

Reflexiones sobre Problemas Obstétricos

Por el Dr. Máximo Terán Valls
Asistente de la Sec. de Medicina,
adscrito al Servicio de Obstetricia
del Hospital San Juan de Dios.

Tuve la idea del presente trabajo, al meditar en el ejercicio y en la práctica diaria obstétrica. Siempre se encuentran nuevas fuentes de enseñanza y facetas clínicas de un carácter especial que mueven a reflexión y comentario cuando se trata de enjuiciar la indicación operatoria.

En Obstetricia, más que en ninguna otra rama de la Medicina, muchas veces la forma de apreciar un caso por los tocólogos que comentan o asisten a una consulta es tan diametralmente opuesta que, las distintas indicaciones planteadas corresponderían más bien, y sea-me permitida la fantasía, no ya a profesionales que viven en diferentes latitudes sino en distintos y distanciados planetas.

La situación del médico tratante que frente a una enferma con un litigio obstétrico ha preconizado una operación por vía alta se encuentra en actitud un poco difícil, cuando después de una consulta, se propone a la familia una sencilla rotura de membranas. En una palabra, el tocólogo de cabecera tiene siempre la duda franca sobre si su conducta y su manera de ver serán compartidas por el médico consultor. Y suponiendo que la indicación operatoria sea aceptada por ambos colegas, es también un hecho de observación corriente en que no tengan la misma apreciación respecto al camino a seguir.

Supongo que en cirugía, puede haber respecto a técnicas, diferencias en la forma e extensión en una incisión o divergencias en la orientación de la vía de acceso y a lo sumo y precisamente ello ocurre en las enfermedades genitales femeninas, preferencias entre dos vías bastante opuestas para la solución del problema (caso del carcinoma del útero abordable por ambas vías). En cambio existe en Obstetricia tendencias operatorias tan contrapuestas que parecen incongruentes e incapaces de llevar a un mismo resultado.

Forzosamente debe concurrir un conjunto de circunstancias que expliquen este hecho. Es lo que pretendemos analizar.

Digamos de antemano lo que creemos ha de ser el corolario de estas palabras: La indicación operatoria obstétrica es, la mayoría de las veces lábil, tendenciosa y caprichosa. En otras ocasiones, las menos, la indicación es clara, terminante y precisa. Estas dimanar de casos en que la amenaza a la vida de la madre o del hijo es un hecho

evidente. Aquellas no implican ningún factor apremiante. De aquí nuestro pretendido afán por reducir al mínimo, basándonos en la experiencia y sus resultados, las indicaciones cuya principal característica la constituye la relatividad y la imprecisión.

Señalemos brevemente y como ejemplo las indicaciones operatorias en algunos casos particulares. Pormenorizar las indicaciones individuales haría muy extensa esta comunicación.

Durante el embarazo el planteamiento de la indicación es difícil. En las neoplasias que concomitan con el embarazo, siendo de carácter benigno, encontrar el buen momento de su ablación no es fácil. No hablamos de un fibroma de cara posterior que produce desde los primeros tiempos una retroversión con tendencia cada vez más decidida a la incarceration y cuya indicación operatoria para la extirpación del nódulo es clara. Cuando el tumor sea previo y puede obstruir el canal del parto la indicación ya no será tan clara, si bien en principio la extirpación oportuna del neoplasma durante el embarazo pareciera la conducta más lógica en vista a un parto espontáneo ulterior.

Todas estas intervenciones tienen un común denominador: El conocimiento de los resultados de todo acto operatorio realizado durante el embarazo en las proximidades del huevo y la consecuencia obligada muchas veces, cual es la expulsión prematura de aquél.

Algunas veces, en nuestro ejercicio profesional nos hemos visto presionados ante los deseos vehementes de maternidad de una mujer que presentaba un problema de fibromatosis. La operación constituyó un éxito pero la maternidad fracasó. A posteriori, lógicamente se nos ocurrió pensar si un tratamiento más conservador hubiese podido quizás salvar el fruto.

