

Necesidad de cuidarse de expresar una opinión sobre la posible duración del parto.

ración del parto; mas es ésta tan incierta, que el profesor deberá ser siempre muy reservado en la respuesta. Aun en los casos en que el parto marcha en apariencia del modo más satisfactorio, los dolores se extinguen con frecuencia y puede retardarse varias horas. En el primer estadio, un cuello que parece rígido y estrecho puede dilatarse rápidamente de un modo inesperado y terminar muy luego el parto. Si el médico adelanta demasiado, es fácil que incurra en error; vale más que sea muy reservado en sus predicciones.

Tiempo del día en que se verifica el parto.

Ocurren más partos en las primeras horas de la madrugada que en cualquier otro momento. Así, West (1) ha observado que de 2.019 partos, 780 ocurrieron desde las once de la noche á las siete de la mañana, 662 desde las siete de la mañana á las tres de la tarde y 577 desde las tres de la tarde á las once de la noche.

(1) Amer. Med. Journ., 1854.

CAPÍTULO II

MECANISMO DEL PARTO EN LAS PRESENTACIONES DE VÉRTICE

No puede exagerarse la importancia del estudio profundo de los fenómenos mecánicos que acompañan al paso del feto á través de la pelvis. Estos fenómenos, que se han llamado con razón el alfabeto de la obstetricia, dominan toda la práctica de los partos, y el médico que conociera incompletamente este asunto no sería más que un empírico incapaz de dirigir, con seguridad para la enferma y satisfacción de su conciencia, los casos difíciles que exigen una intervención quirúrgica.

Al estudiar los fenómenos fisiológicos del parto hemos tomado por tipo el caso más común: la presentación de vértice, cuya descripción es aplicable, con ligeras diferencias, á las demás presentaciones. De igual modo, en la discusión de los fenómenos mecánicos del parto, describiré con todos sus detalles el mecanismo de la presentación de vértice, reservándome indicar las particularidades de las otras presentaciones en el capítulo en que las estudiemos en particular. La presentación de vértice es más frecuente que las otras (próximamente 95 veces de cada 100), hallándose plenamente justificado este modo de estudiar el asunto, y cuando el alumno conoce á fondo los fenómenos del parto en las presentaciones de vértice, le es fácil comprender el mecanismo de las demás, pues todas se fundan en el mismo plan general.

Ante todo debemos penetrarnos de la importancia de las suturas y de las fontanelas, pues son nuestros guías en el diagnóstico de la posición de la cabeza del feto y en la apreciación de sus progresos á través del conducto pélvico; si no se ha adquirido el *tactus eruditus*, merced al cual pueden distinguirse unas de otras, es incapaz el médico de

Importancia de la cuestión.

Frecuencia de las presentaciones de vértice.

Modo de reconocer la posición de vértice por las suturas y fontanelas.

darse cuenta exacta de la marcha del parto. Y esto no siempre es fácil. Se necesita mucha práctica y mucha experiencia para poder descubrir con absoluta certeza la posición de la cabeza; deberá, pues, procurarse alcanzar este conocimiento, sin que lamentemos nunca el tiempo perdido ni las dificultades vencidas para conseguirlo.

Posición
de la cabeza
al principio del
parto.

Al principio del parto, el diámetro mayor de la cabeza puede encontrarse en la dirección de casi todos los diámetros del estrecho superior, excepto en la del antero-posterior, que no es bastante largo. Sin embargo, en la gran mayoría de casos penetra en la excavación por uno u otro de los diámetros oblicuos, ó en una situación intermedia entre el diámetro oblicuo y el transverso; pero antes de encajarse en el estrecho superior está dirigido, sin duda con mucha más frecuencia de lo que se supone, en el sentido del diámetro transverso. De aquí resulta que los tocólogos tienen la costumbre de asignar á la cabeza cuatro posiciones, según el punto de la pelvis á que corresponde el occipucio del niño: la primera y la tercera posiciones son aquellas en que el diámetro mayor de la cabeza del feto ocupa el oblicuo izquierdo de la pelvis; la segunda y cuarta, aquellas en que ocupa el diámetro oblicuo derecho (1). Se han hecho muchas subdivisiones de estas posiciones, con lo cual se logra sólo complicar el asunto y hacerle más difícil de comprender.

