

REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA

Volumen XXIV

Bogotá, Enero de 1956

Nº 1

Las grandes Intervenciones Obstétricas *

*Por el Dr. Jaime Corral Maldonado **

INTRODUCCION

Las indicaciones de las grandes intervenciones obstétricas no sólo se han ido precisando en estos últimos años hasta el punto que hoy el Forceps y la Cesárea han extendido considerablemente su campo de acción, invadiendo y desplazando las indicaciones de la Versión que ha venido progresivamente pasando a la categoría de un simple recurso impuesto por las circunstancias, sino que se ha demostrado de una manera perentoria que recurriendo oportunamente a ellas y por una indicación precisa se ha logrado reducir considerablemente la mortalidad y la morbilidad materna y fetal.

El concepto moderno que actualmente se tiene de las grandes intervenciones obstétricas sin lugar a duda ha originado abusos y extralimitaciones motivadas en no pocos casos por una falta de criterio. Tratar de precisar sus indicaciones y orientar el criterio es el fin que me he propuesto al escribir este trabajo basado en 3.130 partos que ocurrieron durante los años de 1947 y 1948 en la Maternidad del Hospital de San Juan de Dios, en la Sección que dirige el Profesor V. Rodríguez Aponte, y durante los cuales como Jefe de Clínica Obstétrica estuvieron directamente bajo mi responsabilidad y supervigilancia todas las pacientes que pasaron por dichos Servicios.

* Primera parte del Trabajo presentado por el autor para optar al título de Profesor Agregado en Clínica Obstétrica.

Del análisis escueto de las indicaciones que motivaron todas nuestras intervenciones se deduce claramente que durante estos años en manera alguna se abusó de éstas sino antes por el contrario que oportunamente se supo recurrir a ellas.

El criterio adquirido en mi práctica obstétrica y puesto de relieve en esta modesta contribución lo he heredado de las sabias enseñanzas de los Profesores José del C. Acosta y Carlos J. Mojica quienes me iniciaron en la Especialidad, y del Profesor V. Rodríguez Aponte con quien me cupo el alto honor de colaborar durante varios años y de quien más directamente he derivado el justo y mesurado criterio sobre la manera de vigilar y conducir el trabajo del parto. Sea ésta la ocasión de expresar a ellos mi devota admiración por el altruísmo con que han sabido regentar la Cátedra de Clínica Obstétrica y mis agradecimientos muy sinceros por las enseñanzas recibidas.

PROLOGO

Los partos ocurridos en la Maternidad del Hospital de San Juan de Dios (Servicios del Profesor V. Rodríguez Aponte) durante los años de 1947 y 1948, han sido resumidos en cuadros, no solamente para cada año en particular, sino para el total de los dos años. Si se estudian comparativamente estos cuadros, se verá la similitud que existe no sólo en el número de casos ocurridos en cada año, sino en el número de intervenciones practicadas, lo que traduce fielmente el movimiento obstétrico anual en los Servicios que dirige el Profesor V. Rodríguez Aponte.

Siendo el objeto de este trabajo considerar las indicaciones que motivaron todas nuestras intervenciones, analizando el criterio con que procedimos en cada una de ellas, no nos detendremos a considerar el parto en general, así como tampoco la mortalidad y la morbilidad materna y fetal en conjunto, sino en relación con las grandes intervenciones obstétricas practicadas, que como puede apreciarse en dichos cuadros fueron las siguientes:

FORCEPS	232 aplicaciones	
CESAREA	107 Intervenciones	
VERSION	25	"
EMBRIOTOMIA Y		
BASIOTRIPSIA	11	"
Total	375	"

Para cada una de las grandes intervenciones obstétricas hemos dedicado un capítulo especial, capítulo en el que pormenorizadamente se estudian las indicaciones, el criterio con que procedimos, y los resultados obstétricos obtenidos.

F O R C E P S

La estadística que presento, correspondiente a las aplicaciones de Forceps durante los años de 1947 y 1948, arroja un total de 232 intervenciones sobre 3.130 partos espontáneos e intervenidos que ocurrieron durante este lapso en los Servicios de Maternidad del Hospital de San Juan de Dios a cargo del Profesor V. Rodríguez Aponte. Las indicaciones estrictas que motivaron dicha intervención, y la frecuencia con que se la empleó durante los dos años que estuvieron bajo mi responsabilidad dichos Servicios, indican el criterio eminentemente expectante de conducir el trabajo del parto, orientándolo siempre hacia su evolución espontánea.

La habilidad y destreza del Profesor en materia de aplicaciones de Forceps, ampliamente reconocida por todos sus discípulos y colaboradores, así como su justo y mesurado criterio sobre la manera de vigilar y dirigir el parto, se encuentran reflejadas en estas 232 intervenciones en las que tomaron parte tanto él, como su Jefe de Clínica y sus Internos, quienes supieron heredar del maestro sus sabias enseñanzas. Los muy satisfactorios resultados obstétricos obtenidos, a nuestro modo de ver sólo tienen como explicación la oportuna aplicación motivada por una estricta indicación, y el buen criterio en la apreciación de los múltiples requisitos técnicos que exige la más frecuente de las intervenciones obstétricas.

Si se estudian comparativamente los cuadros en los que se hallan resumidas las aplicaciones de Forceps durante estos años, se verá la similitud que existe en el número de aplicaciones en cada año, y la semejanza que hay en las indicaciones que las motivaron, lo que traduce fielmente el criterio obstétrico que se siguió en materia de Forceps.

Para hacer más completo este estudio, primeramente me referiré a las aplicaciones de Forceps durante cada año en particular, y luego haré un comentario al total de las intervenciones en los dos años. Sólo de esta manera creo que puedan apreciarse las conclusiones a que he llegado en esta materia.

AÑO DE 1947

Durante este año se practicaron 118 aplicaciones, que he catalogado en cinco grupos según sus indicaciones:

a) Por sufrimiento fetal	83
b) Por trabajo prolongado	12
c) Por falta de rotación	3
d) Profiláctico	9
e) Otras indicaciones	11
Total	118

a) *Sufrimiento Fetal*.—En 83 casos, la indicación que motivó la intervención fué el sufrimiento fetal traducido clínicamente por la alteración en la frecuencia e intensidad de los ruidos cardíacos fetales y por la expulsión de meconio; de estas 83 aplicaciones se practicaron 64 en primíparas y 19 en multiparas.

