se verifica en un ser ya sin vida, en beneficio de otro que está a punto de perderla. Aunque no es de ocurrencia frecuente que fallezca la mujer grávida con su hijo aún vivo y en condiciones de madurez que le permitan subsistir independientemente, bien vale la pena tratar este tema puesto que ningún médico está excluído de afrontar dicha eventualidad. Precisamente, por creerse que es patrimonio de los tocólogos son muy pocos los médicos que la han practicado y muchos los que han dejado de ejecutarla.

Esta operación es una de las más antiguas, como que ya la hacían los egipcios y judíos alrededor del año 1500 a. C. Los romanos la verificaban de manera obligada cumpliendo la Lex Regia, promulgada por Numa Pompilio, que reinó desde el año 715 hasta el 673 a. C., siendo la primera ordenanza que se conoce sobre el particular (6). Decía así: "Prohibe la Ley Real que sea enterrada la mujer que muere embarazada antes de que le sea extraído el feto; el que contraviniere a esto se considerará que mata la esperanza de un ser animado juntamente con la embarazada". Por este medio fueron salvados muchos niños: San Lamberto, obispo; el Papa Gregorio XIV (8); San Ramón Nonnato, quien surgió a este mundo por la mano del vizconde de Cardona que con un puñal abrió el vientre de la madre fallecida, en contra de la opinión de los médicos (10).

En 1798 fue dada en Aranjuez la real cédula que obligaba a practicar la cesárea postmortem, precisando a su vez la técnica que debía seguirse. Entre otras cosas curiosas recomendaba, para saber si la mujer estaba muerta, aplicar álcali volátil en la boca, la nariz y los ojos, o introducir un alfiler entre uña y carne de cualquier dedo (1).

La ley eclesiástica establece en el Código de Derecho Canónico (Canon 746) que "si muriese una mujer embarazada, el feto, sacado del útero por aquellos a quienes corresponde, debe ser bautizado absolutamente; si es dudoso se le bautizará bajo condición" (8). El P. Charles J. McFadden dice que después de la muerte de una embarazada existe la obligación de hacer todo lo posible por salvar la vida del niño, cuan-

do es viable. Por eso debe practicarse a toda costa la operación cesárea si se reúnen las siguientes tres condiciones: a) cuando la muerte de la madre es cierta según un juicio prudente; b) cuando es probable que el feto viva todavía, y c) cuando está presente un médico (7).

Es, pues, un deber moral el que obliga al médico a practicar la cesárea postmortem. "Es, como dice el arzobispo Luis Alonso Muñoyerro, un deber de caridad que exige algún sacrificio en provecho del prójimo y del cual el médico difícilmente podrá excusarse. No obstante, —añade— la falta de una ley imperante escrita, la ley de la caridad no deja de gravitar sobre su conciencia" (8).

En cuanto hace relación al aspecto legal, nada hay que nos obligue a ejecutar la operación. No cometemos ninguna falta susceptible de sanción penal si por indecisión u omisión permitimos que el niño in útero fallezca algunos minutos más tarde que la madre. Pero faltamos gravemente a nuestro deber moral de médicos. Porque ese niño, como sostiene Hanley, aunque no haya nacido, tiene por naturaleza todos los derechos que nosotros atribuímos a cualquier ser humano, siendo el más importante el derecho inalienable de vivir (4).

En una revisión de la literatura sobre el problema, Kelly, Pointe y Winston, hallaron que hasta 1956 las causas de muerte materna en los 111 casos comunicados fueron así: eclampsia 39, T. B. C. 31, cardiopatías 7, accidentes 5, neumonía 4, aneurismas 3, anestesia espinal 3, poliomielitis bulbar 3, cólera 2, peritonitis 1, gangrena 1, y de causa desconocida 12. Relatan los mismos autores dos casos más: uno por cardiopatía reumática descompensada y otro por carcinomatosis y edema pulmonar masivo (3). En 1957 Dekruif añade un caso por edema pulmonar agudo de origen vásculorrenal (2). Y en 1958 Weil y Graber agregan cuatro casos: T. B. C. pulmonar, abceso cerebral, aneurisma disecante de la aorta y el último por púrpura trombocitopénica (11).

