

Asepsia y antisepsia en obstetricia

Carlos F. Dárdanos

RLU: 1895 - V (7) - pp. 353-360

No hay ramo de las ciencias médicas que no haya experimentado los inmensos beneficios de la antisepsia, y si esto es cierto en modo general, podemos decir que la obstetricia en particular, es una de las que más provecho han sacado de los inmortales descubrimientos del ilustre Pasteur. Efectivamente, esta verdad resalta del simple examen de las estadísticas de las grandes Maternidades Europeas, antes y después de la introducción de los métodos antisépticos y asépticos en obstetricia; examen en el cual no entraremos aquí por no desviarnos de nuestro objeto. Pero si nos parece oportuno establecer, desde luego, una marcada distinción entre asepsia y antisepsia; la primera de estas palabras encerrando en si la idea de ausencia de todo germen del contagio ó materia séptica, y la segunda la destrucción de estos mismos agentes patógenos una vez que ya existen en nuestros tejidos.

En obstetricia, como en todos los ramos de la cirugía, la antisepsia fue la que primeramente se practi-

có con más esmero y solo poco á poco, y con el transcurso del tiempo, fue que la idea de la asepsia ha ido extendiendo su imperio en las prácticas de los parteros, de modo que actualmente se puede decir que ella es la que ocupa el puesto más preponderante en obstetricia. Por ella, pues, daremos principio á este estudio.

Si examinamos las diferentes modificaciones que la preñez imprime al organismo maternal, fácil es convencerse que todos los sistemas de la economía sufren perturbaciones funcionales importantes, exceptuando solamente el sistema genital, que toma por lo contrario un desarrollo anormal. El sistema digestivo y particularmente la nutrición, que es la que más sufre, se encuentra aletargada en sus cuatro funciones: absorción, asimilación, desasimilación y eliminación. De aquí, que los tejidos de la parturienta ofrecen menos resistencia á la invasión de los agentes patógenos de toda clase. La mujer puerperal debemos considerarla, pues,

como un excelente caldo de cultura que hay que conservar, á todo trance, estéril, es decir, inaccesible á los gérmenes exteriores ó con otra palabra: aséptico. A esa condición, solamente, podremos tener la satisfacción de ver desaparecer de nuestra práctica, como casi ha desaparecido de todas las grandes Maternidades modernas, la fiebre puerperal, las flebitis, las inflamaciones y absesos de los pechos, la fiebre de leche, la oftalmía purulenta de los recién nacidos y otras afecciones, sobre cuta patogénesis, solo se tenían ideas muy erróneas.

La asepsia en obstetricia no se limita al propio momento del parto ni solo á los órganos genitales: debe extenderse á los últimos meses de la preñez y á todo el tegumento externo. La mujer embarazada debe observar el mayor cuidado en la higiene y aseo de su persona; tomará baños jabonosos tanto más frecuentes, cuanto más próxima se encuentra al alumbramiento y durante los últimos 15 días se hará todas las mañanas lavados de la vulva con agua y jabón, y se pondrá una inyección vaginal de permanganato de potasa al 1/1,000' ó de agua naftolada al 1/4,000. Estas precauciones son suficientes cuando las vías genito-urinarias se encuentran completamente sanas. Incumbe al médico el deber de descubrir si existen lesiones inflamatorias de dichos órganos, en cuyo caso las medidas que hemos indicado serían puramente ilusorias. Así, pues, sería necesario tratar por los me-

dios adecuados y curar con tiempo cualquiera afección del sistema genital, como sería una vaginitis, una cistitis, bartolinitis supurada ó metritis cervical purulenta etc.

