La mortalidad Perinatal en la operación de Zárate [1]

Dr. Eduardo L. García-Triviño

Director de la Maternidad Provincial de Jaén

Si el índice de mortalidad perinatal es expresión del criterio obstétrico y si una labor común por mejorarlo es tarea noble, la aportación de la experiencia personal a ese fin es obligada, y la rectificación de posibles yerros debe ser tan generosa como honrada.

Aceptada por nosotros la sinfisiotomía, en su contenido actual u operación de Zárate, por proporcionarnos —cual ninguna otra operación— una mortalidad materna igual a cero, también lo es como salvaguarda de los intereses fetales, por ser también la única operación obstétrica que, al no actuar directamente sobre el organismo fetal, por sí misma no puede dañarle. Por eso, allí donde se aplique con justeza de indicaciones y técnica, habrá de reducir el indice global de mortinatalidad, al restar indicaciones a la tokurgia clásica y a la cesárea, más lesivas para el feto que ella.

Efectivamente, a diferencia de la tokurgia por vías naturales, no suma compresión al ovoide cefálico. Por el contrario, y dada la gran capacidad anatómica y funcional que imprime a la pelvis, resta esfuerzo acomodativo al móvil, alejando el posible trauma. A diferencia de la cesárea, elimina el trauma químico trasplacentario de narcóticos y relajantes, con impregnación de centros vitales y que al parto laparotómico hace preciso y cuyas consecuencias tanto nos preocupan. Es operación de anestesia local. Las apneas fetales aquí no se dan y las angustiosas

(1) Comunicación afin a la Ponencia sobre mortalidad Perinatal, en la IV Reunión de Ginecólogos Españoles.-Madrid, septiembre, 1960.

reanimaciones —no siempre exitosas— no son aquí precisas.

El parto espontáneo es la regla general tras la S. P. S. que respeta al máximum su mecanismo, pero además un parto breve y fácil, al restablecerse de modo automático-reflejo una dinámica uterina perturbada por la falta de avance anterior. Así vemos terminar en unos minutos, de modo sorprendente, partos de muchas horas de evolución, con contracciones tan dolorosas como ineficaces. El hecho tiene gran valor en momento en que tanto nos inquieta el parto lento por su repercusión fetal sobre todo. Si el feto sufría ya por efecto de la compresión cráneo-cerebral, al cesar ésta con la operación, el ritmo cardíaco se restablece y la alarma cesa.

Si la emergencia surge, toda operación extractiva está particularmente facilitada sin violencia para el feto.

Toda la argumentación anterior permite afirmar que si un feto muere en sinfisiotomía no habrá «sido por ella», sino «a pesar de ella».

Material y métodos

Hemos practicado la S. P. S. en 152 casos. La indicación fué siempre la desproporción moderada feto-pélvica creada por la pelvis o por el móvil.

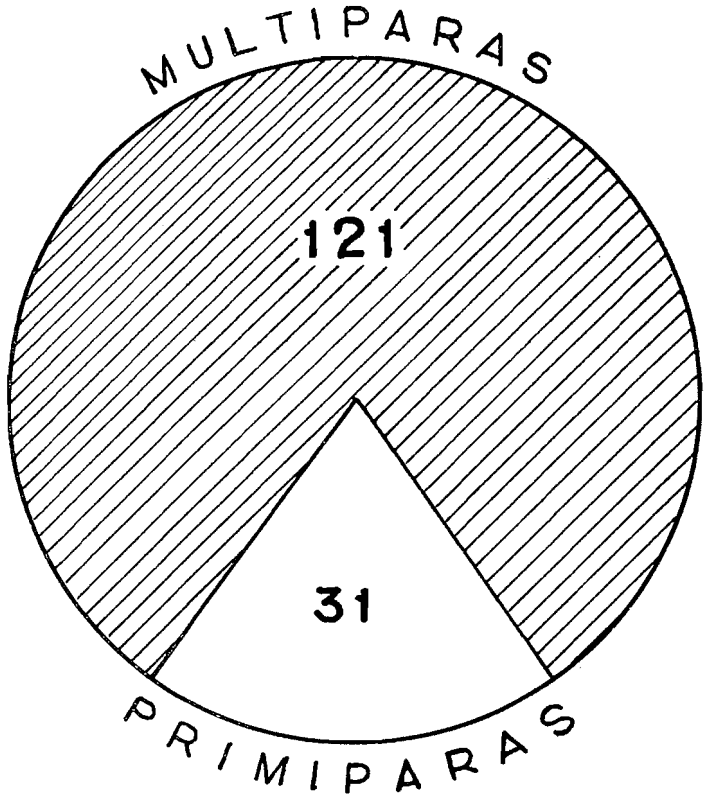
La hemos empleado indistintamente en primíparas y multíparas, no encontrando razón para restringir las indicaciones en aquéllas, si bien en ellas el parto espontáneo es menos frecuente y la espera más larga (nunca superior a cuarenta o sesenta minutos), mientras que en las multíparas es de cinco a quince minutos.

