

INDICACIONES DE LA INTERVENCION QUIRURGICA EN OBSTETRICIA

ALCANCE QUE EN LA ACTUALIDAD HA CONQUISTADO LA CIRUGIA OBTETRICA

POR EL DR. ALVERTO LOPEZ HERMOSA.

Dividiré mi estudio en dos partes: en la primera consideraré las generalidades referentes a las indicaciones en que debe apoyarse el tocólogo para intervenir quirúrgicamente y siempre con oportunidad; en el segundo, señalaré las tendencias de la obstetricia operatoria en la época actual.

GENERALIDADES

Por indicación entiendo toda circunstancia que durante el trabajo del parto pueda ocasionar peligros a la mujer, al niño o a ambos seres, en grado de imponer la necesidad de terminar rápidamente el desembarazamiento. Esta noción debe obtenerse por el examen razonado de la parturiente, y principalmente por la justa apreciación de las condiciones que presente la mujer a quien se atiende y de las cuales se pueda inferir con certidumbre la necesidad de terminar todo trabajo de parto que comprometa, por su prolongación, una o las dos vidas confiadas a la pericia del partero.

En medicina y en cirugía, el médico sólo es responsable de una vida: en obstetricia son dos las existencias confiadas a la pericia y honorabilidad del tocólogo, y éste se encuentra frente a un problema mucho más delicado, porque a veces los intereses de la madre y el niño suelen estar en completa oposición.

He aquí la razón de por qué vengo a exponer a vuestra ilustrada consideración mis íntimas convicciones sobre tan delicado asunto, con la firme creencia de que vuestra opinión dé valor en la que tengan de racionalidad, o las ratifique en caso contrario, guiándolas en el sentido que más las acerque a la verdad, pues me es bien conocido vuestro recto criterio e indiscutible buen juicio clínico.

Antes de considerar el asunto que me propongo estudiar, me valdré de algún ejemplo para demostrar la diferencia que realmente existe entre el médico-cirujano y el partero, al llevar a la práctica las indicaciones que impongan los enfermos de sus respectivas especialidades.

Un médico a la cabecera de un enfermo con pneumonía,—padecimiento que bien podemos considerar como el A. B. C. de la clínica—una vez diagnosticada la enfermedad, su causa inmediata, sitio, extensión,

período en que se encuentra y bien seguro de que la infección evoluciona en organismo no lesionado por otra infección o por padecimiento de otro órgano de importancia para la vida normal, como el corazón o el riñón, de hecho sólo se enfrenta con un individuo generalmente consciente y con aptitud de valorizar su situación, y es evidente que no vacilará en apreciar las indicaciones, seguramente bien definidas, que le impone la naturaleza de la enfermedad y las condiciones que rodean a su paciente, el cual, a no dudarlo, aceptará la prescripción facultativa. Su plan de combate es bien definido y las armas que debe elegir serán otros tantos agentes de acción activa, siempre en relación con la naturaleza infecciosa de la enfermedad. En su prescripción incluye descanso absoluto, aire puro con temperatura regulada, régimen adecuado, alguna agua alcalino-terrosa, etc.; pero su centro farmacodinámico será la quinina; y sus principales auxiliares la digital, el alcohol y la pituitrina.

Bien sé que estos medicamentos no son específicos, pero su empleo ofrece al médico positivas ventajas. La quinina no se recomienda seguramente para moderar la fiebre, sino para combatir a las bacterias y a las toxinas bacterianas; mas el descenso de la temperatura que generalmente produce, proporciona efectos ventajosos y la curva termométrica sirve de guía eficaz para dosificar la cantidad y frecuencia con que se debe prescribir.

La quinina no tiene, en verdad, alguna acción sobre la intoxicación estrepto-cócica, pero su virtud está bien demostrada contra el neumococo y el bacilo de Pfeiffer, y su acción positiva ha sido comprobada experimentalmente por los doctores Kolmer, Heirt, Steinfield Wers y Cohen. Y si el examen micro-bacteriológico del esputo revelase la existencia de estreptococos y estafilococos, y con mayor razón la del bacilo de Friedlander y del microbio catarral, no tratándose entonces de una franca infección neumocócica, sino de una verdadera infección poli-microbiana, la quinina no prestará utilidad, dejará de estar indicada, y será reemplazada por otros agentes que a la experiencia del medio tratante le hayan demostrado superioridad. En todos los casos, la indicación es el elemento importante y constituye el factor más racional del tratamiento: los medicamentos son únicamente el medio de que se sirve el clínico, con la mira de realizar los beneficios para que están indicados.

