

# LA PRETERICIÓN DE LA VÍA VAGINAL EN TOCOLOGÍA \*

Prof. P. NUBIOLA

Numerario de la Real Academia de Medicina

Cate drático de Obstetricia y Ginecología

Decano Honorario de la Facultad de Medicina de Barcelona

Los notables descubrimientos y progresos realizados por la Medicina desde los últimos años del siglo pasado y en el curso del actual han trascendido determinando una evolución en la manera de ser de la misma. Si por una parte se ha enriquecido con medios de exploración, con recursos terapéuticos, con técnicas de actuación de sorprendentes resultados, por otra su utilización se ha efectuado en forma que van resultando inaprovechados o desusados los medios de que anteriormente se valía el práctico para el logro de un diagnóstico o para la curación de una dolencia.

Las facilidades ahora logradas, que requieren esfuerzo mínimo, han contribuido poderosamente a considerar menos necesario que el médico aporte a su tarea el esfuerzo personal, más difícil de adquirir y más laborioso de practicar.

Ante la perspectiva de que la pantalla pueda demostrar con exactitud, intensidad, extensión y particularidades de una lesión orgánica, ¿por qué entretenerse en inquirirla por una meticulosa exploración clínica? Si una biopsia puede dar luz completa de un proceso, ¿qué necesidad hay de que la observación sea inquisitiva y repetida para afirmarlo? Tales ejemplos pueden fácilmente ser multiplicados en toda suerte de casos.

En la especialidad tocoginecológica, como en todas, ha ocurrido el mismo fenómeno.

Parece a primera vista que no hace falta preocuparse del diagnóstico clínico de la gestación incipiente cuando se tiene a mano el fácil diagnóstico biológico de embarazo. Que no es necesario un detenido estudio de las condiciones pelvifetales de una grávida, si llegada la ocasión, no ocurriendo el parto, se libera fácilmente el feto por la cesárea.

La tónica que señalamos, entre otros perjuicios, ha contribuido en gran manera a determinar una preterición de la vía vaginal en tología, que además de injustificada considero altamente nociva en la práctica obstétrica.

La enemiga contra el tacto vaginal deriva de una apreciación antigua infundada que se tuvo en la época de lucha para la profilaxia de

\* Conferencia pronunciada en la Real Academia de Medicina de Barcelona. Sesión Científica del día 16 de Enero de 1951. Presidencia: Dr. F. Corominas.

la infección puerperal; más tarde está relacionada con la manera de proceder en la llamada prueba del parto y con el abuso de la cesárea.

Después de la visión genial de SEMMELWEIS, que permitió evitar tantas muertes por infección de las púerperas, de las comprobaciones de SIMPSON, de PASTEUR, de LISTER y de los esfuerzos de cuantos formaron en la cruzada primero de la antisepsia y luego de la asepsia fué universalmente aceptado el concepto de la etiología exógena de las infecciones puerperales y considerado obligatorias las precauciones que las evitaran en la asistencia obstétrica. Pero a pesar de ello, aún cuando se observaran con mayor o menor exactitud, siguieron observándose accidentes infectivos en los puerperios y se creyó poder atribuirlos a la existencia de gérmenes en los genitales, que podían desplegar su acción patógena desde la ocurrencia del parto, y se admitió una etiología endógena, casos de autoinfección.

En vista de ello LEOPOLD propuso que tanto para impedir el acceso de gérmenes del exterior como para evitar el transporte de los que existen en la vagina, el mejor medio era la restricción y en cuanto fuera posible la abstención del tacto vaginal.

Durante mucho tiempo tuvo actualidad la demostración de gérmenes potencial o facultativamente patógenos en la vagina a partir de los trabajos de DÖDERLEIN respecto de la flora vaginal, e hicieron época las acaloradas discusiones entre los partidarios de aquél y los de KRÖNIG, pero es lo cierto que a pesar de todas las aportaciones bacteriológicas al asunto, no se consideran concluyentes y más tarde tal cuestión perdió interés. Además, la Clínica puso en evidencia que en parturientas en las que se afirmaba llevaban en sus genitales bacterias patógenas no les ocurría nada de particular en el puerperio, y aún más, COMMANDEUR y GAUCHERAND pudieron comprobar que en la gran mayoría de casos de infecciones acentuadas de vagina y de cuello uterino, a pesar de ello se observaban puerperios completamente normales, lo mismo en casos de bartolinitis supuradas o de flemones de genitales externos. Y lo mismo se ha observado en todos los servicios obstétricos, no prescindiendo, claro está, en tales ocurrencias, de las precauciones más elementales.

