EUTOCIA CONTRACTIL

DOCTOR HUGO GARCÍA VÉLEZ

El útero de término es fundamentalmente distinto del útero fuera de la gravedad. Tamaño, constitución anatómico-histológica y función son diametralmente opuestas en cada uno de los casos. Vamos a basarnos en nuestra exposición en la unidad anatómica y fisiológica del útero, es decir en la FIBRA MUSCULAR UTERINA TIPO LISO.

Goza de todas las propiedades fisiológicas del músculo en general; responde a la acción de un excitante. Esta irritabilidad que existe en potencia en el útero durante toda la gestación, sólo causas accidentales la hacen producir antes de llegar a término. La acción de agentes extraños pueden modificar su forma. Inherentes a esta propiedad elástica y en función de ella misma, puede ser EXTENSIBLE Y RETRACTIL. Extensible, porque gracias a la acción de aquellos agentes puede aumentar su longitud y cuando ella cesa la recobra a fuer de ser retractil.

La fibra uterina es un músculo vivo con sus conexiones neurales, por consiguiente puede contraerse. Se ha podido constatar en ciertos landibranquios, que tienen unos músculos adductores de tipo liso, que cuando se excitan ligeramente, el galvanómetro acusa el paso de una corriente: los músculos adductores se han contraído; por consiguiente los músculos lisos poseen un estado de tensión o tono permanente, pseudo-contracción, propia de músculos vivos y que por obra de excitantes pasa a ser verdadera contracción. Existe pues el tono muscular en la fibra lisa y la contracción independiente del tono, aunque ambos conceptos estén ligados al de contractibilidad como propiedad general de la fibra muscular.

La contracción es un estado muscular transitorio, producido sobre un estado de tensión muscular permanente constituida por el tono. Podemos, pues, decir que la fibra uterina posee una propiedad más representada por el tono. No creemos aventurado sostener con MORAGUES BERNAT, que el tono basal de la fibra uterina "aquel que puede apreciarse durante el parto, es un valor que ha ido adquiriendo expresión durante los 9 meses de la gestación, valor que está íntimamente ligado a la aparición de la contracción uterina. Por eso durante un parto prematuro de 7 meses puede hablarse de tono uterino como puede hablarse de contracción uterina homologable en todo a la contracción de termóno".

Acercándonos a la conocida interpretación de DEMELIN, podemos definir la contracción uterina normal como un paroxismo rítmico sobre un estado de

tono permanente. Pasada la contracción el músculo normal recobra su tono normal. Está pues claro el concepto de TONO de la fibra uterina; pasemos a considerar, aunque sea ligeramente la innervación uterina.

El útero deriva su innervación de tres sistemas: Cerebro-espinal, Simpático y Autónomo; los tres concurren a la formación del plexo de LEE FRANKENHAUSER, que situado a ambos lados del cuello uterino, en la base de los ligamentos anchos emiten ramos mixtos (raquídeos y simpáticos) que encierran fibras motoras, sensitivas y vaso-motoras. Según KEIFFER, el útero posee un sistema ganglionar intra-parietal. La variedad de su trama muscular induce a pensar en un antagonismo entre cuerpo y cuello, pero desaparece fisiológicamente por la acción perfectamente coordinada de origen nervioso, regulada por su propiedad EXITO-MOTORA Y EXITO INHIBIDORA emanadas de su innervación. Podemos pues entrar a analizar el estudio de la contracción uterina normal: Hay contracciones indoloras y dolorosas; las primeras se presentan al final de los 8 meses o antes; la gestante nota que una o varias veces al día se endurece el vientre en tal forma, que a pesar de lo fugaz, llama la atención, estas contracciones son las revelaciones exteriores del proceso íntimo de la formación del segmento inferior, como auténticas manifestaciones de la presencia de los factores excitadores de la fibra uterina. Es en el momento del parto, en su iniciación, y en el curso del mismo, cuando el útero está preparado a expulsar su contenido, que se manifiestan los signos reveladores de su sensibilidad, cuya consecuencia es el dolor el cual guarda con ella una relación perfecta. El dolor nace cuando ya se ha iniciado la contracción y termina antes que ella; finalizada la contracción, fisiológicamente, debe seguir un período de absoluto reposo. El dolor y la frecuencia de la contracción así como la duración, aumenta cuando el período de dilatación se ha establecido con un ritmo regular, tanto en el tiempo que media en la aparición de una y otra contracción, como en la duración e intensidad de las mismas: este fenómeno fundamental nos da la tónica del grado de trabajo, al crear una relación, entre la contracción dolorosa y el momento del trabajo del parto estableciendo lo que los autores argentinos llaman CLINICA DEL DOLOR Y LA CONTRACCION, y si a esta observación agregamos un reconocimiento del estado de relajación en que queda el útero entre dos contracciones mediante la palpación, podremos hablar del TONO UTERINO DEL INTERVALO o TONO INTERFASICO. Durante el tono interfásico la palpación revela una blandura especial del útero. El dolor al comienzo sólo se manifiesta por una sensación de hormigueo en el vientre, que paulatinamente se hace más neto a medida que el cuello se borra, y presenta su mayor intensidad en la primera mitad del período de dilatación hasta el punto que la parturienta pierde, el control de su innato pudor, el cual trata de recuperarlo al completarse la dilatación cuando el dolor sin perder su grado de intensidad, se halla ligeramente contrarrestado por la sensación de pujo. Esto caracteriza el dolor expulsivo e indica el límite entre los períodos de dilatación y expulsión: este nuevo dolor tiene una frecuencia de 3 a 4 minutos y se prolonga 50 u 80 segundos sin localización exacta en el vientre cuando es fisiológico. No sobra decir que el carácter del dolor durante el parto está en relación con la susceptibilidad propia

