Las grandes intervenciones obstétricas

Por el doctor JAIME CORRAL MALDONADO

(*Continuación de la página 68 del número anterior*).

TOTAL DE INTERVENCIONES EN LOS DOS AÑOS

En los dos años se practicaron 107 cesáreas sobre 3.130 partos, lo que equivale a una frecuencia del 3,41%. Este índice, aunque es bastante más alto que el que trae Gonzalo Echeverri Parra, en su tesis de grado, quien en un período de seis años comprendido entre 1938 y 1943, encontró una frecuencia del 1,99% sobre 19.997 partos ocurridos en San Juan de Dios, con todo, es inferior al que traen actualmente los autores americanos.

Las estadísticas americanas que hemos consultado, en relación a la incidencia de la cesárea, sobre el número de partos, arrojan la siguiente frecuencia:

Kingley J. K. - Rochester 1937-1946	3,4 %
Daichman I. - Jewish Hospital, 1937-1946	4,1 %
King E. B. - University of California Hospital, 1907-1948	3,91%
Adams T. - Portland Hospitals (6 años)	7,9 %
McSweeney - Boston City Hospital, 1936-1946	3,3 %
Irving F. C. - Boston Lying-in Hospital, 1934-1943	4,2 %
Floyd T. - California, 1943	4,07%
Robert L. - Massachusetts (5 años)	3,3 %
Danforth W. - Evanston Hospital, 1929-1938	4,05%
Cornell E. L. - New Yorg Lying-in Hospital, 1948	7,9 %
Daily E. F. - Chicago Lying-in Hospital, 1948	5,5 %
Agüero O. - Caracas, 1947	3,2 %

En promedio estas estadísticas dan un índice del 4,5%, que como puede apreciarse, es bastante superior al encontrado por nosotros.

Los porcentajes que encontramos en relación a las indicaciones que motivaron la intervención fueron los siguientes:

Desproporción cefalo-pélvica	43,9%
Desproporción cefalo-pélvica y sufrimiento fetal	14,2%
Sufrimiento fetal	9,3%
Eclampsia	5,6%
Placenta previa	3,7%
Ruptura uterina	2,8%
Primíparas viejas	5,6%
Otras indicaciones	14,9%
	100,0%

A continuación analizaremos detenidamente el criterio con que procedimos en cada una de las indicaciones que motivaron nuestras intervenciones.

Distocia pelvi-fetal. Agrupamos bajo esta denominación no solamente los casos de estrechez pélvica en los que existe una notoria desproporción entre el tamaño de la pelvis y el de la cabeza fetal, sino también todos aquéllos en los que con una pelvis normal o aparentemente normal y por causas maternas o fetales, la cabeza no guarde con ella las debidas proporciones.

El criterio que nos guió para practicar la intervención por esta indicación, lo basamos en todos los casos en los procedimientos clínicos que se han ideado para poner en evidencia la desproporción cefalo-pélvica y en la prueba del trabajo, a la cual sometimos todas las pacientes, excepto tres, antes de decidir la intervención. En los tres casos en los que las pacientes no fueron sometidas a la prueba del trabajo existía una estenosis pélvica muy evidente por lo cual se practicó la intervención al iniciarse el trabajo del parto, ya que como es natural, en estos casos no es necesario recurrir a muchos exámenes y pruebas para saber que la cabeza fetal no pasará. No debe procederse lo mismo en los casos límites de distocia pélvica o cuando se sospeche la posible existencia de una desproporción cefalo-pélvica, ya que entonces es de capital importancia no sólo recurrir a los diversos procedimientos clínicos y de laboratorio, que se han ideado para evidenciarla, tales como, por ejemplo, la palpación mensuradora de Pinard, las maniobras de Kerr y Müller, las pelvimetrías externa e interna, la radiopelvimetría, etc., sino que es de rigor someter a la paciente a la prueba del trabajo que es la que en última instancia viene a decidir sobre la conveniencia de terminar el parto quirúrgicamente.

La verdadera prueba del trabajo, para que tenga algún valor, es necesario que llene ciertos y determinados requisitos. En primer lugar, que las contracciones uterinas sean lo suficientemente enérgicas y repetidas, ya que sólo de esta manera es posible la reducción del volumen de la cabeza fetal y por consiguiente su posible encajamiento; por lo tanto, en aquéllas en las que las contracciones sean muy débiles o irregulares es esencial corregir la dinámica uterina, sea excitando las contracciones en caso de inercia verdadera, o provocando la regularización del trabajo cuando se está en presencia de una inercia paradójica.

El segundo requisito indispensable que debe llenar toda prueba de trabajo, es que tenga una duración suficiente. claro está, que es muy difícil expresar en cifras el tiempo que debe prolongarse la prueba, ya que la duración de ésta depende de múltiples factores que varían con cada caso en particular, por lo tanto, más bien esquematizaremos la forma en que debe conducirse la prueba del trabajo indicando en qué momento será conveniente suspenderla.

En los casos en los que la desproporción no sea lo suficientemente aparente y desde que el parto se inicie normalmente, con integridad de la bolsa de las aguas, buen ritmo, frecuencia e intensidad de las contracciones, así como también estado general satisfactorio de la paciente, lo indicado es seguir las prescripciones de rutina y esperar a que progresivamente se vayan sucediendo los distintos tiempos del parto, dentro de la mayor

espontaneidad; debe, eso sí, vigilarse muy de cerca el curso de la prueba de trabajo para de esta manera poder apreciar oportunamente cualquier anomalía en su ritmo o cualquier repercusión sobre el producto de la concepción. Ahora bien, si no surgen complicaciones maternas o fetales, el cuello ha llegado a la dilatación completa, la presentación no se ha encajado y la bolsa de las aguas está intacta, lo indicado es proceder a romperla y dejar que el trabajo continúe por un espacio de tiempo que podemos generalizar en dos horas, mientras no se presenten signos maternos o fetales que justifiquen la terminación rápida del parto. Si pasado este tiempo, con contracciones uterinas eficientes, la presentación no se ha encajado, se puede estar seguro de que son nulas las posibilidades de que el parto se verifique espontáneamente, ya que simplemente el hecho de que se haya logrado la dilatación completa traduce un buen trabajo y normal energía de las contracciones uterinas, y que rota la bolsa de las aguas y no existiendo presentación distócica, la falta de encajamiento no puede ser debida sino a una desproporción cefalo-pélvica invencible; por lo tanto, en estas condiciones lo indicado será proceder a la terminación quirúrgica del parto.

Es natural que si en el curso de la prueba del trabajo, tal como la hemos esquematizado, surgen complicaciones de orden materno o fetal, como serían, por ejemplo, signos de sufrimiento fetal o de inminencia de ruptura uterina, lo indicado será interrumpirla inmediatamente y proceder en consecuencia, ya que la prolongación de un parto de prueba más allá de donde lo permite el estado del feto o del útero es inconsecuente y no tiene otro resultado que el de crear complicaciones que terminan generalmente por la obtención de un niño muerto durante la intervención o por una ruptura uterina; de ahí, que no esté por demás insistir que toda paciente sometida a la prueba del trabajo, debe vigilarse estrictamente, especialmente, en lo que se refiere a la marcha de las contracciones uterinas y al estado de los ruídos cardíacos fetales, ya que cualquier alteración grave de estos dos factores debe ser motivo suficiente para que se decida de una vez la intervención en caso de que la cabeza no se haya encajado.

Hemos esquematizado la conducta que se debe seguir en lo que sería la prueba del parto en un caso ideal, pero siendo natural que las circunstancias sean diferentes con cada caso en particular, lo lógico es que la conducta varíe también, de acuerdo con esas circunstancias, y de ahí que el criterio del especialista en esta materia, sea de un valor inestimable para juzgar hasta dónde se puede considerar como suficiente la prueba, ya que por ejemplo, en algunos casos bastarán unas pocas horas de trabajo franco y regular, con bolsa rota para decidirse sobre la conducta que se debe seguir, en tanto que en otros será necesario prolongarla por más tiempo antes de optar por la vía alta.

Otro factor que hay que tener en cuenta, en cuanto a la duración de la prueba del trabajo, es el de que no es raro que coexistan con la desproporción cefalo-pélvica, otras distocias o alteraciones generales del organismo materno, entonces, como es natural, se debe acortar la prueba del trabajo.

De las 107 intervenciones por nosotros practicadas, en 62 casos la indicación que motivó la cesárea fue la desproporción cefalo-pélvica, la cual encontramos asociada al sufrimiento fetal en 15 casos; esto equivale al 58,1% de los casos operados.

Sufrimiento fetal. No es raro observar sufrimiento fetal precoz, al iniciarse el trabajo del parto, debido en la mayoría de los casos, a una brevedad absoluta o relativa del cordón umbilical o a su laterocidencia, y cuando todavía la presentación no se ha encajado o apenas se ha insinuado o fijado. Si en estas circunstancias no es posible la terminación rápida del parto por vía baja, lo indicado será recurrir a la cesárea como único medio de garantizar la vida del niño, ya que esperar el parto espontáneo sería tánto como decretarle su pena de muerte.

