

SOMATOMETRIA DE LOS GENITALES EXTERNOS DE LA MUJER PERUANA (INDIA) Y SU INFLUENCIA SOBRE LOS DESGARROS DEL PARTO *

JOSE JIMENEZ CAMACHO
(Médico Cirujano. Puno. 1956).

I

EL mecanismo genético de los desgarros producidos por el parto en los genitales externos, no está aclarado suficientemente cuando se consulta la opinión de los tocólogos que descuidan la somatología constitucional de la mujer. Atraídos por los conceptos de volumen y elasticidad, han menospreciado los datos somatométricos, que son los que, indiscutiblemente, explicarán el hecho.

Tanto el desgarro vulvar, como el desgarro perineal, resultan de violencias traumáticas ejercidas durante el acto del parto, que vencen la elasticidad del tejido. Se ha dado valor en su producción al elemento tejido, al elemento fetal y al elemento operador.

En este trabajo se dejará de lado la consideración de estos factores, que están bien estudiados en los tratados de obstetricia, para desarrollar el aspecto somatométrico de los genitales externos de la mujer, pretendiendo con este estudio explicar la génesis de los desgarros del parto, así como también contribuir al conocimiento de la morfología de la mujer peruana.

INICIADORES DEL TEMA

La situación de la vulva en la pared anterior de la cavidad pelviana, se ha estudiado con criterio anatómico y antropológico. Schroder, Schultze, Foster, Rannoy y Alfonso Boissard, fueron los primeros que llevaron a cabo este trabajo.

El primero realizó estudios en cortes congelados de mujeres embarazadas, lo mismo que Boissard, quien, sin embargo, perfeccionó la técnica de las mediciones particularmente la de la línea media ántero-posterior.

Foster tomó las medidas en mujeres vivas, fuera del estado gravídico y con compás de espesor. Schultze se valió de la cinta métrica, midiendo el arco y no la cuerda entre dos puntos dados.

Las cifras medias de Foster, son las siguientes:

En las nulíparas:

De la punta del cóxis al ano	4.5 cm.
Del ano a la horquilla	2.7 „

En la múltíparas:

De la punta del cóxis al ano	4.7 cm.
Del ano a la horquilla	2.2 „

(*) Para los doctores, Israel Castellanos de la Habana y Carlos A. Bambarén de Lima, de los cuales: el primero me instigó este trabajo y el segundo me dió ocasión de conocer las observaciones del investigador cubano.

La situación de la vagina se ha estudiado con criterio antropológico por Delaunay, quien dice que en algunas razas africanas, la vagina está tan orientada hacia atrás en algunas ocasiones, que es preciso practicar el coito como los cuadrúpedos. Boissard dice que la vulva no ocupa siempre la misma altura; puede estar más alta o más baja en la pared anterior de la cavidad pelviana, variando su posición según las razas.

Otto Oertel, al hablar de la morfología de los grandes labios, dice que pueden formar una comisura posterior situada a tres centímetros por delante del ano (30 mm., mujeres blancas).

TRABAJOS CUBANOS

Núñez Rossie, Profesor cubano, ha sido el primero que ha dicho que, "la orientación de la vulva influye en el mecanismo del parto y en las lesiones del periné".

Rafael Weiss, de La Habana, es igualmente, el primero que en América ha estudiado la situación de la vulva en relación con las lesiones del periné y las deformaciones del cráneo fetal. En 1887 publicó su trabajo, que es todo un modelo de somatometría de los genitales externos de la mujer, no sólo como dato morfológico sino como caracterización racial.

Las cifras medias que encontró, fueron las siguientes:

Mujeres blancas multíparas:

Del borde inferior de sínfisis a la horquilla	5 cm.
Del ano a la horquilla	2.6 „

Mujeres negras multíparas:

Del borde inferior de la sínfisis a la horquilla	6.8 cm.
Del ano a la horquilla	1.8 „

Resumiendo Weiss sus observaciones que sintetizan las variaciones que pudo comprobar, llega a las siguientes conclusiones:

1º La situación de la vulva en la pared anterior de la cavidad pelviana, es variable según los individuos: hay mujeres de vulva alta, de vulva baja y entre ambos extremos los términos medios caben.