En todo caso hemos procurado el parto espontáneo subsiguiente, cooperando con ella todos los recursos en boga en el momento actual de la obstetricia para la asistencia al parto normal. La episiotomía es de regla en la primípara, y en ella y en la multípara, más el vacuo-extractor, es un recurso valiosísimo para abreviar el período basal. Del binomio sinfisiotomia-vacuo-extractor estamos particularmente satisfechos.

La hemos complementado con maniobras extractoras fetales si el sufrimiento fetal surgió (circulares casi siempre) o si la dinámica, en úteros agotados en largas esperas, no recuperó su normalidad y eficacia. El forceps bajo, liviano, no aumentó la mortinatalidad.

La hemos empleado, excepcionalmente, como maniobra complementaria de operaciones obstétricas que parecían factibles y que la tracción de prueba demostró lo contrario. Fué para el feto mejor conducta que el cambio de vía, que a veces (en asistencia domiciliaria) no es factible. En la asistencia en el parto podálico abandonado y con cesárea ya imposible ha salvado fetos, aunque desdichadamente no haya podido salvar a todos.

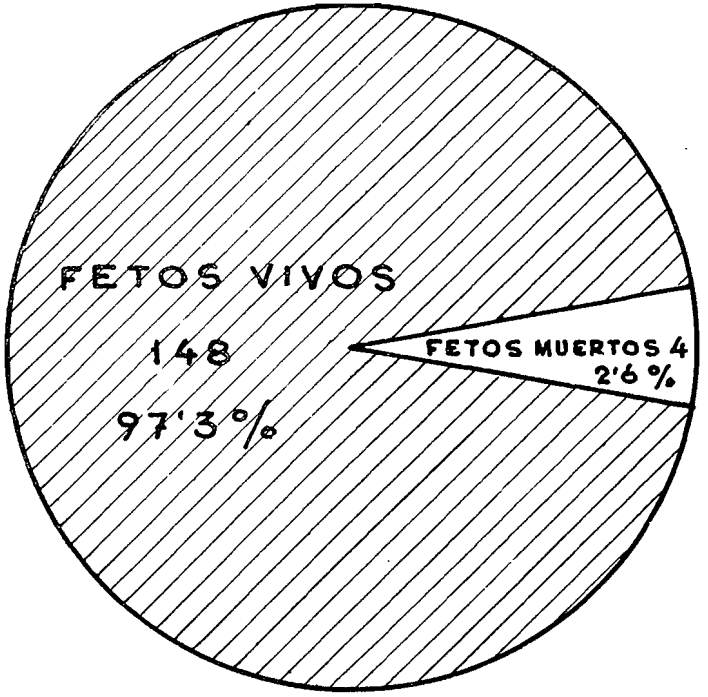
La hemos practicado casi siempre con anestesia local, que basta. Sólo cuando hay incidencia extractiva la



152

Nº TOTAL DE S.P.S.