Las edades del embarazo, y la frecuencia con que hubo necesidad de aplicarlo por esta causa, fueron las siguientes:

Con embarazo a término	68
Con embarazo de 8½ meses	8
Con embarazo de 8 meses	6
Con embarazo de 7 meses	1
Total	83

Mediante la aplicación de Forceps por sufrimiento fetal con embarazo de 7 meses, se logró obtener un niño vivo que salió en buenas condiciones del Hospital doce días después de nacido.

Todas estas aplicaciones se practicaron con presentación cefálica de vértice, siendo la frecuencia en sus distintas variedades de posición la siguiente:

O. I. A.	35
O. I. T.	6
O. D. A.	9
O. D. T.	6
O. D. P.	10
O. P.	14
O. S.	3
Total	83

De estas 83 aplicaciones se hicieron 19 en el estrecho inferior, 62 en el estrecho medio, y 2 en el estrecho superior. Como anestesia se empleó el Pentotal sódico por vía intravenosa en 81 casos, el Eter en uno, y el Ciclopropano en uno. No se presentó ningún accidente por la anestesia, y el Pentotal sódico obró muy eficazmente en todos los casos en los que se le empleó.

Se practicaron 30 Episiotomías y se produjeron 17 desgarros perineales que fueron suturados con catgut inmediatamente después.

En este grupo de 83 aplicaciones de Forceps por sufrimiento fetal hubo 10 puerperios febriles, habiendo sido el criterio para juzgar sobre la morbilidad materna, una temperatura de más de 38 grados, en más de dos días distintos. No hubo mortalidad materna, y no se produjeron otras lesiones maternas distintas de los desgarros ya mencionados.

Murieron siete niños: dos por Enteritis infecciosa, uno de Septicemia, un feto hidrocefalo, uno por asfixia del recién nacido ocasionada por trabajo prolongado, y dos por hemorragia meníngea. Estos dos casos de muerte por hemorragia meníngea se debieron al trabajo prolongado del parto, ya que una de las parturientas llevaba 25 horas de trabajo en el momento de practicar la intervención, y la otra 32 horas; además, fueron aplicaciones fáciles en O. I. A., y los niños respiraron espontáneamente en el momento de nacer. De tal manera que si se consideran estos factores y las causas que determinaron la muerte fetal, en realidad la mortalidad por Forceps en estas 83 aplicaciones fué del 0%.

b) *Trabajo Prolongado.*—Por esta indicación se practicaron 12 intervenciones, de las cuales, diez fueron en primíparas y dos en multiparas.

Las edades del embarazo, y la frecuencia con que hubo necesidad de aplicarlo por esta causa, fueron las siguientes:

Con embarazo de 9 meses	11
Con embarazo de 8 meses	1
	<hr/>
Total	12

Todas las aplicaciones se practicaron con presentación ce-

fálica de vértice, siendo la frecuencia en sus distintas variedades de posición la siguiente:

O. I. A.	4
O. D. A.	3
O. D. T.	1
O. D. P.	3
O. P.	1
<hr/>	
Total	12

Se hicieron tres aplicaciones en el estrecho inferior y nueve en el estrecho medio, y como anestésico se empleó el Pentotal sódico por vía intravenosa en 10 casos, el Eter en uno, y el Dórico soluble en uno. No se presentaron accidentes por la anestesia.

Se practicaron cinco Episiotomías y se produjeron tres desgarros perineales. No hubo mortalidad materna y no se produjeron otras lesiones distintas de los desgarros ya mencionados. Hubo dos puerperios febriles.

En este grupo de 12 aplicaciones por trabajo prolongado se practicaron dos aplicaciones con feto muerto; los 10 niños restantes respiraron espontáneamente al nacer y salieron en buenas condiciones del Hospital. No hubo mortalidad fetal atribuible a la intervención.

c) *Falta de Rotación.*—Por falta de rotación se hicieron tres aplicaciones: dos en primíparas, y una en una múltipara; las tres con embarazo a término y en presentación cefálica de vértice: una O. I. P. y dos en O. D. P. Todas estas aplicaciones se hicieron en el estrecho medio, y en todas se empleó el Pentotal sódico por vía intravenosa. Se practicó una Episiotomía, y hubo un puerperio febril. No hubo mortalidad materna. Una de las aplicaciones se practicó con feto muerto; los dos niños restantes respiraron espontáneamente al nacer y salieron sanos del Hospital.

d) *Profiláctico.*—Se hicieron 9 aplicaciones profilácticas de Forceps: ocho en primíparas, y una en una múltipara. En ocho con embarazo a término, y en una con embarazo de 8½ meses. Se hicieron 3 aplicaciones en O. I. A., y seis en O. P. En seis casos se practicó la toma en el estrecho inferior, y en tres en el estrecho medio. En todos se empleó como anestésico el Pentotal sódico por

vía intravenosa. En siete se practicó Episiotomía y todos los puerperios fueron afebriles. Los nueve niños respiraron espontáneamente en el momento de nacer y salieron en muy buenas condiciones del Hospital.

e) *Otras Indicaciones.*—Este grupo comprende 11 aplicaciones de Forceps, repartidas de la manera siguiente:

Por procidencia del cordón	3
Por inercia uterina	2
Por Eclampsia del trabajo	2
Por Placenta previa marginal	1
Por desprendimiento prematuro de la Placenta normalmente insertada	1
Por tumor del labio anterior del cuello que impedía el descenso.	1
Por procidencia de un miembro superior que se pudo reducir	1
<hr/>	
Total	11

De estas once aplicaciones, siete fueron practicadas en primíparas y cuatro en multíparas, siendo las edades del embarazo en este grupo de intervenciones, las siguientes:

Con embarazo a término	6
Con embarazo de 8½ meses	2
Con embarazo de 8 meses	2
Con embarazo de 7 meses	1
<hr/>	
Total	11

Todas las aplicaciones se hicieron en presentación cefálica de vértice, siendo la frecuencia en sus distintas variedades de posición, la siguiente:

O. I. A.	6
O. I. T.	1
O. D. A.	2
O. D. P.	1
O. P.	1
<hr/>	
Total	11

En dos casos se practicó la toma en el estrecho inferior, y en nueve en el estrecho medio. Como anestésico se empleó el Pen-total sódico por vía intravenosa en seis casos, y el Eter en cinco. Hubo un puerperio febril.

