

Comentarios a medio siglo de práctica obstétrica-ginecológica

P. Aguirre Rodríguez

Después de la jubilación y de unos años del abandono total de la práctica de la medicina, me he planteado la destrucción del archivo de historias clínicas. Yo, como muchos de mi generación, hemos simultaneado el ejercicio de la profesión en Centros Oficiales, ya sean de la Beneficencia o de la Seguridad Social, con la práctica privada de la profesión. Las historias clínicas de la medicina oficial pertenecen al Centro u Hospital correspondiente, donde quedan archivadas y pueden ser revisadas para trabajos estadísticos o de otra índole. Pero, ¿qué hacer con las historias clínicas de una consulta particular? Yo creo que deben ser destruidas, y eso es lo que me propongo, pero antes he querido darles un repaso porque creo que de ellas se pueden sacar algunas enseñanzas, ya que por la gran extensión en el tiempo y por los adelantos en la práctica médica, ha variado mucho la asistencia en los procesos gene-

Este trabajo, que hemos insertado en Seminario Médico como «Nota histórica», tiene a nuestro juicio un doble valor: refleja la personalidad de una figura importante de la Tocoginecología giennense en el último siglo, la del Dr. Pío Aguirre Rodríguez, con sus excelentes dotes de observación, amplio caudal de conocimientos teóricos y prácticos y capacidad para expresar los arduos problemas de su especialidad en lenguaje claro y comprensible, casi coloquial.

A la vez, traduce fielmente la evolución de esta rama del saber médico a lo largo de esas décadas; tiene, por tanto, para los que las hemos vivido profesionalmente el encanto de una evocación de «otros tiempos heroicos», y para las que se han incorporado más recientemente a la tarea, el atractivo de contemplar los cambios cuali-cuantitativos de una ciencia viva y en permanente progreso.

J. Sillero F. de Cañete

las enfermas tenían que llegar a pie o en camilla, ayudadas por los familiares o por los miembros de la Cruz Roja, si eran de Jaén, que recogían a las enfermas o a las parturientas desde su domicilio particular a la Maternidad Provincial. Este era un pobre edificio que sólo disponía de dos salas de encamamiento, de un paritorio muy reducido y de un quirófano, donde se hacía de todo, desde la consulta externa, las curas, la asistencia a partos y las operaciones de ginecología, y donde se pasaba todo el frío del mundo, porque para que tuviera más luz, la pared que daba al exterior había sido

rativos de la mujer y en las enfermedades específicas de ésta.

Yo me hice especialista en la Maternidad Provincial de Jaén, entonces ubicada en la calle de la Cuna, en un vetusto edificio anexo al Hospicio de mujeres de Santa Teresa, local que por estar en una calle tan estrecha, no podían entrar los coches y

sustituída por una gran cristalera y en invierno, sobre todo de noche, antes de utilizarlo, teníamos que quemar alcohol en una palangana. También había en aquella casa una habitación que hacía las veces de despacho y que compartíamos con un funcionario administrativo que llevaba toda la burocracia del aquel centro.

Los doctores don Diego Luzón y don Eduardo López García-Triviño fueron mis maestros, para los cuales guardo un recuerdo de gratitud.

Yo ingresé en la Maternidad como médico interno en octubre de 1945. El internado era para dos años, pero yo seguí trabajando ininterrumpidamente hasta el año 1971 en que pedí la excedencia, primero como médico agregado y después de unas oposiciones, como médico en propiedad. Pero ya la cosa había mejorado mucho y teníamos una nueva Maternidad en el Paseo de la Estación, ya bien instalada incluso con calefacción.

En aquel tiempo se asistían pocos partos normales. La mayoría eran distócicos, con trabajo de parto de 24 ó 48 horas, por lo que eran frecuentes las operaciones con feto muerto como la basiotripsia y la decapitación. Con feto vivo lo más frecuente era la aplicación de fórceps y la versión. Para hacer una cesárea abdominal, se tenían muy en cuenta las horas transcurridas desde la rotura de la bolsa. Como consecuencia de aquella obstetricia, eran después frecuentes las operaciones de fístulas vésico-vaginales. En aquel tiempo eran también muy frecuentes los casos de placenta previa, que empezaron a resolverse por la cesárea abdominal, y se impuso la versión de BRAXTON-HICKS por los buenos resultados que se obtenían. También eran muy frecuentes los casos de abortos, muchos de ellos febriles o hemorrágicos, en los que no hacíamos demasiadas preguntas, contentándonos con las «caídas por las escaleras», pues eran tiempos de gran penuria económica y mala o ninguna medida anticonceptiva eficaz. En aquel tiempo las historias clínicas se escribían en libros registros, y para buscar-

las se hacía por la fecha en que se había iniciado. Es curioso que este mismo procedimiento se usaba en el Servicio del Dr. Gálvez en la Maternidad de Málaga, según pudimos comprobar años después en una visita a dicho servicio.

Por aquellos años empezamos a practicar las primeras transfusiones sanguíneas, que entonces se hacían de brazo a brazo y que tenían un efecto resucitador y, por momentos, se veía mejorar a mujeres que poco antes parecían muertas, a pesar de que casi nunca se llegaban a transfundir más de 300 cc de sangre.

