Aspectos del ejercicio obstétrico en clientela civil

Por los doctores **RAFAEL RAMIREZ MERCHAN**
y **SERGIO LAMUS GUERRERO**

La atención de los partos en la clientela particular, en clínicas especialmente dotadas, difiere, desde luego, de la atención hospitalaria, por razones obvias, que no es necesario enumerar. Los resultados finales tanto maternos como fetales han de ser, por consiguiente, más halagüeños que los obtenidos en la clientela hospitalaria y los índices respectivos deben revelar el adelanto de la técnica y la precisión y eficiencia de la especialidad.

Es claro que en el ejercicio particular, sube la incidencia de las intervenciones, al propio tiempo que disminuye la de las complicaciones y que bajan los índices de morbosidad y de mortalidad. Presentados escuetamente estos índices, si bien es cierto que muestran a las claras el éxito final, podrían alarmar, en el sentido de que van siendo cada día más escasos los partos espontáneos y que estamos contribuyendo como especialistas a contrariar las leyes naturales, entorpeciendo la fisiología. Sin embargo, esta alarma no se justifica, porque si nos atuviéramos a que el parto debe cumplirse siempre de una manera fisiológica, como se cumplen las demás funciones, habría que considerar como consecuencias de la fisiología los desgarrs perineales que, ocurren casi en el

ciento por ciento de las primíparas que paren sin ayuda racional y científica; habría que aceptar también como consecuencias de la fisiología, las retenciones de placenta parcial o total que, se producen en las pacientes que soportan sin asistencia idónea, su alumbramiento; tendría que ser también fisiológica la muerte del producto por circulares del cordón, si no se diagnostica oportunamente el sufrimiento fetal y si no se recurre al arte para corregir estas paradojas de la naturaleza. En fin, tendríamos que aceptar como consecuencia de lo fisiológico, la imposibilidad del parto en las presentaciones viciosas y en las deformaciones pélvicas y, la consiguiente muerte de la parturienta y de su hijo como resultado de un capricho de la naturaleza, en una función cuya evolución debería ser tan correcta como la de las demás.

No es el parto una función comparable a todas las demás, porque ninguna lleva en sí tantos peligros ni tan grave amenaza de muerte, así como tampoco ninguna otra es susceptible de tan amplia perturbación. No se puede esperar el parto, para no mencionar los riesgos de la gestación, con la impasibilidad con que se espera una micción espontánea o con la indiferencia con que se

espera en los individuos normales, que siga su curso la sístole y diástole cardíacas y los demás movimientos immanentes de la vida.

La gestación, el parto y el puerperio requieren control, vigilancia, conducción, corrección de anomalías aun en las mujeres consideradas por todo aspecto normales, y de consiguiente, se justifica la especialización para impedir los desastres, sin abusar tampoco de los medios científicos. No se justifica en cambio el especialista a todo trance expectante y que espera la complicación para intervenir; su misión fundamental está en prevenir las complicaciones y vale más que intervenga algunas veces sin apremiante necesidad, a que lo haga cuando ya han ocurrido trastornos irreparables.

El relativamente alto porcentaje de intervenciones obstétricas que, sobre los casos consideraremos en este trabajo, así como la activa conducción de los partos espontáneos, descubren las modalidades del ejercicio en clientela particular en beneficio de la madre y del hijo y, llaman poderosamente la atención sobre la conveniencia de mejorar los servicios hospitalarios hasta prestar allí un cuidado similar al que se presta en clientela particular y en ampliarlos hasta tal punto que se acaben los servicios domiciliarios y la intervención de comadronas que tanto mal causan.

Sobre ciento noventa y ocho (198) casos obstétricos, total de las historias clínicas de Ramírez Merchán, en la Clínica de La Magdalena, año de 1950, vamos a estudiar su distribución, las conductas seguidas, los índices y los resultados obtenidos, comentándolos brevemente con un sentido orientado hacia la práctica clínica de la especialidad.

TOTAL DE CASOS. 198

			%
Partos	176	=	88.88
Abortos	18	:	9.04
Amenaza de aborto . .	3	:	1.52
Amenaza de parto prematuro	1	:	0.51

Según la terminación del embarazo encontramos:

			%
Partos espontáneos . .	115	:	58.07
Embarazo gemelar . .	4	:	2.02
Fórceps.	48	:	24.24
Cesáreas	8	:	4.04
Versiones internas . .	1	:	0.51
Abortos	18	:	9.09
Amenaza de aborto . .	3	:	1.52
Amenaza de parto prematuro	1	:	0.51

TOTAL 198

CAPITULO I

PARTO ESPONTANEO

La noción actual del parto espontáneo no es exactamente la clásica, por cuanto hoy en día se dispone de algunos recursos de que se carecía antes, y siempre, o casi siempre, se han hecho indicaciones medicamentosas antes de la terminación del parto a más de que, en la gran mayoría, la expulsión en su período final se hace bajo anestesia y la episiotomía, profiláctica de los desgarros perineales, en partos hasta allí no intervenidos, restringe más aún el antiguo concepto del parto espontáneo.

En la rutina de las clínicas, a toda paciente que inicia trabajo de parto se le aplica una gran lavativa de agua jabonosa y, si el trabajo se prolonga por

A B O R T O S

No. de Orden	Historia	P A R I D A D	TRATAMIENTO	CLASE DIVISION	ANESTESIA	OBSERVACIONES
1	22	Multigest. 9	Reposo - cuerpo amarillo. Vitamina E	Inevitable, incompleto.	Pentotal O ₂	Curetaje. Mecha
14	95	Secundigest.	.....	Incompleto de 3 meses.	Ciclo O ₂	Curetaje. Mecha con sulfas
15	100	Multigest. 4	.....	Incompleto de 2 meses.	Pentotal O ₂	Curetaje. Mecha con sulfas
25	153	Multigest. 3	.....	Incompleto de 2 meses.	Pentotal	Curetaje. Se extraen restos placentario de mal olor
31	223	Multigest. 12	.....	Incompleto de 2 ¹ / ₂ meses.	Pentotal	Expulsó el feto únicamente, luego s hizo curetaje
43	381	Multigest. 7	.....	Incompleto de 3 meses.	Pentotal	Curetaje
46	428	Multigest. 4	.....	Inevitable, incompleto de 5 m.	Pentotal Ciclo O ₂	Metrorragis en los 4 primeros meses Curetaje
50	447	Multigest. 3	.....	Incompleto, infectado 1 ¹ / ₂ meses.	Pentotal	Curetaje. Mecha
75	685	Primigest.	Médico - inefectivo	Incompleto de 2 ¹ / ₂ meses.	Pentotal	Curetaje. Mecha con sulfas
78	695	Primigest.	Dos días de tratamiento médico	Incompleto de 2 ¹ / ₂ meses.	Pentotal	Curetaje. Se hace también el raspado de un polipo sesil
89	829	Multigest. 4	.....	Incompleto de 3 meses.	Pentotal	Curetaje. Mecha
102	926	Multigest. 3	.....	Incompleto de 2 ¹ / ₂ meses.	Pentotal	Curetaje. Mecha con merthiolate y sulf
112	116	Primigest.	.....	Incompleto de 2 ¹ / ₂ meses.	No	En la sala de trabajo expulsó huevo membranas
120	1090	Primigest.	.....	Incompleto.	Pentotal	Curetaje
81	748	Secundigest.	.....	Incompleto de 3 meses.	Ciclo	Curetaje
124	1097	Multigest. 3	.....	Incompleto de 2 ¹ / ₂ meses.	Pentotal	Raspado digital e instrumental
126	1118	Multigest. 4	.....	Inevitable, incompleto 1 mes.	Pentotal Ciclo O ₂	Raspado digital e instrumental. Taponamiento.
150	1272	Primigest.	Reposo - Cuerpo amarillo Vitamina E. Sedantes	Incompleto de 4 meses.	Pentotal	Curetaje. Taponamiento

más de 12 horas, esta indicación se repite, a fin de que las vías intestinales bajas estén libres —para el tiempo del desprendimiento. La costumbre de aplicar lavados repetidos hasta obtener una limpieza de mayores garantías, no es aceptada por nuestra clientela civil pero sería una práctica muy conveniente; con frecuencia las pacientes en trabajo suspenden la micción de orina y acontece que una vejiga llena, mortificada intermitentemente por las contracciones uterinas, a más de ser un obstáculo para la progresión del polo que se presenta, aumenta naturalmente el sufrimiento de la parturienta y predispone a las paresias vesicales del puerperio con la consiguiente retención; por estas razones merece particular atención este detalle y si la paciente no puede orinar espontáneamente es preciso pasarle la sonda.

Aun cuando parezca superfluo, es conveniente anotar que la parturienta debe guardar una dieta alimenticia cercana al ayuno; no es bien que ingiera cosa distinta de líquidos, salvo en los casos en que se puede prever que el trabajo se prolonga por más de 12 horas. Es de elemental comprensión que la actividad física y psíquica de la paciente, concentrada en el trabajo del parto, no permite un buen funcionamiento digestivo y el recargo innecesario suma a los padecimientos del parto los de la indigestión y, si se tiene en miras la anestesia para el desprendimiento, un estómago lleno complica innarrablemente las posibilidades de la anestesia; la muerte por obstrucción de las vías respiratorias, con las sustancias vomitadas, no es una lejana posibilidad. Cuando la prolongación del trabajo hace posible la deshidratación de la par-

turienta se debe prevenir aquella mediante la venoclisis de soluciones de dextrosa; esto se hace impositivo cuando el trabajo evoluciona con la bolsa de las aguas rota prematuramente.

Tactos vaginales. Es costumbre practicar el tacto vaginal desde la iniciación del trabajo, a intervalos racionales e impuestos por la evolución del mismo. El examen inicial permite comprobar la eficiencia de las contracciones, determinar la normalidad del canal, apreciar con aproximación la forma del trabajo en lo que respecta a las características del cuello, calcular la duración de la dilatación, comprobar la clase de presentación, la integridad o ruptura de las membranas y descartar las posibilidades de un cordón procidente o prolado. En las primigestantes o en las reconocidas estrechas, por el tacto combinado se determinan las relaciones pelvifetales y simplemente por tacto, la posibilidad de encontrar un promontorio alcanzable.

Se han denigrado los tactos vaginales y hay quienes practican el tacto rectal; respetando a quienes así proceden, no los imitamos ni los imitaremos, porque, en primer lugar, las pacientes los rechazan y porque aun cuando se les impusiera, nunca, por ningún aspecto, suministra todos los datos que proporciona el tacto vaginal. Sucede por ejemplo, que si no se diagnostica oportunamente un cordón procidente se pone en peligro la vida del feto por miedo al tacto vaginal. Es claro que con un tacto rectal no podríamos hacer un diagnóstico preciso de esta modalidad. El decantado peligro de infección por motivo del tacto vaginal, es a nuestro sentir, y por la experiencia diaria, un mito. El tacto se practica en óptimas condicio-

nes de asepsia, previamente se ha hecho el rasurado, se han hecho embrocaciones de la región con una solución desinfectante y una buena técnica impide que los dedos que se introducen, rocen los bordes vulvares y hace que penetren directamente en la vagina, la cual, en un embarazo bien vigilado, es ácida con flora defensiva favorable. Además, la práctica corriente toma medidas profilácticas del puerperio en forma que veremos adelante y que permite reducir casi a cero la morbosidad puerperal.

Se permite que la paciente en trabajo, si no ha habido ruptura de la bolsa de amnios libremente en su pieza durante el primer período, según la clasificación americana de tres períodos y, aún en el segundo período en la primera parte, la paciente debe mantener tal libertad.