Por demás está decir, que si el sufrimiento fetal se encuentra asociado a alguna otra distocia de orden mecánico o funcional, la terminación rápida del parto está doblemente indicada, y por lo tanto, si no es posible la extracción del feto por vía baja, deberá recurrirse sin demora a su extracción por vía alta.

En estos casos podrá intentarse la versión por maniobras internas seguida de extracción podálica si se reúnen a cabalidad todos los múltiples requisitos exigidos para practicarla, pero teniendo presente que la versión es una de las intervenciones que más peligros tiene para la madre y para el niño, y que exponer un feto que está sufriendo al traumatismo que implica toda versión seguida de extracción en muchos casos no es prudente, por decir lo menos.

Por sufrimiento fetal sólo o asociado a otras distocias practicamos la operación cesárea en el 9,3% de los casos, habiendo intentado en uno una aplicación alta de fórceps, de la cual se supo desistir oportunamente.

Eclampsia. En la eclampsia, la conducta seguida por nosotros, durante estos dos años, ha sido ya clara y nítidamente definida por el doctor Rafael Ramírez, en su trabajo titulado *Conductas Obstétricas Controvertibles.* Ramírez Merchán, discípulo y colaborador del Profesor V. Rodríguez Aponte, sintetizó en forma clara y concisa la conducta preconizada por el Profesor en estos casos, la que se ha puesto en práctica desde hace ya algunos años, en los servicios de maternidad que están bajo su dirección; por lo tanto, únicamente nos limitaremos a hacer algunas consideraciones sobre nuestro criterio en materia de eclampsia.

Durante el embarazo, si la eclampsia hace su aparición en una paciente que ha sido atentamente vigilada y puesta en tratamiento médico riguroso para su estado preeclámptico, la conducta que se debe seguir necesariamente ha de ser la quirúrgica, ya que lo frecuente es que a pesar del tratamiento se repitan los ataques con los consiguientes peligros para la madre y el feto. Es un hecho evidente que la eclampsia es una de las enfermedades que más seriamente amenaza la vida del producto de la concepción y que la muerte del feto es casi siempre la culminación irremisible de los ataques eclámpticos; por lo tanto, si se tiene en cuenta este grave peligro, y si existe una conducta que asegura la supervivencia fetal, sin daño para la madre, ya que se ha demostrado que la operación cesárea si no disminuye la mortalidad materna tampoco la aumenta, lo lógico es que deba recurrirse a

ella, ya que la vida del feto merece tánta consideración como la vida de la madre.

Cuando la eclampsia coincide con la aparición del trabajo del parto, la conducta variará naturalmente según sea el grado de evolución del mismo en el momento de hacer su aparición los ataques, el tamaño del feto, las posibilidades de su supervivencia y la gravedad de la intoxicación materna; es claro que si la eclampsia se desencadena al iniciarse el trabajo en una mujer preeclámptica que venía en tratamiento, lo lógico será, como lo anotamos anteriormente, proceder sin pérdida de tiempo a la extracción rápida del feto por el procedimiento más adecuado a cada caso en particular, y así por ejemplo, si se trata de una primigestante como es lo más frecuente, lo indicado será la operación Cesárea; y si se trata de una multípara con trabajo relativamente avanzado, puede estar indicada la dilatación artificial del cuello, seguida de la extracción fetal, bien sea por fórceps o por versión, advirtiendo que tanto en un caso como en el otro, el feto está más amenazado que si se opta por la cesárea. Finalmente, en los casos en los que el parto se encuentra lo suficientemente avanzado para que el cuello esté completamente dilatado o sea fácilmente dilatable y la presentación tenga ya un grado apreciable de encajamiento, solamente la aplicación de fórceps es la intervención indicada.

Queremos dejar bien en claro que por el hecho de que la cesárea esté indicada en la eclampsia, en manera alguna se debe deducir que todos los casos se deban someter a la intervención, ya que si la paciente no ha sido tratada anteriormente debe sometérsela antes que todo al tratamiento médico de rutina, siendo natural que si los ataques se suspenden y mejora apreciablemente el estado de la madre, lo lógico es la expectativa armada, la cual debe interrumpirse tan pronto como reaparezcan los ataques o sufra el feto. Igualmente, en los casos de eclampsia del embarazo, cuando el feto no da garantías de viabilidad o está muerto, se debe tratar por los procedimientos médicos habituales. Otro tánto puede decirse de la eclampia del parto cuando las condiciones son propicias para extraer un feto vivo por vía baja.

Si el feto está muerto, se recurrirá exclusivamente al tratamiento médico, dejando evolucionar el parto hasta un estado en que sea posible extraer el feto por las vías naturales, sin perjuicio para el organismo de la madre.

Por eclampsia del trabajo, practicamos la operación Cesárea en seis casos, lo que equivale a una frecuencia del 5,6%. En todos, las pacientes se sometieron al tratamiento médico de rutina antes y después de la intervención, excepto en uno que se operó inmediatamente después que llegó al hospital, en estado comatoso y con feto aún todavía vivo; desgraciadamente ni la madre ni el hijo se salvaron.

Placenta previa. Respecto al empleo de la cesárea en la placenta previa, hay actualmente un mayor acuerdo entre los especialistas, ya que ha sido aceptada como el tratamiento ideal en muchos de los casos de su inserción viciosa.

Para fijar mejor el concepto que actualmente se tiene respecto a la conducta, es esencial hacer la distinción entre Placenta previa latero-marginal y Placenta previa central total o parcial.

En la Placenta previa, central, total o parcial, se encuentran tan amenazadas

la vida de la madre y del feto, que sólo practicando oportuna y precozmente la operación Cesárea se puede, y no en todos los casos, garantizar su supervivencia. La verdadera gravedad que presenta la afección que nos ocupa no puede inferirse de las estadísticas, pues los casos favorables suelen colocarse en primer lugar y los adversos generalmente se pasan por alto. Aquélla sólo puede apreciarse en las charlas confidenciales que amistosamente se cambian entre colegas. Cuántos de nosotros no hemos podido relatar la triste historia de mujeres que, a pesar de haber recibido todos los cuidados y de haber sido sometidas oportunamente a la intervención, se nos han quedado desangradas en las manos! En vista de esta gravedad extraordinaria de la Placenta previa, central, total o parcial, hemos llegado a la convicción de que sólo operando tan precozmente como sea posible se logrará disminuír en gran parte la mortalidad materna y fetal.

Como es sabido de todos, en la inmensa mayoría, las enfermas comienzan a sangrar en los últimos meses del embarazo, pero las hemorragias suelen cohibirse espontáneamente, tanto que al llegar el médico al lado de la paciente de ordinario ya han cesado. Estos casos suelen ser los más peligrosos y solapados. La expectativa armada en tales circunstancias es a nuestro modo de ver, equivocada como quiera que ha sido fatal para muchas mujeres, ya que por lo común, la segunda hemorragia suele ser mucho más abundante que la primera, no siendo raro que deje tan debilitadas las mujeres que les falten luégo las energías suficientes para soportar la intervención, además de que no raras veces ya han bastado para determinar la muerte fetal. Con frecuencia ya es demasiado tarde para practicar la operación y las mujeres se desangran durante el acto quirúrgico o poco después de él. Cuántos de nosotros no hemos observado en la clientela hospitalaria mujeres con pulso débil y apenas perceptible, que debieran haber entrado un par de horas o días antes, y si sucumben, esta muerte suele achacarse y sin razón a los médicos de la clínica.

La experiencia, la única que debe servir para fundamentar toda conducta, ha demostrado que toda hemorragia por Placenta previa, central, total o parcial, ha de tratarse activamente y precisamente por el método que evite una segunda hemorragia que, como lo hemos dicho, puede ser fatal para la madre y el niño; ahora bien, tal conducta no es otra que la Cesárea practicada tan precozmente como sea posible. No importa que el feto no sea aún viable, ya que contemporizando por su causa suele ocurrir precisamente lo que se trata de evitar que es su muerte, y en no pocos casos a costa de la vida misma de la madre.

Sabemos de sobra que esta línea de conducta estará en contradicción con la de muchas otras escuelas que muestran pacientes en quienes no ocurrió una segunda hemorragia y en las que se pudo contemporizar, pero no debe perderse de vista que la probabilidad de un caso grave es siempre mucho mayor que la de uno favorable; ahora bien, si se tiene en cuenta esto, debe bastar simplemente la sospecha de una Placenta previa, central, total o parcial, para considerar el caso clínico como muy grave, entre aquéllos cuya proporción de mortalidad es del 20 al 25%.

De las cuatro pacientes operadas por nosotros, por esta causa, una de ellas

con embarazo de siete meses, que había presentado hemorragias en apariencia no muy alarmantes, falleció dos horas después de practicada la intervención, a pesar de haberle prodigado todos los cuidados que el caso requería, y el niño, que nació vivo, falleció también al tercer día por debilidad congénita.