Cuando la intervención la realizamos intre-partum, la extirpación neoplásica irá seguida de extracción fetal casi siempre por vía abdominal. Esta contingencia da al acto mayor importancia, mayor duración y por ende mayor gravedad. Pero conviene que no perdamos de vista lo difícil que resulta, sobre útero grávido, en plena contracción, dilucidar, si se trata de un nódulo fibromatoso o bien del desarrollo excesivo de un segmento del órgano.

Aceptemos, pues, que, tanto el embarazo como el momento del parto no son circunstancias las más a propósito para enjuiciar serenamente el problema que a neoplasias se refiere.

Dediquemos ahora la atención a las operaciones que afectan y atacan directamente al huevo.

Es innegable que a partir de la ligera gestosis o vegestosis hasta llegar a la intoxicación grave con alteraciones anatómo-patológicas por influencia del embarazo, advertimos una gama, casi diría interminable, de estados tóxicos en cada uno de los cuales hemos sido requeridos en consulta al objeto de ofrecer una solución activa. Debemos

advertir que no existe, hoy por hoy, ninguna apreciación exacta al respecto al momento en que puede ser conveniente o ineludible la evacuación del útero en los primeros meses de gestación y de existir un cuadro riguroso tampoco hay nada definido acerca de la época propicia para la evacuación. Generalmente todas se efectúan entre el segundo y cuarto mes, no porque se tenga experiencia de bondad sino más bien por el temor del médico en realizar una intervención que sospecha más peligrosa pasada la referida época y después de la cual y por la razón anteriormente apuntada le lleva a ser más conservador en su terapéutica.

Lo que acabamos de exponer nos indica la truculencia y la caprichosidad de la indicación y es en estos casos cuando el tocólogo tiene mayormente la sensación de la dificultad y responsabilidad de su actuación oportuna.

Sería absurdo pretender cerrar los ojos a las influencias confesionales y morales del médico y de la familia. En esta, las circunstancias sociales, económicas son tan insistentemente presionantes que llegan incluso a imponer "per se" la solución quirúrgica a despecho de las condiciones médicas del caso. Indicación tendenciosa en extremo y que puede menguar el prestigio médico en su calidad de profesional responsable y consciente.

En nuestro concepto es en esta circunstancia que precisa llamar a consulta al mayor número posible de colegas a fin de compartir una responsabilidad que se aceptará prescindiendo de todo factor que no sea puramente médico e alejando prejuicios y confesionalismos que pudieran actuar en pro o en contra de la justa indicación.

Por nuestra parte no creemos que el aborto terapéutico sea de uso diario. En mis dieciséis años de ejercicio solamente he asistido a un aborto terapéutico previa consulta de siete médicos y un protocolo notarial.

Tiene cabida en este lugar la indicación o tratamiento del aborto, llamémoslo así, corriente.

La terapéutica conservadora o activa depende mucho de las particularidades morales de los individuos. En el aspecto intrínsecamente médico reconocemos que la indicación es muy heterogénea. Hay quien a la primera pérdida, por insignificante que sea, evacúa el útero. Otros son abstencionistas tal vez en forma exagerada. Con ciertas limitaciones, preferimos este concepto conservador, máxime en un país como el nuestro en el que la práctica del aborto provocado salta ya del bochornoso campo de la criminalidad y por contagio y habituación invade el terreno sano, culto e incluso de buena moralidad y que acepta no obstante la práctica abortiva por simples, muy simples, con veniencias.

Médicamente nos definiremos rechazando de plano la indicación

operatoria inmediata en aquellos casos en los cuales la infección haya prendido o podamos sospecharla (aborto provocado). Intervención una vez el caso se ha enfriado, pues no deseamos arrostrar la responsabilidad, que comparta nuestra ingerencia, por los resultados mortales que con frecuencia observamos o por las alteraciones consecutivas que implican un "handicap" genital, derivado de intervenciones sépticas.