En cuatro casos se practicó la aplicación con feto muerto, a saber: en uno de los casos de procidencia del cordón, en el caso de placenta previa marginal, en el caso de desprendimiento prematuro de la placenta normalmente insertada, y en el caso de procidencia de uno de los miembros superiores. En los 7 restantes los niños respiraron espontáneamente al nacer y salieron en buenas condiciones del Hospital.

En esta serie de aplicaciones no hubo mortalidad materna y fué nula la mortalidad fetal a causa del Forceps.

AÑO DE 1948

Durante el año de 1948 se hicieron 114 aplicaciones de Forceps, catalogadas según sus indicaciones en los cinco grupos siguientes:

a) Por sufrimiento fetal	75
b) Por trabajo prolongado	15
c) Por falta de rotación	10
d) Profiláctico	10
e) Otras indicaciones	4
Total	114

a) *Sufrimiento Fetal*.—Por sufrimiento fetal se practicaron 75 aplicaciones, de las cuales 59 fueron en primíparas y 16 en multíparas.

Las edades del embarazo, y la frecuencia con que hubo necesidad de aplicarlo por esta causa, fueron las siguientes:

Con embarazo a término	69
Con embarazo de 8½ meses	5
Con embarazo de 8 meses	1
Total	75

Todas las aplicaciones se practicaron con presentación cefálica de vértice, siendo la frecuencia en sus distintas variedades de posición, la siguiente:

O. I. A.	38
O. I. T.	10
O. I. P.	3
O. D. A.	3
O. D. T.	4
O. D. P.	10
O. P.	6
O. S.	1
<hr/>	
Total	75

Se hicieron 7 aplicaciones en el estrecho inferior, 64 en el estrecho medio, y 4 en el estrecho superior. Como anestésico se empleó el Pentotal sódico por vía intravenosa en 62 casos, el Eter en 12, y en uno se aplicó anestesia pudenda.

Se practicaron 41 Episiotomías y se produjeron 12 desgarros perineales. El puerperio fué afebril en 57 casos. No hubo mortalidad materna y no se produjeron otras lesiones distintas de los desgarros ya mencionados.

En 21 casos se pudo atribuir el sufrimiento fetal a la brevedad absoluta o relativa del cordón. En 67 casos los niños respiraron espontáneamente, y en ocho fué necesario reanimarlos por los procedimientos habituales.

Murieron cinco niños: uno de Bronconeumonía, dos por asfixia del recién nacido ocasionada por trabajo prolongado, y dos por hemorragia meníngea. Estas dos muertes por hemorragia meníngea, la una se debió indudablemente al trabajo prolongado del parto, como quiera que en el momento de hacer la aplicación de Forceps la paciente llevaba 39½ horas de trabajo; la otra, es posible que en parte haya sido ocasionada por el Forceps. De tal manera que si se tienen en cuenta las causas que determinaron la muerte del feto, en realidad en estas 75 aplicaciones, sólo una muerte fetal se le puede imputar al Forceps.

b) *Trabajo Prolongado.*—De las 15 aplicaciones motivadas por esta causa, siete se practicaron en primíparas y ocho en mul-

típaras. Se hicieron 14 aplicaciones con embarazo a término, y una con embarazo de 8 meses. Todas las intervenciones fueron practicadas en presentación cefálica de vértice, siendo la frecuencia en sus distintas variedades de posición, la siguiente:

O. I. A.	8
O. D. A.	1
O. D. P.	4
O. P.	2
<hr/>	
Total	15

Tres tomas se hicieron en el estrecho inferior y doce en el estrecho medio. Como anestésico se empleó el Pentotal sódico por vía intravenosa en 13 casos, el Eter en uno, y la anestesia pudenda en uno.

En ocho casos se practicó Episiotomía y en dos se produjeron desgarros perineales. El puerperio fué afebril en nueve casos. No hubo mortalidad materna ni se produjeron otras lesiones distintas de los desgarros mencionados. Los quince niños respiraron espontáneamente al nacer, pero uno de ellos murió de Eritroblastosis fetal.

c) *Falta de Rotación.*—Por falta de rotación se hicieron 10 aplicaciones, de las cuales, nueve fueron en primíparas y una en una múltipara. En los diez casos con embarazo a término y presentación cefálica de vértice.

La frecuencia en las distintas variedades de posición fué la siguiente:

O. I. P.	1
O. D. P.	8
O. S.	1
<hr/>	
Total	10

Nueve aplicaciones se hicieron en el estrecho medio y una en el estrecho superior. En todos se empleó el Pentotal sódico por vía intravenosa como anestésico.

Se practicaron cuatro Episiotomías y se produjeron tres desgarros perineales. Todos los puerperios fueron afebriles. No hubo mortalidad materna.

Una de las aplicaciones se practicó con feto muerto; los nueve niños restantes respiraron espontáneamente y salieron sanos del Hospital.

d) *Profiláctico*.—Se hicieron diez aplicaciones profilácticas de Forceps, siete en primíparas y tres en multíparas; en nueve casos con embarazo a término y en uno con embarazo de 8½ meses. Se practicaron cuatro tomas en O. I. A. y seis en O. P.; en seis casos en el estrecho inferior y en cuatro en el estrecho medio. En todos se empleó como anestésico el Pentotal sódico por vía intravenosa y en todos se practicó Episiotomía. Todos los puerperios fueron afebriles. No hubo mortalidad fetal; los diez niños respiraron espontáneamente al nacer y salieron sanos del Hospital.

e) *Otras Indicaciones*.—Este grupo comprende cuatro aplicaciones de Forceps, repartidas de la manera siguiente:

Por eclampsia del trabajo	3
Por desprendimiento prematuro de la Placenta n. i.	1
	<hr/>
Total	4

De estas cuatro aplicaciones, tres fueron practicadas en primíparas y una en una multípara; en un caso con embarazo a término, y en los tres restantes con embarazo de 8½ meses. Todas estas aplicaciones fueron practicadas en presentación cefálica de vértice O. I. A., y en el estrecho medio. En tres casos se empleó como anestésico el Eter, y en uno el Ciclopropano.

En dos casos se aplicó el Forceps con feto muerto, a saber: en uno de los casos de Eclampsia, y en el caso de desprendimiento prematuro de la Placenta normalmente insertada. De los otros dos niños, el uno respiró espontáneamente y el otro fué necesario reanimarlo por los procedimientos habituales; los dos niños salieron en buenas condiciones del Hospital.