Cuando se trata de una de las variedades marginal o lateral de inserción viciosa de la placenta y dicha entidad se manifiesta al final del embarazo o al comienzo del trabajo, hay posibilidad de asumir otras conductas, ya que en estos casos el orificio cervical se encuentra libre así como una buena parte del segmento inferior y el parto espontáneo o artificial por la vía baja, es posible sin riesgo tan grave para la madre.

De las conductas aconsejadas conceptuamos que sólo es aceptable la ruptura artificial amplia de las membranas al principio del trabajo, o una aplicación correcta de fórceps en los casos raros en que una placenta lateral haya permitido el progreso del parto hasta la dilatación completa sin complicaciones maternas ni fetales.

La versión combinada de Braxton Hicks es más teórica que práctica, ya que no resuelve el problema, sino que lo aplaza aumentando considerablemente la cifra de mortalidad fetal y pudiendo complicarse con los peligros de toda versión. Lo mismo puede decirse del empleo de los balones dilatadores, ya que con ellos no solamente no se logra el objetivo que se busca, sino que por el contrario pueden producir distocias cervicales invencibles y en no pocas ocasiones un mayor desprendimiento placentario, además de favorecer las procidencias del cordón umbilical y aumentar la mortalidad fetal y la morbilidad materna.

En cuanto a la versión interna y extracción podálica, si entraña tan graves peligros para la madre y el feto practicada por otras indicaciones y en otras circunstancias, que no podremos decir de su práctica en los casos de Placenta previa en los cuales se confabulan tal cúmulo de inconvenientes y contraindicaciones como son el obstáculo previo, la fragilidad y alteraciones anatómicas del segmento inferior que predisponen a su ruptura y las malas condiciones fetales y maternas que hacen que practicada sea muy crecida la mortalidad fetal y no menos alta la mortalidad materna; por lo tanto, es nuestra opinión que debe proscribírsela totalmente como conducta en los casos de Placenta previa, al menos con feto vivo, ya que si el feto está muerto, pudiera recurrirse a ella.

En vista de esto, si rotas las membranas la hemorragia no se cohibe, el feto da signos de sufrimiento fetal y el parto no puede terminarse rápidamente por vía baja, lo indicado será recurrir a la Cesárea segmentaria como único medio de poder garantizar la vida de la madre y del hijo.

Por Placenta previa fueron operadas cuatro pacientes en los dos años, lo que equivale a una frecuencia del 3,7% de todas nuestras intervenciones. De las cuatro operadas murió una de las madres y dos de los niños, lo que da una idea de la gravedad de la afección que nos ocupa.

Ruptura uterina. Durante los dos años tuvimos oportunidad de observar tres casos de ruptura uterina con éxito materno en todos ellos debido a la precocidad con que se intervino.

En uno de los casos operados se trataba de una multípara a término con 21 horas de trabajo, presentación de hombro abandonada y feto muerto. Tan pronto como llegó al Hospital, se le hizo el diagnóstico de ruptura uterina y se le practicó Cesárea segmentaria seguida de Histerectomía subtotal. La paciente salió en buenas condiciones después de haber hecho un post-operatorio normal.

De los otros dos casos, en uno de ellos la ruptura uterina fue ocasionada por arma de fuego durante los trágicos acontecimientos del mes de abril de 1948. La paciente, una multípara con embarazo de 6½ meses, recibió un balazo que perforó la pared abdominal a dos dedos por encima y por fuera del ombligo, habiendo quedado el proyectil incrustado en la placenta después de haber penetrado en el útero y haber atravesado el húmero del niño. En esta paciente se practicó microcesárea seguida de sutura de la perforación uterina, habiendo salido la enferma en muy buenas condiciones del Hospital.

La otra paciente llegó al Hospital con embarazo a término, feto vivo y herida perforante del abdomen producida por arma blanca. Inmediatamente se le practicó Cesárea segmentaria lográndose obtener un niño vivo el cual presentaba una herida en la región medio dorsal del tórax que se extendía en profundidad hasta la columna vertebral; revisada la matriz se comprobó una herida de bordes netos y regulares localizada en el fondo uterino, por lo cual se decidió practicar la sutura y conservar el órgano. La madre salió en buenas condiciones después de un post-operatorio normal, pero el niño murió al noveno día por Sepsis del recién nacido.

Como es natural, en los casos de ruptura traumática el éxito depende de la precocidad con que se intervenga y siempre que el estado de la paciente no sea muy precario. Los dos casos que hemos relatado son muy elocuentes a este respecto. En cuanto a las rupturas uterinas ocasionadas por el abandono del parto en los casos de presentaciones distócicas, estrecheces pélvicas o desproporción cefalo-pélvica, no debieran ocurrir, al menos en las grandes ciudades donde debe ser imperativo el control extricto de la embarazada durante el parto. Desde este punto de vista, creo que está por hacerse entre nosotros una campaña intensa de divulgación sobre los peligros que entraña la atención del parto por comadronas o por personas inexpertas que no tienen ningún concepto de responsabilidad y de aprecio por la vida.

En la ruptura uterina la intervención que debe practicarse depende como es natural de la extensión y de los caracteres de la herida uterina, ya que la Cesárea seguida de la sutura de la matriz será la conducta indicada en aquellos casos de herida pequeña de bordes netos y regulares, pero como esto no es lo que se encuentra habitualmente, en la mayoría será necesario recurrir a la Histerectomía subtotal.

Primíparas viejas. El empleo de la Cesárea en las primíparas viejas, que constituye una de las indicaciones modernas de la intervención, está plenamente justificado si se considera que el objetivo que se persigue no es otro que el de garantizar la vida del feto a todo trance, y máxime si se tiene en cuenta que se trata de mujeres que no se sabe si será el único hijo que podrán tener y cuya pérdida puede traer tras-

tornos sociales en manera alguna despreciables. Por lo tanto, si iniciado el trabajo en las primíparas viejas la presentación no se ha encajado o no se ha insinuado, y existe la posibilidad de que el feto pueda sufrir, no debe dudarse en recurrir a la operación Cesárea, y con mayor razón si se trata de una presentación de pelvis que como es sabido expone a la retención de cabeza última con todos los peligros que esto entraña.

Por el hecho de estar indicada la Cesárea en la primigestante vieja en manera alguna debe interpretarse que todo primer parto en mujeres de edad avanzada vaya a originar distocias que obliguen a intervenir antes de la aparición del trabajo o en el curso de éste, ya que en no pocas ocasiones el parto evoluciona con caracteres de absoluta normalidad y puede terminar espontánea o artificialmente por vía baja con feto vivo y en muy buenas condiciones.

Por esta indicación fue practicada la intervención en el 5,6% de los casos. Todas las madres y los niños salieron en muy buenas condiciones.

Otras indicaciones. a) *Presentación de cara.* La operación Cesárea está indicada en la presentación de cara cuando antes de comenzar el trabajo o al iniciarse éste, no hay tendencia al encajamiento y han sido inútiles los esfuerzos del especialista para convertir esta presentación en una de vértice.

Las presentaciones de cara que se encajan en variedades posteriores no es raro que se enclaven en el estrecho medio o inferior con los graves peligros que esto significa para la vida del feto y la salud de la madre; por lo tanto, si antes del encajamiento no se ha logrado la mutación de la presentación, no queda otro recurso que practicar la operación Cesárea de urgencia para poder garantizar con ella la supervivencia fetal y evitar la posibilidad de las graves complicaciones que pueden surgir si se deja evolucionar el parto espontáneamente. Como es natural la intervención estará doblemente indicada si la presentación de cara se encuentra asociada a alguna otra distocia de orden materno o fetal.

Por presentación de cara y procidencia del cordón umbilical, fue operada una paciente y tanto ella como el niño, salieron en muy buenas condiciones.

b) *Presentación de frente.* La presentación de frente es mucho más distócica que la presentación de cara, ya que la cabeza fetal tiende a encajarse en una actitud intermedia entre la flexión y la deflexión, lo que predispone al enclavamiento de la presentación con todas sus graves consecuencias; por lo tanto, la operación Cesárea está indicada en todos aquellos casos en los que no se haya encajado y no haya sido posible su mutación.

Por presentación de frente inmodificable fue practicada la operación en dos pacientes que salieron en muy buenas condiciones, lo mismo que los niños.

c) *Presentación de hombro.* La presentación de hombro constituye una de las más graves distocias fetales, ya que el parto espontáneo es prácticamente imposible en la casi totalidad de los casos, y la versión por maniobras externas, que debe intentarse siempre antes de iniciarse el trabajo, no siempre va coronada de éxito.