En los casos puros se deduce que podremos ser conservadores siempre que una grave expoliación sanguínea no ponga en peligro a la paciente.

El embarazo, conllevado con enfermedades del corazón o pulmones sinceramente creemos que, caso de existir indicación, ésta no es del dominio del tocólogo. Precisamos la colaboración del cardiólogo o fisiólogo y nuestra actitud se reduce a ser el complemento de los mentados colegas una vez que estos nos convencen con argumentos sólidos.

Ahora bien, donde más resaltan las dificultades de indicación es sin duda en los casos *intrepantum*. Existen situaciones que no se discuten. Se presenta bruscamente un incidente que amenaza la vida de la madre o del feto y una decisión clara se impone evidentemente. En estas circunstancias ciertas discusiones son superfluas.

No obstante encontramos patologías de embarazos en las que todos estamos conforme en etiquetarlas de graves y sin embargo en la apreciación de la conducta a seguir distamos mucho en estar de acuerdo. Ejemplos: la eclampsia y la inserción placentaria baja.

En la eclampsia la vida de la enferma está expuesta. Reconocida la gravedad de la situación, unos abonan la evacuación inmediata del útero. Otros defienden el tratamiento expectante. En qué estriba una situación de pareceres diametralmente opuestos? En nuestro entender creemos que estas pugnas de opinión son debidas a la experiencia personal de cada médico. Por escuela o por autodidactismo casi todos nos orientamos en un camino único y por supuesto llegamos a querer lo que mejor conocemos. Por consiguiente al anuncio de "eclampsia" prejuzgamos nuestra actuación según nuestra aprendida o enseñada experiencia, sin detenernos a analizar, muchas veces los grados de intoxicación gravídica y su repercusión más o menos fuerte sobre el organismo de la paciente, objeto de nuestro examen.

Creemos que es de suma conveniencia tener "in mente" para decidir una u otra indicación, inquirir con el mayor detalle el número de ataques convulsivos habidos, duración de los mismos y frecuencia de su aparición.

La enferma sangra *intrepantum*. Rápidamente nos ponemos de acuerdo para diagnosticar una inserción baja o un desprendimiento prematuro y que la hemorragia observada compromete intereses maternos y fetales. La discrepancia de criterio nace a partir del momento que determinamos la pauta a seguir. Para unos la evacuación

inmediata es la regla. Otros, más prudentes, desean ser expectantes.

Cuántas veces se observa una mujer que presenta un cuadro hemorrágico agudo, deja de sangrar y logra finalmente una parturición a término sin incidente alguno! En otras ocasiones, en pleno parto, una rotura precoz de membranas ahuyenta la alarma.

Por lo que el tratamiento se refiere somos de la opinión de no tomar en forma tan drástica el concepto de eminencias un poco anticuadas como la de Zweifel quien afirma "que en toda embarazada avanzada que presenta una hemorragia intensa, aun cuando a la llegada del médico no pierda sangre ha de tratarse activamente y precisamente por el método que evite una segunda hemorragia". Sin dejar de alabar la justa observación de Zweifel de que efectivamente las hemorragias reiteradas anemian a la enferma y ésta algunas veces no resiste la pérdida fisiológica del parto, debemos manifestar, no obstante, de que los medios puestos en práctica hoy día son más modernos y protectores para la paciente afectada de placenta previa.

Aparte las condiciones generales de tratamiento: Internamiento, transfusión, laboratorio, tendremos presente su estado general, el tiempo de su embarazo y el hecho de que sea primí o multipara. Estas últimas condiciones expuestas muy necesarias para pesarlas en la vía quirúrgica a seguir.

Es posible que en esta forma se salven más fetos que no habrían sobrevivido semanas antes y también se ahorren intervenciones que cobran excesivos intereses por una circunstancia patológica que no implica repetición.