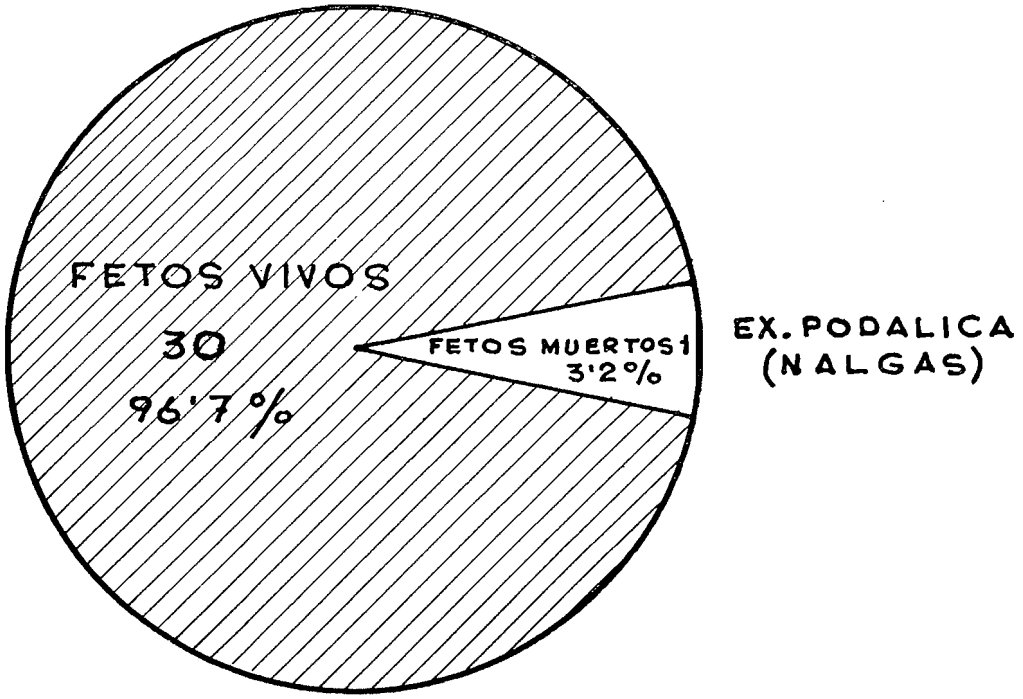
MORTINATALIDAD.



152

ESTADITICA GLOBAL.

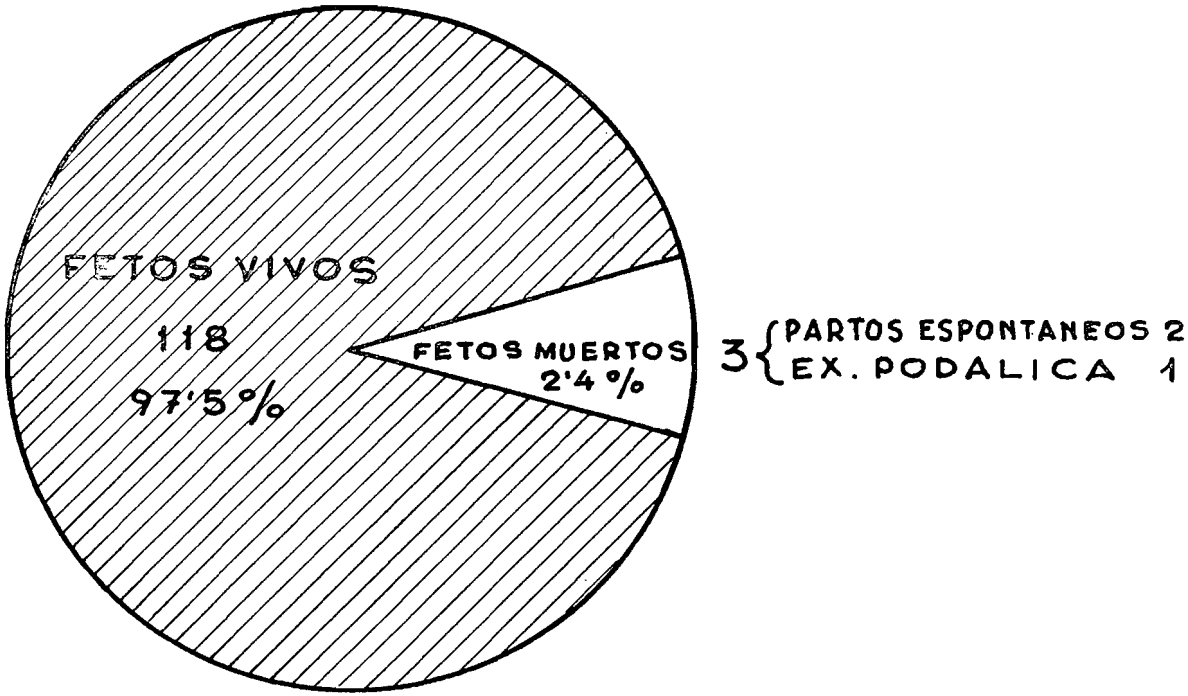
MORTINATALIDAD.