Cuando el feto está vivo, ha sido clásico dejar avanzar el parto, mientras lo permitan las condiciones materno-fetales y hasta cuando se hayan logrado

las condiciones favorables para poder practicar la Versión por maniobras internas; pero la versión interna exige tal cúmulo de requisitos tanto maternos como fetales, y entraña tántos peligros, que no siempre es practicable, máxime cuando en no pocas ocasiones y antes de ser factible la versión el caso se presenta al especialista con todos los caracteres de una presentación de hombro abandonada con feto vivo; en estos casos no queda otro recurso que practicar la operación Cesárea como único medio de salvar las vidas de la madre y el hijo.

Por presentación de hombro con feto vivo fue practicada la intervención en una paciente que salió en buenas condiciones del hospital, lo mismo que el hijo.

d) *Procidencia del cordón umbilical.* Cuando se presenta la procidencia del cordón umbilical y no se puede terminar rápidamente el parto mediante una aplicación de Fórceps o una versión por maniobras internas, no debe dudarse en practicar la operación Cesárea como único medio de garantizar la vida fetal.

Por procidencia del cordón umbilical se practicó la intervención en dos pacientes que salieron en buenas condiciones del hospital, lo mismo que los niños.

e) *Muerte habitual del feto.* Hay pacientes en las que se observa la muerte habitual del feto a una determinada edad del embarazo, dando por resultado que tales pacientes tengan siempre partos con niño muerto o hagan retención de feto muerto. En estos casos es aceptable practicar la operación Cesárea en una época que se avecine a la en que suele ocurrir la muerte fetal, y siempre que se trate de un feto que por su edad dé garantías de viabilidad.

Por esta indicación fue practicada la operación en dos pacientes, habiéndose logrado obtener un niño vivo. Este niño, a quien se le hizo el diagnóstico de Eritroblastosis fetal, salió en muy buenas condiciones del Hospital. El otro, que nació en muy buenas condiciones y pesó 4.860 gramos, murió a las seis horas de nacido, habiéndose comprobado que la muerte se debió a Eritroblastosis fetal.

f) *Inercia uterina invencible.* La inercia uterina verdadera es una distocia dinámica bastante frecuente en la práctica obstétrica, pero que por fortuna se logra vencer en la mayoría de los casos, mediante la medicación ocitócica prudentemente administrada; sin embargo, hay ocasiones en las que ni con dosis altas y repetidas de hormonas retrohipofisiarias, se logra hacer que el útero se contraiga de una manera efectiva para que el parto progrese. En estos casos de inercia irreductible, cuando la presentación se encuentra alta y no es factible la terminación del parto, mediante una aplicación cuidadosa de Fórceps, está indicada la Cesárea.

Por esta indicación fue practicada la intervención en una paciente y tanto ella como el niño salieron en muy buenas condiciones.

g) *Rigidez anatómica del cuello.* La rigidez anatómica del cuello es un estado especial de degeneración esclerosa o por mejor decir de transformación fibroso-conjuntiva de los haces musculares cervicales, que a pesar de las contracciones uterinas, de la presión que ejerce la bolsa de las aguas al insinuarse por el orificio interno y de las maniobras de dilatación e incisiones que el especialista practique, no puede llegarse a un grado de dilatación que permita el paso del feto. En estos casos, la intervención

quirúrgica es de rigor, siendo la operación que debe elegirse la que más garantías dé para la madre y el hijo, ya que ambos se encuentran directamente amenazados si la distocia persiste. La cirugía vaginal es la que a primera vista parece como la más adecuada para la solución de estas complicaciones, pero hay que tener en cuenta que lo que sería necesario practicar sería una amplia histerectomía cervico-segmentaria, una verdadera Cesárea vaginal, con el riesgo de producir extensas lesiones del segmento inferior, de la vejiga y de la uretra; por lo tanto, es a la Cesárea segmentaria transperitoneal a la que debe recurrirse ya que es una intervención fácil y rápida que da para la madre un máximum de seguridades y garantiza por completo la vida del feto.

Por esta indicación se practicó la intervención en una paciente en la que el cuello no pasó de ½ centímetro de dilatación después de 33 horas de trabajo. Tanto la madre como el niño salieron en muy buenas condiciones.

h) *Epitelioma del cuello.* En los casos de epitelioma del cuello en los que el embarazo ha llegado a término, no hay actualmente discusión acerca de la conducta obstétrica en el momento del parto, ya que ha sido universalmente aceptada la operación Cesárea como único medio de salvar la madre. Es lógico y natural que el paso de un feto a través de un cuello epiteliomatoso sea eminentemente peligroso, ya que en primer lugar el cuello en estas condiciones pierde toda su elasticidad y no se deja dilatar, y en segundo lugar el paso del feto a través de estos tejidos infiltrados puede provocar desgarros irreparables que costarían la vida de la madre. Por estas circunstancias la Cesárea está indicada en todos los casos de Cáncer del cuello, sea que el feto esté vivo o muerto.

Por esta indicación se practicó la operación Cesárea en una paciente, habiéndose logrado obtener un niño vivo que salió en buenas condiciones. La madre, después de un post-operatorio subfebril y por lo demás absolutamente normal, fue trasladada al Instituto Nacional de Radium, donde fue tratada por espacio de nueve meses.

i) *Distocia de las partes blandas.* Por estrechez cicatricial de la vagina producida por antiguas fístulas vesico-vaginales operadas, se practicó la intervención en dos casos y en ambos con éxito materno-fetal.

En esta eventualidad la operación Cesárea está doblemente indicada, ya que no solamente la estrechez por sí sola representa un obstáculo a la progresión normal del parto, sino que el interés mismo de la madre la reclama ya que puede reproducirse el estado fistuloso con todas sus graves consecuencias.

j) *Tuberculosis pulmonar.* La conducta durante el parto en la tuberculosis pulmonar asociada con el embarazo, ha sido uno de los problemas más debatidos en estos últimos tiempos. Para poder fijar una norma de conducta, es esencial tener en cuenta el carácter o tipo evolutivo de la lesión tuberculosa, ya que se ha demostrado que el pronóstico de los tipos exudativo o neumónico es mucho más desfavorable que el de los tipos productivos o fibrosos, no importa cuál sea la extensión de las lesiones.

Si la paciente ha sido controlada por un tisiólogo durante el embarazo, si éste se ha logrado llevar a término, y si se ha logrado estacionar el carácter evo-

lutivo de la lesión tuberculosa mediante el empleo del pneumotórax, asociado al tratamiento médico de rutina o a procedimientos más drásticos como la frenicotomía, el parto se puede dejar evolucionar espontáneamente hasta la dilatación completa del cuello, momento este en el cual se deben romper artificialmente las membranas si es que ya no se han roto, y practicar episiotomía seguida de extracción con Fórceps bajo anestesia local.

La versión y extracción podálica están plenamente contraindicadas en la tuberculosis asociada con el embarazo, ya que esta intervención requiere anestesia profunda, es muy traumatizante y expone a la infección; por lo tanto, si por cualquier circunstancia surge la indicación de practicarla debe optarse más bien por la Cesárea segmentaria, operación esta mucho menos traumatizante y peligrosa que la versión.

Cuando exista la menor posibilidad de distocia de orden materno o fetal, o cuando se sospeche que la lesión tuberculosa puede extenderse si se deja evolucionar el parto espontáneamente, no debe dudarse en recurrir a la Cesárea segmentaria antes de iniciarse el trabajo del parto o apenas iniciado.

En estos casos la anestesia local debe preferirse a todas las demás, ya que es la más inocua para la madre y el feto. Si durante la intervención o poco después se presenta hemorragia, debe recurrirse a la administración inmediata de plasma o sangre para restaurar el volumen sanguíneo y evitar el shock post-operatorio que suele ser fatal. Terminada la intervención debe comprimirse convenientemente el abdomen y practicar la colapsoterapia, la cual ha de continuarse durante el puerperio.

Por tuberculosis pulmonar asociada con el embarazo, se practicó Cesárea segmentaria transperitoneal con raquianestesia en dos pacientes controladas por un Tisiólogo y tratadas por colapsoterapia. Las madres, y los niños que fueron inmediatamente aislados, salieron en muy buenas condiciones del Hospital.

k) *Distocia del encajamiento en el embarazo gemelar.* La operación Cesárea fue practicada en una paciente con embarazo gemelar por haberse presentado distocia del encajamiento producida por uno de los fetos que estaba muerto e impedía el descenso del primero que estaba vivo. En esta eventualidad está plenamente justificada la intervención, ya que en estas condiciones la extracción del feto vivo por vía baja sería peligroso, no solamente para la madre, sino para el niño mismo.

Analizadas las indicaciones que motivaron todas nuestras intervenciones y en el mismo orden de ideas que nos hemos trazado, haremos a continuación un breve comentario en relación con paridad, edad del embarazo, tipo de presentación, etc., anotando para cada uno de estos factores la frecuencia que hemos encontrado.