Llegado el momento del parto debemos hacer de caso que vamos á practicar una operación de cirugía y prepararnos en consecuencia. Las manos y antebrazos serán cuidadosamente lavados y desinfectados lo mismo que todos los objetos que tocarán á la parturienta. La desinfección de los instrumentos merece una mención especial, pues las condiciones en que se hace uso de ellos no son las mismas que en cirugía general. En efecto, lo más común es que llamen al médico inapropiadamente, talvez á deshoras de la noche para hacer alguna operación imprevista que no le dá tiempo de practicar la desinfección por medio de la estufa á aire seco ó cualquier otro método lento. Es necesario emplear un método de desinfección, á la vez seguro y rápido, que esté en acuerdo con la urgencia del caso. El mejor es el abrasamiento por medio del alcohol ó *flambage* de los franceses, que consiste en mojar los instrumentos, uno por uno en dicho líquido y hacerlo arder ó en colocarlos en una cubeta todos juntos, regarlos de alcohol por encima y darle fuego, lo que un cirujano amigo de las comparaciones ha llamado hacer el *punche de los instrumentos*. Fácilmente se comprende que ese procedimiento no es aplicable á los instrumentos de

corte, que se embotarían rápidamente. A mi juicio, el método más perfecto, consistiría en colocar los instrumentos en obstetricia en una caja de níquel á cerradura hermética y transportable; desinfectarlos por medio de la estufa seca y conservarlos así sépticos al abrigo del aire y siempre listos á servir en cualquier caso imprevisto, no teniendo entonces más que abrir la caja sirviéndose de ella como cubeta, llenarla de solución fenicada.

Pasando de la desinfección de los instrumentos á la de la mujer en trabajo, comenzaremos por administrarle un enema evacuante y enseguida un lavado de la vulva con agua tibia y jabón y con solución sublimado al 1/2,000. Todas las veces que el tacto vaginal sea necesario se procederá primeramente á la desinfección de las manos por los métodos usados en cirugía y se untarán los dedos con vaselina esterilizada y sublimatada, salolada o boricada. En seguida se procederá á una inyección vaginal, que practicará el médico personalmente, para mayor seguridad y eficacia, no contentándose con solo inyectar el líquido anti-séptico, sinó que también introduciendo dos dedos en la vagina y restregando las paredes de dicho conducto y el cuello de la matriz.

Esta inyección será repetida cada 2, 3 ó 4 horas según más ó menos rapidez con que progrese el trabajo. La solución con que se practican estas inyecciones no deja

de tener su importancia y se ha discutido mucho en la Academia de Medicina y en todas partes sobre el antiséptico más conveniente para las parturientas. La Academia, al fin, se decidió por el sublimado y, á propuesta del Profesor Budin, estableció la fórmula siguiente:

Rp. **Sublimado corrosivo....0gr. 25**

Ácido tartárico.....0gr. 50

Solución alcohólica de carmín de índigo al 5%.I. gota para un paquete.

Estos paquetes destinados á preparar extemporáneamente un litro de solución al 1/4,000 presentan algunos inconvenientes señalados últimamente á la Academia por M. Crequy. El polvo que así se obtiene es muy higrométrico y se altera rápidamente, transformándose en una masa que destruye el papel que la contiene. La gota de solución de carmín de índigo es insuficiente para darle coloración apreciable á un litro de agua, y no hace más que favorecer la liquifacción de dichos polvos.

M. Adrián cree remediar á estos inconvenientes especificando que se haga uso de ácido tartárico, preparado por el procedimiento inglés que está exento de impurezas y remplazando la solución de carmín de índigo por el *Azul de Nicholson soluble BB* que es un polvo. Su fórmula es la siguiente:

Rp. **Sublimado.....1gr.**

Ácido tartárico inglés....4,.

**Azul de Nicholson soluble BB.
c.s. M.D. en 4 paquetes que
se envolverán en papel de
pergamino.**

antiséptico al cual dá la preferen-
cia, por las razones siguientes:

1° Es antiséptico enérgico.

2° No es tóxico.

3° Es barato.

4° Es muy soluble y cómodo
para transportarlo.

5° No necesita materia colo-
rante alguna.

6° Mancha la ropa (y también
las manos!)