TOTAL DE APLICACIONES EN LOS DOS AÑOS

En los años de 1947 y 1948, hubo 232 aplicaciones de Forceps sobre 3.130 partos, vale decir una frecuencia equivalente al 7.1%, que aunque bastante superior al 4.3% que trae Beruti co-

mo promedio, con todo no es superior a la frecuencia media universalmente aceptada del 7% sobre el total de los partos; sobre todo, si se tiene en cuenta que en el 75.9% de las intervenciones las pacientes eran primíparas y que en el 68.2% el sufrimiento fetal fué la indicación que la motivó. Ahora bien, si se analizan los porcentajes correspondientes a las otras indicaciones que determinaron la aplicación de Forceps, a saber: 11.6% por trabajo prolongado, 5.6% por falta de rotación, 8.2% profiláctico, y 6.4% para otras indicaciones, se comprenderá fácilmente el criterio eminentemente expectante de conducir el trabajo del parto que se siguió durante este tiempo, orientándolo siempre hacia su evolución espontánea, pero sin esperar sistemáticamente todo lo posible y hasta el último extremo la expulsión espontánea del feto, lo que se ha demostrado que no sólo no disminuye sino que por el contrario aumenta los peligros maternos y fetales. Zweifel, apoyado en un valioso material estadístico, ha llegado a la conclusión perentoria de que en las Maternidades donde la expectación para acudir al Forceps fué más larga, la mortalidad fetal aumentó. Por otra parte Horwath, de Budapest, ha comprobado que después de 48 horas de trabajo la mortalidad fetal se cuaduplica.

Actualmente a nadie se escapan los peligros a que está expuesto el móvil fetal en el parto espontáneo mal conducido, peligros que como es lógico son mucho mayores cuando se trata de un prematuro. Hoy está plenamente comprobado que la hemorragia intracraneana del feto en partos espontáneos es más frecuente de lo que se creía hasta hace poco. Stikil establece en su estadística correspondiente a partos espontáneos, que en el 27.5% de los fetos fallecidos se encontraron hemorragias craneanas. Otros autores han presentado estadísticas aún más sombrías en cuanto a la frecuencia de las hemorragias intracraneanas en los partos espontáneos, verbigracia la de Gamper, quien las hace ascender hasta el 40%. Si se tienen en cuenta estos datos, fácil será aceptar esta importante deducción sostenida hace ya algún tiempo por Schroeder: "No toda lesión cerebral del feto a raíz de un parto terminado por Forceps, debe indefectiblemente interpretarse como una consecuencia de la intervención. A veces basta una asfixia fetal para original un desgarró del tentorio".

Por otra parte, si consideramos que solamente en el 11.6% de todas nuestras aplicaciones de forceps la causa determinante

fué únicamente el trabajo prolongado y en el 5.6% la falta de rotación de la presentación, creemos no estar en un error si atribuimos estos bajos índices a nuestra conducta expectante, quizás un poco exagerada de conducir el trabajo del parto, ya que sin duda alguna se hubiesen evitado muchas de las aplicaciones por sufrimiento fetal, si antes de que apareciera esta indicación hubiésemos recurrido al Forceps. No nos queda la menor duda que en un buen número de nuestras intervenciones por sufrimiento fetal, tanto la falta de rotación como el trabajo prolongado fueron los que lo determinaron. Ahora bien, nos preguntamos: Si en una gran mayoría de nuestros casos aplicamos el Forceps con fetos que presentaban ya signos más o menos avanzados de sufrimiento fetal y obtuvimos resultados obstétricos tanto maternos como fetales muy satisfactorios, por qué razón no hubiésemos obtenido estos mismos, o mejores resultados, si antes de que aparecieran los signos de sufrimiento fetal hubiésemos recurrido al Forceps? Claro está que es muy difícil dar una estricta norma de conducta en estos casos, ya que para juzgar sobre la conveniencia de terminar un parto por trabajo prolongado o falta de rotación antes de que aparezcan los signos de sufrimiento fetal, hay que tener en cuenta un sinnúmero de factores tanto maternos como fetales que están subordinados, por una parte a la manera de vigilar y conducir el trabajo del parto, y por otra, al criterio personal que únicamente se adquiere con la experiencia. A este respecto nuestra opinión es la de que si correctamente vigilado y conducido el trabajo del parto durante un tiempo prudencial equivalente al considerado como normal para que se verifique la expulsión espontánea, la presentación no progresa, o no rota, y se han llenado a cabalidad o pueden llenarse fácilmente los múltiples requisitos exigidos para hacer una correcta aplicación de Forceps, no debe dudarse en recurrir a la terminación artificial del parto, ya que esperar por más tiempo sería exponer el feto al sufrimiento, para luego tener siempre que recurrir al Forceps pero en peores condiciones. Con este criterio, aparentemente intervencionista, en manera alguna hemos querido hacernos los defensores del Forceps, y mucho menos pretender que la manera más ventajosa o más práctica de terminar el parto sea mediante su aplicación, ya que muy lejos está de nosotros este intervencionismo desmedido que sólo puede traer consecuencias fatales. Simplemente hemos querido anotar, que si por estas indicaciones hubiésemos recurrido con más frecuencia al Forceps, seguramente en buena parte se

hubiera reducido el número de intervenciones por sufrimiento fetal, con los consiguientes beneficios para el niño y para la madre. Como ya anotamos anteriormente, en estas indicaciones, la experiencia y el justo y mesurado criterio que con ella se adquiere, es la que en última instancia viene a determinar sobre la conveniencia de terminar artificialmente el parto antes de que aparezcan los signos de sufrimiento fetal. A nuestro modo de ver, el bajo porcentaje de aplicaciones que hemos encontrado por estas indicaciones, es explicable, si se tiene en cuenta que en la vigilancia y conducción del parto toman buena parte las enfermeras y los internos del Servicio, cuyo criterio no puede ser el mismo que el del Profesor o el de su Jefe de Clínica.

En el mismo orden de ideas haremos algunas consideraciones acerca de las aplicaciones profilácticas de Forceps. En nuestras 232 intervenciones lo empleamos profilácticamente solamente en 19 casos, vale decir, en el 8.2% sobre el total de las aplicaciones, habiendo sido el criterio que nos guió para juzgar sobre la conveniencia de terminar artificialmente el parto, por una parte la excesiva duración del período expulsivo, y por otra, la resistencia anormal del periné que no cedió a la Episiotomía, la cual practicamos sistemáticamente antes de todas estas aplicaciones. Este bajo porcentaje de Forceps profilácticos traduce igualmente el criterio eminentemente expectante de nuestra conducta.