Poco a poco fué desestimándose el temor de que el factor vaginal pudiera ser peligroso, especialmente cuando la práctica del mismo pudo efectuarse con guantes impermeables esterilizados. Así el mismo DÖDERLEIN pudo decir que con el empleo de los mismos durante muchos meses en su concurrida clínica, habiéndose tactado repetidamente a las parturientas, incluso algunas por 20 personas diferentes, no se había observado un solo caso de infección puerperal.

Lo mismo podría aducir yo, pues, que a pesar de repetirse los tactos de las parturientas a mi cargo por la razón docente de adiestrar alumnos de medicina y comadronas no se observaban a continuación infecciones puerperales. STOLTS, HAUCH y muchos otros autores, apoyándose

en estadísticas numerosas, pudieron afirmar que casi no existen diferencias, respecto de morbilidad puerperal, en los casos en que hubo tactos durante el parto y los en que no se practicó ninguna exploración vaginal.

Por tales razones quedaron pronto en desuso las prolijas desinfecciones vaginales en el embarazo y parto que algún tiempo se consideraron indispensables.

Surgieron luego los nuevos conceptos de la autodepuración de la vagina, el reconocimiento de una acción bactericida del flujo vaginal y más tarde fué poniéndose en evidencia que en las infecciones de las paridas, lo que más importa para que no se desarrollen son las condiciones del terreno y también las circunstancias generales orgánicas de las pacientes.

Aparte de otros hechos tiene grandísimo interés la existencia del alumbramiento, que de ser defectuoso da lugar a retención de residuos placentarios y de coágulos favoreciendo el desarrollo de las bacterias que hubieren llegado a la cavidad uterina, que por otra parte queda entorpecida por tal hecho en su involución.

El auge adquirido por la cesárea y considerar que el éxito de la misma era más seguro si se trataba de casos puros, fué argumento para que se proscibiera el tacto, llegando a considerar obligado que no se hubiera practicado desde muchos días antes de la intervención.

También se preconizó que la intervención abdominal se fundamentase en un lapso de tiempo durante el que se comprobara si bastaban o no los esfuerzos naturales para resolver una situación obstétrica que se considerase indecisa en su resultado; a ello se denominó prueba del parto y, claro está, en vistas a la posibilidad de requerirse la cesárea, se evitaba mientras el tacto vaginal.

Claro está que la exploración externa tiene su utilidad aún durante el parto, pero no reconociéndola suficiente se recomendó emplear el tacto rectal. Tiene este sus ventajas, pero en modo alguno puede ilustrar respecto de la forma efectiva en que el parto evoluciona ni puede prevenir diversos riesgos que puede demostrar la exploración por la vagina. Esta es la única forma de averiguación exacta de las condiciones de la excavación y de los tejidos genitales, de la presentación y posición fetales. Pero lo que conviene tener en cuenta es que cuando en el tacto rectal puede pasar inadvertido que exista una prociencia de miembro, del cordón que se verifica por la zona retropúbica, que no se pueda aquilatar la indicación de una rotura precoz de bolsa de aguas o que al practicarlo a ciegas se desgarran vasos que serpentean por las membranas.

Grande es la utilidad que puede tener una actuación por vía vaginal en la asistencia al parto. Me limitaré a señalar dos casos.

La llamada aglutinación del cuello. En este caso, el polo fetal desciende impulsando el segmento inferior, pero sin que se realice la dilatación interna. Puede bastar tantear con una pinza de Kocher el orificio

y ampliarlo para que desaparezca el obstáculo. Casos de esta naturaleza, por tal medio se han resuelto fácilmente cuando la paciente era llevada al quirófano creyendo indispensable la cesárea.