Las posiciones de la cabeza del feto después de su en-

(1) En Inglaterra no se designan las posiciones con el nombre de primera, segunda, tercera y cuarta, según el grado de frecuencia de cada una de ellas, como se hace en Francia. Se las designa partiendo de la eminencia ileo-pectínea izquierda (extremidad anterior de nuestro diámetro oblicuo izquierdo) y dando la vuelta á la pelvis de izquierda á derecha. Así, la primera posición inglesa es la misma que la nuestra, pero su segunda corresponde á nuestra tercera y su tercera á nuestra segunda.

Para evitar todo error, me serviré en el curso de mi traducción de las denominaciones anatómicas casi generalmente aceptadas hoy por los tocólogos franceses y extranjeros, y en vez de decir primera, segunda, etc., diremos: O I I A (occipito-iliaca izquierda anterior), O I D P (occipito-iliaca derecha posterior), O I D A (occipito-iliaca derecha anterior) y O I I D (occipito-iliaca izquierda posterior).

(Nota del Traductor francés.)

trada en el estrecho superior, que importa distinguir en la práctica, son, pues:

Generalmente
se describen
cuatro.

La primera posición (*occipito-cotiloidea izquierda, occipito-iliaca izquierda anterior, O I I A*).—El occipucio está dirigido hacia el agujero oval izquierdo, el sincipucio hacia la sínfisis sacro-iliaca derecha y el diámetro mayor de la cabeza ocupa el diámetro oblicuo izquierdo de la pelvis.

La segunda (*occipito-cotiloidea derecha, tercera en Francia, occipito-iliaca derecha anterior, O I D A*).—El occipucio está dirigido hacia el agujero oval derecho, la frente hacia la sínfisis sacro-iliaca izquierda y el diámetro mayor de la cabeza ocupa el oblicuo izquierdo de la pelvis.

La tercera (*occipito-sacro-iliaca derecha, segunda en Francia, occipito-iliaca derecha posterior, O I D P*).—El occipucio mira hacia la sínfisis sacro-iliaca derecha, la frente hacia el agujero oval izquierdo y el diámetro mayor de la cabeza ocupa el oblicuo izquierdo de la pelvis. Esta posición es la inversa de la anterior.

La cuarta (*occipito-sacro-iliaca izquierda, occipito-iliaca izquierda posterior, O I I P*).—El occipucio mira hacia la sínfisis sacro-iliaca izquierda, la frente hacia el agujero oval derecho y el diámetro mayor de la cabeza ocupa el oblicuo derecho de la pelvis. Esta posición es la inversa de la segunda (inglesa).

Se ha discutido durante mucho tiempo, y aun sigue discutiéndose entre los tocólogos, la frecuencia relativa de estas posiciones. Según Nægele, de cuyo ensayo clínico tomamos la mayor parte de los datos sobre este asunto, la cabeza ocupa el diámetro oblicuo izquierdo 99 veces de cada 100. Investigaciones más recientes han levantado algunas dudas acerca de la exactitud de estos datos, y muchos tocólogos modernos creen que la posición O I D A, considerada por Nægele como un estadio transitorio en la marcha natural de la posición O I D P, es mucho más común de lo que él creía. Al hablar del mecanismo del parto en las posiciones occipito-posteriores nos ocuparemos detalladamente de esta cuestión, pero entretanto puede apreciarse el desacuerdo que existe entre las opiniones de los autores modernos echando una ojeada por el siguiente cua-

Frecuencia
relativa de estas
posiciones.

dro, relativo á la frecuencia de las diferentes posiciones, que tomamos de la obra de Leishman (1):

	Primera posición O I I A	Segunda posición O I D A	Tercera posición O I D P	Cuarta posición O I I P	No clasificados.
Nægele.....	70	»	29,	»	1
Nægele joven..	64,64	»	32,88	»	2,47
Simpson y Barry.	76,45	0,29	22,68	0,58	»
Dubois.....	70,88	2,87	25,66	0,62	»
Murphy.....	63,23	16,18	16,18	4,42	»
Swayne.....	86,36	9,79	1,04	2,8	»

Como se ve, todos los tocólogos aceptan la frecuencia inmensamente mayor de la primera posición; el único punto discutible es la frecuencia relativa de la segunda y tercera.