2º La situación de la vulva varía con las razas; las negras (término medio) tiene la vulva más baja, que las mujeres blancas (término medio).

3º En las mujeres blancas es muy frecuente la situación muy alta de la vulva y muy rara (aunque existe) la situación baja de la vulva.

4º En las mujeres negras es muy frecuente la situación muy baja de la vulva y exclusivamente rara (en las negras de pura raza parece no existir), la situación alta de la vulva.

Estudiando Weiss el mecanismo de las lesiones del periné, afirma que fuera de todos los factores que señalan los tocólogos, está la orientación de la vulva, esto es, la mayor o menor altura a que está colocada en la pared anterior.

Cuando la vulva está situada muy arriba, el polo fetal encuentra una extensa superficie de resistencia, que obliga a un trabajo largo y penoso, para que la cabeza fetal cambie de dirección y alcance la salida. En cambio, en el caso contrario, la resistencia es mínima y el polo fetal no encuentra gran resistencia para cambiar de dirección y encontrar la salida. La resistencia perineal podrá en muchas circunstancias, según Weiss, originar una verdadera *distocia perineal*.

Weiss sostiene que cuando la vulva está situada hacia abajo, el período de distensión perineal es sumamente corto, fácil y poco doloroso; apenas la cabeza destiende el periné y ya asoma a la comisura vulvar. En estas condiciones el periné escapa perfectamente a la desgarradura (aparte de las circunstancias que le predisponen a ellas, hecho raro cuando los fetos son negros también, etc.).

Resume sus observaciones con las siguientes conclusiones:

1º La colocación muy alta de la vulva (frecuente en las mujeres blancas), hace muy difícil y lento el período de distensión perineal, predispone notablemente y ocasiona desgarraduras y lesiones en el cuerpo perineal.

2º La colocación muy baja de la vulva (muy frecuente en las mujeres negras), hace fácil y rápido el período de distensión perineal y evita las lesiones del cuerpo perineal.

Isreal Castellanos, insigne antropólogo cubano, es quien ha contribuido vigorosamente al perfeccionamiento de estos estudios, realizando una nutridísima investigación en la clínica de dementes de Cuba (Mazorra) con el objeto de tipificar los caracteres somatométricos del periné de las cubanas fuera del estado gravídico.

A diferencia de otros somatólogos que miden desde el pubis al coxis o viceversa, Castellanos parte del ombligo, siguiendo este orden:

- 1º Del ombligo a la sínfisis pubiana;
- 2º De la sínfisis a la horquilla;
- 3º De la horquilla al esfínter anal; y
- 4º Del esfínter anal al cóxis.

Las cifras que ha obtenido le permiten comprobar las afirmaciones de Weiss, esto es que hay diferencia en la situación de la vulva, según que se trate de mujeres blancas o negras, agregando que es necesario tomar en cuenta la colocación del ano, que indiscutiblemente puede contribuir o no a modificar la correlación topográfica de los órganos externos de la pelvis femenina.

NUESTRAS INVESTIGACIONES (OBSERVACIONES PERUANAS)

Nosotros hemos seguido el plan propuesto por el Profesor Israel Castellanos, de Cuba, al llevar a cabo este trabajo de somatometría de la mujer peruana y se le ha relacionado con el problema obstétrico de las rasgaduras del parto.

El mayor número de nuestras observaciones corresponden a mujeres indias y algunas a negras y blancas. El material ha provenido de algunos de los servicios de la Maternidad de Lima.

Las medidas se han tomado al octavo día después del parto, es decir, un día antes que las pacientes fuesen declaradas hábiles de tornar a su domicilio. También se han medido a muchas pacientes que se presentaron en los primeros meses del embarazo, con diversas complicaciones del embarazo, así como a algunas nulíparas.

Nuestras observaciones suman 157 casos que se descomponen según la raza en: (*El informe de toda la casuística está publicado en la Revista "La Crónica Médica", Lima, octubre 1933*).