Control del trabajo. En la Clínica de La Magdalena es costumbre anotar periódicamente, por iniciativa del Director, en un cuadro que se lleva en la sala de partos y que facilita la elaboración detallada de la historia clínica, la hora de la iniciación, las características de las contracciones en cuanto a intensidad, ritmo y duración, la evolución de la dilatación del cuello, los caracteres de éste, la presentación y su variedad, el progreso de la misma, la auscultación de los ruidos cardíacos fetales con sus características y las prescripciones que se vayan haciendo, de manera que de un solo golpe de vista, el obstetra se da cuenta de la marcha del trabajo en todos sus detalles.

Medicación. Para reducirnos al comentario de las historias clínicas que nos han servido de tema, el cuadro siguiente muestra la forma de medicación:

		%
Trabajos inducidos	6	5.22
Partos terminados sin medicación	58	50.44
Uso de ocitócicos	24	20.86
Uso de sedantes	17	14.78
Medicación mixta (sedantes-ocitócicos)	10	8.70
TOTAL	115	100.00

La inducción del trabajo se ha practicado en pacientes que han llegado a término o lo han pasado, en las cuales existe una presentación de vértice encajada o siquiera insinuada y, un cuello borrado y blando. El resultado ha sido de éxito en el ciento por ciento de los casos; es cierto que éstos son muy pocos, pero el procedimiento ha sido ampliamente estudiado en la tesis de grado del doctor Manuel José Gómez Palacino, presidida y dirigida por uno de nosotros. La inducción se ha hecho con la administración por vía endovenosa en goteo lento, de una solución de dextrosa al 5% o al 10%, frasco de 500 c. c., al cual se adicionan 3 unidades de Pitocín; no insistimos sobre detalles de técnica expuestos en la citada tesis.

Los partos terminados sin medicación alguna, son aquéllos en los que un trabajo rápido y sin complicaciones, solamente exige, en la conducción moderna del parto, la anestesia para el período del desprendimiento. Conviene sí, anotar que de los partos espontáneos, según el sentido de la palabra explicado antes, tan sólo un 50.44% terminaron sin medicación.

Ocitócicos. La cautela y rigor que deben mediar para el uso de los ocitócicos se pueden apreciar ampliamente,

en el estudio de estas historias clínicas. En primer lugar, la indicación de un ocitócico requiere muy buen sentido clínico y experiencia en la especialidad: en segundo lugar, su dosificación ha de ser muy prudente y la respuesta de cada paciente en particular, es la que determina su repetición o la prescindencia. Como norma general, no deben usarse en el primer período, sino en casos comprobados de inercia primitiva, y entonces prácticamente se sigue la pauta de la inducción del trabajo. En tales casos, hemos prescindido, casi por completo de su empleo a pequeñas dosis subcutáneas, porque se corre el riesgo de perturbar la dinámica uterina y provocar el sufrimiento fetal. La siguiente historia da una idea de la forma de conducir la inducción:

Caso número 67. Historia número 510. Primigestante a término. Feto vivo. Llega a la clínica el 18 de mayo de 1950, en la tarde. Se hizo tacto vaginal que reveló el estado de comienzo de la dilatación. Durante la noche hubo contracciones muy espaciadas. Durante el día 19, dolores esporádicos e hipotonía de la matriz. En la noche durmió libremente. A las 9 a. m., del día 20, lavativa jabonosa. A las 10 y 15 a. m. *inducción* con dextrosa al 10%, 500 c. c., más 2 unidades de pitocín. A las 14 se suspendió el goteo; alcanzaron a pasar 300 c. c. Desde la iniciación de la venoclisis se regularizó el trabajo con buenas contracciones cada 2-3 minutos; por esto, se suspende y se aplicó una ampolla de Demerol a las 14 y 30. A las 18 y 30, nuevo tacto vaginal: mismo estado anterior, cuello blando y delgado, 3 centímetros de dilatación. A las

23 horas se ordena una ampolla de Mis y una cápsula de nembutal, para dar reposo a la paciente que se siente agitada. La expulsión no se ha iniciado, pues la dilatación permanece lo mismo. El sosiego fue muy escaso. Mayo 21, a las 3 a. m.: se le aplica una ampolla de Demerol intramuscular. Durmió una hora y media. A las 7 y 35, se pasa a la sala y se hace tacto vaginal que revela: dilatación completa, bolsa íntegra. Por anestesia con inhalaciones intermitentes, se esperó el descenso y rotación y, ya en O. P., se aplicó fórceps de desprendimiento; se extrajo niña de 4.320 gramos que respiró espontáneamente. Anestesia: Ciclopropano-02.

Los ocitócicos empleados y, nos referimos al uso del Pitocín, en dosis de una a dos unidades, se han aplicado en la sala de partos con la paciente en la mesa operatoria y al iniciar la analgesia o la anestesia. En tal forma, equilibrada la acción sodante del anestésico y la excitante del ocitócico, se subsana la acción del primero y se asegura el ritmo normal de las contracciones, a más de que se asegura el rápido desprendimiento de la placenta. Cuando la paciente se lleva con dilatación completa y bolsa de las aguas íntegra, se rompe ésta, se aplican una o dos unidades de pitocín y se inicia la analgesia; cuando ésta se hace con gases, la paciente se ayuda si se hace en forma intermitente. Cuando usamos el pentothal, en la forma como lo comentaremos aparte, siguen actuando las contracciones uterinas y la paciente, libre de aprehensión y de dolor hace esfuerzos expulsivos con eficiencia notable. La transcripción de dos historias clínicas nos permite conocer mejor esta manera de actuar.

Caso número 23. Historia número 148. Multigestante a término, con feto vivo. Para IV. Febrero 5 de 1950. Hora: 5 y 15 p. m. Duración: 5 horas.

Hace 5 días sufrió traumatismo fuerte. A las 23 y 50 del 4, inició contracciones que se continuaron cada 15 minutos. Ingresó a la Clínica con cuello en 6 centímetros de dilatación, presentación OIIA, bolsa íntegra y dolores cada 5 minutos. Se pasa a la sala, a las 4 y 45; ruptura espontánea de la bolsa, dilatación completa. Se aplican 2 unidades de pitocín y bajo anestesia se verifica el desprendimiento en O. P., de un niño de 2.340 gramos que respira espontáneamente. Alumbramiento espontáneo a los 4 minutos.

Anestesia: ciclopropano-02. Duración 10 minutos.

Caso número 172. Historia número 1.402. Multigestante a término. Feto vivo. Para III.

Se hace tacto vaginal el 26 de noviembre, a las 23 y 15: cuello blando, borrado, dilatación de 7 centímetros, membranas íntegras, presentación encajada en OIDD.

Parto: noviembre 26 de 1950. Hora 23 y 45. Duración: 12 horas.

Se pasa a la sala con dilatación casi completa, membranas íntegras, presentación insinuada. Se rompen artificialmente las membranas, se completa la dilatación y se aplican 2 unidades de Pitocín. A las 23 y 45 se verifica el desprendimiento espontáneo de una niña de 2.880 gramos, que respira espontáneamente. Alumbramiento espontáneo a los 15 minutos.

Anestesia: Pentothal-02. Duración: 15 minutos.

Sedantes. Los sedantes y espasmolíticos se han empleado casi sistemáticamente en las pacientes irritables, también cuando quiera que las contracciones uterinas tienen tendencia a la hipersístolia primitiva o secundaria o cuando son demasiado enérgicas, con peligro de mioclonia, cuando hay espasmo del cuello uterino y, finalmente, en la evolución del trabajo con bolsa rota, de manera prematura.

Las pacientes irritables, especialmente las primerizas, suelen iniciar trabajo en forma tumultuosa e inefectiva, con muestras de gran desesperación; en tales casos, se usa un barbitúrico de tipo amital, nembutal o seconal a las dosis de 10 a 20 centigramos por vía oral desde el principio del trabajo, asociado a una ampolla de demerol por vía intramuscular; viene como consecuencia un período de calma y de reposo que da confianza a la paciente, la cual suele reanudar el trabajo con contracciones espaciadas y muy tolerables; si ulteriormente reincide la irritabilidad, la administración medicamentosa depende del grado de evolución en que vaya el trabajo, porque si el cuello ha borrado totalmente y la dilatación ha pasado de 5 centímetros, se recurre al demerol administrado por vía endovenosa a la dosis de 10 miligramos o sea la ampolla de 2 c. c. disueltos en 8 c. c. de agua destilada y, aplicados rápidamente los 5 primeros centímetros y, muy lentamente el resto, con lo cual se controla la reacción a la droga y se evita la producción de vómito, muy frecuente si se aplica en forma rápida. El resultado es francamente alentador: la calma se produce inmediatamente; las contracciones continúan con ritmo normal y el cuello se dilata con pasmosa rapidez.

en el más alto porcentaje de los casos. El demerol aplicado en esta forma es el mejor de los antiespasmódicos y, acelera el parto siempre, con más o menos efectividad hasta tal punto que en ocasiones se resuelve en el curso de una a dos horas, después de su aplicación. Esta aseveración es tan cierta que podemos dar un promedio de duración del trabajo del parto, en los espontáneos, inferior a las estadísticas que conocemos. Tal promedio, como se verá en los cuadros adjuntos, es el de 8 horas 5 minutos, en un total de 23 primíparas y 93 múltiparas.

Si el trabajo no está avanzado, entonces se repite la administración del demerol por vía intramuscular, reservando la vía endovenosa para cuando se llenen las condiciones anotadas; el efecto de la droga sobre el producto de la concepción no se hace sentir si se sigue tal norma. Empero, cuando ha habido repetición de la medicación o cuando se aplica estando muy cercano el desprendimiento, debe desconfiarse de la anestesia por pentothal, porque la suma de acciones deprime el centro respiratorio fetal. En la tesis del doctor Eduardo Trujillo Erazo, sobre hipnoanalgesia, se estudia un procedimiento similar al que venimos anotando, con combinación del barbitúrico y del demerol. El doctor Trujillo apenas anota su acción sedante, pero no pára mientes en la acción antiespasmódica efectiva sobre los espasmos cervicales y, sobre la evidente abreviación del tiempo de duración del trabajo del parto.

Las historias siguientes transcritas en lo pertinente, muestran la acción del demerol por vía intramuscular.

Caso número 14. Historia número 600.
Primigestante a término. Feto vivo.

Parto: junio 2 de 1950. Hora: 16.
Duración: 11 horas.

Llega a la clínica, a las 10 a. m., con buenas contracciones cada 15 minutos.

El tacto vaginal a esta hora reveló: cuello borrado, dilatación de 3 centímetros, bolsa íntegra, presentación de vértice insinuada. Para sedarla se ordena una ampolla de demerol intramuscular. Continúa con buen trabajo. A esta hora (las 14), se hace nuevo tacto vaginal, que revela: cuello casi completamente dilatado, presentación insinuada, membranas íntegras. Se ordena otra ampolla de demerol. A las 15 y 45 se pasa a la sala con dilatación completa y presentación descendiendo, bolsa rota. Se dan inhalaciones de Cielo-02 intermitentemente durante 10 minutos mientras descendía más la presentación; una vez ésta en O. P., se hizo episiotomía bajo pentothal. Se produjo desprendimiento espontáneo de una niña de 3.240 gramos que respiró espontáneamente. Se aplica una ampolla de Pitocén subcutáneo. Después de esta inyección se produjo el alumbramiento espontáneo a los 8 minutos.

Anestesia: Pentotal-02. Ciclopropano-02.

Caso número 175. Historia número 1420. Multigestante a término. Feto vivo. Para IV.