Explicaciones acerca de la frecuencia con que la cabeza ocupa el diámetro oblicuo derecho.

Se han dado diversas explicaciones acerca de la mayor frecuencia con que la cabeza ocupa el diámetro oblicuo izquierdo. Algunos autores creen que el dorso del feto tiende á dirigirse, según han demostrado las investigaciones experimentales de Honing y de otros autores, bajo la influencia de la gravedad, hacia delante y á la izquierda de la madre cuando está de pie y hacia atrás y á la derecha cuando está acostada. Según Simpson, la cabeza ocupa el diámetro oblicuo izquierdo, porque la longitud del derecho está más ó menos disminuida por la presencia del recto. Si éste está deprimido, el acortamiento del diámetro es ligero; pero está tan á menudo distendido por las materias fecales (cuando hay estreñimiento en un grado muy marcado), que no es difícil comprender que pueda realmente tener gran influencia sobre la posición de la cabeza del feto.

Al describir el mecanismo del parto nos referiremos sobre todo á la primera posición, que es la más común, y haremos notar después brevemente las diferencias que existen entre ella y las posiciones menos comunes.

Descripción de la primera posición

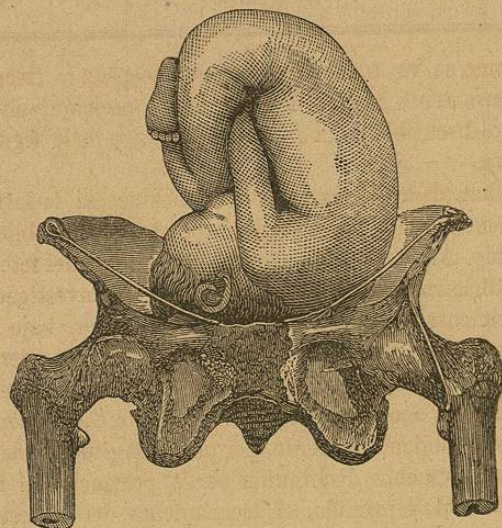
En la posición O I I A, cuando la cabeza principia á descender, el occipucio está en el estrecho superior, miran-

(1) Leishman, *System of midwifery*, pág. 341.

do á la eminencia ileo-pectínea del lado izquierdo, la frente dirigida hacia la sínfisis sacro-iliaca derecha y la sutura sagital atravesando oblicuamente la pelvis en el diámetro oblicuo izquierdo. El dorso del niño está vuelto hacia el lado izquierdo del vientre de la madre, el hombro derecho hacia su lado derecho y el izquierdo hacia el lado izquierdo (fig. 98). Si se hace entonces un reconocimiento vaginal (colocada la mujer en la posición ordinaria del par-

Posición de la cabeza en el estrecho superior.

Fig. 98.



Actitud del feto en la primera posición. (Según Hodge.)

to) (1), y si el orificio está bastante abierto, el dedo toca la protuberancia del hueso parietal derecho, indicada como la «parte que se presenta». Esta expresión se define de diverso modo, pero la mejor definición es quizás la que adopta Tyler Smith, á saber: «la porción de la cabeza fetal que encuentra primero el dedo en el círculo formado por el orificio uterino, la vagina y la vulva durante los estadios sucesivos del parto». Si se dirige hacia arriba la punta del dedo que examina, tocará la sutura sagital, que atraviesa

(1) Es decir, en Inglaterra en decúbito lateral izquierdo.

oblicuamente la pelvis; hacia abajo y á la izquierda tocará la fontanela posterior triangular, de la que parten las ramas de la sutura lambdaidea. Si pudiera llevarse el dedo en la dirección opuesta, bastante arriba y á la derecha, llegaría á la gran fontanela anterior; pero en este momento está demasiado alta para que pueda alcanzarla. El mentón está ligeramente doblado sobre el esternón, y esta flexión, como vamos á ver, se aumenta mucho á medida que la cabeza ejecuta su movimiento de descenso.