Otro es el caso de la dilatación uterina incompleta, especialmente cuando el ecuador del polo fetal está por encima del orificio uterino; tales casos pueden resolverse por una sencilla maniobra que propuse y he propagado con la denominación de retropulsión uterina, que consiste en impulsar hacia arriba por la parte anterior, laterales y posterior todo el contorno del segmento interior hasta tanto que, habiendo ascendido este todo, el polo fetal queda al descubierto y en condiciones para ser expulsado o extraído.

Otro caso en que es indispensable el tacto vaginal es para la apreciación de la variedad de bolsa de aguas de que se trate. Es cuestión de inquirir si las membranas ovulares que la forman son extensibles, dilatables y que por ello su integridad no perjudica la marcha del parto, o bien por su rigidez o inextensibilidad lo perturban; y además, por el aumento de tensión intrauterina durante las contracciones, sufre y puede morir el feto. En este segundo caso es obligado proceder a la rotura de la bolsa aún cuando esté muy atrasada la dilatación uterina, mientras que en el otro caso la persistencia de aquella obrará favoreciendo la evolución clínica del parto.

La abstención del tacto vaginal ha de conducir a una situación anti-obstétrica y de evidente perjuicio para madre y feto, pues que tenderá a prescindir de casi todas las intervenciones por vía baja. Sólo tendrían lugar partos espontáneos si fueren de breve duración, o si no la operación cesárea abdominal; todo lo más alguna aplicación de fórceps en cabeza asomando por la vulva, pues que los únicos datos en que podrá fiarse serán que no avanza el feto por la hilera genital o el tiempo transcurrido desde que se iniciaron los dolores del parto.

También que si por excepción se intenta proceder a una aplicación de fórceps encontrándose en la excavación el polo fetal, no será raro que a pesar de fácil resolución se fracase lamentablemente. Una intervención de tal clase, a pesar de su simplicidad de técnica, requiere que se haya adiestrado el operador para ello y no puede estarlo si ha prescindido en la práctica del tacto vaginal. Sin éste, no se reconocerán los detalles del caso y se fracasará en la técnica.

Llama la atención en otro concepto el abuso del empleo de la episiotomía. Esta intervención, ideada para profilaxia de un desgarró perineal que interesaría el esfínter del ano, se ha generalizado en la actualidad, y más, precisamente, por los que repudian el tacto vaginal, seguramente no con aquel propósito, sino con el de abreviar el período expulsivo aún en casos en que no se produciría desgarró alguno, o sería insignificante. Si el tacto vaginal pudiera ser peligroso, más lo había de ser una herida que comprende piel y pared vaginal. Afortunadamente no acarrea com-

plicaciones infectivas, si acaso más bien cicatrices irregulares, a veces enojosas.

Respecto de la cesárea, es comprensible que en casos de distocia con mala asistencia, habiendo sido manipuladas o infectadas las pacientes antes del acto operatorio, los resultados no fueran satisfactorios, especialmente cuando generalizado el empleo de la cesárea clásica o corporal, para la que se deseaba incluso que no hubiera ocurrido la rotura de bolsa de aguas. La intervención ha mejorado luego con la cesárea segmentaria y la extraperitoneal, y los operadores no han dudado de practicarla en casos sospechosos o infectados respaldados por la utilización de los antibióticos, pero si se repudia el tacto vaginal no puede fundamentarse en debida forma su indicación.

Ya he tratado en esta misma Corporación, tiempo atrás, de los inconvenientes que tiene el abuso de la cesárea, y no me refiero a que se practique sin necesidad de ello o en sustitución de las intervenciones tocológicas corrientes, sino a que fiando su indicación a la llamada prueba de parto a pesar de la intervención resulte muerto el feto. Nada de extraño que eso ocurra si, por no haberse capacitado de las circunstancias del caso, se apresura el acto operatorio cuando ya se ha producido sufrimiento fetal.

No se crea que ello pueda sólo depender de simple impericia quirúrgica, ni ocurra en manos de operadores improvisados; es seguramente por carecer de educación obstétrica.

Así, al repasar estadísticas extranjeras publicadas este mismo año, podemos observar las siguientes cifras.

Hospital de la Universidad de California. Años 1907 a 1948, 746 cesáreas. Mortalidad fetal de 6'4 %.