En ningún caso empleamos el llamado Forceps de "COMPLACENCIA", es decir aquél, que sin una indicación obstétrica estricta y definida se ejecuta por causas que a menudo podríamos calificar de sentimentales, ante el cuadro aflictivo de una parturienta que después de haber resistido hasta un cierto límite su laborioso trance, entra en pleno desfallecimiento psíquico a pesar de mantener en buenas condiciones sus estados físico, dinámico y mecánico. Entiéndase que en estos casos no se trata de fatiga obstétrica propiamente dicha, que sí justifica plenamente una aplicación de Forceps, sino de una simple desmoralización, la cual según el caso puede exteriorizarse más o menos prematuramente. Claro está que si el traumatismo psíquico aparece con evidencia, nosotros lo justificamos en las últimas fases del período expulsivo, pero esto ya no sería un Forceps de complacencia sino un Forceps profiláctico perfecta y correctamente indicado, como también lo justificaríamos para acelerar o abreviar

el parto de una mujer reconocidamente neurótica o hipersensible, incapaz de dominar su espíritu y su cuerpo frente al sufrimiento intolerable de su trabajo, aun cuando no haya llegado todavía a su derrumbamiento anímico.

Estas aplicaciones por simple complacencia no las justificamos, y en este aspecto estamos perfectamente identificados con Beruti quien considera tales intervenciones como un acto de claudicación del partero ante las exigencias de la futura madre o de sus allegados, y en no pocas ocasiones ante las insinuaciones de la misma enfermera que tanto contribuye en la preparación del clima operatorio. Queremos dejar bien en claro que estas aplicaciones por complacencia, en manera alguna corresponden a una indicación profiláctica, ya que complacencia es simplemente condescendencia, o lo que es lo mismo "acomodarse por bondad al gusto y voluntad de otro, aun cuando esta última esté reñida con el buen sentido".

En cuanto a los llamados Forceps de RUTINA, conocidos también con los nombres de 'FORCEPS SISTEMATICO', 'FORCEPS ELECTIVOS', etc. empleados por algunos parteros, sin una indicación obstétrica definida que los justifique, no podemos menos que condenarlos, ya que estamos plenamente convencidos que toda aplicación de Forceps, por inocua que parezca, siempre trae aparejada un doble riesgo materno y fetal más o menos cargado de morbilidad; pero esto no quiere decir que cuando haya surgido la indicación no deba recurrirse inmediatamente a él, ya que somos los primeros en aconsejarlo prontamente y sin dilación en todos aquellos casos en los que esté plenamente justificado.

Si consideramos ahora el porcentaje de 6.4% que encontramos para otras indicaciones distintas de las ya mencionadas, y que corresponden al siguiente número de intervenciones:

Por Eclampsia del trabajo	5
Por procidencia del cordón	3
Por Placenta previa marginal	1
Por desprendimiento prematuro de la Placenta	
n. i.	2
Por inercia uterina	2
Por rigidez anatómica del cuello	1
Por procidencia de uno de los miembros superiores	1
Total	<u>15</u>

fácil será apreciar el escaso número de complicaciones que requirieron la terminación artificial del parto y que se pudieron resolver por medio del Forceps.

Analizando las estadísticas en relación con la edad del embarazo, la frecuencia con que se le aplicó fué la siguiente:

Con embarazo a término	86.2%
Con embarazo de 8½ meses	8.2%
Con embarazo de 8 meses	4.7%
Con embarazo de 7 meses	0.9%
	<hr/>
	100.0%

Si se analizan estos datos, fácil será apreciar la poca frecuencia con que se empleó el Forceps en fetos prematuros, lo que es explicable si se tiene en cuenta que la mayoría de los partos se verifican a término, y que las indicaciones estrictas que motivaron todas nuestras intervenciones son si se quiere mucho menos frecuentes en los partos prematuros.

En nuestra opinión, como la de muchos otros, que en los casos de partos prematuros en primíparas se debe vigilar con mucha mayor atención el período expulsivo y recurrir a la Episiotomía, seguida o nó de una aplicación profiláctica de Forceps en variedad de desprendimiento, por poco que dicho período se prolongue o el periné se muestre muy resistente. Se ha comprobado que en caso de partos prematuros un período expulsivo prolongado es mucho más lesivo para el feto que una aplicación profiláctica de Forceps previa Episiotomía, ya que en estos casos el instrumento ayudado con la expresión abdominal simplemente va a facilitar la expulsión de la cabeza, siendo en rigor nula la tracción y muy escasa la compresión que ejercen las cucharas. No creo que esté por demás recalcar que en estos casos el Forceps debe aplicarse solamente cuando llenadas todas las condiciones para ejecutarlo, parezca que la resistencia del periné constituya un verdadero peligro para el feto, la cual no pueda evitarse por otro medio o procedimiento más sencillo como sería la simple Episiotomía ayudada de expresión abdominal.

En todas las intervenciones por nosotros practicadas se empleó como instrumento únicamente el Forceps de Simpson, tipo mediano, el cual en nuestro concepto ha logrado aventajar a to-

dos los demás modelos por su sencillez, su escaso peso, y por la facilidad con que se pueden graduar tanto la tracción como la compresión de las cucharas sobre la cabeza fetal. Claro está que reconocemos las ventajas que pueden tener otros modelos sobre el Simpson, pero si se considera que no puede ejercer igual presión un Forceps con dispositivos reductores de la cabeza fetal, tal como por ejemplo el de Tarnier, que uno cuya arquitectura especial hace que sea menos desmedida la aproximación de las cucharas, fácilmente se comprenderá por qué hemos preferido el modelo Simpson como el menos lesivo para la cabeza fetal, reconociendo que aún está todavía muy lejos de haber alcanzado el desideratum en materia de inocuidad.