Parto: noviembre 28 de 1950. Hora: 23 y 30. Duración: 23 horas.

Llega a la clínica a las 7 a. m. del 28 con trabajo irregular que se había iniciado a la 1 a. m. del mismo día. A las 19, los dolores son cada 15 minutos.

A las 20 horas y 30 se da una cápsula de nembútal y se aplica una ampolla de demerol intramuscular. A esta hora el tacto vaginal reveló: dilatación de 4 centímetros, cuello borrado, bolsa íntegra, presentación OIDP insinuada. A las 23 y 15 tacto vaginal: dilatación completa, bolsa intacta, presentación encajada en OIDP. Se pasa a la sala y bajo anestesia, desprendimiento espontáneo de un niño de 3.500 gramos que respira espontáneamente.

Alumbramiento espontáneo a los 5 minutos.

Anestesia: Pentothal: 0.12 gramos. O2. Duración: 5 minutos.

Nota: ligero estado espasmódico de las vías respiratorias de la paciente que, se controla mediante una ampolla de morfina-atropina.

Hemos transcrito de elección la historia anterior (caso número 175) por su interés en el sentido de que contrariamos lo dicho antes, del peligro de la anestesia por pentothal cuando se han repetido las dosis de demerol o cuando se ha aplicado estando próximo el desprendimiento. Sin embargo, en este caso, no hubo efecto dañino sobre el feto porque medió muy corto espacio entre la aplicación del pentothal y el desprendimiento fetal, de manera que no alcanzó a pasar a su circulación el producto anestésico. Hubo en cambio tendencia al espasmo de las vías respiratorias de la madre, y es éste precisamente uno de los inconvenientes anotados a la anestesia por vía endovenosa.

De la eficacia del demerol por la vía endovenosa hablan muy claro los casos números 177 y 192, que trascribimos en seguida.

Caso número 177. Historia número 1434. Multigestante a término. Feto vivo. Para III.

Parto: diciembre 3 de 1950. Hora: 18 y 10.

Llega a la clínica a las 11 a. m., con dolores poco frecuentes. Presentación alta en OIIA. Continúa el trabajo irregular durante todo el día hasta las 16 horas, en que se hace tacto vaginal que revela: dilatación de 3 centímetros, cuello grueso, incompletamente borrado y duro. Se le aplica a las 17 horas, una ampolla de atrinal. Los dolores se hacen más frecuentes. A las 17 y 40 se aplica una ampolla de demerol endovenoso. Continúan los dolores aumentando en frecuencia e intensidad. Se hace nuevo tacto vaginal a las 17 y 55: dilatación completa, presentación en el estrecho inferior; bajo anestesia se verifica el desprendimiento de un niño de 3.260 gramos que respira espontáneamente.

Alumbramiento espontáneo a los 5 minutos.

Anestesia: Ciclopropano-02. Duración: 10 minutos.

Caso número 192. Historia número 1512. Secundigestante a término. Feto vivo.

Parto: diciembre 23 de 1950. Hora: 12 y 10. Duración: 2 horas 30 minutos.

Inició dolores a las 10 y 30 del 23 de diciembre. Llega a la clínica y se hace tacto vaginal: dilatación de 6 cms., membranas rotas. A las 11 y 15 se aplica una ampolla de demerol endovenoso. Sigue el trabajo en forma regular. La dilatación es completa a las 12 y la presentación está encajada. Bajo anestesia

se produce el parto espontáneo de una niña de 3.060 gramos que respira espontáneamente. Se aplican 5 unidades de pitocín y 5 minutos después se produce el alumbramiento espontáneo. Pequeño desgarro de la horquilla.

Anestesia: Pentothal-02. Duración: 10 minutos.

Mencionamos el uso de sedantes como los barbitúricos y el demerol en la conducción del parto con bolsa rota de manera prematura, y es esta una conducta digna de particular atención, por cuanto no es rara la ocurrencia de la inercia paradójica, cuando se rompe prematuramente la bolsa de las aguas y, con una aparente calma de la paciente y en ausencia de contracciones uterinas, hay una evidente hipertonía que se exagera con la menor excitación por ocitócicos. La consecuencia es la tetanización de la matriz, el sufrimiento fetal y los peligros inherentes a la dinámica perturbada. Tales inconvenientes se obvian y los peligros se evitan, si en lugar de pretender estimular el trabajo con ocitócicos, se procede lógicamente bajando el tono uterino con los sedantes y espasmolíticos, a fin de que el trabajo se inicie de manera espontánea.

Medicación mixta. En algunos casos se ha empleado una medicación mixta de sedantes y ocitócicos; la mayoría de las veces el ocitócico viene como medicación final en la sala de partos, cuando no hay peligro de perturbar la dinámica uterina y en casos muy raros los sedantes se han usado para moderar la acción muy enérgica del ocitócico. Las historias números 111, 156 y 171, que van en seguida, muestran la manera como se ha usado la medicación mixta.

Caso número 111. Historia número 187. Secundigestante a término. Feto vivo.

Parto: agosto 13 de 1950. Hora: 1 y 10 a. m. Duración: 11 horas.

El 12 de agosto a las 10 y 30 una ampolla de atrinal. A las 20, una cápsula de nembutal. A las 23 y 30 un supositorio de trasentina.

El 12 a las 2 a. m., se iniciaron los dolores. La enferma pasa a la sala a las 0 y 45, del 13, con dolores cada 2 minutos, dilatación de 8 centímetros. Presentación encajada en OIIA. Membranas íntegras. Bajo anestesia se completa la dilatación, se rompen artificialmente las membranas y se aplican 2 unidades de Pitocín. A la 1 y 10 a. m., se produce el desprendimiento espontáneo de un niño que respira espontáneamente y que pesa 3.360 gramos.

Alumbramiento espontáneo a los 5 minutos. Desgarro perineal de primer grado que se sutura con catgut en dos planos.

Anestesia: Ciclopropano-02.

—

Caso número 156. Historia número 1.303. Multigestante a término. Feto vivo. Para 111.

Parto: octubre 29 de 1950. Hora: 3 y 55 a. m.

Se practica tacto vaginal a las 11 y 30 del 28 de octubre: dilatación de 4 centímetros, cuello grueso, presentación por encima del estrecho superior en OI DP, bolsa intacta. Trabajo irregular. Nuevo tacto a las 2 y 30, del 29: dilatación de 6 centímetros, cuello grueso, duro, presentación insinuada en OI DP, bolsa intacta. Se ordena una ampolla

de atrinal y una cápsula de nembutal. A los 20 minutos el trabajo se hace más frecuente e irregular; se pasa a la sala a las 3 y 30 con dilatación de 9 centímetros, bolsa intacta, presentación encajada. Se rompen artificialmente las membranas y se aplican 2 unidades de Pitocén. Parto espontáneo de un niño de 3.000 gramos que respira espontáneamente.

Alumbramiento espontáneo a los 8 minutos. Se aplica una ampolla de ergotrato y 8 unidades de Pitocén intramuscular.

Anestesia: Ciclopropano-02.

Caso número 171. Historia número 1404. Primigestante a término, feto vivo.

Parto: noviembre 25 de 1950. Hora: 14. Duración: 14 horas.

Inició trabajo el 25 a las 0 horas, en forma lenta y progresiva. Llega a la clínica a las 11 horas del 25 con trabajo normal y contracciones cada 2 a 4 minutos. El tacto vaginal a esta hora reveló: cuello blando, delgado, dilatación de 3 centímetros, membranas íntegras; presentación encajada en el estrecho superior.

A las 11 y 45 se le da una cápsula de nembutal y a las 12 horas se aplica una ampolla de demerol endovenoso, obteniéndose una sedación casi completa con somnolencia. El trabajo sigue su evolución normal. A las 13 y 30 se inician nuevamente contracciones fuertes. A las 13 y 40 se pasa a la sala con: dilatación completa, membranas íntegras, presentación en el estrecho inferior.

Se rompen artificialmente las membranas y se aplican 2 unidades de pitocén. Se verifica el desprendimiento espontáneo de una niña de 3.100 gramos, que respira de manera inmediata. Alumbramiento espontáneo a los 5 minutos.

Se produjo un desgarro de la pared posterior de la mucosa vaginal que se sutura con catgut simple número 1. El feto traía una circular del cordón en el cuello.

Alumbramiento. Tanto en los partos espontáneos como en los intervenidos con fórceps, se ha obtenido el alumbramiento espontáneo y rápido en un lapso de 5 a 10 minutos, como consecuencia del uso de 2 unidades de Pitocén, momentos antes del desprendimiento; el Pitocén que ayuda al desprendimiento fetal, apresura también el desprendimiento y la expulsión de la placenta. En esta forma se evita el retardo del alumbramiento y se reducen al mínimo las complicaciones. Cuando, después de 10 o 15 minutos, no se ha logrado el alumbramiento ayudado con la expresión abdominal, se considera que hay algo anormal; se revisa entonces el canal del parto; si hay una retracción del cuello, la anestesia profunda resuelve la complicación; mas si el cuello permanece abierto ampliamente, entonces se interviene para practicar la extracción manual de la placenta. Los peligros que en otros tiempos se anotaban a la revisión uterina o a la extracción manual de la placenta, han sido relegados por la asepsia con que se procede y por la sistemática profilaxis del puerperio con antibióticos. Cuando existe la menor duda de que hayan quedado restos placentarios o cuando se aprecia la retención de membranas, se procede a la revisión uterina; esto da una seguridad

imponderable porque, repetimos, no ocurre la infección y sí se evitan las peligrosas hemorragias inmediatas o tardías. Es más de temer la infección por retención de restos placentarios o de membranas, que por la revisión uterina.

Como puede verse en los cuadros, se han practicado revisiones uterinas y se ha hecho extracción artificial de la placenta, sin complicaciones en el puerperio. La incidencia de las hemorragias en los casos que comentamos ha sido nula.

Duración del trabajo. Ya lo habíamos enunciado, la duración del trabajo en los partos espontáneos se ha bajado en forma impresionante. Esto se debe al sistema seguido: dilatación artificial del cuello para completarla en los casos fáciles y, a la casi sistemática práctica de la episiotomía en las primíparas y a la episiotomía de necesidad en las múltiparas que amenazan desgarrarse.

No nos detenemos en consideraciones sobre las ventajas de la episiotomía sobre los desgarrros, ni a la conveniencia de la episiotomía sistemática en las primíparas, por haber sido tratado este tema en la tesis del doctor Oscar Martínez Lemus, "El parto en las primíparas", tesis organizada y dirigida por Ramírez Merchán, como Jefe de Clínica en tal época.

Puerperio. Un índice de 0% de infección puerperal sobre los 200 casos comentados, un 100% de éxito en la cicatrización de las episiotomías y los desgarrros, así como la normal evolución del puerperio en las intervenidas, constituyen una estadística de lujo sobre la cual merece recalcar con énfasis. El éxito lo atribuimos sencillamente a los cuidados seguidos en la Consulta Pre-

natal en donde se proscriben los baños vaginales innecesarios, se tratan las cervicitis y los flujos en general y se advierten las normas rutinarias de higiene de la embarazada; a la estricta asepsia de la atención en las clínicas y muy particularmente al empleo sistemático de antibióticos, en su más alto porcentaje la sulfadiazina en el puerperio.

Toda púérpera se trata como si se iniciara una infección: se le administran, en promedio, 15 gramos de sulfadiazina en forma continua, con una dosis inicial de 1.50 gramos y con dosis parciales de 1 gramo cada 3 o 4 horas; en algunas oportunidades, cuando ha habido extracción manual de la placenta, dilatación artificial del cuello o desgarrros irregulares, se combinan las sulfas en la forma indicada, con una o dos ampollas de penicilina en vehículo de absorción lenta a la dosis de 400.000 unidades en una sola inyección que se repite 24 horas después.

