

REVISTA MEDICA DE COSTA RICA

Director: Dr. JOAQUIN ZELEDON

TOMO VI	San José, Costa Rica, Diciembre de 1945 No. 140	AÑO XII
---------	--	---------

Indice Operatorio Obstétrico

por el Dr. M. Terán Valls.

La elección del presente tema responde a la observación de la Obstetricia costarricense durante un lapso el cual permite formar criterio, así creemos, acerca de las circunstancias y peculiaridades que informan la especialidad en nuestro país. Considérome obligado a contribuir con mis escasos, pero voluntarios esfuerzos a la tarea que incumbe a todos los médicos y especialmente a los tocólogos de orientar, dirigir y beneficiar a la enorme masa obstétrica, futuro de nuestra Patria.

Salta a la vista que, la Obstetricia en nuestro medio se resuelve con dos procedimientos diametralmente opuestos: Uno, abstencionista y de máximo espera, otro, intervencionista y en extremo precipitado. Ambos procedimientos tan antagónicos tienen, no obstante, un punto de contacto el cual responde a la falta de verdadera orientación obstétrica. Debido a ésta ambos sistemas obstétricos arriban al mismo fin con rumbos tan opuestos que marcan en forma peculiar nuestra obstetricia imprimiéndole un ritmo en extremo pendular y que constituye la causa que ha hecho perder, en nuestro medio, el sentido de ponderación del acto de parir. Quien adolece de preparación quirúrgica se entrega a la espera indefinida. Quien posee los recursos del cirujano no tiene espera. Hace falta el procedimiento, mejor diríamos, la escuela obstétrica que, con métodos verdaderamente tocúrgicos frene el movimiento pendular tan violento que observamos. Precisa orientación obstétrica para poder aconsejar en las excesivas demoras y en las extremas precipitaciones. Es necesaria una confianza obstétrica bien ganada por la experiencia y la dedicación a fin de poder barrer del campo obstétrico el fatídico empirismo que nos inunda y limitar el intervencionismo que atenta al porvenir obstétrico de nuestras mujeres.

* Trabajo presentado en la reunión número IX celebrada por el Centro de Estudios Médicos "Moreno Cañas", el 26 de Abril de 1946.

Conviene que sepamos pasar de la eutocia a la distocia mediante los suaves peldaños que nos proporciona la clínica obstétrica.

No podemos dejar inadvertida una gran verdad de la Obstetricia "EL PARTO ES UNA AUTO-INTERVENCION QUE LA PROPIA MUJER REALIZA". En mi entender este aforismo es el que informa la vida del tocólogo y la constante presencia de esta verdad en nuestro pensamiento es la que nos dará conciencia de tocólogos y consecuentemente el sentido obstétrico. Si el parto es efectivamente una auto-intervención, regida por factores dinámicos y mecánicos, fácilmente se comprende que nuestra misión se circunscribe a dirigir estos factores y solo corregir las influencias perjudiciales de los mismos, mediante nuestra intervención directa, cuando lo exija el caso cuidadosamente meditado. Y decimos meditado porque sin ponderación del caso bien puede suceder que nos quedemos cortos o nos extralimitemos en nuestra intervención, obteniendo resultados medianos o fatales pues solo debemos considerar buenos resultados aquellos que nos conducen a la obtención de un feto vivo logrado a expensas del menor riesgo y sin futuras consecuencias para la madre.

Por el logro de esta finalidad las diversas escuelas existentes se han afanado en acercarse al ideal procurando estudiar y clasificar los casos en forma que la mayoría de ellos se acerquen a la eutocia y empleando en caso de distocia, las distintas intervenciones y vía con las que cuenta la Obstetricia de manera precisa y correcta.

De cuando un parto pierde las características de normalidad para entrar en la distocia nos informan dos circunstancias: La prueba de parto fallida y la ineficacia de la conducción médica del parto. Únicamente cuando y pensar en solventar el caso en forma quirúrgica.

La prueba de parto es de rigor en toda parturiente a excepción de muy contadas indicaciones (hemorragia aguda y reiterada por placenta previa, descompensación cardíaca aguda, eclampsia grave, etc.)

Por mucha perspicacia clínica que uno posea, jamás puede adelantar juicios definitivos acerca del mecanismo del parto y de sus resultados. Cuantas veces se han visto mujeres sobre las que pesaba un mal pronóstico de parto, desarrollar su parturición en forma perfectamente normal. Contrariamente, muchas otras abocaron en distocia cuando todas las probabilidades apuntaban un parto normal.

No hay duda que cuanto más profundicemos en el estudio obstétrico menor riesgo corremos de incurrir en pronósticos equivocados.