Contemplemos ahora los intereses fetales. El feto sufre. Empero raras veces sufre. El sufrimiento existe a menudo en la imaginación de quien asiste al parto. La salida de líquido teñido de meconio no es indicativo fatal de sufrimiento. Debemos tomarlo como aviso para un correcto y más menudeado control del corazón fetal, y por tanto no nos entregaremos a la zozobra.

Un corazón que late durante unos minutos a cien no tiene mucha importancia si conserva un ritmo regular y bien puede obedecer a la manifestación de una dinámica uterina momentáneamente exagerada, del paso de la cabeza fetal a través de un segmento quizás estenosado o de una compresión temporal y sin mucha importancia del cordón. Pero innegablemente la prudencia y nuestro interés nos obliga a que seamos, nosotros médicos, los interpretadores de los mencionados hechos y dictar en cambio a la obstétrica la obligación de que nos avise cuando el pulso fetal baje por debajo de 120 o bien cuando en el intervalo entre las contracciones existe una cierta arritmia.

A este propósito y sin reservas de ninguna clase conviene afirmar que la indicación de sufrimiento fetal es en muchas ocasiones tanto más apremiante cuanto más apremiantes sean las conveniencias personales.

Los americanos, muy aficionados a ciertas estadísticas, confiesan con una sinceridad que a nosotros latinos nos produce rubor, que la hora del día en que abundan más las intervenciones es a primeras horas de la tarde. Para ellos la causa es obvia: menudean las intervenciones por la sencilla razón de que el profesional debe o quiere acudir a su consulta y termina de la mejor manera posible el parto a él confiado. Se ve, pues, que por allá también la indicación operatoria es falaz y tendenciosa.

Sin embargo cabe reconocer que en ciertas ocasiones el feto sufre en realidad y que de no acudir rápidamente en su auxilio la muerte fetal remata la situación. La indicación es categórica. Podrá discutirse la forma pero la necesidad de una ayuda inmediata es inquestionable.

Ahora bien, en número notable de casos no existen peligros inmediatos ni maternos ni fetales. Pero, a pesar de esta normalidad virtual el médico se cree obligado a poner sobre el tapete las condiciones del caso. El parto lleva largas horas de duración, con una dinámica uterina decidida. La indicación de poner fin al parto es relativa, pues no hay progresión formal intrapartum, la dilatación no es total, el feto se oye bien, la cabeza no está en los últimos planos, etc. Pero no hay duda que una buena profilaxis puede constituir indicación operatoria para evitar alteraciones en horas sucesivas y soslayar circunstancias que pudieran agravar el pronóstico para ambas vidas. Este es el caso, debemos reconocerlo, en el cual la indicación es lábil cien por cien. Para poner fin al parto, unos se fijan en la cifra de contracciones, otros en el tiempo de duración del trabajo. Nosotros nos fijamos en el pulso, la respiración, la temperatura, señalamos determinadas horas de parto diferentes, por supuesto, si se trata de una primípara o de una múltipara y a ser posible reclamamos el análisis de orina para comprobar la acetona por las crisis más o menos intensas de acidosis frecuentes en la parturienta.

Todas estas manifestaciones generales y locales pesarán en el análisis del caso pero la apreciación de la resistencia de la enferma es tan subjetiva que traducida a una realidad de ejercicio profesional es muy posible que el colega llamado a consulta no participe de nuestro concepto y crea que en lugar de nuestra anunciada intervención es preferible abstenerse. Quién tiene razón?... También puede suceder que en este mismo caso, uno o más o todos estén en armonía para vaciar el útero, pero la complicación surge al plantear la clase de intervención. Casos hay que son la propia evidencia y no admiten discusión. Una marcadísima estrechez pélvica o un tumor previo son motivo de vía alta. Una hidrocefalia responde a una craneotomía mientras que una cabeza en el tercer plano implica un forceps.