Como vemos, causas súbitas, accidentales son las más frecuentes y de hecho las que más probabilidades brindan para obtener un niño en condiciones de sobrevivir. Por eso en todo centro asistencial el personal médico debe planear la cesárea postmortem cuando ingrese una paciente con más de siete meses de embarazo, con feto vivo, y cuyo estado clínico haga despertar sospechas de un desenlace fatal. La enferma deberá localizarse en un lugar aislado, y mejor aún, cerca o en la sala de cirugía, ya que el ideal es ejecutar la intervención en los cinco minutos siguientes al deceso materno, a pesar de que se hayan descrito casos de operaciones practicadas después de veinte minutos de muerta la madre, como el relatado por Lattuada en 1952 (5). Criticable es que se piense en la cesárea postmortem demasiado tarde, e imperdonable que pensando oportunamente en ella no se ejecute. Comprobadas la muerte de la mujer y la vitalidad del feto, tan solo requerimos un bisturí, o cualquier instrumento cortante, y serena decisión. Debemos juzgar que

los segundos son valiosos para que nuestra conducta se vea coronada por el éxito. Por eso hay que abrir en un solo tiempo la pared abdominal y luego el útero, sin ir a lesionar el feto. Extraído éste se procederá a aspirarlo y reanimarlo. Luego se hará manualmente el alumbramiento para evitar la posibilidad de que posteriormente la contracción uterina expulse la placenta por la vagina. Concluíremos la intervención con la histerorrafia, y el cierre de la pared abdominal.

Aportación de seis nuevos casos.

En el Instituto Materno Infantil de Bogotá, en el lapso comprendido entre 1955 y 1962 se han practicado seis cesáreas postmortem, cuyas historias, en resumen, son las siguientes:

Caso Nº 1. Historia Nº 20506. VIII-7/55. G11P10 de 33 años con 8 meses de embarazo. Ingresa en insuficiencia cardíaca congestiva por cardiopatía reumática (estrechez mitral). El día 18 hace fibrilación ventricular seguida de paro cardíaco. Tres minutos después se practica cesárea obteniéndose una niña de 22000 gr., que respira espontáneamente. Seis días más tarde fallece por bronconeumonía.

Autopsia 131/55. Cardiopatía reumática. Estrechez mitral. Hipertrofia y dilatación cardíacas. Congestión pasiva generalizada. T. B. C. pulmonar.

Caso Nº 2. Historia Nº 56128. X-24/58. Primigestante de 18 años, con 8 meses de embarazo. Ingresa en estado de inconsciencia luégo de padecer un ataque de eclampsia. No repite las convulsiones, pero catorce horas después se observan manifestaciones de accidente cerebro-vascular hemorrágico, que la llevan a la muerte por paro respiratorio. Siete minutos más tarde se hace cesárea extrayéndose un niño de 1.400 gr. con labio leporino complicado, y calificación de Apgar de 1/10. Fallece dos días después.

Autopsia 416/58. Hemorragia cerebral temporo-parieto-occipital derecha. Edema, hemorragia y necrosis focal hepáticos.

Caso Nº 3. Historia Nº 58492. 1-23/59. Multigestante de 38 años, con $6\frac{1}{2}$ meses de embarazo. Ingresa en estado de coma y con hemorragia cerebral declarada, luego de haber presentado cuatro crisis convulsivas generalizadas. Una hora después de su ingreso fallece por paro respiratorio. Cinco minutos más tarde se practica cesárea, habiendo consignado en la historia el residente que la ejecutó: "A pesar de tratarse de un feto muy pequeño, y ante la certeza de que se halla vivo, decido practicar cesárea postmortem". Se obtuvo un niño vivo de 1.100 gr., que fallece a los quince minutos de nacido.

No se hizo autopsia. El diagnóstico clínico fue: "Eclampsia por enfermedad crónica hipertensiva con toxemia sobreagregada. Hemorragia cerebral".

Caso Nº 4. Historia Nº 14932. VII-28/61. G6P5 de 31 años, con embarazo a término. Ingresa por iniciación del trabajo de parto. Ocho horas después presenta súbitamente estado de shock. Se hace intubación endotraqueal y se traslada a la sala de cirugía. Fa-

llece a los treinta minutos de iniciado el accidente. Tres minutos después se practica cesárea obteniéndose un niño de 3700 gr., con calificación de Apgar de 2/10. A los cinco días sale con sus familiares en buenas condiciones.

