

INFORME DE COMISION

Doctor R. Ramírez Merchán

Profesor titular de Clínica Obstétrica de la Universidad Nacional

“Algunas consideraciones sobre las aplicaciones del forceps”, es el comentario que el doctor Páez Vargas nos ofrece para su consideración; se basa en las 61 aplicaciones que hubo en la Clínica David Restrepo durante 15 meses de internado del citado doctor Páez, y que constituyen el 7.73% del total de casos obstétricos atendidos. Iníciase con un recuento trivial de cómo se introdujo el forceps en la práctica y anota, de paso, lo útil de su uso y lo peligroso de su abuso. Enumera, a propósito del abuso, las condiciones elementales que deben llenarse para su buena aplicación, y al mencionar la relativa al encajamiento, registra la existencia de dos tendencias, la de quienes exigen el encajamiento como condición “sine qua non”, y la de quienes establecerían excepciones... No entra a criticarlas, porque las respeta igualmente y en prueba de ello, trae tres casos de aplicación de forceps sin que se llenara tal requisito. Analiza las causales de su aplicación, establece porcentajes, clasifica las intervenciones de acuerdo con su altura en el recorrido pélvico-perineal y concluye con los resultados, tanto maternos como fetales. No dice qué forceps ha empleado ni relata técnicas, de donde debe colegirse que se han seguido las técnicas clásicas y que el forceps usado ha sido el de Simpson, si juzgamos por lo que se hace en casi todas las clínicas de Bogotá, por los más caracterizados especialistas, y lo son quienes en la Clínica David Restrepo sirven los intereses de la clase media económica. Son muy buenos los resultados obtenidos: no hubo ninguna muerte fetal atribuible al forceps. El conjunto de cuatro fetos muertos se explica así: uno lo estaba previamente; otro murió por atelectasia comprobada por autopsia; el tercero murió por hemorragia endocraneana, explicable asaz, en tratándose de una madre primigestante “nefritica y toxémica”, a la que después de 27 horas de trabajo se le extrajo, sin dificultad, del estrecho inferior, un feto prematuro. El cuarto pereció por una afección respiratoria nueve horas después del nacimiento, el cual estuvo complicado por una gran hemorragia de placenta baja.

Ni el más interesado impugnador del forceps podría achacarla al instrumento la razón de ninguna de las tres muertes neonatales ocurridas. En cuanto a las madres, no hubo ninguna con lesión grave.

Al margen de alguna de las ideas expuestas se nos ocurre comentar que no pueden considerarse como dos tendencias respetables por igual, una que exige el encajamiento como requisito para la aplicación del forceps, y otra que le hace excepciones; ésta no es una tendencia, es apenas una transgresión de un principio a la que pueden a veces abocarse quienes conocen a fondo el arte obstétrico y dominan inteligentemente la clínica en la especialidad. Pero nunca podría erigirse como norma, ni aun en el supuesto de haber precisado lo que el autor denomina "Distocia de encajamiento de causa secundaria". Vale la pena repetir que en éste, más que en ningún otro tema, es indispensable individualizar y que grave falla de incalculables estragos sería pretender una generalización torpe de la transgresión de un principio sabio. Cuando quiera que se trata del forceps, y, usándolo dentro de la más rigurosa ortodoxia, es preciso distinguir ante todo si se le va a aplicar a una primípara o a una múltipara. En la primera, todos los requisitos han de exagerarse; en la múltipara todos se deben tener presentes; pero en ésta hay mayores probabilidades de éxito, al paso que en la primípara hay la posibilidad de mayores complicaciones, mayores dificultades, y, de consiguiente, mayor número de fracasos. Son éstas verdades elementales, pero su descuido proporciona, a lo menos, graves lesiones de conciencia cuando el aparente éxito parece haber perdonado una conducta apresurada.

Hoy en día no nos atreveríamos a intentar en una primípara la aplicación del forceps sin el requisito del encajamiento, a no ser que careciéramos de los elementos indispensables para un ejercicio racional. En las primíparas, salvo raras excepciones, es lesionante para la madre aun el forceps de desprendimiento: los desgarros vaginales sólo se evitan, y no siempre, permitiendo que la cabeza fetal distienda las partes blandas hasta cuando una simple episiotomía permite su liberación. Por otra parte, cuando la aplicación es de urgencia, ni aun el recurso de la dilatación previa de la vagina impide la producción de desgarros que, descuidados, pueden poner en peligro la vida de la madre por una persistente hemorragia. Estos peligros prácticamente quedan descartados en las múltiparas, y por eso éstas dan cabida a inocuas aplicaciones de ayuda o profilácticas, así como también al éxito

del forceps alto. Quizás no sería exagerado afirmar que más riesgos trae para la gestante nulípara el parto con forceps que la cesárea indiscriminada que practican quienes no se avienen con la clínica obstétrica, pero le tienen amplia confianza al bisturí. Deliberadamente dejamos de lado las consideraciones sobre traumatismos fetales, porque éstos se reducen a un límite inevitable cuando se llenan rigurosamente los requisitos clásicos.

Cumplida la condición fundamental y primaria del encajamiento cuya apreciación exige maduros conocimientos prácticos y riguroso criterio, es indispensable también la dilatación total del cuello y, mejor aún, su desaparición por encima de la cabeza fetal ya descendida. Un cuello incompletamente dilatado, o dilatado a la fuerza, no permite la evolución operatoria sino a riesgo de un mortal traumatismo sobre el feto o después de desgarrarse ampliamente. Y un desgarró cervical descuidado puede ocasionar mortal hemorragia inútilmente atacada con ocitócicos cuya acción no va a tanto como a cerrar una herida de tal índole. Si los dos requisitos mencionados se cumplen, y se ha determinado seguramente la variedad de posición, la existencia de una pelvis infundibular puede impedir la colocación de la segunda rama o su articulación con la primera, y esto es razón suficiente para prescindir del forceps. Lo mismo, si una vez articulado se aprecia que es imposible o muy difícil hacer evolucionar la cabeza fetal. Si dispusiéramos de medios para hacer un estudio completo de la pelvis materna previo al trabajo del parto, posibilidades como estas últimas deberían desaparecer. ¿Cómo proceder entonces? Sencillamente, recurriendo a la cesárea; que ya se ha corregido la idea errónea de que fuera imposible su ejecución, una vez cumplido el encajamiento.

Nada tenemos que observar a las indicaciones por las cuales se aplica el forceps en la benemérita institución que David Restrepo legara a las madres de la clase media económica; aun los forceps altos, sentadas las bases que antes expusimos, indican la pericia de quienes los aplicaron. En esta forma abrimos el comentario al trabajo del doctor Páez y proponemos:

Acéptese este trabajo como el requisito reglamentario para que el doctor José Miguel Páez Vargas sea admitido, dados sus títulos, como miembro de número de la Sociedad Colombiana de Obstetricia y Ginecología.

Vuestra Comisión:

Rafael Ramírez Merchán, Carlos R. Silva Mojica.