

Ginecología y Obstetricia

Vol. I

SETIEMBRE, 1955

Nº 1

Trabajos Originales

INTERVENCIONISMO Y ABSTENCIONISMO DURANTE EL PARTO

DRS. RODRIGO FRANCO G., MANUEL GONZALEZ DEL RIEGO
Y FELIX PEREZ RETES *

(Cátedra de Obstetricia de la Facultad de Medicina de Lima)

DE acuerdo y en colaboración con los Profesores de la Cátedra de Obstetricia y Clínica Obstétrica, Dres. Manuel González del Riego y Félix Pérez Retes, hemos querido traer a esta reunión de distinguidos Obstetras y Ginecólogos de América y nacionales, que se encuentran entre nosotros con motivo de la III Sesión Interamericana del Colegio Americano de Cirujanos, un tema que se presta para oír valiosas opiniones que aclararan conceptos y pueden sentar pautas para el ejercicio adecuado de la Obstetricia moderna. Antes que ocuparnos de un punto concreto de nuestra especialidad hemos creído mejor abordar un tema de mayor amplitud y de doctrina, que expresa el pensamiento de todo el personal docente en la enseñanza a nuestro cargo, tal es "Intervencionismo y Abstencionismo en el Parto".

Por tradición, como dice Schumann, de Filadelfia, la Obstetricia es la segunda especialidad más antigua, precedida solamente por la Cirujía dada la toracotomía practicada a Adán, pero luego vino el nacimiento de Caín y Abel que le dá el lugar siguiente. Desde remotos tiempos, ella fué una especialidad quirúrgica por la frecuencia con que el arte manual u operatorio tuvo que intervenir para realizar el parto cuando la naturaleza sola no pudo hacerlo. Así se sabe, que la operación cesárea abdominal se ha practicado por muchos siglos, así como más tarde el forceps, la versión y otras operaciones, pero también sabemos que por un lapso muy prolongado predominó en la atención del parto la espera paciente y desarmada, en la esperanza de que natura resolviera en algunos casos lo imposible.

* Trabajo presentado a la III Sesión Inter-Americana del Colegio Americano de Cirujanos realizada en Lima, Enero 1955.

NOTA: Los directores de la "Revista de Ginecología y Obstetricia" no se hacen responsables de las ideas y opiniones de sus colaboradores.

De otro lado, con el devenir del tiempo, la mejor preparación del médico, su mejor conocimiento de la anatomía, de la fisiología de la gestación y del parto, su interés por la Obstetricia que antes estuviera en manos empíricas, el conocimiento de nuevas y mejores técnicas operatorias, etc., hasta llegar a nuestra era de condiciones hospitalarias mejores, de los Rayos X, la anestesia segura e inocua, las transfusiones sanguíneas, las sulfas y antibióticos, así como la alta categoría actual de la Obstetricia como especialidad y la tendencia casi universal de atender el parto en hospitales, pueden habernos llevado, tememos, o llevarnos a lo que llamamos "Intervencionismo en el Parto". De allí el breve trabajo que presentamos a vuestra consideración sobre el punto.

Frente a la indicación inadecuada de operaciones en el parto, ya sea por entusiasmo o precipitación, por temor o desconocimiento y falta de discriminación de la realidad en cada caso, por sobre valoración de la propia habilidad o por otras tantas razones que sería largo e innecesario mencionar y que constituyen "Intervencionismo", hemos creído oportuno y conveniente ocuparnos de lo que juzgamos "Abstencionismo en el Parto" o sea, la no realización de intervenciones en el caso y momento oportunos, así como la omisión de medidas farmacológicas que puedan modificar favorablemente la evolución del proceso. Es indudable que, muchas veces, en un afán injustificado de conservadorismo, en ocasiones por el mero hecho de enfrentarse al intervencionismo, otras por temor o condescendencia, así como por imprecisa valoración de las condiciones que a veces confronta el partero, omite operar cuando es necesario creando situaciones graves y quizás irreparables. Por eso nuestra preocupación por precisar nuestro criterio respecto a lo que llamamos abstención peligrosa en la conducción del parto.

Por la gran extensión del tema escogido imposible sería pretender enumerar al detalle las indicaciones para las diversas intervenciones, solamente hemos querido expresar a grandes rasgos cuales son, a nuestro juicio, aquellas que juzgamos ineludibles, dejando las otras, tan frecuentes hoy, bajo el rubro de "Intervencionismo", no en forma absoluta, pero sí de la relatividad de las cosas humanas, sujetas, por lo tanto, a discusión y susceptibles de esclarecerse por mejores criterios. Igual hemos hecho en la segunda parte del trabajo en lo referente al "Abstencionismo".