A pesar de la falta de medios, en aquella Maternidad rudimentaria se hacía un trabajo y se obtenían unos resultados bastante buenos, e incluso se operaba ginecología de alta calidad, gracias al esfuerzo, al trabajo y al tesón de don Eduardo López García-Triviño.

Recuerdo cuando empleamos los primeros frascos de Penicilina, que entonces había que inyectar cada cuatro horas. Era la época en que los practicantes se quedaban a dormir en casa de los enfermos pudientes, para poder inyectar 20.000 unidades cada cuatro horas. Las sulfamidas las empleábamos desde hacía un par de años, pero yo recuerdo los abscesos de fijación por inyección de Trementina y las inyecciones de Septoyodo. Eran los años en que España estaba dominada por la sequía, además del cerco internacional; eran los años del hambre, de las restricciones eléctricas, de las carestías; sufríamos apagones de luz a cada momento y algunas veces había que terminar algunas operaciones con candiles improvisados, con un plato sopero lleno de aceite y mechas de algodón encendidas alrededor. Yo defino aquellos años como los años heroicos de la ginecología en Jaén.

Después, en los años 60, tuvimos una nueva Maternidad en el Paseo de la Estación. Aquél fue un edificio moderno en el que pudimos trabajar con más comodidad y bastantes más garantías en los resultados, aunque todavía faltos de personal, por lo que tenías





Octubre de 1958. El doctor Eduardo García Triviño con sus dos predilectos discípulos: El doctor Pío Aguirre, a su izquierda, y el doctor Cándido Nogales, a su derecha. La nobleza de sus figuras está reflejada en la tierna y distendida sonrisa.



Los doctores Eduardo García Triviño y Pío Aguirre, en el quirófano de la Maternidad Provincial. Eduardo García Triviño, Jr., a la derecha de su padre.

que asistir las urgencias, que eran muchas, una semana durante el día, de ocho a diez de la noche, y a la semana siguiente durante la noche.

El archivo de historias clínicas de mi consulta particular empieza de una forma tímida en el año 1948 y se acrecienta en la segunda mitad del año 1950, después de mi casamiento. En aquel tiempo no se concebía un ginecólogo soltero.

Las primeras consultas son por patologías del embarazo y por enfermedades concomitantes o por gestosis, sobre todo del tercer trimestre, que entonces eran muy numerosas. También consultaban muchas mujeres acerca del pronóstico de un futuro parto, después de otro u otros desgraciados, y la clásica sintomatología de dolor, metrorragia y leucorrea. Después, la consulta fue cambiando, viéndose muchos casos ginecológicos y muchas mujeres acudían para la vigilancia de un embarazo normal, así como muchas mujeres infértiles o estériles y al final muchas acudían a hacerse una revisión. Muchas de ellas acudían todos los años en perfecto estado de salud.

El número de historias clínicas de mi consulta particular es de 15.250, correspondiendo 753 a las que consultaban por falta de descendencia y 153 a las que se diagnosticaron un proceso maligno.

Hemos revisado las historias de las 753 mujeres que consultaron por no tener hijos y bastante de ellas no volvieron por la consulta, después de hacerles una breve exposición de la exploraciones mínimas a que tenía que someterse la pareja. En dos, hubo que cambiar el objetivo al descubrirse dos neoplasias malignas. En una de ellas, carcinoma de mama y en otra un adenocarcinoma de endometrio; éste en edad muy temprana, pues la enferma sólo tenía 32 años, pero tenía el antecedente de haber sido tratada durante bastante tiempo con estrógenos. Ambas fueron operadas y calmada su ansia de maternidad, años después, con la adopción de sendas niñas.

Quinientas cincuenta y nueve mujeres fueron estudiadas junto con sus parejas, y en ellas encontramos obstrucción de trompas en 138. Cincuenta de las cuales era de origen tuberculoso, pero todas en los años 50, 60 y principios de los 70; en este grupo sólo se produjeron tres embarazos tubáricos. En 59 casos se diagnosticó azospermia en varón; en este lote se aprecia un tanto por ciento muy elevado el motivo de haber padecido paperas durante la niñez. Fueron también muy frecuentes los casos de astenospermia, necrospermia y oligospermia, a pesar de que el espermiograma sólo se prescribía después de dos tests pos-coitales insatisfactorios. Es curioso que en un caso de oligospermia llamativa, la mujer quedara embarazada a los 5 ó 6 meses, después de aconsejar unas abstenciones prolongadas y efectuar el coito solamente los días previos a la ovulación.