En relación con la primi o multiparidad de las pacientes encontramos una frecuencia del 54,2% para las primeras y del 45,8% para las segundas. Este alto porcentaje de multíparas pone de manifiesto que las indicaciones que motivan la intervención no respetan la paridad de las pacientes, como no la deben respetar, ya que surgida la indicación debe operarse sin tener en cuenta este factor. Esto no quiere decir que en las multíparas con antecedentes de partos espontáneos no deba tenerse muy

en cuenta la paridad antes de decidir la intervención por desproporción cefalo-pélvica, pero tampoco que por este hecho se deban someter estas pacientes a una prueba de trabajo muy larga e improductiva, lo cual puede ser de consecuencias muy graves.

Toda multípara con embarazo a término y en la cual la cabeza no se haya encajado durante el primer período del parto, debe recibir la misma atención que una primípara y estudiarse muy detenidamente desde el punto de vista de una desproporción cefalo-pélvica, ya que por el hecho de haber tenido uno o varios partos por vía baja, no puede deducirse la espontaneidad de todos sus partos.

En relación con las edades del embarazo, la frecuencia con que fue practicada la intervención fue la siguiente:

Embarazo a término	82.2%
Embarazo de 8½ meses	13.0%
Embarazo de 8 meses	1.8%
Embarazo de 7 meses	1.8%
Embarazo de 6½ meses	1.2%
	100%

Estos porcentajes en relación con la edad del embarazo, demuestran que en un buen número de casos es necesario recurrir a la intervención antes de que el embarazo haya llegado a término.

En relación con el tipo de presentación encontramos los siguientes índices:

Presentación cefálica de vértice	88.9%
Presentación de frente	1.8%
Presentación de cara	0.9%
Presentación de pelvis	6.6%
Presentación de hombro	1.8%
	100%

Iterativamente se intervino en el 16.8% de los casos lo que equivale aproximadamente a una sexta parte de las intervenciones practicadas. En todos la desproporción cefalo-pélvica fue la indicación que motivó nuevamente la intervención.

En relación con la pureza de la intervención, y de acuerdo con la clasificación de Monckeberg y Puga, se practicó Cesárea impura en el 12.1% de los casos. En todos se practicó Cesárea segmentaria transperitoneal arciforme con aislamiento temporal de la cavidad peritoneal por medio de compresas. No se recurrió a las Cesáreas extraperitoneales, ni se practicó intervención mutiladora por razón de la impureza, ya que consideramos que estas intervenciones, además de ser mucho más dispendiosas y laboriosas, no siempre logran el objetivo que se proponen. Es nuestra opinión, que en el caso impuro la Cesárea segmentaria transperitoneal bien practicada y con cuidadosa protección temporal de la cavidad peritoneal por medio de compresas da un máximum de garantías en la época actual en la que se cuenta además con poderosos antibióticos, los que empleados antes, durante y después de la intervención acaban por dar al Cirujano mayor confianza en lo que se refiere al riesgo de la peritonitis.

En todos los casos impuros sistemáticamente empleamos la sulfanilamida intraperitoneal y la penicilina en dosis de 50.000 unidades cada tres horas, durante los primeros días del post-operatorio, no habiéndose presentado peritonitis y habiendo salido todas las pacientes en buenas condiciones del Hospital.

En relación con la anestesia empleada, encontramos la siguiente frecuencia:

Eter	53.2%
Ciclopropano-Eter	19.7%
Ciclopropano	9.3%
Mezcla de Schleich	5.7%
Raquianestesia	11.2%
Anestesia local	0.9%
	100%

Como puede apreciarse por estos índices, en la mayoría de los casos, empleamos el Eter sólo o asociado al Ciclopropano, ya que consideramos que el Eter es el más seguro de todos los anestésicos generales por inhalación tanto para la madre como para el niño, a pesar de que pasa a la circulación fetal y en no pocas ocasiones determina un retardo en la iniciación de los movimientos respiratorios; por este motivo aconsejamos no iniciar la anestesia, sino ya hechos todos los preparativos indispensables para la operación, de tal manera que entre la iniciación de la anestesia y la extracción del niño, transcurra el mínimum de tiempo. Procediendo en esta forma se evita el paso inútil del anestésico a la circulación fetal aminorándose por consiguiente en gran parte la anoxemia en el niño.

En cuanto al Ciclopropano, se ha demostrado que es mucho más peligroso que el Eter, ya que predispone mucho más que cualquier otro de los anestésicos por inhalación al shock en la madre y a la anoxemia en el feto; sin embargo, asociado al Eter y empleándolo en dosis bajas, se ha observado que produce una anestesia tranquila y sin mayores riesgos.

Respecto a la anestesia raquídea, sería la ideal para la operación Cesárea, si no expusiera en tan alto grado al shock cardio-circulatorio de la madre, ya que con ella se obtiene un silencio abdominal completo al mismo tiempo que procura una hipertonicidad de la fibra muscular uterina, lo que hace que la intervención transcurra sobre un campo prácticamente exangüe. Desgraciadamente se ha demostrado que en la mujer a término, existe una gran labilidad tensional lo que predispone al shock circulatorio cuando se emplea la anestesia raquídea, no importa cuál sea el agente anestésico que se utilice; esto ha hecho restringuir considerablemente su empleo, ya que no sólo en algunas ocasiones ha determinado la muerte súbita de la madre, sino que en algunos casos ha determinado lesiones cerebrales del feto como consecuencia de la anoxemia cuando la tensión arterial ha descendido considerablemente y este descenso ha persistido por más de cinco minutos.

En las intervenciones practicadas por nosotros, utilizando esta anestesia, no se presentaron accidentes maternos ni fetales, sin embargo, y en vista de lo expuesto anteriormente, aconsejamos ser muy prudentes en su empleo.

En relación con la morbilidad materna durante el post-operatorio, encontramos que ésta ascendió al 28%, habiendo sido el criterio para juzgar sobre dicha morbilidad una temperatura de más de 38 grados en dos días distintos. En realidad este índice no es muy alto si se tiene en cuenta que en el 12.1% de los casos, se practicó Cesárea impura y que en el 9.3% supuró la herida quirúrgica.

En todas nuestras intervenciones empleamos sistemáticamente la penicilina

en dosis de 20.000 a 50.000 unidades cada tres horas durante los primeros días del post-operatorio, a lo cual atribuimos en gran parte el bajo porcentaje de casos en los cuales supuró la herida, lo que antes constituía una de las complicaciones más frecuentes en nuestros servicios hospitalarios, hasta el punto que Echeverri Parra, trae en su tesis de grado una frecuencia del 50% para esta complicación.

En los dos años, y sobre 107 intervenciones, hubo cinco muertes maternas:

Por hemorragia por placenta previa	1
Por eclampsia del trabajo	1
Por síncope anestésico	1
Por shock obstétrico y operatorio . .	1
Por embolía pulmonar al décimo día	1
Total	5

Si se descartan las muertes por placenta previa, eclampia y embolía pulmonar, en realidad sólo dos fallecimientos pueden serle imputados a la intervención, lo que equivale a una mortalidad materna depurada del 1.8%.

De los 108 niños extraídos por Cesárea (un embarazo gemelar), 86 niños salieron sanos del Hospital, 16 murieron después del nacimiento, dos nacieron en apnea sin haber logrado que respiraran y cuatro nacieron muertos.

De los cuatro niños que nacieron muertos, en un caso se trataba de embarazo gemelar con uno de los fetos muertos que impedía el descenso del otro que estaba vivo; en otro, de una presentación de hombro abandonada con feto muerto y ruptura uterina; en otro, de Eclampsia, en el que el feto falleció durante el acto quirúrgico; y finalmente, en otro, de herida uterina y fetal provocada por arma de fuego.

De los niños que nacieron en apnea, uno traía una doble circular apretada alrededor del cuello, y el otro fue un niño extraído de una mujer con Placenta previa, que había presentado sufrimiento fetal antes de practicar la intervención.

Las causas de la muerte fetal en los 16 niños restantes que nacieron vivos y murieron después de nacidos, fueron las siguientes:

Diarrea epidémica del recién nacido	2
Bronconeumonía	4
Debilidad congénita	5
Sepsis del recién nacido	1
Asfixia del recién nacido	1
Eritroblastosis fetal	1
Acidosis	2
Total	16

Si se analizan las causas que determinaren la muerte del niño, en ningún caso se puede atribuír ésta a la intervención misma; quizás en la única muerte por asfixia del recién nacido haya podido tener alguna influencia la anestesia empleada; de tal manera que si se tiene en cuenta esto, la mortalidad fetal depurada sería sólo del 0.9%.

CONCLUSIONES

1. En la estrechez pélvica no muy aparente, así como en los casos que con pelvis normal se sospeche una desproporción cefalo-pélvica, es imperativo someter la paciente a una prueba de trabajo suficiente en duración y en intensidad, antes de decidirse por la intervención; sólo procediendo en esta forma se evitarán los abusos de la Cesárea.

2. La operación Cesárea es la única intervención que puede garantizar la supervivencia del niño en el sufrimiento fetal precoz al iniciarse el trabajo del parto, cuando la extracción rápida por vía baja suele ser muy difícil o imposible.