Es evidente que la quinina deja de ser útil en las infecciones poli-microbianas y entonces quizá lo estén los sueros específicos tipos 1. 2. 3. o 4., según la especie y grado de virulencia de los micro-organismos de la infección neumónica.

Desde que el doctor Gibson hizo conocer la gravedad en la neumonía aguda, de la caída de la presión sanguínea sistólica a un grado en el cual el número de milímetros de mercurio llega a ser menor que el número de pulsaciones por minuto, los clínicos se preocupan en sostener esta presión, y en la actualidad es bien aceptado que la complicación señalada por Gibson indica un estado lo suficientemente grave para imponer su corrección que realiza una terapéutica adecuada y activa, y para llenar tan urgente indicación y después de haber experimentado la atropina, la cocaína, el cornezuelo de centeno, etc., se ha llegado a apreciar los buenos resultados que proporciona la pituitrina, debido a su acción rápida, poderosa y duradera. Además de obrar con rapidez, intensidad y duración de efecto, posee la virtud de impedir la dilatación paralítica de las paredes del estómago y del intestino, accidentes que con frecuencia acompañan a la depresión vaso-motora general, pero muy par-

ticularmente la del corazón, como resultado, sin duda, de la acción de las toxinas neumónicas sobre el sistema nervioso autónomo-simpático.

La digital constituye también un arma poderosa que, bien y oportunamente manejada, es, con justicia, alabada por los médicos clínicos.

Lo que he expuesto, aunque en verdad muy ligeramente y sin las apreciaciones que el asunto amerita, creo que es bastante para dejar demostrado que el médico, cuando asiste a un enfermo de su especialidad y ante el cual adquiere una responsabilidad en verdad muy noble, pues que desde ese momento contrae el deber de atenderlo con toda pericia y lealtad, llenando con oportunidad las indicaciones que el caso imponga, su responsabilidad se refiere a una sola personalidad generalmente consciente y es enteramente individual.

En muy parecidas condiciones se encuentra el cirujano, pues también sólo tiene que responder de una existencia, y si los medios que emplea son directos y de acción quirúrgica, un diagnóstico exacto, un conocimiento perfecto de la región sobre que debe operar, escrupulosa observación de los preceptos de asepsia y antisepsia unida a una técnica esmerada y a completa hemostasis, le permitirán obtener un resultado generalmente favorable. Para asegurarlo, su esfuerzo debe ser también dirigido a evitar y prevenir los accidentes post-operatorios, por esmerado estudio de su paciente antes de la intervención, que le haga conocer el funcionamiento del riñón; por estricta sujeción a determinadas reglas que impone toda buena técnica durante el acto operatorio; y por rigurosa vigilancia del operado en todo el período de reparación del traumatismo quirúrgico.

Apreciar la resistencia orgánica, y en caso necesario llevarla a las condiciones próximas a las normales o fisiológicas; aumentar la resistencia general a la infección, por rigurosa práctica de asepsia y antisepsia; y principalmente **sólo operar lo que es operable**, son preceptos que deben servir de norma invariable a todo cirujano euidadoso de la vida de su enfermo y celoso de su reputación profesional. Su observancia debe bastarle para tranquilizar su conciencia íntima, en el caso de no obtener un éxito satisfactorio. Pero, repito, su responsabilidad es siempre limitada a un solo individuo generalmente consciente y que está en aptitud de apreciar la necesidad de la intervención quirúrgica para obtener el restablecimiento de su salud; así dá para ella su consentimiento.

Bien diversas son las condiciones en que se encuentra el tocólogo, pues su responsabilidad, como ya he dicho, se refiere a dos existencias: la de la madre y la de su hijo, que suelen presentarse en oposición. ¿Cómo resolver tan árduo problema?

Los métodos de asepsia y antisepsia, hoy simplificados a la vez que perfeccionados, son bien aceptados por los más conspicuos parteros al grado de sostener que los adversarios, justamente llamados **sucios**, presentan una insignificante minoría, bien despreciable; pero si presentan la hmanitaria ventaja de hacer casi nula, no solo la mortalidad, sino aun la morbilidad ocasionada por las operaciones practicadas a las parturientes, presentan el inconveniente, tanto en obstetricia como en cirugía general, de exagerar el número de intervenciones. Y el tocólogo no debe olvidar que el parto es un acto fisiológico que en la generalidad de casos basta vigilar, sin que sea necesario intervenir de manera activa. Sólo ante un obstáculo real, ante alguna anomalía seria en el mecanismo del parto normal, o ante una complicación que ponga en peligro la vida de la madre o la del feto, se adquiere la autorización para intervenir. Esto equi-

vale a sostener: que únicamente se debe intervenir cuando se adquiere la certidumbre de ser útil a la mujer, al niño, y con mayor razón a ambos seres si la prolongación del trabajo de parto llega a ser peligrosa.