Pero aún así siempre nos exponemos a sorpresas, lo que prueba que, a pesar de nuestra atención no podemos muchas veces descifrar hasta lo profundo la serie de imponderables que asisten al parto y de cómo estos pueden actuar, favorable o desfavorablemente en ese momento, si antes no ponemos a prueba los factores constitucionales, dinámicos, mecánicos o de otra índole que en él concurren, siendo esta la única forma de saber el alcance de los mismos. Fundamentalmente esto es lo esencial pues al conocer al máximo los referidos factores actuantes, nuestra intervención no pecará nunca de extemporánea y nuestro pronóstico será más justo y con mayor fundamento de causa.

Por otra parte, el conocimiento de la clínica hace que podamos justipreciar los mencionados factores en cuanto pueden conducir con éxito el parto por caminos de normalidad.

Por lo que se refiere a la conducción médica del parto, la terapéutica pone a nuestro alcance medicamentos suficientes cuya buena y oportuna administración permiten corregir ciertos defectos en la actuación los factores de que hablamos, principalmente del factor dinámico causante del mayor número de distocias. Por tanto, antes no decidamos una intervención activa debemos pensar si la conducción médica del parto puede resolver el conflicto. Además la terapéutica medicamentosa asociada a la práctica de llamémoslas pequeñas intervenciones obstétricas, tales como la ruptura consecuente de la bolsa y en la terminación del parto, la episiotomía previa, constituyen recursos inapreciables, siempre que se apliquen con la debida oportunidad.

Una vez agotados estos recursos, si sobreviene la distocia, llevaremos a cabo nuestra intervención activa persuadidos de proceder correctamente y de que aplicamos la medida paliativa y equilibrada y sin escrúpulos de que otros medios hubieran podido surtir mejor efecto.

En esta forma llega la distocia a nuestras manos como último recurso y nadie nos puede responsabilizar, como a veces podría suceder, de que nuestra participación en el parto ha sido nociva al interrumpir la auto-intervención de la parturiente, quien talvez con una ayuda ligera y verdaderamente obstétrica habría salvado por sí misma los accidentes de su parturición.

Así pues, con clínica obstétrica y ponderación es como podremos corregir el movimiento pendular de nuestra obstetricia, no presenciando partos de 3 o más días ni operaciones quirúrgicas prematuras.

Ahora bien cuando procediendo con criterio obstétrico, el cual confiere autoridad médica y nos pone a cubierto de la influencia fami-

liar y social de la parturiente que tanto pesan en el estado nervioso de la misma, en la moral del parto y en la presencia de ánimo de quien asiste el caso, se presentará la distocia, nos queda un problema resolver: la forma y vía de resolución de la distocia.

La finalidad que persiguen todas las escuelas es la menor mortalidad y morbilidad materna y fetal. En aras a este fin y con un ideal de perfección constante se ha probado resolver la distocia con técnicas y vías distintas. En tiempos se ha sido vaginalista, en otros cesarista y otros tiempos fueron de expectación franciscana al objeto de reducir al máximo la incidencia operatoria. En estas distintas épocas, que bien podemos etiquetar de ciego extremismo, se llevaron a cabo proezas de técnica que como tales habrían sido clasificadas si nuestro dicho de los peligros que hicimos correr a la parturiente en nuestra obcecación por una determinada vía. Claro está que aquella temeridad dejó un fruto: El conocimiento profundo de las posibilidades extremas de cada una de las vías sucesivamente probadas. Pero la Obstetricia no es temeridad, es decíamos antes, ponderación. La mayor o menor habilidad en la ejecución de una técnica nos puede inspirar simpatía por la que mejor dominamos. Pero la Obstetricia no es simpatía sino el equilibrio de todas las técnicas.

El estudio desapasionado estadístico de las sucesivas etapas de prueba al dar cuenta de los fracasos más que de los éxitos logrados dieron por resultado la meditación de la Divina parábola "Al César lo que es del César y a Dios lo que es de Dios" y su aplicación en Obstetricia transformando la parábola en el siguiente aforisma a "La vía vaginal lo que es de la vía vaginal y a la cesárea lo que es de la cesárea". Tal es el fruto de esta meditación que hoy día no podríamos comprender la existencia de escuelas vaginalistas o cesaristas como sistemas exclusivos, uno de otros, tal como sucedía antes.

Por consiguiente y para aprovechar la experiencia adquirida en el continuo batallar obstétrico y para salvar, dejándolas al margen del diagnóstico de intervención la impresión demasiado subjetiva o personal y las simpatías de procedimiento, se pensó en la necesidad de poder aplicar los diferentes procedimientos operatorios de la especialidad a través de normas algo concretas, creando a tal fin un cuadro o índice, llamado índice operatorio, síntesis de clínica y objetividad que permitiera encasillar y sistematizar el caso distócico y lograr una pauta operatoria más diáfana, precisa y de menor exposición al fracaso.