3. Todo estado preeclámptico debe someterse a un control médico estricto y riguroso y tratarse adecuadamente. Si a pesar de esto, hace su aparición la Eclampsia, el feto se encuentra vivo y da garantías de viabilidad, la conducta que debe seguirse, ha de ser la quirúrgica, ya que lo frecuente es que, a pesar del tratamiento se repitan los ataques y como consecuencia de ellos la muerte del feto.

Si la Eclampsia hace su aparición al iniciarse el trabajo del parto, y la paciente no ha sido vigilada ni tratada, debe antes que todo sometérsela al tratamiento médico de rutina; si a pesar de esto, los ataques continúan, el feto está vivo y el parto no puede terminarse rápidamente por vía baja, debe procederse inmediatamente a su extracción por vía alta, única manera esta de lograr reducir la mortalidad fetal.

4. En la Placenta previa, central, total o parcial, únicamente está indicada la operación Cesárea, la cual debe practicarse oportuna y precozmente para mayor garantía de la madre y el niño.

5. En la ruptura uterina, cualquiera que sea su causa, el éxito depende de la precocidad con que se intervenga.

6. La práctica de la Cesárea en las primíparas viejas no persigue otro objetivo que el de garantizar la vida del niño a todo trance, de tal manera que si al iniciarse el trabajo existe la posibilidad de que el feto pueda sufrir y si además se trata de una presentación de pelvis, no debe dudarse en practicarla para lograr lo que se persigue.

7. La operación cesárea está indicada en la presentación de cara irreductible que tiende a encajarse en variedad posterior y cuando se teme por su enclavamiento.

8. En la presentación de frente está indicada la Cesárea siempre que ésta no se haya encajado y no haya sido posible su mutación.

9. En la presentación de hombro con feto vivo, cuando no es factible la versión externa o interna, únicamente la operación Cesárea puede salvar la vida de la madre y del niño.

10. En la laterocidencia y procidencia del cordón umbilical, cuando el parto no se puede terminar rápidamente por vía baja, debe recurrirse a la operación Cesárea como único medio de poder garantizar la supervivencia fetal.

11. La operación Cesárea practicada oportunamente puede salvar el niño en los casos de muerte habitual del feto.

12. En las distocias uterinas dinámicas irreductibles cuando exista algún peligro materno o fetal y no sea posible terminar el parto por vía baja, puede recurrirse a la operación Cesárea.

13. Las rigideces anatómicas del cuello que no ceden a los tratamientos médicos u obstétricos ideados justifican plenamente la operación Cesárea.

14. Las estrecheces vaginales producidas por antiguas fístulas vaginales operadas indican la Cesárea.

15. La operación Cesárea es de rigor en los casos de cáncer del cuello uterino.

16. En la tuberculosis pulmonar si existe la menor posibilidad de distocia materno-fetal, o cuando se sospeche que puede extenderse la lesión tuberculosa,

no debe dudarse en recurrir a la operación Cesárea antes de iniciarse el trabajo del parto o apenas iniciado.

17. La Cesárea segmentaria transperitoneal asociada al empleo sistemático de la sulfanilamida intraperitoneal y de la penicilina en dosis suficientes, durante el post-operatorio, da hoy un máximum de garantías frente al caso impuro.

18. El Eter sólo o asociado al Ciclopropano es el anestésico por inhalalación que da las mayores garantías para la madre y el niño. Para evitar la anoxemia del feto producida por el agente anestésico, es aconsejable no iniciar la anestesia, sino una vez que se hayan hecho todos los preparativos para la intervención, de tal manera que iniciada ésta, el niño pueda ser extraído en el mínimum de tiempo posible.

19. La lavilidad tensional en el embarazo a término predispone al shock circulatorio de la madre, cuando se emplea la anestesia raquídea, de ahí que se deba ser muy prudente en su uso.

20. El empleo sistemático de la penicilina durante los primeros días del post-operatorio ha logrado reducir considerablemente la morbilidad materna y la supuración de la herida abdominal, tan frecuente hace algunos años en los servicios hospitalarios.

VERSION INTERNA

En la maternidad del Hospital de San Juan de Dios, en la sección que dirige el Profesor V. Rodríguez Aponte, se practicaron 25 versiones internas, durante los años de 1947 y 1948, sobre 3.130 partos, lo que equivale a una frecuencia del 0.79%.

Las indicaciones que motivaron la intervención, la cual fue practicada en 13 casos con feto vivo y en 12 con feto muerto, así como el reducido número de casos en los cuales se intervino por indicaciones distintas de la presentación de hombro, traduce la disminución muy notoria de esta peligrosa intervención que ha ido perdiendo terreno día a día, a medida que se han venido precisando las indicaciones del Fórceps y la Cesárea.

A continuación analizaremos detenidamente cada una de las indicaciones que motivaron todas nuestras intervenciones, así como los resultados obtenidos, ya que sólo de esta manera creemos que puedan apreciarse las conclusiones a que hemos llegado sobre esta materia.

Presentación de hombro. Por presentación de hombro se practicó la versión interna en 19 pacientes, de las cuales 18 eran multíparas y una sola era primípara (embarazo gemelar).

En nueve pacientes se intervino con embarazo a término, en ocho con embarazo de 8½ meses, en una con embarazo de ocho meses, y en una con embarazo de 7½ meses. En 10 casos la Versión se practicó con feto vivo y en 9 con feto muerto. No hubo mortalidad materna, pero fallecieron tres de los 10 niños, como consecuencia de la intervención.

Siendo la presentación de hombro la entidad que con mayor frecuencia impone la práctica de la Versión, consideramos de capital importancia fijar el criterio con que debe procederse, ya que no es la Versión interna la conducta que debe seguirse sistemáticamente en todos los casos de presentación de hombro.

En la presentación de hombro la conducta varía como es natural según se trate de un embarazo simple o múltiple, la primi o multiparidad de las pacientes, la edad del embarazo, el tama-

ño del feto, si éste está vivo o muerto, y según sea el estado en que se encuentre la matriz.

En el embarazo gemelar la Versión interna encuentra su más amplia indicación cuando expulsado el primer feto el segundo se coloca en situación transversa, ya que en esta eventualidad y cuando el médico es el que ha atendido el parto, se encuentran reunidas al máximum todas las condiciones que exige para su buen éxito, tales como son: feto no muy grande, dilatación cervical completa, por lo general integridad de la bolsa de las aguas, bajo tono uterino provocado por la excesiva distención, y amplitud muy grande de la cavidad uterina. Pero es natural que si no ha sido el médico el que ha atendido el parto y ha transcurrido mucho tiempo después de la expulsión del primer gemelo la situación puede haber cambiado fundamentalmente, no siendo entonces raro encontrar la matriz retraída y considerablemente reducido el tamaño del orificio del cuello; en estas circunstancias si el feto está vivo sólo la operación Cesárea puede garantizar las vidas de la madre y el niño. Si el feto está muerto, debe recurrirse a la Embriotomía.

La Versión por maniobras internas está indicada en las multíparas con presentación de hombro sólamente en aquellos casos en los que el cuello haya llegado a la dilatación completa, la bolsa se encuentre intacta o recientemente rota, el tono uterino sea absolutamente normal, y el feto se encuentre vivo y no sea muy grande. Desgraciadamente, esto no es lo habitual ya que lo que frecuentemente se observa es la presentación de hombro abandonada con bolsa rota hace muchas horas, matriz retraída y en no pocas ocasiones en inminencia de ruptura uterina, y feto muerto. En estas circunstancias la Versión está plenamente contraindicada y no se justifica desde ningún punto de vista, aun cuando sometiendo la paciente a la anestesia profunda con Eter la matriz se relaje y parezca que sean posibles las maniobras endouterinas; estando el feto muerto, no se debe exponer la madre a los peligros de una intervención que puede ser de consecuencias funestas para ella. En estos casos únicamente debe practicarse la Embriotomía, intervención ésta, que sin duda alguna, requiere más pericia, pero que efectuada por manos hábiles es muchísimo menos peligrosa que la Versión.

En la presentación de hombro abandonada con feto vivo, la Versión interna constituye un verdadero atentado contra las vidas de la madre y el feto, no importa que la matriz se relaje a la anestesia profunda con Eter y parezcan posibles las maniobras endouterinas, ya que la ruptura uterina puede sobrevenir en cualquier momento durante la evolución del feto con todas sus gravísimas consecuencias, por lo tanto, en esta rara eventualidad debe recurrirse siempre a la Cesárea segmentaria.

La presentación de hombro en las primigestantes afortunadamente es muy rara, ya que opinamos que en ellas no debe practicarse la Versión interna con feto vivo, a excepción como es natural, de aquéllos casos de embarazo gemelar en los que el segundo feto se coloca en situación transversa y que como anotamos anteriormente reúnen al máximum las condiciones para la práctica de la Versión. Basta simplemente recordar los peligros a que está expuesto el feto en su evolución espontánea en la presenta-

ción de pelvis en la primípara para que en ellas esté totalmente contraindicada la práctica de la Versión seguida de extracción podálica; ahora bien, si la operación Cesárea ha sido preconizada como conducta en las presentaciones de pelvis en las primíparas para poder garantizar la vida del niño, por qué razón no se ha de recurrir a ella en la presentación de hombro en la que los peligros para el feto se encuentran centuplicados y además la madre está expuesta a las más graves consecuencias cuando se practica la versión?