Para asegurar una rápida involución uterina, una correcta eliminación loquial, y para prevenir la posibilidad de hemorragias tardías, a más de comprobar la integridad en la expulsión de la placenta y de las membranas, se suministran diariamente 10 gotas de Methergin en dos dosis diarias durante la permanencia de la paciente en la clínica. Dosis mayores no son aconsejables, no obstante que las indicadas por la casa productora son mayores, porque producen retracción del cuello uterino y retención de loquios.

La evacuación intestinal diaria se asegura por medio de lavados y laxantes; con esto se hace profilaxis de las pielitis, no raras en el puerperio, de pacientes constipadas.

El promedio de permanencia de las pacientes en la clínica es de cinco días, cuando antes lo era de diez.

Anestesia. Dos han sido los sistemas de anestesia empleados: la general por inhalaciones intermitentes de ciclopropano y oxígeno y la endovenosa general por pentothal con inhalaciones concomitantes de oxígeno. Las inhalaciones con ciclo-oxígeno son muy bien toleradas por las pacientes y no repercuten en forma apreciable sobre la respiración fetal; los niños nacidos de madres anestesiadas por este sistema, respiran espontáneamente de manera inmediata, siempre y cuando no se haya prolongado profundamente la anestesia.

En lo que se refiere al empleo del pentothal por vía endovenosa, se exigen más requisitos y cuidados que con el ciclo, para hablar en términos generales. Las normas de su empleo en partos nos han merecido particular atención, ya que hemos sido de los más adictos a su empleo y, nuestras observaciones sobre el particular sirvieron de base para la tesis de grado del doctor Leopoldo Rozo; en ella se expone la técnica, los resultados obtenidos y sus contraindicaciones.

PORCENTAJES. ESPONTANEOS

<i>Primigestantes:</i>	23 = 20%.
Episiotomías:	9 = 39.13%
Desgarros:	3 = 13.04%
Sin desgarro ni episiotomía:	11 = 47.83%

<i>Multigestantes:</i>	93 = 80%
Episiotomías:	1 = 2.16%
Desgarros:	12 = 12.90%
Sin desgarro ni episiotomía:	79 = 84.94%

Promedio de peso en partos espontáneos: 3.029 gramos.

Duración promedio de trabajo: 8 horas, 5 minutos.

Medicación

Sedantes:	17 = 14.78%
Ocitóicos:	24 = 20.86%
Inducidos:	6 = 5.22%
Mixtos:	10 = 8.70%
Sin medicación:	58 = 50.44%

Presentaciones

O. I. A. :	90 = 78.26%
O. D. P. :	20 = 17.40%
O. D. A. :	3 = 2.60%
O. I. P. :	2 = 1.74%

Anestesia

Ciclo:	74 = 63.34%
Pentothal:	31 = 26.10%
Pentothal-Ciclo:	4 = 3.47%
Trileno:	2 = 2.62%
Sin anestesia:	4 = 3.47%

CAPITULO II

FORCEPS

Dentro del sistema de conducción activa del parto, para prevenir las complicaciones fetales, para prestar atención a cada paciente tratando de servirle de acuerdo con su propio temperamento y con su capacidad de resistencia física y de tolerancia del dolor y, cuando el trabajo se prolonga por deficiencia de las fuerzas expulsivas, es corriente, hoy en día, terminar el parto con fórceps siempre y cuando que estén presentes las condiciones necesarias para su aplicación y que el conocimiento de la técnica, permita hacerlo sin lesión fetal, ni mayor traumatismo para la madre. Como ya lo hemos comentado, no se espera la complicación, sino que se evita. Esto se deduce de la consideración de la indicación; mientras que en las estadísticas hospitalarias, la más alta frecuencia de aplicación corresponde al sufrimiento fetal, un 70%, según la tesis de grado del doctor Luis M. Medellín, en las estadísticas de este comentario casi no aparece la indicación por sufrimiento fetal. Que se hubiera presentado tal sufrimiento es un hecho, ya que en un porcentaje considerable había circulares del cordón y en otras, resistencia anormal del periné o insuficiencia de las contracciones para lograr la progresión normal del feto. De manera, pues, que este procedimiento difiere de lo clásico en ese punto fundamental; no es el sufrimiento fetal el que impone la intervención, sino un honrado criterio de especialista.

En cuanto se refiere a las condiciones necesarias para su aplicación, quedan como norma ineludible las referentes a relaciones pelvifetales, al cuello

resado !

completamente dilatado o dilatable, al diagnóstico preciso de la variedad y de la posición de la presentación y a lo referente a la bolsa de las aguas; pero en lo que atañe a la altura de la presentación, *hablando entre especialistas* y, como requisito para el técnico en esta rama de la medicina, no es indispensable el encajamiento de la presentación y antes por el contrario, la falta de encajamiento puede ser una de sus indicaciones y lo es de hecho como ha quedado probado en varias tesis de grado sobre el particular entre las que recordamos las de Cantera Durán, respaldada por la autoridad indiscutible del Profesor Víctor Rodríguez Aponte y la de Arenas Buenahora.

No es el caso de polemizar respecto a la posibilidad del fórceps por sobre el estrecho superior, pero como lo hemos visto aplicar, y lo aplicamos con éxito indudable, podemos decir que, así como para quien no domina la especialidad ni la técnica equivaldría a "una embriotomía en feto vivo", para otros, es una sencilla y anodina intervención obstétrica.

Dos casos sobre 48 estudiados aquí, fueron de aplicación alta. La historia número 27, caso número 2, es elocuente, no solamente en lo referente al éxito del fórceps alto en primípara, sino como respaldo de lo que hemos venido comentando:

Caso número 2. Historia número 27. Primigestante a término. Feto vivo. Inicia trabajo a las 0 horas de enero 7 de 1950. A las 2 horas 30 minutos, contracciones leves cada 5 minutos. Hace 20 horas que comenzó trabajo de parto y las contracciones continúan cada 15 minutos. A las 16, de enero 7 de 1950, se completa la dilatación y se rompen

ESPONTANEOS

No. de orden	Historia	PARIDAD	Present.	TRATAMIENTO PRE-PARTO	DURACION	FETO Sexo	ANESTESIA	OBSERVACIONES
3	28	Secundigest.	OIDP	1 amp. Demerol. i. m.	....	m 3000	Ciclo 0+	Ruptura prematura de las membranas.
5	36	Multigest. 5	OIIP	2 U. Pitocin.	6 horas	f 2800	" "	2 circulares del cordón en el cuello.
6	40	Multigest. 4	OIDP	1 amp. Demerol. i. m. 1 U. Pitocin.	11 horas	f 3170	Pentothal 0+	.....
7	50	Secundigest.	OIA	1 amp. Demerol. 1 cáps. Amytal.	....	m 3500	Ciclo 0+	.....
10	67	Multigest. 3	"	2 U. Pitocin.	10 horas	m 3420	Pantothal	.....
11	79	Secundigest.	"	.....	7 horas	m 3120	Ciclo 0+	Peq. desgarro perineal. Sutura.
13	89	Multigest. 3	"	.....	....	f 2880	" "	Desgarro de primer grado. Desprendimiento en OS. 3 circulares en el cuello.
16	107	Secundigest.	"	.....	....	f 3400	" "	.....
17	109	Secundigest.	"	.....	12 horas	m 3000	Pentothal	Extracción manual de la placenta.
18	114	Primigest.	"	.....	10 horas	f 2700	Ciclo	Desgarro pequeño. Ergotrate.
19	118	Multigest. 3	OIDA	1 amp. Demerol. i. m.	9 horas	m 2800	"	1 circular del cordón.
21	136	Multigest. 6	OIA	.....	....	f 3560	"	.....
22	140	Secundigest.	OIDP	60 gr. aceite ricino. Enema jabonoso. Dextrosa al 10% + 3 U. Pitocin gota gota.	....	f 3000	Pentothal	Ergotrate 1 amp. Pasaron 300 c.c. de la Dextrosa. Hemorragia. 2 Ergotrates i. i. m. y otro endovenoso. Desgarro de primer grado.
23	148	Multigest. 4	OIA	2 U. Pitocin.	5 horas	m 2340	Ciclo	.....
24	152	Secundigest.	"	.....	....	f 3440	"	Desgarro mucoso.
28	187	Secundigest.	"	Demerol 1 amp. Nembutal 1 cap. Atrinal 1 supos.	....	m 3000	"	.....
30	202	Primigest.	"	.....	30 horas	m 3400	"	.....
35	268	Multigest. 3	OIIP	Atrinal 1 amp. Trasent. 1 supos.	....	m 3000	"	.....
39	336	Multigest. 3	OIA	.....	5 horas	m 3120	Pentothal	Desgarro de primer grado.
40	369	Multigest. 4	OIDP	2 U. Pitocin.	....	f 3450	"	Rupt. artificial de membranas.
41	377	Multigest. 3	OIA	.....	....	m 3000	Ciclo	.....
42	380	Multigest. 3	OIDP	1 U. Pitocin.	17 horas	f 2700	Pentothal	Rupt. artificial de membranas.
44	382	Secundigest.	"	2 suposit. Trasentina 1 amp. Demerol i. m.	....	f 3200	Ciclo	Rupt. artificial de membranas.
52	457	Secundigest.	OIA	.....	....	m 3180	"	Ergotrate 1 amp. Desgarro pequeño. Sutura.
53	460	Multigest. 3	"	.....	3 h. 15 m.	f 1980	No	Emb. de 7 1/2 meses.
54	492	Secundigest.	OIDP	.....	10 horas	m 3000	Ciclo	.....
56	512	Secundigest.	"	1 amp. Atrinal. 1 supositorio. Trasentina. 1 U. Pitocin.	9 h. 45 m.	f 2820	Pentothal	Se completa digitalmente la dilatación.
57	524	Multigest. 5	OIA	.....	....	f 3800	Ciclo	.....
60	529	Secundigest.	"	Media unidad de Pitocin.	2 h. 30 m.	f 3700	Pentothal	Ergotrate. Se completa artificialmente la dilatación.
62	537	Secundigest.	"	.....	17 h. 15 m.	f 2940	"	.....
63	540	Multigest. 4	"	1 amp. Demerol. 1 U. Pitocin.	6 h. 30 m.	m 3300	"	Revivimiento. Desgarro anular y sutura. 8 U. Pitocin.
64	596	Primigest.	OIDP	.....	18 horas	m muerto	Ciclo	.....
65	597	Secundigest.	"	5 U. Pitocin.	....	f 3340	"	Episiotomía por cicatriz de desgarro anterior.
66	603	Secundigest.	"	.....	17 horas	m 3300	"	Desgarro mucoso.
68	620	Multigest. 4	OIA	.....	6 h. 30 m.	f 3000	Pentothal	Se completa digitalmente dilatación. 8 U. Pitocin antes de alumbramiento.
69	621	Multigest. 4	"	2 U. Pitocin.	6 h. 45 m.	m 2860	No	.....
70	625	Primigest.	"	1 amp. Mis. 2 U. Pitocin.	6 horas	f 2740	Pentothal	.....
71	626	Multigest. 3	"	2 U. Pitocin.	2 horas	f 4140	"	.....
72	658	Secundigest.	"	.....	....	f 3420	No	No da tiempo para dar anestesia.
73	681	Secundigest.	"	.....	....	m 3500	Ciclo	Se completa artificialmente la dilatación.
74	683	Primigest.	"	1 amp. Demerol i. m.	11 horas	f 3240	Ciclo y	Episiotomía - bajo Pentothal.
76	686	Secundigest.	"	1 amp. Demerol i. m.	1 h. 30 m.	m 3700	Pentothal	Desgarro de primer grado. Shock.
77	694	Multigest. 10	"	2 U. Pitocin.	11 horas	m 3400	Ciclo	Circular apretada del cuello.
84	757	Primigest.	"	2 U. Pitocin.	....	m 3200	"	Hemorragia por inercia uterina. 2 Ergotrate endovenoso.
85	768	Primigest.	"	.....	....	m 2640	"	Rupt. artificial de las membranas.
86	781	Secundigest.	OIA	2 U. Pitocin.	....	f 3200	"	Episiotomía. 2 circulares en el cuello.
88	822	Secundigest.	OIA	.....	....	m 3300	"	.....
90	838	Secundigest.	OIDA	1 amp. Morfina-atropina. 1 cáps. Nembutal.	....	f 3040	"	Ruptura artificial de membranas.
91	847	Multigest. 7	OIA	.....	5 horas	f 3300	Pentothal	Desgarro superficial.
92	848	Multigest. 3	"	.....	1 hora	m 8040	Ciclo	Se completa artificialmente la dilatación.
96	892	Primigest.	"	.....	3 h. 15 m.	m 2940	"	Episiotomía. Ruptura artificial de membranas.
98	895	Primigest.	OIDP	.....	31 h. 30 m.	f 3060	"	.....
99	905	Multigest. 3	OIA	.....	3 h. 30 m.	m 3040	"	.....
101	921	Multigest. 3	"	.....	9 h. 45 m.	f 3000	"	Se completa artificialmente dilatación. Ruptura artificial de membranas. Circular del cordón en el cuello.
103	939	Secundigest.	"	2 U. Pitocin.	....	m 2940	Pentothal	Ruptura artificial membranas.
104	942	Secundigest.	OIDP	1 amp. Demerol endovenoso.	8 h. 15 m.	m 3300	Ciclo	.....
106	949	Primigest.	"	1 amp. Metrazal 99 cada hora # 3 1 amp. Atrinal. 1 cap. Seco. 1 U. Demerol endovenoso.	....	f 2880	"	.....
108	961	Primigest.	OIA	1 amp. Atrinal. 1 U. Pitocin cada 3 horas # 3. 1 amp. Demerol i. m.	....	m 3160	"	.....