La cabeza, al principio del parto, está generalmente encajada en el estrecho superior, sobre todo en las primíparas. En las multiparas, á consecuencia de la relajación de las paredes abdominales, el útero se inclina un poco hacia adelante y la cabeza permanece por encima del estrecho superior, pero es empujada en cuanto principia el parto.

Opinión de Nægele sobre la oblicuidad de la cabeza en el estrecho superior

Nægele—cuya descripción han adoptado la mayor parte de los autores—dice que la cabeza en este período es oblicua al estrecho superior, y considera el parietal derecho, que toca el dedo que examina, como mucho más bajo que el izquierdo. En estos últimos años se ha negado la exactitud de esta opinión, y en la actualidad es casi por todos admitido que no existe esta oblicuidad y que la cabeza entra en el estrecho superior de la pelvis con los dos parietales sobre el mismo plano y el diámetro biparietal paralelo al plano del estrecho (fig. 99). Se adoptó la opinión de Nægele, porque el dedo encuentra siempre la protuberancia parietal derecha más baja, y también porque en este punto reside el *caput succedaneum*, ó bolsa sero-sanguínea, observada en la cabeza del niño después de su expulsión. Estos dos argumentos son, sin embargo, falaces; el hueso parietal derecho es la parte que naturalmente se encuentra más baja, á causa de la posición oblicua de la pelvis sobre el tronco, y respecto al *caput succedaneum*, ha demostrado Duncan que no se forma en el punto más expuesto á la compresión, como Nægele aseguraba, sino en la parte de la cabeza menos comprimida, es decir, en la región colocada en el eje del conducto vaginal.

División de los movimientos mecánicos en periodos.

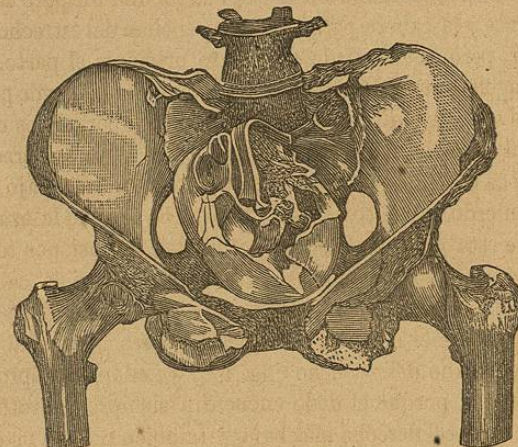
Los tocólogos acostumbran dividir, para facilitar la descripción del parto, en diferentes tiempos los movimientos que sufre la cabeza. Debe, no obstante, recordarse que no

son tiempos separados y distintos, que puedan apreciarse siempre en la práctica; se confunden, por el contrario, insensiblemente unos con otros, y á menudo se observan simultáneamente, ó poco después, en un parto rápido. Estos tiempos son: 1.º, la flexión; 2.º, el primer movimiento de descenso; 3.º, el movimiento de acomodación; 4.º, la rotación; 5.º, el segundo movimiento de descenso y la extensión; 6.º, la rotación externa.

1.º Flexión.—El primer movimiento de la cabeza consiste en una rotación sobre su diámetro biparietal, movi-

Flexión.

Fig 99



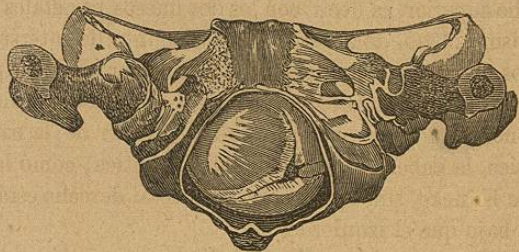
Primera posición: movimiento de flexión.

miento que pone el mentón del niño en contacto con su esternón y que hace descender el occipucio más abajo que la parte anterior de la cabeza. Merced á él se ganan lo menos 12 milímetros, pues el diámetro suboccipito-bregmático de la cabeza (8 ½ centímetros) reemplaza al occipito frontal (11 ½ centímetros) (fig. 99).