Los innumerables recursos que el maravilloso adelanto de la ciencia ha puesto a disposición de la Medicina, ha determinado que hoy el acto quirúrgico se convierta en un hecho casi inocuo, permitiendo que la imaginación y habilidad individuales fructifiquen con técnicas cada día más audaces en cuyas posibilidades no haya casi límites dentro del organismo.

La obstetricia con sus múltiples problemas aún insolubles o con soluciones forzadas llenas de peligro, que aún en manos muy expertas no alcanzan siempre el éxito, ha encontrado una vía segura para llegar fácil y elegantemente a una solución. El advenimiento de esta era, ha suscitado el entusiasmo cada vez más creciente por la solución quirúrgica de los problemas obstétricos; en grado tal, en el mundo entero, que se torna realmente peligrosa

y creemos un deber, ya que dedicamos gran parte de nuestra vida a la enseñanza, unir nuestra voz admonitoria a las que ya se alzan por doquier, para encausar honesta y eficazmente dentro de los límites que reputamos como lícitos, este afán intervencionista.

Llamamos intervencionismo a todo acto que sin razonable base obstétrica y precipitadamente trate de acelerar sin justificación o ponga fin violento al proceso del parto.

De acuerdo con estas tendencias el campo donde se ha hecho más evidente esta peligrosa dirección, es en la práctica de la operación cesárea. Las principales estadísticas mundiales nos señalan que pese a todos los empeños bien intencionados, su incidencia crece día a día por la inconsiderada ampliación de sus indicaciones. Nosotros creemos que existen indicaciones precisas e indiscutibles y en ello estamos de acuerdo con el criterio expuesto por las principales escuelas obstétricas del mundo y no dudamos en señalar las siguientes: a) Las estrecheces pélvianas definidas o las determinadas por malformaciones o tumores. b) Las desproporciones céfalo-pélvicas persistentes después de una efectiva prueba de trabajo de parto, apreciamos como tal una prueba de trabajo que dure de 18 a 24 horas cuando las membranas ovulares se encuentran íntegras y la madre y el bebe en perfectas condiciones, y alrededor de 6 horas cuando las membranas se hubieren roto prematuramente. c) Las grandes hemorragias ocurridas cerca o al término de la gestación, ocupando un lugar principal en esta categoría la placenta previa central u oclusiva, las semi-oclusivas y aún las laterales que determinen pérdidas considerables e incontrolables de sangre. d) El desprendimiento placentario extenso con gran hemorragia. e) La pre-eclampsia grave y persistente después de adecuado y reiterado tratamiento. f) El peligro de ruptura uterina sobre todo en los casos de mujeres que hayan sido anteriormente sometidas a una o más operaciones cesáreas. g) Los procesos que determinen limitación insalvable de las vías blandas del parto, ya sean procesos cicatriciales, neoformaciones o procesos crónicos que concurran a limitar o impedir el debido acondicionamiento de la parte terminal del canal del parto compatible con el pasaje del niño a través de él. Nosotros creemos firmemente que estas son las pautas que sólo en muy excepcionales oportunidades, el obstetra debe transgredir para entrar al campo ya de suyo peligroso y discutible de las indicaciones relativas; no negamos que estas se presenten y que puedan determinar la precisión del parto quirúrgico y tampoco desconocemos que se requiere gran convicción, entereza, y vasta experiencia para poder resistir a la tentación de terminar con éxito y fácilmente un proceso de parto complicado y peligroso, o aún para saber esperar hasta el momento realmente indicado, cuando muchas veces podamos haber comprometido relativamente la integridad del nuevo ser. No podríamos seguir adelante silenciando un problema que encaja a maravilla dentro de estas indicaciones y que cada día acrecienta su porcentaje como causa determinante de la cesárea: los trastornos de la cinética uterina. Creemos honradamente que se abusa de este rótulo a expensas de la buena obstetricia.

Creemos y no dudamos en señalar a este afán de asegurar el éxito final,

por un medio que cada día se convierte en más inocuo para la madre y para el niño, como la causa principal de la extensión indebida y dolosa de la operación cesárea en nuestros días. No deben olvidar aquéllos que por afán bien intencionado, pero ilícito, que si bien las cifras de mortalidad materna en el mundo entero ha disminuído considerablemente, especialmente en las estadísticas expuestas por los grandes centros asistenciales, a una fracción de la unidad por ciento y que la mortalidad fetal global, es semejante si no más baja que la ocurrida en los partos vaginales, mejorando en la mortalidad relativa de las estadísticas depuradas, hasta hacerla descender a cifras aún menores que las obtenidas en los partos vaginales, que la operación cesárea representa y representará siempre una limitación orgánica para la madre que verá supeditada a ella, su capacidad reproductiva por los peligros inminentes que en todo nuevo proceso gestacional estarán presentes, y que representa también una fuente de alteraciones psíquicas que no todas las mujeres pueden sobrellevar impunemente. Si bien el aforismo de que toda mujer cesareada lo será siempre, ha perdido gran parte de su absolutismo, sigue siendo y actuando como un factor muy considerable en las estadísticas como causa de reiteradas operaciones. En cuanto a la mortalidad fetal si bien ha descendido a porcentajes promisoros, no hay que olvidar que para llegar a estos resultados son necesarios personal y equipos adecuados, que no en todas partes pueden tenerse a mano. Debemos insistir en señalar como francamente condenable, la práctica de la cesárea llamada electiva, aún cuando su causa pueda parecer justificada, por la facilidad con que puede cometerse errores graves en la evaluación de la edad y capacidad del niño.