F O R C E P S

No. de orden	Historia	PARIDAD	Present.	TRATAMIENTO PRE-PARTO	DURACION	MODALIDAD	FETO Sexo	ANESTESIA	OBSERVACIONES
2	27	Primigest.	OIDP	2 U. Pitocin. 2 U. Pitocin.	20 horas	Alto.	m 3820	Pentothal	Episiotomía. Hemorragia.
4	33	Multigest. 3	OIP	.....	12 horas	Técnica propia.	m 3000	"	.....
8	53	Primigest.	OIA	1 amp. Demerol. Nembutal. Acetil. Sal. 500 Dextrosa + 1 U. Pitocin.	24 h. 10 m.	Desprendimiento.	m 3500	Ciclo	Pusilánime. Episiotomía.
12	87	Multigest. 4	"	2 U. Pitocin.	13 horas	Desprendimiento.	m 3160	"	Circular del cordón.
20	120	Multigest.	OIP	2 U. Pitocin.	5 horas	Desprendimiento en OS.	m 3670	Pentothal	.....
27	155	Primigest.	OIT	1 amp. Demerol. 1 cap. Nembutal.	30 horas	En la excavación estrecho medio.	m 2460	Ciclo-éter oxígeno	Incisiones laterales.
33	239	Primigest.	OIIP	.....	10 horas	En el estrecho medio. Técn. propia.	m 2540	Pentothal	Pequeño desgarro.
34	255	Primigest.	OIA	1 Demerol Subcut. 1 supositorio. Atrinal. 1 U. Pitocin.	9 horas	En el estrecho inferior. Antes de rotar a OP.	m 3520	Ciclo 0,	Desgarro de segundo grado.
36	295	Primigest.	OIP	.....	24 horas	Técnica propia.	f 3080	Pentothal	Episiotomía. Desp. re. feto.
37	299	Multigest. 7	ODA	2 U. Pitocin.	9 horas	Técnica clásica.	m 4140	Ciclo 0,	Desgarro circular del
29	192	Secundigest.	OIDT	1 U. Pitocin.	6 horas	Técnica clásica.	m 3000	Pentothal	Episiotomía.
47	429	Secundigest.	OIDP	Media U. Pitocin.	.....	Técnica propia.	f 3560	Pentothal	Episiotomía.
48	443	Primigest.	OIA	.....	14 horas	Desprendimiento OP.	f 3100	Ciclo	Desgarro bilateral del tura bajo ciclo.
49	445	Multigest. 3	"	2 U. Pitocin.	11 h. 30 m.	Desprendimiento OP.	m 3880	Pentothal	Episiotomía.
51	450	Multigest. 4	OIDP	.....	15 horas	Técnica propia.	m 3880	Ciclo	.....
55	499	Primigest.	OIA	Enema jabonosa. Metrazol qq. cada media hora 500 c.c. Dextrosa + 2,5 U. Pitocin. Pasaron 380 c.c.	7 horas	Desprendimiento OP.	f 2620	Pentothal	Desgarro bilateral del tura bajo ciclo.
58	527	Multigest. 3	OIDP	500 c.c. Dextrosa + 2,5 U. Pitocin. Pasaron 250 c.c. Atrinal. 1 amp. Demerol.	17 h. 30 m.	Técnica propia en presentación insinuada. Alto.	m 3690	Pentothal	Episiotomía.
61	536	Primigest.	OIA	.....	2 h. 30 m.	Desprendimiento.	m 3120	Ciclo	Reavivamiento de desguo y perineo-rrafia
67	610	Primigest.	"	500 Dextrosa + 2 U. Pitocin. 1 amp. Demerol. 1 amp. Mis. 1 cap. Nembutal. 1 amp. Demerol. 1 Demerol. 1 Nembutal. 2 U. Pitocin.	.....	Desprendimiento.	f 4320	"	Episiotomía. SIN Episiotomía.
79	697	Primigest.	OIDP	1 amp. Demerol. 1 Nembutal. 2 U. Pitocin.	17 horas	Técnica propia.	m 3500	Pentothal	Episiotomía.
80	708	Multigest. 3	"	.....	8 h. 45 m.	Técn. propia. Nueva toma en OP.	f 2400	"	Pequeño desgarro horizontal. visión manual por vaginal.
82	751	Primigest.	"	1 amp. Demerol. 2 amp. Atrinal. 1 amp. Morfina-atropina.	25 horas	Técnica propia.	m 4320	Ciclo	Episiotomía.
83	753	Primigest.	OIA	.....	14 horas	Desprendimiento.	f 3600	"	Episiotomía.
87	798	Secundigest.	OIDP	1 U. Pitocin.	.....	Desprendimiento.	m 3500	"	Pequeño desgarro.
93	856	Primigest.	OIA	2 U. Pitocin.	17 h. 15 m.	Desprendimiento.	f 3100	"	Desgarro vaginal y p.
94	854	Primigest.	OIDP	.....	17 horas	Técnica propia.	m 3440	"	Episiotomía.
95	892	Primigest.	"	2 U. Pitocin.	13 h. 30 m.	Fórceps para OP. Desprendimiento.	f 2900	"	Episiotomía.
97	893	Multigest. 3	ODP	2 U. Pitocin.	6 horas	Técnica propia.	m 3680	"	.....
105	947	Multigest. 5	OIA	2 U. Pitocin.	4 h. 10 m.	Desprendimiento OP.	f 3200	"	.....
113	1044	Secundigest.	"	2 U. Pitocin.	10 h. 45 m.	Desprendimiento.	m 3140	Pentothal	.....
134	1180	Secundigest.	OIDP	1 amp. Demerol.	.....	Desprendimiento.	f 3250	Ciclo	.....
137	1213	Secundigest.	OIP	.....	18 horas	Técn. de Ramírez.	f 3300	"	Cesárea anterior. Tr.
147	1264	Secundigest.	OIA	.....	6 h. 30 m.	Desprendimiento.	f 3240	"	gular.
151	1275	Primigest.	OIDP	.....	.....	En el estrecho inferior para OS.	m 3710	"	Perineorrafia anterior
153	1290	Primigest.	"	1 amp. Demerol. 250 c.c. Dextrosa + 1 U. Pitocin.	36 horas	Técnica propia.	m 3700	Pentothal	Episiotomía.
154	1296	Secundigest.	"	.....	3 horas	Desprendimiento OS.	f 2950	Ciclo	.....
159	1316	Primigest.	OIIP	.....	16 horas	Técnica propia.	f 3250	"	Episiotomía.
164	1352	Primigest.	OIA	.....	10 h. 30 m.	Desprendimiento.	f 2300	Pentothal	.....
167	1375	Secundigest.	"	1 Demerol endovenoso.	14 horas	Desprendimiento.	f 3500	Ciclo	Falta de descenso.
169	1383	Primigest.	ODP	1 Demerol endovenoso. 2 U. Pitocin.	.....	Desprendimiento.	m 3000	"	.....
179	1461	Multigest. 3	OIDP	1 U. Pitocin. 1 Demerol. 1 cap. Nembutal. 2 amp. Atrinal.	13 horas	Aplic. para OIDA estrecho inf.	m 2800	"	Se coloca primero la para evitar que regre
181	1464	Primigest.	OIA	1 Demerol. 2 U. Pitocin.	12 horas	Desprendimiento.	f 2700	"	Episiotomía.
186	1477	Multigest. 6	ODP	Dextrosa 500 c.c. + 3 U. Pitocin.	3 h. 45 m.	Para ODA en el estrecho inf.	m 3580	Pentothal	.....
187	1479	Secundigest.	OIDP	.....	12 h. 30 m.	Técnica propia.	f 4000	"	Toma parieto-malar p
188	1480	Secundigest.	OIP	.....	10 h. 35 m.	Técnica propia.	f 3840	"	ción ligera de la pri
189	1485	Secundigest.	OIA	.....	8 horas	Desprendimiento.	m 3000	"	Episiotomía.
193	1516	Primigest.	OIP	2 cap. Nembutal. 1 Demerol. 1 U. Pitocin.	23 horas	Desprendimiento.	f 3440	Ciclo	Episiotomía.
197	1523	Primigest.	OIA	1 Demerol endovenoso.	9 h. 35 m.	Desprendimiento en OP.	m 2700	Pentothal	Episiotomía. Circular e