Pero la obstetricia no es siempre tan clara en sus decisiones y si bien es cierto que pretendemos usar fórmulas que nos deslignen

cada día más de la duda tampoco es menos cierto y hemos de convenir que todos nos sentimos vinculados a nuestra formación escolar, al perfeccionamiento logrado en nuestra práctica profesional y, esta es la mejor explicación que podemos ofrecer; todas estas enseñanzas las clasificamos en el arsenal de nuestros recursos de muy distinta manera y echamos mano preferentemente a aquellos métodos, o de aquel único porque no aprendimos otro, que nos da mejores resultados en nuestros conflictos obstétricos. Perfeccionándonos día tras día en el manejo de la técnica preferida somos más eficientes con su uso llegando a ser capaces de encontrarle más amplias y prolijas indicaciones. Pero bien es cierto que del uso al abuso sólo existe un paso.

En Obstetricia y como consecuencia del ambiente o del predominio de una técnica o de la poca atención por la especialidad, etc., etc., asistimos a fenómenos de espejismo. Quiero decir que al lado de un cesarista todos los que le siguen serán cesaristas. Si priva un vaginalista todos acaban siendo vaginalistas y así resulta como en un principio nos colocamos, casi sin darnos cuenta y por causa de nuestra inexperiencia, nos colocamos digo, en los extremos, hasta que los realismos del ejercicio, patente en nuestras estadísticas, vienen a demostrar que los resultados no son tan buenos como creíamos. Y forzosamente así debe suceder. De algo sirve la experiencia y el esfuerzo en el perfeccionamiento de nuestro trabajo. El tocólogo se da cuenta de la tendenciosidad de sus decisiones al cabo de algún tiempo, pero esta verdad la ha aprendido a través de sacrificios personales y a costa, muchas veces, de vidas sacrificadas. Digamos que no les falta su parte de responsabilidad a los maestros, a los profesores, a los jefes o a los experimentados en el ramo obstétrico quienes al enseñar sus técnicas no repararon en la lógica y natural carencia de habilidad del principiante ni tampoco los hicieron confidentes de las dificultades, las inquietudes, las vacilaciones y los fracasos que ellos mismos experimentaron a su vez en su iniciación. De allí el sinnúmero de decepcionados obstétricos y la cantidad de detractores por determinada técnica mal aprendida. No deja de ser triste que el éxito brillante de un tocólogo se convierta en fracaso y en sentimiento de inferioridad para quien lo siga.

Por supuesto que en nuestra especialidad, las tendencias más paradójicas tienen cabida. Ejemplos: De Lee de Chicago práctica sistemáticamente la extracción fetal con forceps una vez la dilatación es completa. Supresión del periodo expulsivo. Una de las ventajas que le ofrece su proceder es la mejor conservación de los tejidos vulvo-perineales. Es una opinión... De todos modos esta concepción de la cual no participamos y que aparece a primera vista imposible puede explicarse cuando la conducción corre a cargo del propio De Lee o sus colaboradores y consideradas las condiciones de ambiente en las que dicho señor se mueve para desarrollar su técnica.

Para Potter, de Búfaio, el período expulsivo queda suprimido con una versión cuando la dilatación es completa. Contraindicaciones: todas aquellas en que su método es peligroso. Peligro que representa un 10% de sus casos en los cuales practica la cesárea. Es decir, sustraer a su método todas aquellas mujeres que paren en forma espontánea apresuradamente y en las que a pesar de su magnífica organización, al efecto concebida, el Dr. Potter no llega a tiempo. Nuestra concepción latinoamericana aleja de este extremismo, pues creemos que su sistematización constituiría un fracaso.

Igual opinamos del alemán Max Hirsch y sus seguidores, quienes aceptan y preconizan la solución de la mayoría de los casos por vía alta.

—¿Quién tiene razón, volvemos a preguntar?...