Para la solución quirúrgica del parto hemos de tener presentes distintos aspectos de la parturiente. Unos son locales o eminentemente obstétricos y otros generales. Fácilmente se comprende que estos influyan notablemente la esfera local del parto y por tanto no podremos despreciar su importancia al elegir la vía operatoria.

Los aspectos generales corresponden al tipo constitucional de la enferma y a la infección puerperal latente o declarada en el momento de la intervención.

Por lo que se refiere al tipo constitucional es conveniente clasificar a toda mujer, objeto de nuestra intervención, dentro de los tres tipos generales que señala Marañón como constitucionales: Brevilíneo o hipoplásico, longuilíneo o varonil y netamente femenino.

El primero viene determinado, en términos sucintos, por el tipo de mujer baja, mano pequeña y gorda, distrofia adiposa principalmente supra-pública y trastornos de secreción interna (hipo-tiroidismo). A este tipo se asocia generalmente una hipoplasia genital y de la pelvis blanda (la pelvis ósea casi siempre es capaz). Tiene vagina corta, poco elástica, fondos de saco pequeños, cuello difícilmente dilatable. Hay que temer, por tanto, traumatismos graves de las partes blandas. Por otra parte, son mujeres lábiles a la infección y sobre todo al shok Obstétrico, incluso después de parto normal. En resumen, este tipo de mujer debemos sustraerlo, de los traumatismos, de la hemorragia y de las intervenciones bruscas por su relación con el shok.

No quedan clasificadas en este grupo las mujeres de estatura baja pero no obstante bien proporcionadas. Hacemos esta salvedad pues el hecho de escasa estatura no justifica por sí solo soluciones obstétricas heroicas.

El tipo longuilíneo, de expresiones varoniles, es el menos frecuente en Obstetricia, sin duda por la dificultad a la concepción. Mujeres hirsutas, pelvis masculina, con manifestaciones de hipertiroidismo. No entra en shok con la misma facilidad que la anterior pero sí está dispuesta a la hemorragia y hay que tenerla presente por sus distocias frecuentemente óseas, debido a la constitución de su pelvis.

La mujer netamente femenina llama la atención por su gran resistencia a la operación y a la hemorragia, salvo que no cuente con anemias secundarias o tengan problema avitaminósico. Maleable y fuerte como el acero, permite cualquier intervención pues resiste el traumatismo operatorio y con facilidad se recupera de las grandes expoliaciones sanguíneas.

Por lo que toca a la infección es un factor tan presente que en muchas ocasiones intercepta y malogra la vía de elección operatoria. No hablemos de los casos en los que la septicemia puerperal se presenta en el transcurso del parto con el cortejo sintomatológico característico.

Conviene insistir en aquellos otros que, sin manifestaciones todavía, podemos pensar no obstante que la infección se presentará después de la intervención perturbando con caracteres graves el curso post-operatorio. Sospechamos infectada a toda parturienta con repetidos tactos, o uno solo, realizado en malas condiciones y practicado por personal que no merezca nuestra confianza. Otras maniobras, infelizmente llamadas "ayudas" (dilataciones cervicales intempestivas, masajes de las partes blandas) son frecuente causa ya no de infección sino también de distorciones pues el manoseo y la malaxación de las partes blandas modifican la integridad química y fisiológica de los tejidos.

En el aspecto local, verdadero campo operatorio, tomaremos en cuenta feto, pelvis y útero, elementos que estudiaremos por medio de la palpación abdominal y el examen vaginal.

El feto, finalidad del parto, puede ser obstáculo al éxito de la intervención por dos causas: sufrimiento y desproporción.

Claro está que el sufrimiento fetal no es una constante del parto. Puede presentarse de pronto, solapadamente y como sea que precisa actuar con urgencia, la vía y operación que realicemos depende de lo que nos señale el índice operatorio en aquel momento.

Lo que sí es una constante es la proporción o desproporción fetal y está íntimamente relacionada con la pelvis ósea. Amén de la pelvimetría externa, que sí es tomada en cuenta exclusivamente, sin respeto a otros elementos de juicio no tiene valor, pronostica erróneamente y nos lleva a intervenciones prematuras, existe signo clínico y práctico el cual nos informa rápidamente y con eficiencia acerca de la proporción pélvico-fetal. Este consiste, supuesta la prueba de parto, en el rebasamiento de la presentación fetal por encima del arco superior de la pelvis ósea. El rebasamiento puede ser anterior (se observa con la palma de la mano la cual, con cierta presión, se coloca en la sínfisis pubiana se desliza hacia arriba sin perder contacto. Si se tropieza con la presentación fetal y para conseguir a esta, sin abandonar la presión, perdemos contacto con las partes óseas de la mujer, podemos afirmar que existe rebasamiento anterior.