En relación con las distintas variedades de posición, encontramos los siguientes índices de frecuencia:

O. I. A.	44.2%
O. I. T.	6.9%
O. I. P.	2.2%
O. D. A.	7.7%
O. D. T.	4.7%
O. D. P.	16.7%
O. P.	15.4%
O. S.	2.2%
	<hr/>
	100.0%

Si se considera que en la mayoría de los casos la cabeza fetal se orienta, se encaja y desciende siguiendo el diámetro obliquo izquierdo, se comprenderá por qué el mayor número de aplicaciones se hicieron en las variedades de posición correspondientes a dicho diámetro. Por otra parte, si se tiene en cuenta que las variedades posteriores y transversas son las que originan el mayor número de indicaciones por falta de rotación, y que muchas veces estas mismas variedades de posición son las que determinan el sufrimiento fetal, ya que ocasionan un retardo en la progresión normal del parto, fácil será comprender por qué en un buen número de casos en los que la cabeza se hallaba orientada en estas variedades de posición, el sufrimiento fetal fué la indicación que motivó la aplicación.

En relación con la altura de la presentación en el momento

de hacer la aplicación de Forceps, los índices que encontramos fueron los siguientes:

En el estrecho inferior	18.1%
En el estrecho medio	79.3%
En el estrecho superior	2.6%
	<hr/>
	100.0%

Este índice del 2.6% para aplicaciones en el estrecho superior corresponde a seis intervenciones de Forceps alto todas practicadas en multiparas, habiendo sido en cuatro casos el sufrimiento fetal la indicación que lo motivó, y en dos el trabajo prolongado. Todas estas aplicaciones se intentaron y se lograron llevar felizmente a cabo después de un detenido análisis en que se descartó ante todo la posibilidad de una desproporción cefalopélvica como causa de la distocia de encajamiento; además, en cada caso en particular se analizó detenidamente su conveniencia tanto para la madre como para el feto, y se dilucidaron clínicamente la factibilidad de la prehensión, del encajamiento y de la extracción sin recurrir a la violencia.

Todos saben los peligros que estas aplicaciones de Forceps alto entrañan tanto para la madre como para el hijo, y de ahí que muchos especialistas las hayan procrito totalmente de la práctica obstétrica; sin embargo, conceptuamos que conservan todavía sus indicaciones muy precisas en determinados casos clínicos. Las estadísticas personales del Profesor Rodríguez Aponte son muy elocuentes a este respecto. Claro está que somos los primeros en reconocer que tales aplicaciones requieren una habilidad y destreza especiales que no son del dominio del especialista común, de ahí que aunque en algunos casos clínicos aceptemos su utilidad, no aconsejemos su práctica. En las seis aplicaciones de Forceps alto por nosotros practicadas no se presentaron complicaciones maternas ni fetales, los seis niños respiraron espontáneamente al nacer y tanto ellos como las madres salieron sanos del Hospital.

Analizando las estadísticas en relación con la anestesia empleada, encontramos los siguientes datos:

Pentotal sódico intravenoso	87.9%
Eter	9.9%
Ciclopropano	0.9%
Anestesia pudenda	0.9%
Dórico soluble	0.4%
	<hr/>
	100.0%

Como puede verse por los índices anotados anteriormente, en la mayoría de los casos empleamos el Pentotal Sódico por vía intravenosa, dada la sencillez de su administración, su poca o nula toxicidad, y la ventaja de producir una anestesia tranquila con una rapidez extraordinaria, ya que 20 o 30 segundos después de inyectada la primera dosis la paciente entra en estado de inconciencia y al minuto está lista para iniciar la intervención. Esta anestesia posee además la ventaja de no afectar la contractilidad uterina, no aumentar la hemorragia post-partum y no repercutir sobre el feto, a no ser que se prolongue demasiado o haya sido necesario emplearla en dosis muy altas. Las únicas desventajas que le hemos anotado son la de producir una moderada depresión respiratoria, la de suprimir los esfuerzos de pujo y la de elevar transitoriamente la tensión sistólica, de ahí que su empleo no sea aconsejable en las toxemias gravídicas y en los estados hipertensivos.

Las dosis empleadas por nosotros oscilaron entre 0.20 y 0.50 centigramos, no habiéndose presentado con estas dosis accidentes maternos o fetales que se le hubieran podido imputar.

Como es un hecho demostrado que el Pentotal Sódico inyectado por vía intravenosa a la madre, atraviesa la placenta y pasa a la circulación fetal pudiendo deprimir los centros respiratorios del feto y retardar la iniciación de los movimientos respiratorios si se prolonga demasiado la anestesia o se emplean dosis muy altas, es aconsejable no utilizarlo sino en aquellos casos en los que se presuma de antemano que se puede extraer rápidamente el feto, y en todo caso no excediéndose de 1 Gm. como dosis total, ya que en estas dosis ha sido considerado como inocuo tanto para la madre como para el feto. Por estas mismas razones, es aconsejable proceder a ligar el cordón umbilical tan pronto como haya nacido el feto, única manera ésta de suspender inmediatamente el paso inútil de la droga de la madre al niño.

De las 232 aplicaciones de Forceps practicadas por nosotros, en 108 se recurrió a la Episiotomía, lo que equivale a una frecuencia del 46.5%, y sólo en 37 se produjeron desgarros perineales, lo que equivale a un 15.9% de los casos.

La mayoría de las Episiotomías practicadas fueron medianas, y tanto éstas como los desgarros fueron suturados en dos planos con catgut simple y cromado N° 1. La Episiotomía mediana nos dió siempre excelentes resultados y en ningún caso se prolongó la herida hacia el esfínter anal, debido a que sistemáticamente la desviamos en su extremidad distal hacia la derecha o hacia la izquierda, para evitar que al prolongarse pudiera interesarlo. Por demás está aconsejar en estos casos la cuidadosa protección del esfínter en el momento del desprendimiento de la cabeza, y sobre todo en el desprendimiento de los hombros, ya que es muy fácil que estos puedan desgarrarlo.

Durante el puerperio no se presentaron otras lesiones distintas de los desgarros ya mencionados y sólo hubo 38 casos febriles, lo que equivale a una morbilidad materna del 16.3%, habiendo sido el criterio que se siguió para juzgar sobre dicha morbilidad, una temperatura de más de 38 grados en dos días distintos. No hubo mortalidad materna y todas las pacientes salieron en buenas condiciones del Hospital.

En todos los casos febriles logramos detener fácil y rápidamente el proceso infeccioso mediante el empleo de los derivados sulfamídicos y de la Penicilina, y consideramos que la morbilidad materna encontrada por nosotros se hubiera podido reducir considerablemente, si sistemáticamente hubiésemos recurrido a los antibióticos como profilácticos durante los tres o cuatro primeros días del puerperio, más si se tiene en cuenta que estas pacientes de caridad son hospitalizadas en salas comunes en donde están más expuestas a la infección y al contagio. Por estas mismas razones consideramos que esta práctica debiera también hacerse extensiva a todos los casos hospitalarios después del parto espontáneo. No vemos por qué razón no se los deba emplear como profilácticos, si está demostrado que con ellos se ha logrado reducir considerablemente la morbilidad materna después del parto. Claro está que se debe ser prudente en la administración de los derivados sulfamídicos y no recurrir a ellos en los casos de contraindicación o intolerancia, en los cuales se puede aplicar la Penicilina que se ha demostrado que no tiene acción perjudicial.