Si queremos buscar una explicación a tanto antagonismo el camino para hallarla lo encontramos en nuestro entender, si no perdemos de vista que nuestra ingerencia en el parto es siempre antinatural y las técnicas múltiples empleadas no hacen sino regular la artificiosidad de nuestra participación y su tanto de riesgo respectivo.

Siendo la finalidad, la obtención de un fruto vivo a expensas del mínimo riesgo materno, para llegar a esta meta todas las tendencias, incluso las truculencias y snobismos son posibles, si respetan la finalidad del parto y revelan con sinceridad los resultados obtenidos.

Imputables también otros factores a los cuales no les damos importancia o no los queremos mentar por escrúpulos de profesión. Uno de estos factores lo constituye el médico, hombre al fin, quien comunicará a su actuación la forma de ver el problema. Otro lo constituye el medio ambiente el cual influye con más fuerza de la que nosotros mismos sospechamos, bien se trate de una enferma llamémosla particular o bien de otra que se pierde en el anonimato del servicio hospitalario. Otro factor es la colaboración la cual se manifiesta en relación al éxito según sea la mayor o menor cohesión y conocimiento íntimo de todos los que forman el "team" encargado de solucionar quirúrgicamente el caso obstétrico.

No creo haber dicho nada nuevo ni de valor. Pero me pareció justificado insistir sobre estos aspectos diarios del ejercicio obstétrico, porque sin ellos y sin apreciarlos debidamente no es posible la comprensión de nuestra especialidad. Repitamos que la finalidad para todos es la misma: la obtención de un fruto vivo con el mínimo de riesgo materno. Ahora bien, esta finalidad inmediata no nos satisface y debemos matizar en nuestro ejercicio, pues como tocólogos no podemos olvidar los problemas ginecológicos. Por consiguiente no solamente protegeremos los intereses inmediatos de nuestras pacientes sino que velaremos por sus maternidades futuras y su porvenir ginecológico.

Todas las maneras de hacer nos parecen en principio respetables

aunque las podamos combatir, pues sentamos "a priori" la suposición de que todo colega persigue la misma finalidad que nosotros anhelamos.

Lo que interesa es analizar la forma y comentar la clínica seguida para llegar a este fin. Por encima de todo interesan los resultados obtenidos con cada forma de proceder, pues el juicio final sólo puede venir con la crítica de estos resultados, los cuales aceptaremos o tendremos derecho a rechazar previo el conocimiento de la cifra global de asistencias practicadas por un individuo o conjunto de individuos enmarcados dentro de una técnica. Mortalidad global materna-fetal, porcentaje operatorio, mortalidad de los casos operados y no operados.

Así mismo, tiene interés conocer si las enfermedades tratadas han controladas previamente así como conviene especificar la naturaleza y características patológicas y ambientales del Servicio en donde se trabaja con afán de estadística, de técnica y de escuela".

Actualidades

La Dirección

Tratamiento Ambulatorio con Penicilina en Sífilis Primaria

(Revista de la Asociación Médica Argentina Nº 605, Mayo 1947, pág. 295).

La muy importante Revista Argentina que mencionamos, publica una notable colaboración de un grupo de médicos británicos con el fin de llegar a una valoración de los resultados del tratamiento ambulatorio en Sífilis primaria mediante la penicilinoterapia.

B. M. Lourie, H. O. J. Collier, A. O. F. Ross, D. T. Robinson, Rachel B. Nelson, nos ofrecen un documentado estudio de experimentación meticulosa dentro del campo estrictamente científico. He aquí el resumen que reproducimos textualmente por considerarlo de sumo interés.

Se recalca una vez más, que el tratamiento penicilínico de la sífilis primaria no podrá adoptarse en la práctica diaria civil, en tanto no se instituya un plan ambulatorio adecuado.

Se aportan razones, apoyadas en experimentos de laboratorio,