Existe rebasamiento lateral, cuando colocando lateralmente nuestras manos en el bajo vientre de la mujer hacemos lo posible la extremidad

de los dedos para introducir como cuñas en la pelvis y nos lo impide la presentación.

Tiene más importancia el rebasamiento anterior que el lateral pues éste podría responder a una deflexión de la cabeza, por más que muchas veces la deflexión implica por sí misma una estrechez pues responde a los esfuerzos vanos del útero por acomodar el feto para el pasaje a través de la pelvis de proporciones deficientes. El rebasamiento puede ser antero-lateral y en este caso nos coloca ante la evidencia de una pelvis de proporciones deficientes. El rebasamiento puede ser antero-lateral y en este caso nos coloca ante la evidencia de una pelvis total y regularmente estrecha.

Los datos que nos proporciona la palpación del útero se refiere a su tono, factor muy importante para las posibilidades de la vía vaginal. Llámase útero atónico, a los efectos del índice, el útero de consistencia pastosa que conserva este carácter inmediatamente después de la contracción. Utero hipertónico el de consistencia leñosa que conserva este carácter incluso durante el reposo. Utero practicable, al intermedio entre el atónico y el hipertónico.

A los úteros catalogados en hipertónicos y practicables debemos concederles un porcentaje de menor hipertonia real caso de que la bolsa de las aguas se conserve.

Siguiendo el estudio de estos factores por vía vaginal adquirimos la información complementaria que necesitamos para establecer el índice. Con referencia a la pelvis obtenemos datos preciosos. La medición del conjugando vera tiene importancia pero no mayor que la que nos indica si los senos sacroilíacos son reseguibles y en la extensión que puedan ser reseguídos por nuestros dedos exploradores. Signo indicador de la profundidad de los senos y por tanto de la capacidad posterior de la pelvis. La apreciación de la curvatura anterior de la pelvis con objeto de despistar una pelvis plana. El grado del ángulo que forman las ramas descendentes del pubis a fin de apreciar las posibilidades de un fácil desprendimiento de la cabeza.

Por lo que respecta al útero completamos el estudio del mismo en su porción cervical observando la dilatación. Más que el grado de esta el cual podrá aumentar con la anestesia, la dilatación manual e incluso con las incisiones cervicales de Durhsen, nos interesa conocer la dureza y resistencia de sus bordes.

En efecto, por la situación que ocupa con respecto a los planos de

la pelvis, es instrumento de gran valor para conocer de la tonicidad uterina por vía vaginal. Digamos de paso que la situación fetal viene condicionada por el estado de tono del útero, por lo que muchas veces opinamos que la presentación está baja y apuntamos la posibilidad de una fácil extracción con forceps y cuando ha cesado la acción activa del útero, por la anestesia, la presentación se escapa y motiva el fracaso del forceps.

El signo que decimos es de gran valor se refiere al hecho de poder rechazar la cabeza con los dedos exploradores. Si con un golpe, dirigido con los dedos, la cabeza fetal asciende y tarda en volver a nuestro dedo, afirmemos que útero es tónico. Más aún si el rechazamiento va seguido de la salida de aguas posteriores. Si al intentar rechazarla (siempre tratando de presentaciones no encajadas) la cabeza no se mueve y queda enclavada podemos asegurar que nos hallamos frente a un útero hipertónico.

En el caso de que se rechace pero rápidamente vuelva a nuestros dedos, aceptemos la posibilidad de la existencia en el segmento inferior de un anillo de Bandl que dificulta el estado atónico uterino. Estos anillos ceden con la previa inyección de antiespasmódicos.

Ahora bien, a estos factores estudiados por palpación y tacto vaginal los podemos numerar separadamente, de menos a más según la intensidad de sus efectos concediéndoles cifras de 1 a 3. La suma resultante la dividimos por el número de factores tomados en cuenta. Sumemos las cifras que mediante estas operaciones aritméticas arrojan la palpación abdominal y la exploración vaginal y dividamos el total por dos, pues dos han sido los recursos exploratorios que hemos tomado en cuenta. Esta división nos dará como cociente el número uno, dos o tres y es la cifra indicadora del índice. Los casos cuyo índice operatorio sea 1 son tributarios exclusivamente de la vía vaginal así como aquellos que no llegan al número 2.

Los que tienen un índice 3 o menos de 3 sin llegar al 2 pertenecen por entero a la vía alta o cesárea.

Los de índice 2 son los casos dudosos y en ello la elección de vía la haremos considerando con mayor fuerza los factores generales de que hemos hablado anteriormente e incluso llegaremos a la exploración previa anestesia (la cual servirá para la intervención) al objeto de observar a consecuencia de la relajación producida por la anestesia si las condiciones de los factores actuantes han sido modificados.