Hospital pequeño, de Pittsburgh. Años 1940 a 1949, 118 cesáreas. Mortalidad fetal, total 13'5 %.

Hospital Millard Fillmore. Años 1945 a 1949, estadística referente a 14.591 partos, de los que 1.192 cesáreas, o sea el 8'16 %. El 5'3 % de muertes de feto.

Consta que el 26'7 % de las operadas fueron esterilizadas en el mismo acto operatorio.

Hospital Carney, de Boston. Años 1941 a 1950, 71 cesáreas y 4 fetos muertos.

Cuanto más se prodigue la cesárea, y sobre todo si ésta va siendo efectuada en medios quirúrgicos pero no obstétricos, han de ser más frecuentes los fracasos, especialmente para el feto, puesto que se desconocerán los datos que puede proporcionar, especialmente durante la evolución del parto.

También el auge de la cesárea debe culparse de la proscripción de intervenciones cuya perfección se había logrado en el transcurso de los años; se ve así que se practican cesáreas sin otra indicación que tra-

tarse de una presentación de nalgas o de cara, que se efectúa en sustitución de la versión por maniobras internas, y que no sólo se dejan de practicar las pelvitomías sino que incluso se pretende descalificar a quienes las practican. Y, claro está, tal conducta expone a quiebras, que en algún caso son la expulsión espontánea y feliz del feto, mientras se prepara el quirófano para la cesárea, en otros se tropieza con dificultades para llevar a cabo la intervención y en otros se extrae del abdomen un feto muerto.

Tengo por seguro que pronto o tarde se efectuará una revisión del asunto. Yo no tengo reparo en afirmar que la orientación que hoy rige, además de errónea, llega a ser inhumana.

El caso más patente es el de las pelvitomías. Tocólogos de categoría que han laborado intensamente en la especialidad se verían apurados si tenían que practicar una sección lateral del pubis o aún una sinfisiotomía de recurso.

Y pese a quien pese se dan casos en la práctica obstétrica que el único recurso a emplear en un momento de apuro es una ampliación de la pelvis, que podría salvar la vida del feto cuando una demora en emplearla le causará la muerte.

Las modernas adquisiciones técnicas por una parte, y por otra el empleo preventivo o terapéutico de los recursos atibióticos, han de contribuir mucho a que desaparezca el recelo de la práctica del tacto vaginal. Una vez logrado esto, el práctico siguiendo las normas clásicas adquirirá el hábito del reconocimiento por tal vía y concederá de nuevo valor a todo cuanto trabajosamente se había logrado desde el último decenio del siglo pasado para aquilatar la mejor conducta a seguir, sean cuales sean las circunstancias del caso.

\* \* \*

Después de lo dicho considero conveniente una aclaración: la asistencia obstétrica de buena ley no puede depender de prejuicios, ni de decisiones sistemáticas, sino de conseguir un conocimiento exacto de la situación en cada caso y la aplicación de los recursos que tengan una garantía de éxito.

Bueno es que el práctico utilice en la exploración las prácticas externas por abdomen y aún a través del periné, que utilice el tacto rectal, pero que no deje de practicar el vaginal limitándolo a los momentos en que es indispensable. Que asimismo cegado por una tendencia de actualidad o por otras razones ya conocidas no extienda la indicación de cesárea cuando puede intervenir con mejor provecho recurriendo a las bien regladas intervenciones corrientes.

Por último, a pesar de que en la actualidad hayan caído en desuso la sinfisiotomía y la pubiotomía, el tocólogo tiene el deber de conocer y

saber practicar dichas intervenciones, porque en algunas ocasiones, de no hacerlo, habrá dejado de prestar servicio a un caso que lo reclama. Y lo mismo que de las pelvitomías debe decirse de todas las técnicas de la tocurgia que se idearon y practicaron anteriormente. Sin despreciar nada de lo que llegó a adquirirse en otras épocas, podemos, en el presente, obrar seleccionando lo que entendamos más provechoso para la madre y el hijo.

*Estados espásticos*

**Epaver**

INYECTABLES • TABLETAS • SUPOSITORIOS

*Clorh. papaverina - fenobarbital - metil nitrato atropina*

INSTITUTO BIOQUIMICO HERMES