TODA OPERACION INNECESARIA ES MALA; he aquí por qué el partero de verdad debe estar familiarizado con la marcha fisiológica del parto, con su mecanismo normal, con los esfuerzos extraordinarios que a veces suele emplear la naturaleza para salir airosa, porque solo teniendo adquirido tan valioso acopio de conocimientos, estará en aptitud de apreciar la necesidad y oportunidad de intervenir. Y sin embargo, ¡cuán a menudo, ya a la cabecera de la parturiente se ve lo difícil que es saber conocer el verdadero momento de elección que reúna estas dos condiciones: 1a., no hacerlo muy pronto ni demasiado tarde; y 2a., elegir la operación más conveniente.

En efecto, si en la práctica se presentan circunstancias muy elaras, como cuando se trata de la eclampsia que aparece durante el trabajo del parto, y en cuyo caso la intervención se impone por ser a la vez benéfica a la madre y al feto, la cuestión es ciertamente muy delicada cuando los intereses de la mujer y del niño están en oposición. Así, por ejemplo, en un estrechamiento moderado de la pélvis, el parto prematuro provocado que evidentemente no hace correr ningún peligro a la madre, es seguramente, menos favorable para el feto que la operación cesárea o la sinfisiotomía.

Creo que a un buen operador obstétrico no le bastará operar con método, sangre fría, destreza y ser un fiel observador de las reglas de asepsia y antisepsia; necesita tener además, el juicio clínico necesario para apreciar la **necesidad** y el **momento preciso de intervenir**, siempre en beneficio de uno o de ambos seres cuyos intereses le son confiados.

Evitar toda intervención y aun una simple maniobra innecesaria, y no vacilar en recurrir a una operación salvadora, por difícil y peligrosa que sea, cuando es la sola áncora que proporcione esperanzas de salvar las vidas que tiene bajo su responsabilidad; son en realidad las cualidades que debe poseer el cirujano tocólogo de inatacable juicio clínico.

Hay casos en los que la intervención se impone con claridad meridiana, como cuando durante el parto secundino se presenta hemorragia abundante que compromete la vida de la mujer, en el cual se debe proceder con actividad, porque a la rapidez en el obrar y a la destreza manual está únicamente confiada la esperanza de detener la vida en la frontera de la muerte.

Cuestión sumamente delicada en obstetricia clínica es la que se refiere a obtener el consentimiento de la mujer y de sus principales familiares, esposo y madre. En casos en que el interés de la mujer está únicamente en juego, la cuestión se formula como en cirugía general y se resuelve con facilidad: así, verbi-gracia, si la mujer pierde sangre con abundancia inmediatamente después de la expulsión del feto, se impone, como acabo de decirlo, y con el carácter de suma urgencia, hacer la extracción de la placenta ya desprendida parcialmente, porque la vida de la mujer lo exige y la pérdida más insignificante de tiempo equivale a la pérdida de la vida. Y es evidente que, tanto la paciente como su familiares, se decidirán sin vacilación; y creo, y aun sostengo con convicción, que en momentos tan angustiosos el partero debe proceder aun sin consulta previa, supuesto que la excesiva gravedad del caso le impone el ineludible, o,—para más claridad—el sagrado deber de proceder sin pérdida de un solo minuto; toda vacilación demostraría falta muy censurable de pericia. Conoce todo lo

grave de la situación y tiene el ineludible deber de proceder sin vacilación, porque de su actividad y destreza depende la vida de la mujer en los instantes más solemnes de su existencia.

Tampoco encuentra dificultades el partero si una operación se impone y ésta beneficia a la madre y al feto. Así, cuando la mujer ha permanecido varias horas en pleno período de expulsión y que la cabeza del niño permanece estacionada en un mismo sitio comprimiendo los tejidos de la madre de un modo peligroso; cuando, principalmente, el feto manifiesta algún padecimiento que hace conocer la auscultación de su corazón, por irregularidad o lentitud de las pulsaciones apreciadas en el intervalo de las contracciones, o bien por la salida del meconio a través del canal pelvi-ge-nital, todo retardo sería un delito de lesa cirugía obstétrica. La aplicación del forceps es enteramente necesaria y la operación es, no solo autorizada, sino aun solicitada por la parturiente y sus familiares.