Tres de los 10 niños vivos extraídos por Versión fallecieron como consecuencia de la intervención, lo que equivale a un índice de mortalidad fetal del 30%. Esta cifra es muy elocuente, ya que pone de manifiesto los peligros a que está expuesto el feto como consecuencia de la intervención.

En este grupo de 19 intervenciones no hubo mortalidad materna ni se presentaron complicaciones como consecuencia de la intervención.

Placenta previa marginal. Por placenta previa marginal se practicó la intervención en tres pacientes todas multíparas. En dos se intervino con embarazo a término y en una con embarazo de 6 meses. En todos los casos el feto ya había muerto en el momento de practicar la Versión.

Falleció una de las pacientes que llegó al Hospital con pulso incontable, tensión arterial de 4 por 0, intensa hemorragia y feto muerto. Esta paciente, a pesar de haberle hecho inmediatamente transfusión de sangre —y de haber extraído rápidamente el niño por Versión— falleció al día siguiente a consecuencia de la intensa hemorragia sufrida y sin duda alguna también a consecuencia del shock producido por la intervención. Este caso muy elocuente pone de manifiesto la gravedad de la Placenta previa no importa cual sea su variedad, de ahí, que todo caso de Placenta previa deba merecer por parte del médico la mayor atención antes de optar por la conducta que deba seguir, ya que en no pocas oportunidades la práctica de la operación Cesárea es la única que puede poner a salvo la vida de la madre y también la del hijo. Debe eso sí, tenerse muy en cuenta en los casos de Placenta previa marginal la edad del embarazo y la viabilidad del feto, porque si el parto se inicia y progresa con feto prematuro y no hay mayor peligro para la madre, puede dejarse evolucionar espontáneamente practicando la ruptura artificial amplia de las membranas; pero, si rotas las membranas la hemorragia no se suspende, las condiciones son propicias para la práctica de la Versión interna y el estado de la madre no justifica otra conducta, creemos que la Versión está plenamente indicada. Otro tanto puede decirse de aquellos casos en los que el feto esté ya muerto aún cuando sea de término.

Cuando el feto está vivo y es perfectamente viable debe meditarse mucho antes de optar por la Versión como conducta para resolver la distocia de la Placenta marginal, ya que el porcentaje de mortalidad fetal achacable a ella es sumamente alto. Francisco Villa en su tesis de grado *"Peligros de la Versión por maniobras internas"*, anota cinco muertes fetales atribuíbles directamente a la Versión en nueve pacientes en quienes dicha intervención se practicó por Placenta previa marginal con feto vivo. Por lo tanto, si se tiene en cuenta este alto porcentaje de mor-

talidad fetal, creemos que aun en la Placenta previa marginal debe pensarse en la Cesárea.

Procidencia del cordón umbilical. Por procidencia del cordón umbilical, se practicó la versión en dos multíparas con embarazo a término y en las dos con feto vivo. No hubo mortalidad materna, pero falleció uno de los niños que nació en apnea y no fue posible hacerle respirar.

En la procidencia del cordón umbilical la conducta que debe seguirse, varía naturalmente, según que el feto esté vivo o muerto, y según sea el tipo de presentación a la cual esté asociada. Como es natural, en los casos de procidencia del cordón con feto muerto, no interesa la distocia funicular, sino la distocia asociada que ha podido provocar tal procidencia. En estos casos, si urge la terminación del parto debe recurrirse siempre a aquellos procedimientos que menos peligros tengan para la madre como son el Fórceps, la Basiotripsia o la Embriotomía, ya que la Versión no estaría justificada, sino en casos muy excepcionales.

En la procidencia del cordón con feto vivo es inevitable la muerte del feto si se deja evolucionar el parto de manera espontánea; por lo tanto, hecho el diagnóstico de cordón procidente con feto vivo debe procederse a la menor brevedad posible a la extracción rápida del feto y precisamente por aquel procedimiento que dé el máximum de garantías tanto maternas como fetales. Ahora bien, es un hecho evidente que la procidencia del cordón umbilical se encuentra siempre asociada a la ruptura prematura de las membranas, generalmente a otras distocias, y frecuentemente cuando ocurre no se encuentran reunidos los múltiples requisitos que exige la práctica de la Versión por maniobras internas, por lo cual conceptuamos que debe meditarse mucho antes de recurrir a ella, máxime cuando optando por la Cesárea se puede solucionar fácil y rápidamente la distocia funicular con éxito materno y fetal. En esta contingencia de tan graves consecuencias para la vida del feto, la Versión sólo se justificaría en aquellos casos muy bien escogidos que reúnan las múltiples condiciones que pueden garantizar la práctica rápida de la Versión seguida de extracción podálica igualmente rápida. Desgraciadamente estos casos son excepcionales.

Desprendimiento prematuro de la placenta. Por desprendimiento prematuro de la Placenta normalmente insertada se practicó una Versión con feto vivo en una multípara con embarazo de 7 meses. La madre salió en buenas condiciones del Hospital, pero el niño que nació vivo murió a la media hora.

La Versión por maniobras internas en el desprendimiento prematuro de la placenta normalmente insertada es tan sumamente peligrosa para la madre que debe proscribírsela formalmente como conducta en esta complicación del embarazo. Basta simplemente con tener en cuenta que una de las manifestaciones más aparentes del desprendimiento prematuro de la placenta normalmente insertada es la contractura uterina, que no falta nunca, y que en no pocas ocasiones va asociada a alteraciones de la fibra muscular misma de la matriz, para rechazar rotundamente la Versión como método para evacuar el útero. En esta complicación del embarazo si el estado de la madre exige la evacuación rápida del útero y el parto no se puede

terminar por vía baja mediante una aplicación de Fórceps, en caso de presentación cefálica o de una extracción podálica si se trata de una presentación de pelvis, no debe dudarse en recurrir a la Cesárea, esté vivo o muerto el feto, como tampoco debe dudarse en practicar la Cesárea seguida de histerectomía subtotal si se trata de una apoplejia útero-placentaria y los tejidos uterinos no dan garantías.

Por el hecho de que en algunos casos de desprendimiento prematuro leve de la placenta se haya podido recurrir a la Versión como conducta y se haya obtenido éxito materno y fetal, no se puede preconizar la Versión en esta temible complicación, ya que muy fácilmente puede producirse la ruptura uterina con todas sus graves consecuencias.

Nos hemos limitado únicamente a considerar las indicaciones que motivaron todas nuestras intervenvenciones analizando para cada una de ellas los peligros que entraña para la madre y para el feto. Ahora bien, si en nuestras 25 versiones murieron una de las madres y cinco niños de los 13 en que se practicó con feto vivo, fácil será aceptar los peligros de esta intervención que con justísima razón ha ido perdiendo terreno día a día y que en nuestro concepto sólo debe emplearsela en muy contadas excepciones y simplemente como un recurso impuesto por las circunstancias.

CONCLUSIONES

1. La Versión por maniobras internas exige tal cúmulo de requisitos y expone a túntos peligros maternos y fetales que sólo debe acudirse a ella en muy contadas excepciones y simplemente como un recurso impuesto por las circunstancias.

2. La Versión con feto muerto debe evitarse sistemáticamente, ya que la vida del niño no cuenta para nada y sí se expone la madre a un grave riesgo. En estos casos la Embriotomía tiene su más precisa indicación.

3. En la presentación de hombro con feto vivo, sólo debe recurrirse a la Versión en muy contadas excepciones que reúnan a cabalidad los múltiples requisitos que exige para su probable éxito, ya que en esta eventualidad la operación Cesárea da un máximum de garantías para la madre y el feto.

4. En la procidencia del cordón umbilical con feto vivo debe pensarse siempre en la Cesárea ya que es excepcional encontrar el cordón procidente y condiciones favorables para la práctica rápida de la Versión interna seguida de extracción podálica igualmente rápida.

5. En la Placenta previa marginal, debe meditarse mucho antes de elegir la conducta que debe seguirse, ya que en estos casos la Versión por maniobras internas puede ser de consecuencias muy graves para la madre y el niño.

6. El desprendimiento prematuro de la placenta normalmente insertada contraindica formalmente la práctica de la Versión por maniobras internas.

EMBRIOTOMIA Y BASIOTRIPSIA

En los Servicios de Maternidad del Hospital de San Juan de Dios, a cargo del Profesor V. Rodríguez Aponte, se practicaron durante los años de 1947 y 1948, 5 Embriotomías y 6 Basiotripsias sobre 3.130 partos, lo que equivale a una frecuencia del 0,35%. Este re-

ducido número de intervenciones mutiladoras es explicable si se tiene en cuenta que dichas intervenciones se practican exclusivamente con feto muerto y por indicaciones estrictas motivadas en la mayoría de los casos por un abandono del parto o su mala conducción.