Indias	142 casos
Negras	8 "
Blancas	7 "
<hr/>	
Total:	157 casos

Atendiendo a su estado obstétrico, se las divide en:

Múltiparas	102
Primíparas	38
Primigestas	11
Nulíparas	6
<hr/>	
Total:	157

En relación con la raza, el estado obstétrico se ha dividido en:

	Indias	Negras	Blancas
Múltiparas	95	5	2
Primíparas	34	2	2
Primigestas	9	1	1
Nulíparas	4	—	2
	<hr/>	<hr/>	<hr/>
	142	8	7

La proporción global de rasgaduras del parto que se ha comprobado, es la siguiente:

Sobre	142	indias	18 rasgadas	12.68%
Sobre	8	negras	0 "	0.00%
Sobre	7	blancas	3 "	42.85.0%

Analizando únicamente la condición del parto de las múltiparas y de las primíparas y dejando de lado aquellos casos en los cuales la rasgadura se produjo en el segundo parto, casos que son 3 y los de primigestas y nulíparas, se tienen los porcentajes siguientes:

RASGADURAS

	Casos	Cifras absolutas	Proporción
Indias	129	15	11.63%
Blancas	4	3	75.00%
Negras	7	0	0.00%

Se puede apreciar por estas cifras proporcionales, el pequeño coeficiente de rasgaduras en la mujer indígena y la elevada proporción en la mujer blanca, lo que acontece seguramente con la morfología particular de los genitales externos.

Se han dejado de lado en los cálculos las rasgaduras que sobrevinieron en el segundo parto, porque en esos casos, el accidente del parto se ha debido en gran parte a razones de origen fetal, que en este trabajo no tomamos en consideración.

Las cifras máximas y mínimas, de las medidas que se han tomado siguiendo las indicaciones somatométricas de Castellanos, son las siguientes:

	Máxima	Mínima
Ombligo a sínfisis pubiana	265 mm.	170 mm.
Sínfisis a horquilla	93 "	40 "
Horquilla a esfínter anal	43 "	8 "
Esfínter a cóxis	75 "	21 "
Ombligo a cóxis	360 "	287 "

Estableciendo comparación entre las cifras medias somatométricas, de las indígenas no rasgadas, con aquellas que sí lo han sido, particularmente de la distancia horquilla a esfínter anal, que es una de las medidas que tiene más valor en nuestro concepto, se tiene lo siguiente:

	No rasgadas	Rasgadas
Horquilla a esfínter anal	18 mm.	31 mm.

Se puede apreciar por esta comparación que las cifras son desemejantes y el hecho es todavía más saltante, porque la comparación se ha hecho entre mujeres indígenas, de las cuales unas han sufrido rasgaduras y otras no. Las distancias entre la horquilla y el esfínter anal, son tan diferentes (18 mm. en las no rasgadas y 31 mm. en las rasgadas), que es menester darles valor; pudiendo decirse que a mayor distancia entre la horquilla y el esfínter anal existen más posibilidades de rasgaduras del parto.

Estudiando comparativamente los datos que se han obtenido en el Perú, con los que señala Castellanos, en Cuba, en lo que respecta a la distancia de la horquilla al esfínter anal, se tienen comprobaciones muy sugestivas. He aquí la comparación de las cifras medias:

MUJERES DE RAZA BLANCA

Castellanos (Cuba)	35 mm.
Jiménez	33 "

MUJERES MULATAS E INDIAS

Castellanos (Cuba)	24 mm.
Jiménez (Perú)	24 "

La similitud de las cifras es efectiva; las mujeres blancas, en Cuba y en el Perú tienen cifras muy aproximadas, cuando se mide la distancia que media entre la horquilla y el esfínter anal; las mulatas y negras cubanas, ofre-

cen idéntica cifra media que las indígenas peruanas. De ahí se explica que en estas últimas las rasgaduras del parto no se presenten y si acontecen lo sean en proporción muy pequeña.