Además de los inconvenientes
señalados por M. Crequy, les he-
mos encontrado á dichos paque-
tes otro menos desagradable en la
práctica que es el de arruinar todos
los instrumentos metálicos que se
encuentran en su cercanía, como
me sucedió a mí con un estuche de
bolsillo no obstante que los papeles
de sublimado ocupaban un departa-
mento separado. Análogas á estos
polvos son las pastillas de sublima-
do que vienen ya preparadas, y que
se pueden fabricar añadiendo á la
fórmula anterior c.s. de substancia
aglutinante. Mi venerado maestro
el Sr. Profesor Pinard, prefiere el
bijoduro de mercurio al bicoluro
por ser menos tóxico y se emplea
según la fórmula siguiente:

Rp. **Bijoduro de Mercurio....0
gr. 50**

Yoduro de potasio.....1 ,,

**Agua caliente.....2
litros.**

Estamos de acuerdo con todas
las calidades que el Profesor Ter-
rillón atribuye al permanganato,
pero en cuanto á este último pun-
to difícilmente nos convencerá que
sea una ventaja y creemos por el
contrario que es el único y muy des-
agradable inconveniente que tiene.

El Profesor Tarnier, en su re-
ciente obra, hace un estudio muy
importante sobre los diferentes
antisépticos empleados en obstre-
tricia y su acción, comparada sobre
el estreptococo, el estafilococo y el
vibrión séptico que son los agentes
patógenos, que más deben temer
las parturientas; y, lejos de haberse
decidido exclusivamente por uno
de ellos, emplea según las circuns-
tancias las substancias siguientes:
1° sublimado á 0 gr. 2 ^{o/oo}; 2° micró-
cidina á 4 ^{o/oo}; 3° ácido fénico á 20
^{o/oo}; 4° sulfato de cobre á 5 ^{o/oo}; 5°
permanganato ó 0,50 ^{o/oo}; 6° ácido

El Profesor Terrillón, en su
tratado de asepsia y antisepsia qui-
rúrgica, hace la apología del *per-
manganato de potasa* á 1 ^{o/oo} y, a
propósito de partos, dice que es el

bórico á 40 ^{o/oo}; 7° yodo metálico á 2 ó 3 ^{o/oo} que es el que mejores resultados le ha dado.

De todos los antisépticos que hemos pasado en revista, el más empleado es el sublimado, pero debemos tener presente que es también uno de los más peligrosos por ser muy tóxico. Su empleo está formalmente contra indicado en las dos circunstancias siguientes:

1° Desgarraduras de los órganos genitales.

2° Alteración de los riñones. Cuando los órganos genitales han sufrido traumatismos importantes y, sobre todo, cuando nos encontramos en presencia de una mujer albuminúrica, no debemos nunca hacer uso de sublimado, ni de ácido fénico, ni de b ioduro de mercurio y en tal caso le damos la preferencia al permanganato.

Nos hemos extendido largamente sobre la cuestión de las inyecciones por ser estas de primera importancia, pero existen otras precauciones que es bueno conocer y practicar. El lavado de la vulva con jabón y solución desinfectante, que se practica al principio del trabajo, se repetirá cada 3 horas cuando el trabajo es prolongado y sobretodo, cuando las condiciones de aseo en que se encuentre la parturienta no son muy satisfactorias. Estos lavados ulteriores se pueden suprimir, á mi parecer, tomando la precaución de recubrir la vulva después