Embriotomía. Por presentación de hombro abandonada con feto muerto, practicamos la Embriotomía en cinco pacientes todas multíparas. No hubo mortalidad materna ni se presentaron complicaciones durante las intervenciones, lo que atribuímos a que en todos los fetos practicamos la decapitación que es la más sencilla de las Embriotomías y que es la que aconsejamos utilizando el siguiente detalle en la técnica que facilita extraordinariamente todas las maniobras y acorta considerablemente la duración de la intervención: siendo lo más difícil el enganche del cuello con los dedos para poder colocar el gancho de Braun que es el que va a acercarlo al orificio vulvar, hemos encontrado que esta maniobra se facilita extraordinariamente haciendo traccionar del ayudante hacia el muslo opuesto de la madre el brazo correspondiente al hombro que se presenta, practicando con las tijeras de Dubois un ojal en la piel de la parte más alta del brazo, y seccionando luégo por debajo de ella los tejidos blandos en dirección hacia el cuello sin desarticular el brazo. Estando seccionando los tejidos blandos, llega un momento en que el cuello se hace fácilmente accesible a los dedos, los cuales deben entonces enganchar la columna cervical a través del ojal practicado y por debajo de la piel; hecho esto, queda ya muy fácil la colocación del gancho que debe también introducirse por el ojal practicado.

Procediendo en esta forma logramos en todos los casos practicar muy rápidamente la decapitación, ya que colocado el gancho no resta más que desarticular la columna cervical y seccionar el resto de los tejidos blandos para que la operación esté terminada.

En ninguna de nuestras decapitaciones se presentó retención de cabeza, complicación ésta que se puede solucionar fácilmente, simplemente traccionándola con una o dos pinzas de garra, o utilizando el Fórceps o el Basiotribo.

Basiotripsia. La Basiotripsia se practicó en dos pacientes por desproporción cefalo-pélvica, en dos por hipertonía uterina provocada por ocitócicos mal empleados por comadronas, en un feto muerto por hidrocefalia, y en un caso de presentación de frente con feto muerto. No hubo mortalidad materna, ni se presentaron complicaciones durante las intervenciones.

Siendo la Embriotomía y la Basiotripsia intervenciones que se practican con feto muerto y cuyo objetivo es la terminación rápida del parto por una indicación exclusivamente materna, no debe dudarse en recurrir a ellas cuando parezca que optando por otras intervenciones obstétricas se puede hacer correr algún riesgo a la madre por mínimo que éste sea. Reconocemos que estas intervenciones indudablemente requieren mucha más pericia y habilidad que cualesquiera otras, pero también que son menos peligrosas para la madre cuando se las practica cuidadosamente, de ahí que conceptuemos que nunca debe practicarse ni la Versión simplemente por el hecho de que esta intervención parezca más fácil que la Embriotomía, ni la aplicación alta de Fórceps cuando lo indicado

sea recurrir a la Basiotripsia para facilitar la extracción.

BIBLIOGRAFIA

Acken H. S. Fetal mortality in cesarean section. Am. Jour. Obst and Gynec. 53:927-935. June, 1947.

Beruti Josué A. La aplicación sistemática del Fórceps en los partos normales. Obst. y Ginec. Latino-Americana V. 6, Nº 10. Oct., 1946.

Beruti Josué A. El porvenir del Fórceps y el Fórceps del porvenir. Obst. y Ginec. Latino-Americana. V. 1, Nº 1. Febr., 1943.

Briscol C. Cesarean section morbidity and septic mortality in relation to type of operation. Am. J. Obst. and Gynec. 48:16-25. July 1944.

Cantera Durán J. Contribución al estudio del Fórceps. Tesis Grado. Fact-Medic. U. N., 1944.

Castallo M. A. Toxemias of Pregnancy. Med. Clinics of North America. November, 1945.

Cooke W. R. The use of the Obstetric Forceps. Am. J. of Surgery. V. 48. Abril, 1940.

Cornell E. L. Present day Indicatios for Cesarean section Surgical Clinics of North America. Feb., 1950.

Cosgrove S. A., Waters E. G. Version and Breech delivery. Am. J. of Surgery. V. 48. April, 1940.

Daichman I., Pomerance W. Failed Forceps. Am. J. Obst. and Gynec. V. 56. Nº 3. Sept., 1948.

Daichman I., Pomerance W. Cesarean section 1937-46. Am. J. Surgery 77: 555-562. May, 1949.

Dieckman W. J. Cesarean section mortality. Am. J. Obst. and Gynec. 50: 28-48. July, 1945.

Dill L. V. Cesarean section: Its uses and abuses. Surgical Clinics of North America. April, 1946.

Dill L. V., Leonard T. M. Cesarean section for desproportion in multipara. Am. J. Obs. and Gynec. 56:515-520. September, 1948.

Dippel L., Helman R. J. Sodium Pentothal Anesthesia for selected vaginal obstetrics. Surgery Gynec. and Obst. V. 85. Nº 5. Nov., 1947.

Duckering F. A. Delivery after Cesarean section. Am. J. Obst. and Gynec. 51:621-634. May, 1946.

Echeverri Parra Gonzalo. Consideraciones clínicas y estadísticas sobre operación Cesárea. Tesis de Grado. Facultad Nal. Med., 1944.

Faber J. E. Non surgical emergencies in Obstetrics Medical Clinics of North America. July, 1945.

Harris J. W. Use and Abuse of Forceps. Postgrad. M. A. North America. pp. 263-265/1944.

Harris J. W. Use and abuse of Fórceps. Postgrad. M. A. 2/81-83. August. 1947.

Hemessy J. P. Repor on Cesarean sections done in St. Vincent's Hospital, New York City. Am. J. Obst. and Gynec. 57:1167-1185. June, 1949.

Hendmann D. H. Pelvic Delivery following cesarean section. Am. J. Obst. and Gynec. 55:273-285. Feb., 1948.

Hesseltine H. C., Thelen Ch. Sulfonamidesas Prophylactic agents in conjuction with Cesarean section. Am. J. Obst. and Gynec. 52:813-816. Nov., 1946.

Holmes R. W. The Hemorrhages of late Pregnancy and Labor Placenta Previa and Ablatio Placentae. Am. J. of Surgery. Vol. 48. April, 1940.

Huber C. P. The Failure of the Conservative Treatment of Eclampsia. Am. J. Obst. and Gynec. 49:81-84. June 1945.

Hunda Rafael. Las operaciones mutiladoras fetales en el medio hospitalario Tesis de Grado, Facultad Mec., U. Nal., 1947.

Irving F. C. Ten Years of Cesarean Section at Boston. Lying-in Hospital. Am. J. Obst. and Gynec., 50:660-680. December, 1945.

Keller R., Ginglinger A. La Chirurgie en Obstetrique. 1946.

Langman L., Howard C. T. The selection of Forceps for Mid Pelvic Arrest of the Vertex. Am. J. Obst. and Gynec. V. 52. Nº 5, Nov., 1946.

Laverde Mercado Luis. Diez años de Pentotal sódico en Obstetricia. Obst. y Ginec. Latino-Americanas. Vol. VI. Nº 6. Juni, 1948.

Mathewus H. B. Relation of Tuberculosis to Obstetrics. Am. J. of Surgery. Vol. 48. April, 1940.

Mitchell R. Forceps for Delivery. Their use and abuse Surgical Clinics of North America. December, 1945. pp. 1436-1451.

Montgomery T. L. Hemorrhage of Pregnancy. Surgical Clinic of North America. Dec., 1945.

Mussey R. D. The Toxemias of Pregnancy and Management of Parturition. J. A. M. A. 117:1309-13. Oct. 18, 1941.

O'Connor C. T. Problem of Repeat Cesarean Section. Preliminary studies. Am. J. Obst. and Gynec. 53:914-926. June, 1947.

Paxson N. F. Modern Indications for Cesarean Section Surg. Clinics of North America. 28:1487-1506. December, 1948.

Pedvis S. Fetal Mortality and Morbidity in Cesarean Section. Surgery Gynec and Obst. 88:103-107. January, 1949.

Quingley J. K. Ten Year Study of Cesarean Section in Rochester and Monroe County 1937-46. Am. J. Obst. and Gynec. 58:41-43, 1949.

Ramírez Rafael. Conductas obstétricas controvertibles, 1947.

Waters E. G. Disputed Indications and Technics for Cesarean Section. New England J. Md. 234:849-853. June 27, 1946.

Waters E. G. Use and Abuse of Cesarean Section. Am. J. Surg. 69:208-212. August, 1945.

Villa Zapata F. Peligros de la Versión por Maniobras Internas. Tesis de Grado. Facultad Medic., U. Nal., 1947.