de cada parturienta, pero en términos generales el proceso intrínseco varía muy poco fisiológicamente.

Cuando la clínica del dolor y la contracción revelan variaciones y la intensidad y localización de las mismas, indican que el trabajo del parto se está saliendo de los límites normales, debemos establecer sin pérdida de tiempo, sin temores científicamente no justificados, la conducta terapéutica o quirúrgica indicada según el cuadro revelado por el examen sereno.

Muchos han sido los obstetras que han recurrido a los métodos gráficos para estudiar la inscripción de la contracción, desde que MAREY les entregó su tambor registrador; no es el caso de recordarlos pero sí es bueno citar a título de información, el HISTEROTONOGRAMA de FREY que tuve oportunidad de conocer en la cátedra de Obstetricia del Profesor PALACIOS COSTA, de Buenos Aires, anexa al Hospital RAWSON. Con este aparato han podido estudiar el TONO normal de reposo durante el embarazo el cual oscila de 3 a 9 milímetros; en el periodo de dilatación y bolsa rota de 9.5 a 10 mm.; y en el periodo expulsivo de 10 a 12 mm. o baja según la resistencia que ofrezca a la progresión del móvil. Durante la contracción uterina, los valores del tono interfásico, asciende de 1.5 a 2.5 mm. Un detalle interesante que nos muestra el Histerotonoógrafo, es el tiempo de duración total de la contracción en el periodo de dilatación que es de 1.5 a 2.5 minutos, lo cual no se alcanza a precisar a la palpación. La observación de varios partos con este aparato, ha ratificado un hecho que la clínica nos muestra a cada paso: el dolor depende en gran parte del factor individual y es un error creer que parto poco doloroso, indica parto en mejores condiciones. Cabe preguntar: ¿es indispensable el Histerotonoógrafo para vigilar el estado del motor uterino? Claro que NO; con un sentido clínico y con un poco de dedicación a la enferma, el tocologo puede seguir el trabajo del parto, orientarlo hacia el campo fisiológico y conducirlo científicamente con los recursos que la ciencia ha puesto en sus manos. Es evidente que el ideal sería tener un aparato de esta índole siempre a mano en los casos particulares, pero debemos esperar que los físicos y fisiólogos nos den uno de más práctico manejo para llegar así a efectuar el parto que podríamos llamar MATEMATICO.

RESUMEN:

1º—Se ha hecho una revisión somera de la EUTOCIA CONTRACTIL partiendo de lo simple a lo complejo, de la unidad que es la fibra lisa del útero, al todo constituido por el útero mismo.

2º—Hemos analizado la clínica del dolor y la contracción y su interpretación.

3º—Se menciona y considera la utilidad del HISTEROTONOGRAMA de FREY y se estudia su interpretación.

Pereira, 15 de enero de 1954.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—**Adair**: "Un Estudio sobre la Motilidad Uterina Humana". Am. Journal of Obstetrics and Gynecology. 1934. T. 27. Página 383.
- 2.—**Baylis y Hill**: "Fisiología General". 1931.
- 3.—**Bazán J.**: "A Propósito de Tono y Contracción". Bol. del Inst. de Mater. de la Soc. de Benef. de Buenos Aires. 1939.
- 4.—**Beruti**: "Estudios de Histerodinamografía Ext.". Bol. de la Soc. de Obst. y Ginecol. de Buenos Aires. 1938. Página 480.
- 5.—**Demelin L. A.**: "De la Distensión Uterina Durante la Gestación y el Parto". Bull. de l'Academie de Medicine. 1926. Página 135.
- 6.—**Hedón E.**: "Compendio de Fisiología". 1932.
- 7.—**Grynfeldt**: "Estudio Histológico Sobre el Músculo Uterino de la Mujer". Comptes rendus de l'Association d'Anatomistes. Reunión de Praga. 1928.
- 8.—**Moragues Bernat**: "El Estudio del Músculo Uterino". Trabajo de adscripción a la Clínica Obstétrica. Fac. Ciencias Médicas. Buenos Aires.
- 9.—**Palacios Costa, Moragues Bernat y Gascón**: "Fisiopatología de la Contracción Uterina". Buenos Aires. 1942.
- 10.—**Testud-Latarget**: "Tratado de Anatomía Humana".