31

FETOS EN PRIMIPARAS.

MORTINATALIDAD.



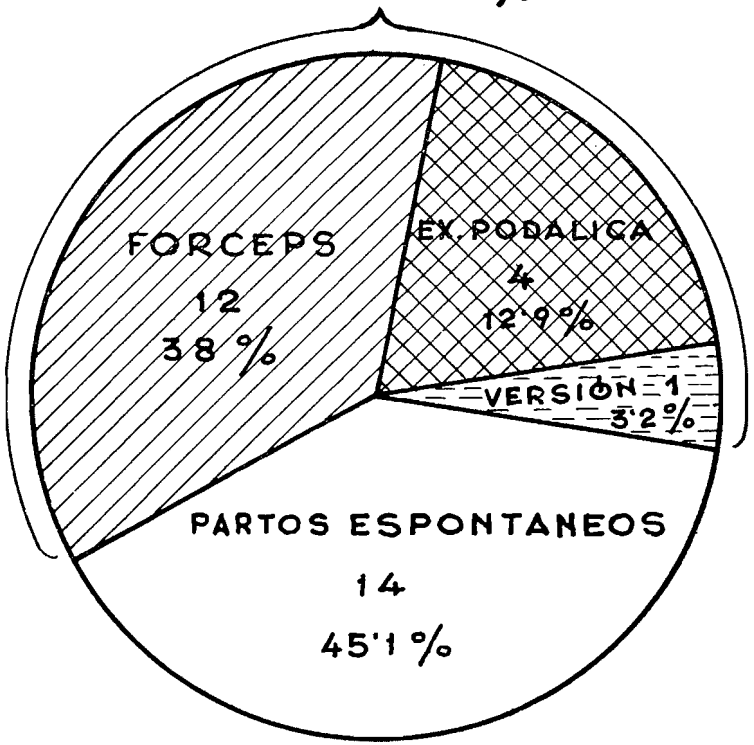
121

FETOS EN MULTIPARAS.

INCIDENCIA CON OTRAS OPERACIONES.

S.P.S. ASOCIADAS.