Así como hemos dejado sentado nuestro criterio para las formales indicaciones de la operación cesárea debemos puntualizar categóricamente que las contra-indicaciones para ejecutarla son, con rarisimas excepciones: a) La existencia de un feto muerto. b) La presencia de monstruosidades. c) La eclampsia. d) Cuando existe la posibilidad de practicar sin peligro para la madre, cualquier tipo de intervención vaginal.

Sin entrar en mayores detalles en gracia a la extensión del presente trabajo y a la naturaleza misma del tema, sólo diremos que en cuanto a las técnicas, nosotros preconizamos la cesárea cervicosegmentaria con incisión transversal, en todos los casos. Para la anestesia usamos los gases por inhalación cuando las condiciones de la madre y del niño son perfectas y la extracción se calcula que será rápida; para los casos que requieran cuidados especiales en cuanto a la madre o al niño se refiere, por un estado previo, usamos la raquidia.

Llamamos también intervencionismo a la práctica rutinaria e indiscriminada del forceps, y al decir forceps nos referimos casi únicamente al uso del forceps bajo, ya que las aplicaciones altas están proscritas formalmente y las aplicaciones en el estrecho medio, creemos, que no sólo no hay la tendencia de abusar de ellas sino que, existe cierta predisposición a relegarlas injustificadamente a expensas de la cesárea. Puntualizada nuestra posición diremos que somos partidarios y practicamos la aplicación del forceps bajo, para

acortar el período expulsivo, con un criterio profiláctico en cuanto a la morbilidad fetal y materna, solo cuando la resistencia anormal de los tejidos blandos prolongan indebidamente la duración de la última fase del período expulsivo.

Nos parece que se incurre en falta también, cuando se interfiere sistemáticamente en la extracción de los niños en presentaciones de nalgas. Mientras no se presente causa ampliamente justificable, nuestra norma es dejar que el proceso natural se desarrolle espontáneamente hasta el punto que la intervención del obstetra por la práctica de la maniobra de Bratch, en las múltiples, o las diversas maniobras conducentes a dirigir más que a forzar la flexión de la cabeza están indicadas. El uso del forceps de Piper, lo reputamos indispensable a la menor dificultad que se presente en la extracción de la cabeza. De esta manera nosotros no reputamos como intervencionismo, la conducción del parto de los hombros y de la cabeza.

La versión interna y gran extracción podálica, en otros tiempos tan en uso en todos los centros obstétricos, ha cedido definitivamente su lugar de privilegio por la gran incidencia de mortinatalidad y morbilidad fetales que ocasionaba, y las complicaciones a veces muy graves para la madre que de su práctica se derivan. Nosotros creemos que efectivamente es una maniobra peligrosa para recomendarla como práctica rutinaria y que su peligrosidad aumenta en razón directa de la falta de experiencia del ejecutante; pero no podemos dejar de expresar que bien ejecutada por persona experimentada y con indicación precisa es todavía hoy un recurso eficaz en el arsenal obstétrico, para abreviar la extensión del campo quirúrgico en la obstetricia. Debe tenerse presente para evitar el abuso en la práctica de la operación cesárea.

La práctica de la episiotomía sólo puede ser reputada como intervencionismo cuando se la practica indiscriminadamente, como sistema en todos los partos; el criterio que aconsejamos es decididamente favorable al uso de esta incisión ampliatoria del último tramo del canal del parto porque creemos que es una magnífica medida profiláctica contra los traumatismos céfalo-cra-neanos del niño, al abreviar su pasaje a través de tejidos exageradamente resistentes o inextensibles que determinan compresiones que pueden tornarse peligrosas si se permite que sean vencidas sólo por la cabeza impulsada por las contracciones maternas. Consideramos también que es una manera práctica de evitar muchas aplicaciones de forceps directas, que si bien nosotros mismos las reputamos como realmente inocuas, su inocencia no puede ser nunca menor que el fenómeno natural. Hacemos también profilaxia contra las complicaciones o secuelas que los partos dejan en las vías genitales de la madre.