Pero la situación cambia, si de algún modo entran en lucha los intereses de la madre y los del feto. Supongamos una parturiente con la pelvis moderadamente estrecha, y que no obstante contracciones sostenidas, enérgicas y bien dirigidas, la cabeza del niño no desciende y se adquiere la seguridad de que el feto está vivo. En este supuesto, para poner fin a tan angustiada situación, se puede recurrir a la basiotripsia que, si bien sacrifica al niño, respeta la integridad de los tejidos de la madre; o se opta por la operación cesárea o por la sínfisiotomía, según el estado en que se encuentran las articulaciones sacro-iliacas. Ambas operaciones conservan la vida al niño, pero haciendo correr serio peligro a la mujer. Seguramente que se encuentran madres que sin vacilar expresan el deseo de llegar a tener vivo a su hijo, sean los que fueren los peligros a que la exponga la operación que se les propone; pero otras, influidas por sentimientos diversos, se oponen a toda intervención que las exponga a algún riesgo, y como son alentadas en su determinación por sus familiares, principalmente la madre o por el marido, rehusan toda operación de alguna gravedad y contestan con firmeza: "Sacrifíquese al niño". El partero, ¿debe obedecer?

Los partidarios del feticidio seguramente que no vacilarán en seguir la conducta que se les pide, y amparados en la expresada voluntad de la parturiente y la de sus parientes, procederán a sacrificar al niño; pero yo, que soy incondicional partidario de la conservación de ambas vidas que se confían a mi lealtad y pericia, abrigo la íntima convicción de carecer de autorización para privar de la existencia a un ser racional que desde el momento en que es concebido tiene perfecto derecho a que esa vida que él no ha solicitado, se le ampare, y a que se le imparta todo género de protección para conservarla; tampoco creo deber vacilar en no aceptar petición que implica una,—¿por qué no decirlo con franqueza?—criminal infracción al quinto precepto del Código más humanitario y moral que conozco y que terminantemente manda: NO MATAR. Ese ser débil e incapaz, en esos momentos, de pedir la protección de la ley, merece, en mi sentir, tanto o quizá aun más respecto a tan natural derecho que el que tiene un hombre que ya por su desarrollo está en aptitud de defenderse por sí mismo o por medio de las autoridades competentes. Ese ser que nada puede requerir por su fisiológica aunque transitoria impotencia, de hecho tiene y debe tener un leal y sereno defensor de su vida en todo tocólogo honorable. A éste lo creo con suficiente autoridad para exponer su parecer con toda franqueza y claridad, procurando conciliar los intereses de la madre y los del niño, y su opinión adquirirá autoridad,—conduciéndose siempre con intachable rectitud—porque es el único que posee

pleno conocimiento de causa. Pero, repito, el derecho que tiene para la madre, tiene un límite absoluto: **el consentimiento de la mujer consciente**. Si no lo adquiere y después de haberle expuesto con toda lealtad y claridad los peligros reales de la operación que intenta, aunque con la debida humanidad, es decir, sin exagerarlos, y siempre obrando con rectitud intachable, mi convicción es: que debe retirarse, dejando al lado de la paciente al médico que ella y la familia elijan, y el que, si es partidario de la embriotomía en niño vivo, procederá de conformidad con los deseos de la parturiente.

Tal es la conducta que he observado en mi bien larga práctica.

Creo firmemente que el ideal de toda operación obstétrica debe ser **extraer un niño vivo, sin ocasionarle traumatismo peligroso y sin daño para la madre**. Y en principio debe aceptarse esta definición, porque es innegable que cierto número de intervenciones de relativa benignidad, se imponen claramente, cuando emanen de circunstancias que hacen que la prolongación del trabajo de parto sea peligroso para la mujer y para el niño; pero no debe ignorarse que también suelen presentarse casos, aunque excepcionales, que nacen de circunstancias particularmente graves para solo alguno de ellos. Para estos casos creo conveniente sostener que toda intervención del partero debe tener por principal mira: **atenuar el peligro que compromete la vida o las dos vidas; pero sin crear mayores riesgos**.