del primer lavado, con algodón hidrófilo ó con una compresa de gasa esterilizada y empapada en una solución desinfectante, precaución que de todas maneras se hará necesaria durante el período de expulsión, cuando la cabeza se presente á la vulva y durante dos semanas, por lo menos, después del parto. Este algodón ó compresa será cambiada cuantas veces se encuentre sucia, ó por lo menos todos los días. Verificado el parto y el alumbramiento se procederá á un simple lavado de la vulva y de las partes vecinas con solución desinfectante y seguido de una inyección muy caliente que tendrá por principal objeto el de despertar la contractilidad uterina entorpecida por la fatiga y los traumatismos. Muchos parteros continúan las inyecciones desinfectantes durante el postpartum y aún practican sistemáticamente una *inyección intra-uterina* después de la alumbramiento. Esta conducta ha sublevado grandes discusiones pues se les ha tachado á las inyecciones intra-uterinas graves inconvenientes como son: la penetración del líquido y del aire en los sinus abiertos, el peligro de intoxicación etc. de manera que algunos las creen formalmente contra-indicadas. Consultemos aquí la opinión de las dos grandes autoridades de París en materia de obstetricia.

El Profesor Tranier aplica una inyección intra-uterina á toda parturienta después de la expulsión de los anexos y afirma que dicha inyección rinde grandes servicios á

condición que sea hecha con un líquido poderosamente microbicida y con las precauciones siguientes: asepsia de las manos y de la canula; desinfección previa de los órganos genitales externos con una solución de sublimado; introducción cuidadosa de la canula para no abrir las heridas perineales; débil presión del líquido etc. En apoyo de su opinión publica las estadísticas de la Maternidad desde el 1° de Noviembre 1,888 hasta el 1° de Junio 1,894 que comprenden 7,427 partes sobre los cuales no ha tenido más que 65 defunciones.

Mi venerado maestro el Profesor Pinard, cuyas estadísticas de la Clínica de partos de Baudelocque no son menos brillantes, no emplea nunca las inyecciones intra-uterinas después de los partos fisiológicos. reservando estas solo para aquellos casos en que, por alguna razón, tiene dudas sobre la perfecta asepsia, practicada antes del parto, ó para aquellas mujeres en que se ha tenido que practicar alguna intervención intra-uterina, ya sea manual ó con instrumentos y con mayor razón pues cuando la parturienta se encuentra ya infectada. Nosotros seguimos los preceptos de nuestro sabio maestro dirigiendo todos nuestros esfuerzos á obtener la más perfecta *asepsia* antes y durante el parto para no necesitar de *antisepsia* después y cuando la primera no ha tenido lugar echamos mano de todos los medios *antisépticos* de que disponemos y entre los cuales contamos las inyecciones

intra-uterinas. Por ellas daremos principio á lo que nos queda decir sobre antisepsia.

Las inyecciones *intra-uterinas* en obstetricia están lejos de presentar la misma inocuidad que en ginecología á consecuencia de las condiciones esencialmente diferentes en que se encuentran los órganos genitales. No olvidemos el enorme aumento de poder de absorción, la gran superficie avivada y la capacidad que después del parto presenta la matriz. Los diferentes modelos de sondas ó doble corriente usadas en ginecología no convienen generalmente para las inyecciones intra-uterinas en obstetricia. La sonda más empleada para estas inyecciones es la del Profesor Budin, pero nosotros preferimos la de Pinard que es una simple cánula de plata de 32 cm. de largo y curvadura adecuada. Hemos visto las precauciones que recomienda el Profesor Tarnier para practicar dichas inyecciones; no las repetimos. La solución más comunmente empleada es la de ácido fénico á 1/300. La cantidad del líquido será de 5 á 10 ó más litros y la temperatura de 40°. El Profesor Pinard recomienda el biyoduro de mercurio á 1/2,000 y el Profesor Tarnier el yodo metálico en solución á 2 ó 3 ^{o/oo} el cual se ha mostrado muy superior á todos los otros antisépticos. Efectivamente, durante un primer período en que el Profesor Tarnier aplicaba á toda mujer después del alumbramiento una inyección intra-uterina de sublimado á 1/4,000, tuvo una mortalidad

de 18 sobre 1,746 partos; durante un segundo período en que ensayó diferentes antisépticos como microcidina, sulfato de cobre, etc. tuvo 45 defunciones sobre 4,229 partos; y en fin, durante un tercer período en que se hizo uso de soluciones de yodo al 2 ó 3 ‰ solamente tuvo 2 muertos sobre 1,452 partos.