Los resultados obstétricos que obtuvimos en relación al feto no pueden ser más satisfactorios: de los 232 niños nacidos con Forceps, 222 nacieron vivos, vale decir en el 95.7% de los casos; en los diez casos restantes, o sea en el 4.3% las aplicaciones se hicieron con feto muerto. De los 222 niños que nacieron vivos, 203 respiraron espontáneamente al nacer y tan sólo 19 fué necesario reanimarlos por los procedimientos habituales; estas cifras equivalen a un porcentaje del 91.4% para los primeros y del 8.6% para los segundos. La apnea fetal se debió en parte al sufrimiento fetal por trabajo prolongado y en parte a circulares más o menos apretadas del cordón al rededor del cuello, ya que en ningún caso pudimos imputar dicho estado a la anestesia empleada o al traumatismo del Forceps.

La mortalidad fetal global, es decir comprendiendo las aplicaciones con feto muerto y la de los niños que murieron durante los días siguientes al parto, ascendió al 9.9%. Ahora bien, si se tiene en cuenta que en diez casos se practicó la aplicación con feto muerto, y que en doce la muerte pudo ser atribuída a causas distintas del Forceps, en realidad la mortalidad fetal por Forceps correspondiente a nuestra serie de aplicaciones fué del 0.4%.

Si se tiene en cuenta que estas aplicaciones de Forceps fueron practicadas en un centro Hospitalario dedicado a la enseñanza, en donde la vigilancia del parto está en gran parte bajo la responsabilidad de los Internos del Servicio, fácil será aceptar que los maravillosos resultados obstétricos obtenidos sólo tengan como explicación el buen criterio con que se lo empleó.

CONCLUSIONES:

1.—Toda aplicación de Forceps, por inocua que parezca, siempre trae aparejado un doble riesgo materno y fetal más o menos cargado de morbilidad, de ahí que no deba recurrirse a él sino en aquellos casos en los que esté estrictamente indicado.

2.—Todo parto debe orientarse hacia su evolución espontánea, corrigiéndolo oportunamente mediante el empleo consciente de las medicaciones espasmolítica y ocitócica, pero debiendo recurrir prontamente y sin pérdida de tiempo a su terminación artificial si en estas condiciones la presentación no progresa o surge alguna otra indicación de orden materno o fetal, ya que en estos casos esperar sistemáticamente todo lo posible y hasta el

último extremo la expulsión espontánea del feto, no sólo no disminuye sino que al contrario aumenta los peligros maternos y fetales.

3.—Todo Forceps profiláctico debe responder siempre a una indicación formal, y como tal aconsejamos su empleo no solamente en las primíparas a término con período expulsivo prolongado o con signos evidentes de traumatismo psíquico en el último período del parto, sino también en aquellos partos prematuros cuando parezca que la resistencia del periné constituya un verdadero peligro para el feto la cual no pueda evitarse por otro medio o procedimiento más sencillo como sería la Episiotomía ayudada de expresión abdominal.

4.—Los Forceps de "COMPLACENCIA", de "ROUTINA", "SISTEMATICOS", o "ELECTIVOS", etc., que no responden a una indicación obstétrica definida no se justifican desde ningún punto de vista.

5.—El Forceps alto conserva todavía sus indicaciones muy precisas en determinados casos clínicos, pero como quiera que su aplicación requiere una habilidad y destreza especiales que no son del dominio del especialista común, aunque aceptemos su utilidad, no aconsejamos su práctica.

6.—La anestesia con Pentotal Sódico por vía intravenosa tiene la ventaja de obrar con una rapidez extraordinaria y la de ser muy poco tóxica a no ser que se prolongue demasiado o haya sido necesario emplearla en dosis muy altas.

7.—Toda extracción con Forceps en primíparas debe ir precedida de Episiotomía, lo que no sólo facilita extraordinariamente la intervención sino que evita el desgarró perineal que es indefectible en estos casos.

8.—Después de toda aplicación de Forceps debe emplearse sistemáticamente derivados sulfamídicos o Penicilina como profilácticos.

9.—Toda correcta aplicación de Forceps, practicada oportunamente por una estricta indicación, no debe producir mortalidad materna ni fetal.

FORCEPS (I)

1947

INDICACIONES	No. de aplicaciones	PARIDAD		EDAD DEL EMBARAZO				PRESENTACION Y VARIEDAD DE POSICION								ALTURA DE LA PRESENTACION			ANESTESIA				EPISIO- TOMIA	PUERPE- RIO FEBRIL	FETO				
		Primipara	Multipara	9 meses	8 1/2 meses	8 meses	7 meses	O. I. A.	O. I. T.	O. I. P.	O. D. A.	O. D. T.	O. D. P.	O. P.	O. S.	Estr. Inf.	Esir. Med.	Estr. Sup.	Pentotal	Eter	Ciclopro- pano	Otras			Circulares	Respira- ción es- pontánea	Apnéa	Forceps con feto muerto	Mortali- dad Fetal
Sufrimiento fetal	83	64	19	68	8	6	1	35	6	—	9	6	10	14	3	19	62	2	81	1	1	—	30	10	17	73	10	—	7
Trabajo prolongado	12	10	2	11	—	1	—	4	—	—	3	1	3	1	—	3	9	—	10	1	—	1	5	—	3	10	—	2	2
Falta de rotación	3	2	1	3	—	—	—	—	—	1	—	—	2	—	—	—	3	—	3	—	—	—	1	2	—	2	—	1	1
Profiláctico	9	8	1	8	1	—	—	3	—	—	—	—	—	6	—	6	3	—	9	—	—	—	7	1	—	9	—	—	—
Otras indicaciones	11	7	4	6	2	2	1	6	1	—	2	—	1	1	—	2	9	—	6	5	—	—	1	1	—	7	—	4	4
TOTAL	118	91	27	96	11	9	2	48	7	1	14	7	16	22	3	30	86	2	109	7	1	1	44	14	20	101	10	7	14