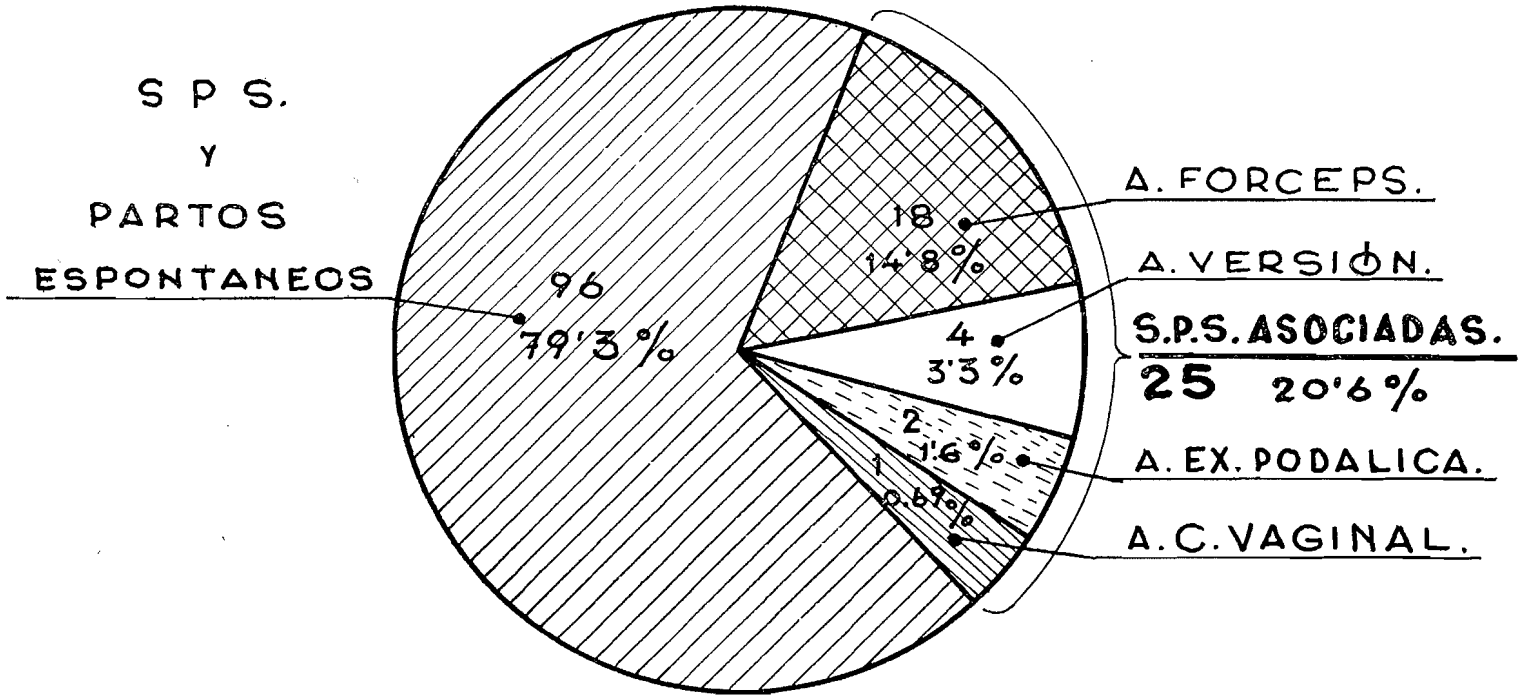
17 54'8 %



31

S.P.S. EN PRIMIPARAS.

INCIDENCIA CON OTRAS OPERACIONES.



121

S.P.S. EN MULTIPARAS.

completamos con ligeras narcosis que, ni por su tipo, profundidad y duración, se nos ha manifestado como lesiva para el feto.

Los cuatro casos de muerte fetal en nuestra estadística han sido: dos fetos muertos en S. P. S. y parto espontáneo, en multíparas, con duración de media de seis minutos. En ambos casos los fetos estaban agónicos y en uno de ellos con prolapso de cordón, que ya no latía. Los otros dos —uno en primípara y otro en multípara— en S. P. S. complementaria de gran extracción podálica en partos abandonados, con pelvis justas. Si en los primeros ese sufrimiento fetal tan avanzado hubiera sido tratado con cesárea, irían a aumentar el número de mortinatos en esa hermosa operación. Si los dos segundos hubieran llegado a nuestras manos en fase más precoz del parto, habrían ido a aumentar el número de nuestras cesáreas y reducido el de nuestras sinfisitomizadas.

En los gráficos adjuntos se detalla nuestra estadística.

Conclusiones

La operación de Zárate no puede motivar por sí misma mortalidad fetal alguna, al no actuar directamente sobre el organismo fetal. Su mortalidad perinatal debe ser teóricamente igual a cero.

El aplicarla, en intento heroico de salvar fetos moribundos, ha lastrado con dos óbitos nuestra estadística. Estamos seguros que ninguna otra operación pudo salvar esos fetos.

El aplicarla como maniobra asociada, facilitadora de la gran extracción podálica, también en partos abandonados y con cesárea ya imposible, ha sumado dos casos más de óbito fetal a nuestra estadística. Esos fetos han muerto no «por ella», sino «a pesar de ella».

Es en una conducción más correcta del parto, antes de ingresar las enfermas en nuestros Servicios, donde está la clave del éxito. Mientras se nos siga entregando el material con los defectos actuales, ni ésta ni ninguna otra operación podrá verse libre de resultados de los que no son directamente responsables. A pesar de todo, creemos que una mortalidad perinatal de 2,6 por 100 es realmente baja y digna de meditarse.