Como es parecida la colocación de la vulva en las mulatas cubanas y en las indígenas peruanas, y en ellas es muy poco frecuente la rasgadura del parto, se puede afirmar que la morfología constitucional es factor que interviene en la génesis de los accidentes traumáticos que sufre el periné en el momento del parto.

La observación corriente en el ambiente indígena, comprueba que los partos no son asistidos por personal técnico y sin embargo las parturientas no se rasgan.

La menor extensión del cuerpo perineal de la indígena peruana las hace poco propicias a ser víctimas de los accidentes del parto.

Muchas veces hemos visto aplicaciones de forceps por personal de poca experiencia y no rasgar el periné; pero, era una india la gestante. En cambio, se han producido enormes desgarros en el periné de mujeres blancas a pesar de toda la técnica del operador.

Es evidente que todas las mujeres blancas no están sentenciadas al desgarro de su periné, lo mismo que todas las indias no están a salvo de las rasgaduras. Debe intervenir el factor elasticidad de los tejidos.

En la mujer blanca, en general, se observa a la inspección, un periné mayor en longitud con relación al periné de la india; periné de la blanca que ha de oponerse a la salida del feto y que en ciertas circunstancias ha de ser franqueado previo desgarro, si antes no se toman las medidas profilácticas del caso.

Nos parece oportuno recomendar que se obtenga en todas las maternidades las cifras que determinan la situación de la vulva de la mujer próxima a parir. Y mejor aún, si estas medidas se obtuviesen en todas las mujeres primigrávidas, que concurren en los primeros meses del embarazo a los Consultorios de la Maternidad. El ideal sería que toda mujer llevase en su carnet individual las cifras que indique la situación de su vulva. Seguros estamos que con los progresos en asistencia pre-natal se han de obtener estas mediciones, dándoles la misma importancia que a la pelvimetría y anotándolas debidamente.

CONCLUSIONES

1º La situación de la vulva de las indígenas peruanas es bajo. La mayoría de éstas en el período de expulsión fetal, no sufren desgarros del periné.

2º Es necesario establecer en las fichas del Consultorio Pre-Natal y en las historias clínicas de los servicios de la Maternidad, una pauta somatométrica que clasifique la situación vulvar de la mujer próxima a ser asistida, a fin de adoptar las providencias necesarias para la profilaxia de los desgarros que puede ocasionar el parto.

3º Las somatometría de los genitales externos de la mujer —que por primera vez se realiza en el Perú— es dato que permite penetrar en la génesis de los desgarros del parto y, adentrarse en las investigaciones antropométricas de la mujer peruana.

II (*)

Siguiendo las mismas pautas de procedimiento que utilizáramos en nuestras anteriores y primeras investigaciones sobre la "Somatometría de los genitales externos de la mujer peruana y su influencia sobre los desgarros del parto", en la Maternidad de Lima, 1933, hoy, damos cuenta de las conclusiones de las mismas investigaciones, aunque en breve número, que hemos realizado en capital humano que se asisten en el Hospital de San Juan de Dios de Puno. Son casos, por sí demostrativos y confirmatorios de las conclusiones de las primeras investigaciones que realizáramos en Lima.

He aquí los casos investigados en el Hospital San Juan de Dios de Puno:

1. Concepción C. 20 años		India
Soltera		Nulípara
Natural de Huacullani		(No rasgada)
Talla 1.60		<i>Horquilla a Esfínter</i> 20 mm.
Ombligo a sínfisis 160 mm.		Esfínter a Cóxis 50 "
Sínfisis a Horquilla 70 "		Ombligo a Cóxis 300 "
2. María T. 45 años		India
Soltera		Múltipara
Natural de Arapa		No rasgada
Talla 1.46		<i>Horquilla a Esfínter</i> 20 mm.
Ombligo a Sinfisis 180 mm.		Esfínter a cóxis 50 "
Sínfisis a Horquilla 85 "		Ombligo a cóxis 335 "
3. Sofía A. 44 años		India
Casada		Múltipara
Natural de Puno		Desgarro de primer grado
Talla 1.45		<i>Horquilla a esfínter</i> 15 mm.
Ombligo a sínfisis 165 mm.		Esfínter a cóxis 35 "
Sínfisis a horquilla 90 "		Ombligo a cóxis 305 "
4. Dorotea Ch. 32 años		India
Soltera		Múltipara
Natural de Acora		No rasgada
Talla 1.56		<i>Horquilla a esfínter</i> 16 mm.
Ombligo a sínfisis 178 mm.		Esfínter a cóxis 66 "
Sínfisis a horquilla 79 "		Ombligo a cóxis 339 "