1948

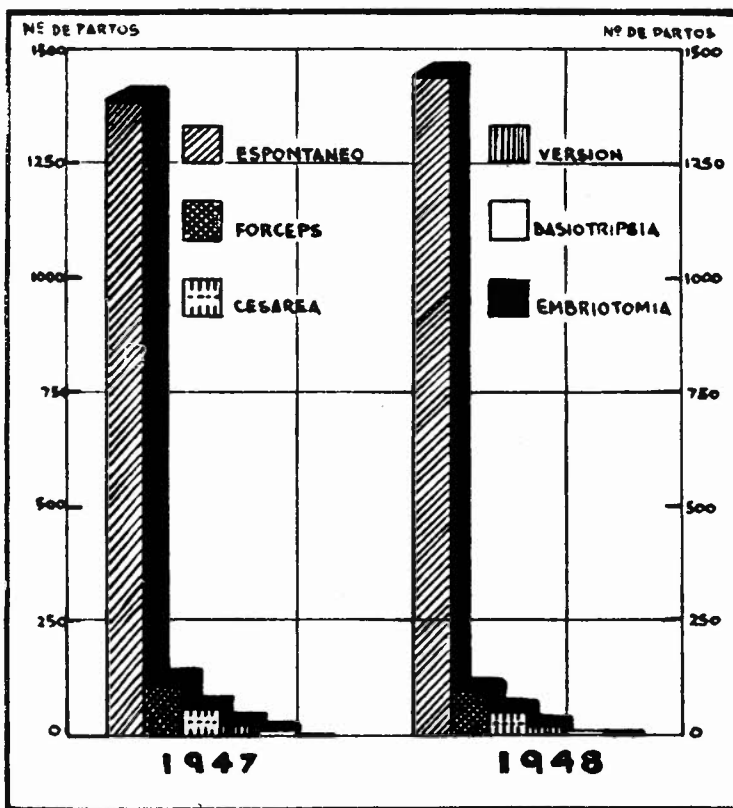
Sufrimiento fetal	75	59	16	69	5	1	—	38	10	3	3	4	10	6	1	7	64	4	62	12	—	1	41	18	12	67	8	—	—	5
Trabajo prolongado	15	7	8	14	—	1	—	8	—	—	1	—	4	2	—	3	12	—	13	1	—	1	8	6	2	15	—	—	—	1
Falta de rotación	10	9	1	10	—	—	—	—	—	1	—	—	8	—	1	1	9	—	10	—	—	—	4	—	3	9	—	1	—	1
Profiláctico	10	7	3	9	1	—	—	4	—	—	—	—	—	6	—	6	4	—	10	—	—	—	10	—	—	10	—	—	—	—
Otras indicaciones	4	3	1	1	3	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	3	1	—	1	—	—	1	1	2	—	2
TOTAL	114	85	29	103	9	2	—	54	10	4	4	4	22	14	2	17	93	4	95	16	1	2	64	24	17	102	9	3	—	9

1947 y 1948

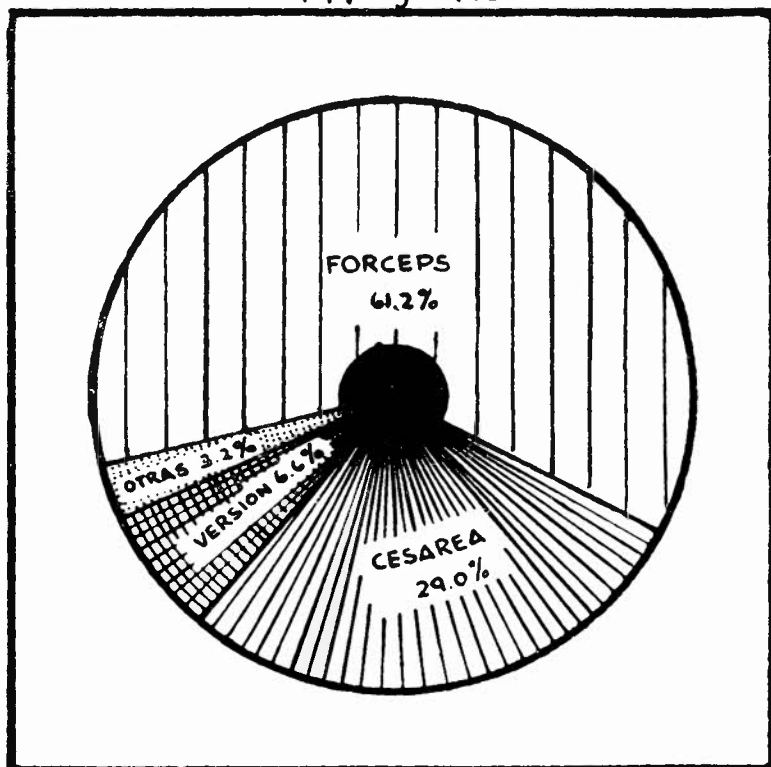
Sufrimiento fetal	158	123	35	137	13	7	1	73	16	3	12	10	20	20	4	26	126	6	143	13	1	1	71	28	29	140	18	—	—	12
Trabajo prolongado	27	17	10	25	—	2	—	12	—	—	4	1	7	3	—	6	21	—	23	2	—	2	13	6	5	25	—	2	—	3
Falta de rotación	13	11	2	13	—	—	—	—	—	2	—	—	10	—	1	1	12	—	13	—	—	—	5	2	3	11	—	2	—	2
Profiláctico	19	15	4	17	2	—	—	7	—	—	—	—	—	12	—	12	7	—	19	—	—	—	17	1	—	19	—	—	—	—
Otras indicaciones	15	10	5	7	5	2	1	10	1	—	2	—	1	1	—	2	13	—	6	8	1	—	2	1	—	8	1	6	—	6
TOTAL	232	176	56	199	20	11	2	102	17	5	18	11	38	36	5	47	179	6	204	23	2	3	108	38	37	203	19	10	—	23

(1) Datos extractados de las historias clínicas que reposan en los archivos de la Maternidad del Hospital de San Juan de Dios — Servicios del Profesor V. Rodríguez Aponte.

= PARTO ESPONTANEO E INTERVENIDO =



PORCENTAJES DE INTERVENCIONES PRACTICADAS
1947 y 1948



NUMERO Y PORCENTAJE DE INTERVENCIONES PRACTICADAS 1947 y 1948