157	1306	Multigest. 3	OIA	2 U. Pitocin.	8 horas	m 3900	Trilene	Ruptura artificial de membranas.
158	1308	Secundigest.	"	"	5 horas	m 3500	Ciclo	Episiotomia. Sutura en 2 planos.
160	1319	Primigest.	"	"	"	f 3260	"	"
161	1325	Primigest.	"	2 U. Pitocin.	18 horas	m 2190	Trilene	pulsivo.
162	1331	Primigest.	"	"	"	m 3000	Pentothal	Ruptura prematura de membranas. Episiotomia.
163	1344	Primigest.	"	Inducción: Lavado evacuador. 30 gr. aceite ricino. Foliculina de 10 mg. 1 amp. Dextrosa 10% + 3 U. Pitocin.	6 h. 30 m.	f 3500	Pentothal y Ciclo	Ruptura artificial de membranas.
165	1355	Primigest.	"	1 U. Pitocin. 2 U. Pitocin.	10 horas	f 3360	Ciclo y Pentothal	Desgarro mucosa vaginal -para las suturas-. Hemorragia.
166	1367	Multigest. 3	"	"	10 horas	f 2600	Ciclo	"
168	1377	Primigest.	"	"	12 horas	m 2900	"	Episiotomia. Doble circular del cordón. Alumbramiento artificial (manual).
170	1400	Primigest.	"	"	9 h. 30 m.	m 3700	"	Desgarro de segundo grado.
171	1404	Primigest.	"	1 cap. Nembutal. 1 amp. Demerol endovenoso. 2 U. Pitocin.	14 horas	f 3100	"	Ruptura artificial de membranas.
172	1412	Multigest. 3	OIDP	2 U. Pitocin.	12 horas	f 2880	Pentothal	Desgarro de mucosa. 1 circular del cordón.
173	1414	Multigest. 3	OIA	1 U. Pitocin. 1 U. Pitocin. 1 cap. Nembutal.	"	m 3000	Ciclo	Ruptura artificial de membranas.
174	1419	Secundigest.	OIDP	"	"	m 3160	"	Ergotrate 1 amp.
175	1420	Multigest. 4	OIA	1 cap. Nembutal. 1 Demerol i.m.	23 horas	m 3500	Pentothal	Espasmo de la laringe que cede con 1 amp. de morfina-atropina.
177	1434	Multigest. 3	"	1 amp. Atrinal. 1 Demerol endovenoso.	"	m 3260	Ciclo	"
178	1435	Multigest. 5	"	"	5 horas	Muerto y macerado	"	F. M. por nudo verdadero del cordón.
180	1463	Secundigest.	"	"	10 horas	m 3000	"	"
182	1469	Multigest. 3	"	"	"	m 2840	"	Ruptura artificial de membranas.
183	1470	Secundigest.	"	"	"	f 3100	Pentothal	Se completa digitalmente dilatación. Ruptura artificial de membranas.
184	1474	Secundigest.	"	1 caps. Nembutal.	4 horas	m 3040	Ciclo	"
185	1475	Multigest. 3	"	2 U. Pitocin.	2 horas	f 3440	Pentothal	8 U. Pitocin después alumbramiento.
190	1491	Secundigest.	"	"	2 horas	m 2700	Ciclo	"
192	1512	Secundigest.	"	1 Demerol endovenoso.	2 h. 30 m.	m 3060	Pentothal	5 U. Pitocin antes de alumbramiento. Desgarro de la horquilla.
194	1517	Multigest. 3	"	2 U. Pitocin.	2 horas	m 3360	"	Ruptura artificial de membranas.
195	1521	Secundigest.	"	1 Demerol endovenoso.	"	m 3640	"	7 U. Pitocin post-alumbramiento.
196	1522	Secundigest.	"	2 U. Pitocin.	3 h. 30 m.	f 3360	"	1 amp. Ergotrate i. m.
198	1524	Multigest. 3	"	3 U. Pitocin.	7 h. 15 m.	m 3900	Pentothal	Ruptura artificial de membranas.
114	1046	Secundigest.	"	Inducción: Aceite de ricino 60. Metrazol qq. cada 1/2 hora hasta 3 tabl. Pitocin 2 U. hasta 6 U. cada 1/2 hora.	"	2990	Ciclo	Desgarro. Ruptura artificial de membranas.

artificialmente las membranas, estando la presentación móvil. Se pasa a la sala a las 19 horas y bajo anestesia se aplica fórceps por encima del estrecho superior, previa aplicación de 2 unidades de Pitocín. Se hace nueva toma en el estrecho inferior para desprendimiento y se obtiene niño que respira espontáneamente, de 3.020 gramos. Alumbramiento espontáneo. Hay ligera hemorragia y se aplica una ampolla de ergotrató endovenoso.

Anestesia: Pentothal 20 centigramos. Duración: 15 minutos.

Antes del desprendimiento se hizo episiotomía que se sutura con catgut.

La sencillez y facilidad de la intervención se deducen muy claramente de la observación de la anestesia empleada, de su cantidad y de su duración. Pentothal 20 centigramos, es una dosis mínima y una duración de 15 minutos, indica que la intervención no tuvo complicación. Los resultados fetales no hay para qué comentarlos si tenemos en cuenta que en conjunto de los fórceps, no hubo ni un solo caso de mortalidad fetal ni de morbosidad de importancia; los niños nacieron vivos y salieron en perfectas condiciones de la clínica.

El caso número 58 es, por decirlo así, un resumen de la manera de obrar por lo cual la transcribimos en lo pertinente, llamando la atención sobre la combinación de indicaciones y sobre el conjunto de la observación, en donde se ve muy aparentemente cómo una inercia primitiva en una múltipara, logra corregirse hasta dar una aceptable dilatación cervical, pero no el encajamiento.

Caso número 58. Historia número 527. Multigestante a término. Feto vivo. Para III.

Marzo 2 de 1950. Hora: 17 y 15. Duración: 17 horas y 30 minutos.

El 1º de marzo comenzó a sentir dolores a las 23, pero tenues y espaciados; a las 5 a. m., del 2, llega a la clínica y como no se observa trabajo franco se ordena inducción: Pitocín $2\frac{1}{2}$ unidades en 500 c. c. de dextrosa al 10%, de los que alcanzaron a inyectarse 250 c. c., desde las 11 hasta las 14; con esto se desencadena el trabajo. Se le hace tacto vaginal a las 12 y 30 que revela: cuello borrado, duro, dilatación 4 centímetros, bolsa íntegra, presentación por encima del estrecho superior.

Se aplica una ampolla de atrinal, a las 13 horas. Siguió con buen trabajo, contracciones cada 4 minutos y 30 segundos de duración. A las 14 y 30, nuevo tacto vaginal: cuello borrado, duro, resistente, dilatación de 5 a 6 centímetros, presentación en OIDP, por encima del estrecho superior. Se ordena una ampolla de Demerol intramuscular. A las 16 y 30, se le practica nuevo tacto vaginal que revela: cuello borrado, blando, casi completamente dilatado, presentación OIDP, por encima del estrecho superior. Bolsa rota. Se pasa a la sala y bajo anestesia se completa digitalmente la dilatación rechazando el borde anterior del cuello y se aplica fórceps con presentación insinuada en OIDP, según técnica del Profesor Ramírez Merchán, asimilándolo a ODA; encajamiento, descenso y rotación fáciles; toma ideal. A las 17 y 15 se extrae un niño de 3.690 gramos que respira espontáneamente.

Alumbramiento artificial a los 20 minutos (manual).

Anestesia: pentothal 0.50 centigramos. O₂, para la aplicación del fórceps y ciclopropano-O₂, para la perineorrafia con miorrafia de los elevadores, después de reavivar desgarro antiguo.

El procedimiento seguido ya ha sido objeto de comentario. La terminación del parto con un fórceps alto, ha descartado la intervención cesárea y la versión por maniobras internas, de la cual somos cada día menos adictos. La anestesia con pentothal indica, entre otras cosas, que el partero previó la facilidad y rapidez de la intervención, ya que dicha anestesia no es aconsejable en forma prolongada ni aun cuando el desprendimiento se espera para un lapso no menor de 15 a 20 minutos. Después de terminado el parto se practicó perineorrafia con miorrafia de los elevadores para desgarro antiguo, lo que demuestra las buenas condiciones de la paciente que tolera tal intervención sobreagregada al parto; entonces se completó la anestesia con ciclopropano-O₂; la anestesia anterior con pentothal, ha servido de inducción a esta última.

No son más que dos observaciones, pero nótese que vienen sobre un total de 48 fórceps, lo que da un índice de 4.16% en las intervenciones de un año. Y como no es una novedad tal intervención cobran mérito demostrativo los casos en cuestión.

La primiparidad o la multiparidad no son en manera alguna despreciables para el efecto de una conducta; muy por el contrario han de tenerse siempre en cuenta. Mayores posibilidades de errar proporcionan la primípara que la múltipara así como mayores facilidades y menos complicaciones son de esperar en esta última. Pero, ese es tan sólo un

factor al cual hay que darle su justo valor; sin aventurarse en las múltiparas a intervenciones inconsultas y sin rehuir la terminación por las vías naturales en la primípara, por el mero hecho de serlo.

En las aplicaciones de este comentario, hay un 50% de primigestantes y un 50% de multigestantes; si se tiene en cuenta que en las primíparas se sigue casi de rutina la aplicación profiláctica de desprendimiento como se hace también la episiotomía, se deduce que en las múltiparas hay relativamente mayor número de aplicación del fórceps por otras causas ya sea por inercia o por acortar, sin detrimento alguno, la duración del trabajo.

Aplicaciones de desprendimiento. Casi sistemáticamente se sigue en las primíparas la conducta de desprendimiento con fórceps y episiotomía. La mayoría de las veces el fórceps se ha aplicado en toma directa en el estrecho inferior, precisamente para apresurar el desprendimiento, con la paciente bajo anestesia. Se evitan en tal forma los esfuerzos del desprendimiento que a más de ser penosísimos para la parturienta colocan al partero en la inerte actitud de ponerse por delante para aconsejar a su paciente que "puje".... Cuando la presentación abomba en el periné, se retiran las cucharas del fórceps y se termina la expulsión con episiotomía. En lo que a ésta se refiere, siempre se ha practicado una episiotomía mediana ligeramente desviada hacia un lado a partir de la horquilla; es precisamente una episiotomía que imita la vía seguida por los desgarros pero con la imponderable ventaja de que previamente se controla su extensión, su regularidad y que no es una herida traumática sino una heri-

da quirúrgica la que luego se va a reponer.

No solamente por el estudio de las historias clínicas, sino por la diaria observación en la Clínica de La Magdalena se puede afirmar que es una episiotomía de grandes ventajas por cuanto nunca se ha prolongado, al desprenderse el feto, hasta interesar el esfínter y ha prendido en el ciento por ciento de los casos. Su reposición se hace en tres planos: uno mucoso, otro de fascia y músculo y un tercer plano de piel; se usa para todas la misma sutura: catgut simple número 1 o 2. Cuando ha sido muy regular la herida y fácilmente afrontable, se ha practicado una sutura continua, aconsejada por De Lee que se inicia en la mucosa vaginal en donde se deja reparado el cabo corto del primer punto; una vez cerrada la mucosa, se continúa con el plano músculo-aponeurótico, siempre en forma continua; una vez llegado al final de la herida se devuelve en busca del cabo reparado, afrontando la piel con sutura intradérmica y terminando donde se había empezado.

Puede verse en el cuadro correspondiente la frecuencia de estas aplicaciones, así como las variedades de desprendimiento y el porcentaje de las episiotomías. Llaman la atención el porcentaje de desgarros producidos en aquellas pacientes en las que un periné elástico hacía pensar en lo inoficioso de la episiotomía.

Aplicaciones en el estrecho medio. Originalmente la mayor incidencia de aplicaciones del fórceps recaía sobre presentaciones en el estrecho medio, por que cumplido el requisito del encajamiento y habiendo dado larga a la evolu-

ción del trabajo, debía intervenir por sufrimiento fetal o por agotamiento de la parturienta o por ambas cosas cuando no por óbito fetal. Tales aplicaciones de angustia más que de urgencia eran las únicas permitidas por la ortodoxia obstétrica.