(*) Investigación verificada en Puno, Enero de 1956.

5.	Constantina R. 43 años		India	
	Casada		Múltipara	
	Natural de Puno		No rasgada	
	Talla 1.62		<i>Horquilla a esfínter</i>	13 mm.
	Omblogo a sínfisis	220 mm.	Esfínter a cóxis	70 „
	Sínfisis a horquilla	90 „	Omblogo a cóxis	339 „
6.	Rosa C. 21 años		India	
	Soltera		Nulípara	
	Natural de Pampacolca		(No rasgada)	
	Talla 1.33		<i>Horquilla a esfínter</i>	22 mm.
	Omblogo a sínfisis	190 mm.	Esfínter a cóxis	70 „
	Sínfisis a horquilla	75 „	Omblogo a cóxis	357 „
7.	Mercedes Ch. 22 años		India	
	Soltera		Primípara	
	Natural de Paucarcolla		No rasgada	
	Talla 1.57		<i>Hcrquilla a esfínter</i>	15 mm.
	Omblogo a sínfisis	180 mm.	Esfínter a cóxis	65 „
	Sínfisis a horquilla	80 „	Omblogo a cóxis	340 „
8.	Encarnación M. 36 años		India	
	Soltera		Múltipara	
	Natural de Capachica		No rasgada	
	Talla 1.48		<i>Horquilla a esfínter</i>	21 mm.
	Omblogo a sínfisis	182 mm.	Esfínter a cóxis	52 „
	Sínfisis a horquilla	86 „	Omblogo a cóxis	341 „
9.	Rosalía Q. 35 años		India	
	Soltera		Nulípara	
	Natural de Sandía		No rasgada	
	Talla 1.53		<i>Horquilla a esfínter</i>	25 mm.
	Omblogo a sínfisis	200 mm.	Esfínter a cóxis	65 „
	Sínfisis a horquilla	90 „	Omblogo a cóxis	380 „
10.	Carmen P. 17 años		India	
	Soltera		Nulípara	
	Natural de Capachica		No rasgada	
	Talla 1.42		<i>Horquilla a esfínter</i>	17 mm.
	Omblogo a sínfisis	160 mm.	Esfínter a cóxis	65 „
	Sínfisis a horquilla	100 „	Omblogo a cóxis	342 „
11.	Jesús A. 60 años		India	
	Casada		Múltipara	
	Natural de Pusi		No rasgada	
	Talla 1.60		<i>Hcrquilla a esfínter</i>	17 mm.
	Omblogo a fínfisis	185 mm.	Esfínter a cóxis	55 „
	Sínfisis a horquilla	70 „	Omblogo a cóxis	327 „

12. Orfelina S. 24 años		India	
Soltera		Nulípara	
Natural de Juliaca		No rasgada	
Talla 1.50		Horquilla a esfínter	18 mm.
Ombbligo a sínfisis 165 mm.		Esfínter a cóxis	70 „
Sínfisis a horquilla 90 „		Ombbligo a cóxis	343 „

Como observación de éstas últimas mediciones se puede afirmar que la distancia de la horquilla al esfínter anal en el aparato genital de la mujer peruana —India— tiene medidas que rara vez pasan de 25 mm. estando en la generalidad de los casos entre 15 y 24 mm., que es lo que habíamos constatado, también, en nuestros 142 casos, primeras observaciones de investigación que realizamos en la Maternidad de Lima, en 1933, conforme aparece de esas nuestras primeras investigaciones, observaciones peruanas, que como hemos dicho fueron realizadas en la Maternidad de Lima.