De las 559 mujeres estudiadas, 118 quedaron embarazadas y llegaron a tener un hijo; unas de manera muy fácil, incluso en el tiempo de las distintas exploraciones y otras después de tratamientos prolongados. Entre las primeras hay que incluir las que eran infértiles por un factor cervical y después de las distintas y frecuentes dilataciones a que es sometido éste por las distintas maniobras para insuflaciones, estudio del moco cervical, test pos-coital, etc., el factor cervical mejora hasta el punto de permitir un embarazo cuando todavía se está estudiando la pareja. Pero la mayoría de las mujeres que respondieron a los distintos tratamientos eran mujeres en las que fallaba el factor ovulatorio: ovarios poliquísticos, ciclos anovulatorios, insuficiencia gonadal, etc., en los que no había tratamiento medicamentoso u hormonal hasta años recientes, pero que ya, en los años 60, obtuve buenos resultados con la radioterapia estimulante de hipófisis y ovarios o método Kaplan; tratamiento que fue aplicado por el Dr. Arroyo Guerrero y que motivó una Comunicación al Congreso de Ginecología celebrado en Valencia en 1959.

Respecto a la infertilidad, hay que recoger casos de abortos tardíos por incompetencia cervical, que desde los años 70 se tratan fácilmente con el cerclaje de cérvix y también, por aquella época, tuvimos ocasión de tratar abortos tardíos, en casos de digenesias uterinas, por útero-plastias.

Aunque el número de historias clínicas en que se diagnosticó una neoplasia maligna parece algo reducido, hay que tener en cuenta que la mayoría de estas enfermas son vistas y tratadas en hospitales y yo sólo me voy a referir a los casos vistos en la consulta particular.

En ella, los casos de carcinoma de cérvix uterino alcanzan la cifra de 59, notándose una disminución y un diagnóstico más temprano conforme van pasando los años, de tal manera que en los años 50 era frecuente ver Ca de III y IV grado, y en cambio en los años 70 y 80, se diagnosticaban casos más precoces, en grado I, incluso he visto dos casos de carcinoma «in situ» o Ca intraepitelial o grado 0.

Excepto los de grado III y IV, todos los demás fueron operados por el método de histerectomía ampliada de MEIGWERTHEIM.

De adenocarcinoma de endometrio tengo recogidos solamente 43 casos, aunque tengo la impresión de haber operado muchos más, sobre todo a partir del año 1970, en que me incorporé a la Seguridad Social como Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología, y donde hacíamos legrado-biopsia a todas las mujeres menopáusicas que tuvieran manchas de sangre. Estas enfermas diagnosticadas de Adenocarcinoma de endometrio han sido todas operadas por histerectomía abdominal simple, a veces con un manguito de vagina y no por histerectomía ampliada, y los resultados han sido bastante satisfactorios, sobre todo desde que después de la operación han sido tratadas con Gestágenos en un tiempo prolongado, por lo que creemos que no es necesario practicar la histerectomía ampliada en estos casos y dejarla solamente para los Ca de cérvix.

Esta es una opinión presuntamente subjetiva que me gustaría que fuese confirmada haciendo un estudio sobre los casos operados en el Centro Maternal de Jaén, estudio que brindo a los ginecólogos que siguen trabajando en dicho hospital.

De carcinoma de vulva tengo recogidos 27 casos solamente, con un pronóstico muy malo en los primeros años y que mejoró ostensiblemente cuando empezamos a ser más radicales al emplear la Técnica de PARSONS y ULFEDER.

Una parte importante de la cirugía ginecológica de este medio siglo, era motivada por lo que entonces se diagnosticaba como «síndrome de congestión o fibrosis», que por los años 50 y 60 se hizo muy popular; tanto, que yo recuerdo haber oído en una sala de espera de un ambulatorio de la Seguridad Social, la siguiente frase: «Sí, a mi hermana también la operaron del Síndrome». Entonces se operaban muchas mujeres con este diagnóstico. En estas laparotomías ginecológicas se solían hacer: ligamentopexias, ligadura de varicoceles, resección cuneiforme de ovarios, resección del nervio presacro, apendicectomía, etc., y en la historia correspondiente se compendian con el término de «verificación compleja». Recuerdo que la primera vez que presencié una operación de este tipo fue en el Servicio del Profesor Conill, en Barcelona, en el año 1950.

En la patogenia de este síndrome de congestión y fibrosis, debían influir diversos factores, pero no sería el menos influyente la práctica del «coitus interruptus». La prueba es que, cuando se popularizaron los anticonceptivos orales dejó de diagnosticarse el referido síndrome.

Mucho ha cambiado la práctica de la especialidad en este medio siglo, tanto en los medios diagnósticos como en el tratamiento. Los medios diagnósticos se han enriquecido mucho con la Citología, la Celioscopia y la Ecografía, además de los métodos radiológicos modernos, y los medios terapéuticos han avanzado sobre todo los medicamen-

tosos con los Antibióticos, las Hormonas y más recientemente la Antihormonas.

En Obstetricia, la asistencia al parto ha cambiado completamente con los procedimientos analgésicos, ya los goteos con Pentothal como las anestias extradurales.

Qué lejanos están los tiempos del «Cloroformo a la reina», que nosotros usábamos en los años 50 y 60. Pero la gran ayuda que ha recibido la asistencia al parto de la mujer, ha sido, sin duda, la asistencia al re-

cién nacido, sobre todo al recién nacido prematuro, que hoy hace que las cifras de mortinatalidad se acerquen a cero. ◀

Pío Aguirre Rodríguez, *Ex-Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Maternal de la S.S. Miembro de Honor de la Sociedad Española de Ginecología. Jaén.*