Desde luego, el porcentaje de mortalidad fetal tenía que ser alto y, como aún hay quienes tienen ese criterio sobre el fórceps, no alcanzan a comprender cómo puede presentarse una estadística más o menos copiosa en aplicaciones sin que aparezca un alto porcentaje de desastres fetales. Pero la razón es muy clara: En primer lugar se aplica el fórceps según criterio informado y honesto del especialista sin que se vea la urgencia de hacerlo; en la mayoría se trata de aplicaciones profilácticas; y en el segundo lugar la vigilancia cuidadosa y la confianza en la intervención llevan a hacerla oportunamente y a sabiendas de lo que se va a practicar y de lo que va a ocurrir, dentro de la limitación natural de los conocimientos humanos y en tal forma, los resultados son necesariamente buenos.

Las aplicaciones en el estrecho medio en los casos que comentamos han cogido un 37.50% del total de las aplicaciones, dejando el 58.34% para las del estrecho inferior y 4.16% para las del estrecho superior.

Las variedades sobre las cuales se han aplicado, aparecen en los cuadros adjuntos; llevan la primacía las aplicaciones sobre el diámetro oblicuo izquierdo, como era de esperarse.

Técnicas. Se ha seguido la técnica clásica en las tomas directas y en las tomas oblicuas de variedad anterior, por que en las transversas y en las oblicuas

de variedad posterior, se ha seguido la técnica original del Profesor agregado Ramírez Merchán, que sirvió de tema de tesis al doctor Isaías Arenas Buenahora y que mereció el discernimiento de mérito por el Jurado de Jueces de Tesis en consideración a la utilidad de tal procedimiento.

El fórceps empleado ha sido siempre el Simpson corto.

FORCEPS

Altura

En el estrecho superior: 2 = 4.16%
En el estrecho medio: 18 = 37.50%
En el estrecho inferior: 28 = 58.34%

Primigestantes: 24 = 50%

Multigestantes: 24 = 50%

Desprendimiento en:

O. S. 3 = 1.07%

O. P. 25 = 98.93%

Anestesia

Pentothal: 17 = 35.41%

Pentothal —

Cielo: 5 = 10.41%

Cielo-02: 25 = 52.09%

Cielo-éter-02: 1 = 2.09%

Variedades:

En O. I. A. : 18 = 37.50%

En O. D. P. : 20 = 41.66%

En O. I. P. : 7 = 14.58%

En O. I. T. : 2 = 4.18%

En O. D. A. : 1 = 2.08%

Técnicas:

Directas clásicas: 28 = 58.34%.

Oblicuas: 20.

Clásicas: 5 = 10.41%.

Técnica Ramírez: 15 = 31.25%.

Promedio de peso en fórceps: 3.286 gramos.

Medicación

Inducidos: 5 = 10.41%

Sedantes: 5 = 10.41%

Ocitóicos: 13 = 27.08%

Mixtos: 6 = 12.52%

Sin medicación: 19 = 39.58%

Episiotomías: 21 = 43.75%.

En primigestantes: 17 = 80.95%

En multigestantes: 4 = 20.05%

Desgarros: 7.

En primigestantes: 4 = 57.14%

En multigestantes: 3 = 42.86%

Sin desgarro ni episiotomía: 20.

En primigestantes: 3 = 15%

En multigestantes: 17 = 85%

CAPITULO III

CESAREAS

El índice de incidencias de la operación cesárea, ligeramente superior a un 4%, es un índice alto que se explica por las razones que impusieron la intervención, menos que por una relación de estadística. En efecto, no hay entre nosotros una tendencia intervencionista por la vía alta ni mucho menos. El hábil manejo del fórceps, su indicación en algunos casos en que parece desplazar a la cesárea y, la prudencia en el uso de ocitóicos, son factores que contribuyen a quitarle preponderancia a la casárea. Pero cuando surge su indicación como insustituible, se practica con gran confianza porque tiene mínimos peligros y porque el porvenir obstétrico de la par-

tarienta no queda comprometido, desde que se siga la técnica de la cesárea segmentaria.

Una cesárea segmentaria no impone la terminación ulterior de otros embarazos por cesárea, sino en el caso en que se repitiera la indicación de la primera o persistieran sus motivos, como en las estrecheces pélvicas o en las deformaciones de la matriz o en la perturbación sistemática de la dinámica uterina. Porque cuando una cesárea ha sido indicada por una causa que no ha de repetirse, no hay por qué temer del parto por las vías naturales, debidamente conducido y vigilado.

Para respaldo de la afirmación inicial de que el índice alto se explica menos por una relación de estadística que por coincidencia de indicaciones inequívocas, merece atención el hecho de que no primó la incidencia de primíparas sobre múltiparas; en efecto sobre ocho intervenciones cuatro recayeron sobre primíparas y cuatro sobre múltiparas, pero no distribuídas caprichosamente: una de las cuatro primíparas, la de la historia número 1.221, caso número 139, fue intervenida en embarazo de 8 meses por ruptura prematura de la bolsa de las aguas e hipertonia uterina, en consideración a que esta paciente, ostentosa-mente hipertiroidica, llevaba 15 años de esterilidad o de infecundidad y no era permitido esperar el aleatorio desenlace de un parto espontáneo en una paciente que inicia trabajo de parto con una ruptura prematura de la bolsa, con hipertonia uterina y sin contracciones, a más de que su trastorno endocrino autorizaba a pensar en una posible irregularidad del trabajo. Quién se atrevería a negarle razón a la intervención en este caso? Y sin embargo, no cuadra

dentro de las indicaciones rutinarias de los libros.

Otro caso, el número 176, historia número 1.430 de primíparas, corresponde a una señora de 34 años en quien, a pesar de contracciones definidas y con suficiente prueba no hubo efecto sobre el cuello uterino. Se iniciaron las contracciones el día 19 de diciembre en las horas de la mañana; duró todo el día y la noche en trabajo irregular; el día 2 hubo trabajo definido con buenas contracciones pero el cuello permaneció borrado y entreabierto; la presentación insinuada en OIA. No había desproporción. Se trataba, pues, de una perturbación en la dinámica uterina, de una disistolia sin sinergia funcional, por lo demás nada rara en las primíparas viejas. El peso del niño que fue de 3,800 gramos, demuestra que el embarazo sí estaba a término y de consiguiente, no cabe dudar respecto a la real y definida perturbación dinámica y no a una simple iniciación precoz de contracciones uterinas remediable con sedantes y espéra.

La tercera de las primíparas, caso número 152, historia número 1.286, corresponde también a una inercia primitiva, a una oligosistolia primitiva con sinergia funcional. Dice textualmente la observación:

Inició trabajo a las 8 horas del 22 de octubre, en forma irregular y espaciada; en la noche durmió bajo la acción de nembutal 0,20 ctmgs.; el 23 sigue el trabajo irregular; en la noche duerme. El 24 en la mañana se rompieron artificialmente las membranas y al tacto vaginal se encuentra: cuello borrado, entreabierto y presentación en la excavación. Se le aplica una ampollita de calgluquina y se le administran 3 com-

primidos de metrazol-quinina; aumentan las contracciones en intensidad y frecuencia; en la noche el trabajo se hace irregular. El 25 de octubre a las 9 el tacto reveló las mismas condiciones de los días anteriores por lo cual se intervino con cesárea segmentaria transperitoneal por inercia primitiva. El niño pesa 3.900 gramos, índice cierto de perfecta madurez. Tres días de espera y finalmente una excitación suficiente por ruptura de la bolsa y administración de derivados de la quinina, sin respuesta eficiente, justifican al máximo la conducta seguida.

El lapso de espera tan largo se explica por dos razones: la primera, porque no había ni agotamiento de la paciente ni sufrimiento fetal, y la segunda, porque nunca se decide precipitadamente una cesárea si no existen las condiciones e indicaciones de urgencia que así lo impongan. Esto para demostrar que no hay una tendencia intervencionista en tal sentido.

Finalmente la cuarta de las intervenciones, comentadas no en orden de su ejecución sino más bien en orden de interés, es el caso número 107, historia número 960 que se practicó también por una disistolia sin sinergia funcional. Durante dos días estuvo en trabajo irregular y en observación; el feto fue de peso inferior al del término, no obstante estarlo según la fecha de las últimas reglas que daba la paciente; pudo tratarse de una iniciación prematura del trabajo, pero en todo caso hubo trabajo con modificación del cuello pero sin permitir el parto por las vías naturales.

Resumiendo las indicaciones de las cuatro intervenciones en primíparas vemos cómo las cuatro fueron por causa de la dinámica uterina perturbada. Si

bien es cierto que hay factores predisponentes que no pueden despreciarse, como la infecundidad de 15 años en una y la edad en la otra, la determinante fundamental fue la oligosistolia o la disistolia que no permitiendo la dilatación del cuello, hacían imposible el parto por las vías naturales. Pretender justificar otras conductas sería necio por lo cual cortamos el comentario. Vale sí observar que no se practicó ninguna de estas intervenciones por causa de estrechez o de desproporción cefalopélvica; podría argüirse, de acuerdo con ideas clásicas, que puesto que fue factible la cesárea las presentaciones no se habían encajado y, como es regla que en las primíparas la presentación se encaja en la última quincena del embarazo, en éstas debía haber desproporción. La respuesta la da la experiencia: no es cierto el encajamiento de la última quincena en las primíparas; el denominado encajamiento sin previo trabajo, no lo es de verdad; y no impide la cesárea el hecho de que se haya producido.

Pasando a comentar las cuatro cesáreas recaídas en múltiparas, una de tercera, en paciente estrecha con buena presentación y una de segunda también en paciente estrecha con el agravante de presentación de hombro y con el antecedente de fórceps en el segundo parto con feto muerto. Otra de las cuatro, es una multigestante III con antecedentes obstétricos normales pero en la que se impuso la intervención por la doble indicación de placenta previa y presentación de hombro. Es sabido que en el estado actual de la Obstetricia, para resolver los casos de placenta previa, prima la intervención cesárea aun en los casos de feto no viable desde que la hemorragia sea copiosa, o sin serlo, des-

de que se trate de placenta central. Finalmente hay un caso en que la intervención fue impuesta por las circunstancias especiales a que llegó la paciente, después de haber sido estimulada con ocitócicos en la forma expuesta anteriormente y en la que queda la sospecha de haber procedido un poco a la ligera en el uso de los ocitócicos por cuanto se trataba de una presentación de pelvis y había el antecedente de una presentación de hombro. El resumen del caso permite formarse un juicio al respecto por lo cual se transcribe.

Caso número 32. Historia número 335. Multigestante a término. Feto vivo Para III.

Se le hace tacto vaginal a las 19 horas del 21 de febrero de 1950: cuello sin borrar, dehisciente; bolsa íntegra. Presentación de pelvis completa. Contracciones irregulares.

Febrero 22 de 1950: a las 7 horas se induce el parto con 3 unidades de pitocín en 500 c. c. de dextrosa al 10% gota a gota endovenosa. A los 10 minutos se aprecian contracciones tenues que son irregulares, termina el suero y cesan también las contracciones. A las 15 horas se aplican 500 c. c. de dextrosa, al 10% y 5 unidades de pitocín; reaparecen las contracciones un poco más fuertes. A las 19 horas durante una contracción se rompe la bolsa; sale abundante líquido amniótico normal; hasta aquí se le han inyectado 400 c. c. de suero; se suspende éste y se hace tacto vaginal: cuello sin borrar, dehisciente, sólo deja pasar un dedo, bolsa rota. Presentación de pelvis completa. Al supri-

mir el suero desaparecen las contracciones y se ordena un nembutal-acetilsal. Durante la noche hubo pocas contracciones.

A las 9 y 30 horas del 23, tacto vaginal: procidencia del cordón. Presentación de hombro e hipertonia uterina.

INTERVENCION

Febrero 23 de 1950. Hora: 11 a. m. Duración: 1 hora.