Algunos parteros emplean como medio más enérgico que las inyecciones intra-uterinas, en ciertos casos, el raspado de la matriz. El Dr. Auvar d ha inventado para esta operación una cureta irrigadora. Pero nos parece que debemos ser muy reservados con esta intervención.

En una escala mucho más elevada, como eficacia y energía de acción, debemos colocar la *irrigación continua* que, á nuestro parecer, es el tratamiento curativo por excelencia de la infección puerperal. La irrigación continua no es más que una inyección intra-uterina muy prolongada pues puede continuar durante 3, 5 y 8 días sin interrupción. En los dos años que estuvimos en la Clínica de Partos Baudelocque cuyo jefe, el eminente Profesor Pinard es partidario, tuvimos mil ocasiones de observar los maravillosos efectos de este tratamiento. El manual operatorio es el siguiente: La preparación de la cama es muy simple en nuestros países, donde no se usan colchones ni resortes; basta con tomar un catre de correas, perforar el petate en el centro y poner un balde de-

bajo para tener una instalación tan perfecta como práctica. En seguida tómesese una barrilito ó cualquier recipiente muy aseado del contenido de unos 15 ó 20 litros que se desinfectará cuidadosamente. Si no tiene una llave en la parte inferior practíquese un agujero redondo, tápese con un corcho perforado en el centro y pásese un canuto de vidrio, al cual se adaptará un tubo de caucho suficientemente largo; en la otra extremidad de este tubo se adaptará la cánula de plata del Profesor Pinard y así quedará instalado el aparato irrigador. Acostada la mujer en la cama se comienza por un lavado de vulva y una inyección vaginal; después se introduce la cánula de Pinard en la matriz con las mismas precauciones que para una inyección intra-uterina y se comienza por hacer pasar unos 3 ó 5 litros de solución de biyoduro de mercurio á 1/2,000, continuando después la irrigación con una solución de ácido fénico á 1/3,000 que se tendrá listo y se echará en el recipiente á medida que éste se vaya vaciando. La solución de biyoduro será substituida por una solución saturada de naftol B. en las mujeres, albuminúricas y en las que hayan sufrido una pérdida enorme de sangre. La temperatura del líquido se mantendrá constantemente entre 35° y 40° y la cánula será fijada por medio de un cordón á la cintura de la mujer. La vulva será recubierta con algodón yodoformado.

Creemos interesante traducir textualmente las conclusiones que

la Señorita, Estella Dobrouskine hace en su tesis de doctorado sobre: *La irrigación continua como Tratamiento Profiláctico y Curativo de la Septicemia Puerperal*. Dice así:

“La irrigación continua es “un tratamiento muy eficaz y “de mucho valor en la septicemia puerperal. Asegura la anticepsia de la llaga uterina “desinfectándola constantemente y protegiéndola contra “una nueva infección.

“Como tratamiento preventivo, la irrigación continua debe emplearse:

1° Siempre que una intervención necesitando la introducción de la mano ó de un instrumento en el útero ha sido “practicada sin precauciones antisépticas;

2° Después de una delibranza artificial en una mujer que “ha tenido una hemorragia grave ó una albuminuria intensa. “Como tratamiento curativo: 1° Cuando una inyección intra-uterina no ha tenido influencia sobre la temperatura “ó ha sido seguida de un escalofrío intenso con elevación “considerable de la temperatura; 2° Cuando los fenómenos de “infección aparecen en las 48 horas que siguen al parto”.

Nosotros, por nuestra parte, estamos más inclinados á emplear la irrigación continua solamente como tratamiento curativo, á lo menos, en nuestra clientela civil. En las Maternidades donde todo está cómodamente instalado puede uno, para mayor provecho de las enfermas, darse el lujo de emplearla como método preventivo.