Estando de visita a la Clínica de Juliaca, que es una Clínica creada y organizada por las Misiones de los Protestantes —adventistas—, y que se le conoce con el nombre de Clínica Americana de Juliaca hemos tenido oportunidad de conocer la opinión del doctor Howard Smith, Cirujano Principal de esa Clínica, quien nos refirió el hecho de haber observado en gran escala, en las pacientes que recurren a su consulta que son numerosas, la presencia y constancia de desgarros perineales muy a menudo, en mujeres mestizas y blancas, en cuyo número de pacientes existe, aseguraba, un fuerte porcentaje con lesiones ulcerosas del cuello de la matriz, algunas en franca marcha evolutiva hacia la cancerización, pudiendo explicarse el hecho, en algunos casos, de ser los desgarros perineales el origen del cáncer del cuello de la matriz, a través de su ulceración.

Por otro lado, aunque no como apreciación estadística, el cáncer existiendo en la mujer india, no ocupa, posiblemente, número crecido, afirmación de posibilidad que sólo es de observación por lo que vemos los que vivimos en el ambiente rural y tenemos las oportunidades continuas de constatar las enfermedades más corrientes en la población indígena, pues, constantemente vemos mujeres indígenas avanzadas de edad en gran número sin nada que haga sospechar el cáncer, sin que esto en ninguna manera afirme que el cáncer solo se presenta en forma esporádica en la población indígena. Es posible que en la mestiza y blanca exista mayor proporción de cancerosas por muchos factores, entre los cuales podrían contarse los desgarros perineales no reparados que originan las úlceras del cuello de la matriz, a veces evolucionando hacia la cancerización. La mujer indígena, cuyo periné es bajo, no expuesto constitucionalmente, estaría protegida contra esa forma de cancerización del cuello del útero, a través de los desgarros perineales.

CONCLUSIONES GENERALES

1. *La situación de la vulva de las indígenas peruanas es baja. La mayoría de éstas en el período de expulsión fetal, no sufren desgarros del periné*

2. Es necesario establecer en las fichas del Consultorio Pre-natal y en las Historias Clínicas de los servicios de la Maternidad, una pauta Somatométrica que clasifique la situación vulvar de la mujer que va a ser asistida, a fin de adoptar las providencias necesarias para la profilaxia de los desgarros que puede ocasionar el parto.

3. *La somatometría de las genitales externos de la mujer peruana —India— que por primera vez se realiza en el Perú, es dato que permite penetrar en la génesis de los desgarros del parto y adentrarse en las investigaciones antropométricas de la mujer peruana.*

SUMMARY

The situation of the vulva in the peruvian woman is low. Most of them don't have laceration of the perineum after normal delivery.

It is important to have in the clinic history enough information about somatic aspect of the woman.

The author show as the vulva in the peruvian indian is low, in other words the perineal body is short, that wich occasions a less amount of perineal tears after normal delivery.

BIBLIOGRAFIA

1. Lecciones de Biotipología y Patología Constitucional, del Profesor Nicolás Pende, Director del Instituto Ortogénico de Génova, publicadas en "El Día Médico", de Buenos Aires, 1931.
2. "La Constitución de las Cubanas en Obstetricas y Ginecología", por el Profesor Isrrael Castellanos. Somatólogo del Hospital de Mazorra, en la Revista "Vida Nueva", Habana (República de Cuba), número 3 Tomo XXVI.
3. "Tratado de Obstetricia". por el Profesor Dr. A. Doderlein, Tomo IV, página 271 (Refiérese a los perinés altos en las mujeres Alemanas).
4. Manual de Obstetricia, por los Doctores C. Maygrier y A. Schwaab, página 709 (Refiérese a la orientación demasiado anterior de la vulva, en las mujeres Francesas).
5. "Tratado de Obstetricia", por el Profesor Manuel Luis Pérez, Profesor Argentino, Libro segundo, página 573 (Refiérese al perineo "muy alto").