Cesárea segmentaria transperitoneal arciforme por presentación de hombro, con procidencia del cordón e hipertonia uterina. Bajo anestesia general con ciclopropano-02 y previa inducción de ésta con pentothal (0.10 gramos) laparatomía media infraumbilical. Histerotomía por disociación arciforme del segmento inferior. Se presentaba el hombro derecho, extracción mediante versión. Se inyecta pitocín en el miometrio. Alumbramiento normal.

Reposición del útero en tres planos. En el ángulo izquierdo de la herida antes de cerrar peritóneo, se deja una mecha-tapón de oxicecl. Laparotomía cerrada en tres planos. Piel con agrafes. La niña respiró espontáneamente y pesó 2.700 gramos.

N. B. La presentación originalmente de pelvis se modificó por el efecto del pitocín de la inducción que desencadenó contracciones indoloras e inefectivas sobre el cuello, las que produjeron ruptura prematura de la bolsa y más tarde, procidencia del cordón umbilical.

Anestesia: Pentothal-02. Ciclopropano-02.

Tal es el resumen de las intervenciones cesáreas en lo que concierne a la indicación, a las razones que la impu-

C E S A R E A S

Historia	PARIDAD	PRESENTACION	TRATAMIENTO PRE-PARTO	Duración	DISTOCIA	FETO Sexo	Anestesia	OBSERVACIONE
225	Multigest. 3	Pelvis completa se convierte en Hombro	500 cc. Dextrosa + 3 u. Pitocin 500 cc. Dextrosa + 5 u. Pitocin 1 Nembutal. Acetilsal 1 caps.	1 h.	Distocia. Dinámica y procidencia del cordón	f. 2700 vivo	Ciclo	Hipertonía uterina. Presencia de hombro. Extracción por versión. Cambio de posición por efecto de Pitocin que induce contracciones inefectivas para el cuello.
528	Multigest. 4	Transversa	.....	35 m.	Present. Transversa Iterativa	m. 3560	Ciclo	Cesárea en el 1º. Fórceps 2º. Feto muerto.
960	Primigest.	OIA	.....	....	Dinámica. Disistolia sin sinergia	f. 2940	Ciclo	Extracción de los anexos.
986	Multigest. 3	OID	.....	....	Iterativa	m. 3240	Ciclo	2 Cesáreas anteriores. Extracción del feto con fórceps
986	Multigest. 3	Hombro D	.....	....	Present. Hombro Rupt. prematura de la bolsa	f. 2000	Ciclo	Embarazo de 8 meses. Insuficiencia de la placenta.
221	Primigest. de 8 meses	OIA	.....	....	Rupt. prematura de membrana	m. 2760	Ciclo	15 años de infecundidad. Hipotiroidismo.
986	Primigest.	OIDP	1 ampolleta Calgluquina 3 ampolletas Metrozal qq.	35 m.	Dinámica	m. 3900	Ciclo	Oligo. Sistolia primitiva sin sinergia funcional.
30	Primigest. vieja	OIA	.....	....	Dinámica	m. 3800	Ciclo	Trabajo fuerte inefectivo en el cuello, el cuello permaneció semicerrado y entreto.

sobre el total de casos obstétricos que estamos estudiando.

El resultado final ha sido de éxito en el 100% de los casos porque no ha habido ni morbilidad ni mortalidad materna o fetal y porque la repesición de las pacientes se ha hecho en un lapso medio de 10 días.

La técnica seguida ha sido siempre la de la cesárea segmentaria transperitoneal con disociación arciforme del segmento y la anestesia empleada, la general con ciclopropano-oxígeno. Todas han sido cesáreas más o menos puras y se ha hecho profilaxis de la infección en la forma mencionada antes.

Como se anotó al principio, el índice de incidencias es alto, si de manera abstracta se lo compara con otros; en efecto, entre nosotros, según la magnífica tesis del doctor Gonzalo Echeverry, el índice de incidencias en la clientela hospitalaria es del 1.99%, índice logrado sobre un total de 1.997 partos. Pero en estadísticas modernas hay índices inferiores y los hay también que superan los ya mencionados. Para respaldar lo dicho, transcribimos lo siguiente, tomando de un documentado artículo de Robert Kitzner, publicado en el número correspondiente a enero del presente año, del *American Journal of Gynecology and Obstetrics*: "Hennesy noted that in his clinic the incidence private cases was 5.82 per cent against 1.75 per cent for service cases. Mc Cormick found the ratio to be 8.80 per cent private and 2.80 per cent service. Is there justification for this marked difference? Do social position and income bracket influence the decision of the obstetrician? Is a greater premium placed on fetal life in private patients?

maternal soft parts traumatized and prolonged labor condoned so that interns and residents may, by trial and error, observe and commit obstetrical mistakes as part of a recognized teaching program?

The answers to these questions may be obtained only by a study of a large series of cases plotting fetal mortality and fetal salvage rate against cesarean section and operative delivery. D'Esopo has recently presented excellent statistical material in this regard".

TABLE I CESAREAN SECTION RATES

	%
New Have Hospital	5.9
Margaret Hague	2.6
Chicago Lying-in	2.5
New York Hospital	2.1
Boston City Hospital	4.2
Kansas City	7.1
Johns Hopkins Hospital	5.5
Claveland Maternity	6.1
Philadelphia Lying-in	5.8
Sloane Hospital	5.8

Samuel
~~AVERAGE~~ 4.9%

	%
Cincinnati-Bethesda. 1940-1949 . .	1.3
Cincinnati Christ. 1940-1949 . . .	1.6
Cincinnati-Good Samaritan. 1940-1949	1.8
Cincinnati Jewish. 1940-1949 . . .	2.6

~~AVERAGE~~ 1.8%

	%
Cincinnati General. 1940-1949 . .	1.0

Tal parece que es de universal aceptación la injustificable conducta de proceder de una manera en clientela particular, y de otra en clientela hos-

pitalaria, cuando no debiera hacerse diferenciación alguna, si se está obrando honrada y científicamente. Como tenemos la convicción de que en la clientela particular razones irrefutables imponen las actuaciones, es preciso procurar que la clientela hospitalaria se beneficie de ellas en igual forma.

CAPITULO IV

ABORTOS

De 22 historias clínicas referentes a abortos, hubo 7 en los cuales se estableció tratamiento médico de rutina, con resultado solamente en 3, que figuran como simple amenaza de aborto; en las 4 restantes, fue inefectivo.

Desde que no se pueda precisar la causa productora del aborto, resulta poco menos que imposible obrar en forma segura. El tratamiento de rutina de las amenazas de aborto, se reduce al reposo en el lecho, la aplicación de dosis más o menos repetidas de cuerpo amarillo, vitamina E y sedantes de la contracción uterina, entre los cuales el más usado es láudano ingerido o en el clásico enema con cloral. En los últimos tiempos ha salido al comercio un producto derivado del ácido fosfórico, el betaglicerofosfato de sodio (*Edhanol*), al cual se le atribuye una acción electiva de sedación de la fibra uterina y por consiguiente indicado en las amenazas de aborto y de parto prematuro. La tesis del doctor Quintero Becerra, elaborada el año pasado, versa sobre este tratamiento usando un beta glicerofosfato de sodio, preparado en ampollita estéril para uso endovenoso, por el doctor Fernando Schoonnewolf. Aun cuando

las observaciones son escasas, los resultados que obtiene Quintero Becerra son muy alentadores. Hemos tenido oportunidad de emplear el beta glicerofosfato de sodio en algunas amenazas de parto prematuro, con excelentes resultados; en amenazas de aborto no hemos tenido la oportunidad de emplearlo.

De todas maneras, el tratamiento de las amenazas de aborto, sintomático, en un principio, debe orientarse siempre hacia la causa y la determinación de ésta que es difícil y requiere estudios pormenorizados. Para no salirnos del propósito de estos comentarios, pasamos a lo que hace referencia a la conducta ante el aborto inevitable o ante el aborto incompleto. Tenemos a la vista 18 casos de aborto entre inevitables e incompletos, la mayoría incompletos; la conducta que se ha seguido ha sido siempre intervencionista.

Seguros de que el aborto es inevitable o cuando se ha producido parcialmente, no hay duda en que debe intervenir mediante raspado digital o con cureta; la mayoría de las veces es innecesario el uso de bujías para dilatar, porque en los abortos inevitables y en los incompletos, el cuello ya tiene una dilatación que permite la introducción de la cureta grande y roma que es la más segura. En los casos a que nos referimos, siempre se ha practicado el raspado con cureta roma y con la mayor de las curetas de legrados uterinos.

La razón de una conducta intervencionista por sistema, es la seguridad que se proporciona así como la pronta reposición de las pacientes; en efecto: no hay una medicación que asegure la limpieza de la matriz; si se usan ocitóticos para completar el aborto o se espera a que se termine en forma espontánea,

nadie puede asegurar que no queden restos retenidos y estos restos embriónicos o placentarios, prolongan indefinidamente las hemorragias, retardan la involución uterina, predisponen a la infección o la producen de hecho, prolongan, desde luego, el estado de incapacidad de las pacientes, embargan la atención de la familia y desesperan al médico. No es aventurado pensar que también hay una repercusión endocrina, desde que no puede continuar normalmente el ciclo menstrual.

Sin reparar sobre las grandes hemorragias que ponen en peligro la vida de la mujer y sin parar mientes en la infección y sus consecuencias, el solo hecho de definir pronto la situación de la paciente en forma científica y segura, justifican tal manera de proceder.

El legrado con cureta, usando la grande y roma, es de gran seguridad; hay quienes son adictos al raspado digital como menos peligroso y más seguro; sin embargo, no siempre se logra la dilatación suficiente para la introducción de dos dedos dentro de la matriz, mientras que sí se logra la suficiente, para la introducción de la cureta; con el dedo usado para el raspado pueden quedarse y se quedan grandes islotes de caduca, los que salen fácilmente con la cureta. Dilatar el cuello hasta poder introducir los dedos no siempre es factible y forzar la dilatación con bujías tiene tantos peligros de ruptura uterina, y quizás más, que el raspado instrumental. Es natural que quien practica un raspado instrumental debe ser persona capacitada y prudente. Para principiantes, desde luego, es más seguro el raspado digital desde que quepan los dedos.

Para máxima seguridad, después del curetaje se acostumbra dejar un taponamiento con una mecha empapada en penicilina o mojada en aceite estéril y espolvoreada con sulfanilamida en cristales; en ocasiones se deja una mecha embebida en Merthiolate. Este taponamiento es profiláctico de la infección y, en caso de que hayan quedado restos, a pesar del curetaje, salen al retirar la mecha, lo que se hace 12 horas después. Es rarísimo que ocurra hemorragia siguiendo sistemáticamente tal procedimiento; la hemorragia se cohibe con la limpieza de la matriz, pero en el caso contrario el taponamiento lo asegura.

Desde luego que a estas pacientes se les administran sulfanilamidas o penicilina profilácticamente; y no se requieren más de tres días de permanencia en la clínica.

Vale la pena comentar que la casi totalidad de los casos, se intervinieron bajo anestesia con pentothal, usando una solución al 2% y sin pasar de 50 centigramos en cada intervención. Esta anestesia es de rápida acción, de rápida eliminación y de pronta acción sobre el ánimo perturbado de la paciente. Por razón de lo expuesto antes, de que en muchas ocasiones no se practica la dilatación del cuello siempre y cuando quepa la cureta, no es preciso profundizar la anestesia y esta es una garantía más.

Finalmente llamamos la atención sobre la ausencia de infección y sobre el *modus operandi* para los taponamientos: valva vaginal, pinza de cuello y pinza de taponamiento; no se requiere más instrumental. El taponamiento con taponador, nunca se ha ejecutado.