Autopsia 412/61. Aneurisma disecante del cayado y aorta ascendente, con ruptura a la cavidad pleural izquierda.

Caso Nº 5. Historia Nº 27012. 11-12/62. G3P2 de 37 años, con embarazo a término. Ingresa en estado de coma, luégo de cuatro crisis convulsivas. Seis horas más tarde se advierte hemorragia cerebral, falleciendo posteriormente. Cinco minutos después se ejecuta la operación cesárea, naciendo así una niña de 2.500 gr., con Apgar de 5/10, que, a los cuatro días, es llevada a su domicilio en perfectas condiciones.

No se practicó autopsia. El diagnóstico clínico fue: "Eclampsia. Accidente cerebro vascular hemorrágico".

Caso Nº 6. Historia Nº 96105. VII-27/62. G12P11 de 41 años, con embarazo de 31 semanas. Ingresa inconsciente luego de haber padecido una crisis convulsiva. Hemorragia cerebral declarada. Fallece por paro respiratorio después de su ingreso. A los cinco minutos se practica cesárea para extraer un niño de 1.480 gr., con Apgar de 6/10, que muere tres días más tarde por síndrome de dificultad respiratoria.

Autopsia 506/62. Hemorragia cerebral severa que compromete el lóbulo temporal izquierdo, con ruptura al ventrículo lateral. Hemorragia subaracnoidea en lóbulos y parietal y base del cerebelo. Hemorragias petequiales del hígado. Pielonefritis crónica.

RESUMEN

Aunque es una rareza el hecho de tener que practicar la operación cesárea postmortem, el médico está bajo la obligación moral de planearla y ejecutarla al existir la certidumbre de que el feto vive aún.

Se agregan a la literatura seis nuevos casos: cuatro de mujeres que fallecieron por accidente cerebro y vascular hemorrágico; uno por rotura de un aneurisma de la aorta, y el último por cardiopatía reumática descompensada. A pesar de que las operaciones se practicaron en los siete primeros minutos siguientes a la muerte de las madres, sólo dos niños sobrevivieron, siendo de término su edad de gestación. Los otros cuatro tenían al nacer un peso de 2200, 1400, 1100 y 1480 gr., respectivamente.

BIBLIOGRAFIA

1. BONILLA-NAAR A.: **Precursores de la cirugía en Colombia.** Ed. Antares, Bogotá 1954, p. 39.

2. DEKRUIF H., ROCKWOOD, Ph, y BAKER N.: Post-mortem cesarean section with survival infant. **J. A. M. A. 163:** 938, 1957.

3. KELLY, J. V., POINTE, G. y WINSTON, H.: Successuful post-mortem cesarean section. **Am. J. of Obst. and Gyn. 72:** 203, 1956.

4. LATTUADA, H. P.: The management of the near-term pregnant woman who dies delivered. **Cl. Obst. and Gyn. 2:** 1043, 1959.

5. LATTUADA, H. P.: Post-mortem cesarean section. **Am. J. Surg. 84:** 212, 1952.
6. LEDESMA D.: Bosquejo histórico de la obstetricia. **Tratado de Obstetricia de Juan León.** T. 111, pág. 1328.

7. McFADEN CH. J.: **Etica y Medicina.** Ed. Studium, Madrid 1958, pág. 228.
8. MUÑOYERRO L. A.: **Moral médica en los sacramentos de la Iglesia.** Ed. Fax, Madrid 1955, pág. 38.

9. SIMMONS J. and ELLIS H.: Post-mortem cesarean section after death from bulbar poliomyelitis. **Am. J. Obst. and Gyn. 57:** 603, 1949.

10. USANDIZAGA M.: **Historia de la obstetricia y de la ginecología en España.** Ed. Labor, Barcelona, pág. 45.

11. WEIL A. and GRABER V.: The management of the near-term pregnant patient who dies undelivered. **Am. J. Obst. and Gyn. 73:** 754, 1957.