En una palabra: creo, que ante la madre y su hijo si ambos están en condiciones normales, la conducta del partero debe tener por invariable mira proteger, respetar y siempre procurar salvar la vida de los dos, recurriendo en caso necesario y con oportunidad a la operación más inofensiva y que más garantice ambas existencias; que cuando la parturiente, siendo consciente, o sus más próximos familiares, en el caso contrario, pongan su veto a la operación que él proponga, debe abstenerse, sean cuales fueren las circunstancias del caso, declinando su responsabilidad en el médico que ella o sus familiares designen.

TENDENCIAS DE LA OBSTETRICIA

Verdad es que actualmente en la obstetricia se ha obrado una notoria transformación, pues que gracias a la práctica de antisepsia rigurosa, así como a los adelantos que han alcanzado los procedimientos operatorios, la mortalidad y la morbilidad consecutiva a las operaciones y aun a las infecciones puerperales, han disminuído en grandes proporciones. De esto ha resultado que los parteros se han hecho más audaces, y que la obstetricia venga tomando un aspecto quirúrgico claramente marcado. Y ciertamente que nuestra época puede con justicia vanagloriarse, de haber extendido de una manera notable el campo de su acción. Por esta razón veo con sentimiento de legítimo orgullo que, por ejemplo, se ha abandonado la embriotomía en niños vivos en los casos de pelvis estrecha, puesto que intervenciones bien metodizadas permiten extraerlos vivos y viables al término de la gestación, debido a que hoy nos encontramos en condiciones ventajosas que no se poseían hace sólo algunos años. Pero precisamente por causa de esa tendencia marcadamente quirúrgica de la obstetricia moderna, creo conveniente recordar: que el parto es, **ante todo**, un acto fisiológico que no ocasione consecuencias funestas para la madre y para el feto, sino en condiciones realmente excepcionales, y aun puedo decir que generalmente bien determinadas. Así es que toda intervención debe ser bien legitimada por indicaciones precisas y formales, sin cuyos requisitos es seguramente perjudicial a la parturiente y al feto, supuesto que no solo es inútil, sino

que aun puede ocasionar peligros a ambos seres, que quizá no habrían corrido sin ella.

Pero para que la intervención que se proyecta pueda ser debidamente ejecutada, se requiere también ciertas condiciones que son determinadas por el estado del trabajo de parto, como: el grado de dilatación del orificio externo del útero; la presencia o ausencia de la bolsa de las aguas; el encajamiento o descenso de la presentación, etc.

Ninguna operación debe practicarse sin que las condiciones que la hacen realizable con un minimum de peligros, se hayan obtenido. Hay, en efecto, para cada intervención, un período antes del cual es peligrosa, y que una vez dejado pasar, puede ser grave y no dar, o cuando menos no proporcionar todos los servicios que de ella se esperaban.

La exacta apreciación de la indicación para operar, y de las condiciones que permiten intervenir, hacen nacer el momento preciso o de elección que, a no dudarlo, tiene toda operación obstétrica. Obrando en ese momento, se llevan todas las probabilidades posibles de realizar el objeto de toda intervención obstétrica que, como ya lo he dicho, es extraer un niño vivo, sin comprometer seriamente la existencia de la madre.

Por muy apremiantes que sean las circunstancias en que se encuentre el partero, debe siempre conservar una tranquilidad perfecta en su juicio que debe guiarle en su decisión.

La determinación del momento de elección para toda operación, es asunto sumamente delicado que requiere un sagaz golpe de vista, sangre fría, temperamento tranquilo, y, ante todo, **experiencia clínica**.

Saber apreciar en su positivo valor las indicaciones y las condiciones que justamente requiere toda intervención; no operar ni con demasiada precipitación ni con retardo, sino en el momento preciso, y hacerlo siempre de la mejor manera, son las cualidades que distinguen al buen partero, las que le dan seguridad en su aptitud y que le permiten dominar las situaciones por graves que éstas sean, a la vez que le proporcionan la fuerza moral que conquista la confianza y que dan tranquilidad a la parturiente y a sus familiares.

Es de interés capital en obstetricia operatoria, hacer un diagnóstico completo de las dificultades que presenta el caso clínico ante el cual se encuentra el operador, para así combatirlas con grandes probabilidades de conseguir vencer. ¡Cuántas mujeres no habrían muerto si, antes de emprender operaciones peligrosas, los médicos hubieran dado cuenta de la causa de la distosia que se proponía combatir!

México, marzo 30 de 1921.

A. S. Hermosa