Por abstencionismo podría señalarse la falta oportuna de empleo de recursos o procedimientos adecuados, médicos o quirúrgicos, durante el trabajo de parto anormal a fin de conducirlo a su feliz terminación.

Cuando alguno de los factores que entran en juego en el parto se desvía hacia la anormalidad hace surgir, aunque muy raramente las indicaciones relativas de la operación cesárea. Planteada la distocia ciertamente que el

conservadorismo extremo puede ser entonces responsable de algunos resultados poco halagadores; más justo es reconocer que es posible llegar a reducir a un escaso número esta necesidad quirúrgica, si se corrigen pronta y sagazmente los trastornos existentes. La inercia uterina es una complicación que debería ser diagnosticada y modificada precozmente antes de que produzca efectos irreversibles que obliguen al obstetra a la rápida terminación del parto por medios quirúrgicos. El tratamiento médico de la inercia uterina, y su consecuencia: la falta de progreso de la dilatación del orificio uterino, logra éxitos casi siempre y ha hecho excepcional la necesidad de las intervenciones abdominales o algunas de las realizadas por vía vaginal. La vigilancia permanente de la parturienta y la interpretación correcta de las características de la constricción uterina, así como su efecto sobre la dilatación del cuello, permite que el tratamiento médico se establezca cuando la inercia aún no se ha complicado, ni las modificaciones de la fibra muscular impidan la acción adecuada de los medicamentos. No somos simples espectadores del trabajo de parto en todos los casos de inercia, sino que intervenimos farmacológicamente tan pronto como es necesario y posible, u operatoriamente por vía vaginal usando de las técnicas más sencillas sin poner en peligro la madre o al feto. En términos generales se peca de abstencionismo cuando no se recurre a la operación cesárea existiendo la imposibilidad de obtener por un parto vaginal un niño sano sin causar daños graves a la parturienta. La duración del trabajo de parto de prueba a que se somete a las mujeres en las que existe desproporción céfalo-pélvica, tiene un límite pasado el cual, aumenta la morbilidad materna y fetal. La toxemia pre-eclámpsica puede causar daños irreparables sino se interrumpe quirúrgicamente el parto. Las hemorragias debidas a placenta previa marginal que no pueden ser detenidas por medios obstétricos, así como en algunos casos de abruptio placenta, cuando el tratamiento médico no logra éxito, obligan a la operación cesárea; la coexistencia de anomalías de la contracción uterina con alguna mala presentación fetal en pelvis justo menor creando una distocia compleja puede ser indicación para usar la vía abdominal, y por último en las mujeres en que se han realizado grandes operaciones plásticas del conducto genital, la cesárea puede ser necesaria en algunos casos.

El temor a los daños fetales o maternos que puede producir la aplicación del forceps lleva en muchas ocasiones a esperar ansiosamente la expulsión espontánea del feto; no obstante, con hábil técnica y suficiente experiencia se obtienen mejores resultados si el período expulsivo se limita a un tiempo prudencial, su prolongación indefinida puede llegar a producir lesiones hemorrágicas encefálicas fetales, de grado progresivamente variable hasta llegar a ocasionar la muerte del feto. La intervención tiene por objeto extraer al niño antes de que tales lesiones sean muy intensas o irreversibles. De aquí que el momento decisivo para el uso del forceps tenga gran importancia.

Algunas secuelas ginecológicas del parto espontáneo son menos frecuentes si se usa la episiotomía. Su práctica rigurosa disminuye el número

de mujeres que requiere operaciones posteriores. La decisión inflexible de atender todos los partos sin recurrir a la episiotomía es imprudente, pues en algunos casos los desgarros son muy extensos y en otros el cistocele o el rectocele son los resultados lejanos; de todos modos una herida quirúrgica es preferible a un desgarro traumático. La valoración de todos los factores que desempeñan un papel en el desprendimiento de la presentación fetal deben ser tenidos en cuenta para la ejecución de la episiotomía.

Las demoras en el alumbramiento pueden llevar a situaciones desesperadas y entonces la extracción de la placenta tiene que efectuarse con manipulaciones difíciles de ejecutar y peligrosas y cuando el shock hemorrágico es muy intenso. Mientras la cantidad de sangre que se derrama es escasa debe esperarse un tiempo prudencial antes de recurrir al alumbramiento manual, maniobra que siempre aumenta el índice de morbilidad materna, por eso es preferible el uso de ocitócicos que aceleren el desprendimiento de la placenta; pero después del fracaso de los medios simples que ayudan al alumbramiento la extracción manual de la placenta en tiempo oportuno disminuye las posibilidades de daños y secuelas más o menos graves a la parturienta, principalmente, y como consecuencia del shock intenso y prolongado, las lesiones que la anoxia puede causar en diversos órganos.