El movimiento es más marcado cuando la pelvis es estrecha, y en algunos casos de deformidad pélvica se verifica en un grado considerable, en tanto que en las pelvis excepcionalmente anchas y espaciosas no existe sino en una corta extensión ó falta del todo. La razón de esta flexión es doble.

Solayres y la mayoría de los tocólogos la explican diciendo que la fuerza expulsiva se comunica á la cabeza del niño á través de la columna vertebral; y como la cabeza está articulada mucho más cerca del occipucio que del sincipucio, siendo igual la resistencia, debe ser empujado el occipucio hacia abajo. Tal es, sin duda, la explicación correcta de la flexión una vez rotas las membranas; pero antes de su rotura el huevo es, en realidad, una bolsa líquida, comprimida por igual en todos los puntos por las contracciones uterinas y empujado *en masa* á través del orificio, no transmitiéndose por completo la fuerza expulsiva á través de la columna vertebral. Ocurre esto porque la flexión se veri-

Fig. 100.



Primera posición: el occipucio en la excavación.
(Según Hodge.)

fica probablemente del modo siguiente: la cabeza está articulada más cerca del occipucio que de la frente, y como experimenta por todas partes igual resistencia de los tejidos, la presión hacia abajo es más eficaz en su parte frontal; como consecuencia, se eleva esta parte y desciende el occipucio. Esta explicación puede considerarse también como exacta después de la rotura de las membranas, y probablemente estas dos causas obran para verificar el movimiento en las circunstancias ordinarias.

Descenso
y
acomodación.

2.º y 3.º Los movimientos de *descenso* y de *acomodación* pueden describirse juntos. Tan luego como la cabeza ha franqueado el orificio uterino desciende con bastante rapidez á través de la pelvis, hasta que el occipucio llega casi al nivel de la parte inferior del agujero oval (fig. 100) y

el sincipucio al de la segunda pieza del sacro. Entonces se produce un movimiento de acomodación, se hace más accesible la fontanela anterior, se aproxima al plano en que está situada la posterior y el mentón no permanece tan doblado sobre el esternón. Este cambio es debido á que el extremo anterior del ovoide experimenta mayor resistencia que el posterior; pero tan luego como la resistencia aplicada á éste contrabalancea y excede la aplicada al anterior, debe descender el sincipucio. El lado derecho de la cabeza desciende también más que el izquierdo por la misma razón; de tal suerte que la cabeza, en realidad, se dobla ligeramente sobre el hombro derecho. Küneke (1) ha negado esta oblicuidad de la cabeza sobre su diámetro transversal en la parte inferior de la pelvis, y sostenido que la cabeza franquea toda la pelvis en la dirección de su entrada al estrecho superior, es decir, con los dos huesos parietales sobre el mismo plano, de tal suerte que el punto de intersección de los diámetros transversal y anteroposterior de la pelvis corresponde á la sutura sagital. Hay, sin embargo, muchas razones para creer que, en la mitad inferior de la cavidad pélvica, la cabeza no es realmente sinclítica, como la describe Küneke, sino que el hueso parietal derecho está algo más bajo que el izquierdo.

4.º El movimiento de *rotación* es muy importante. Lleva el diámetro mayor de la cabeza, del diámetro oblicuo de la excavación, al diámetro anteroposterior del estrecho inferior (fig. 101) ó á un diámetro casi correspondiente, de tal suerte que se halla en relación con el diámetro más largo del estrecho inferior. Este cambio se verifica casi siempre, y puede observarlo realmente el tocólogo que vigila atentamente la marcha del parto. Se han dado de ello diversas explicaciones. La más generalmente adoptada es la que hace depender la rotación de la proyección hacia adentro de las espinas ciáticas, que acortan el diámetro transversal del estrecho inferior. A medida que los dolores empujan el occipucio hacia abajo, impide su rotación hacia atrás la eminencia de la espina ciática izquierda, en tanto que favorece su rotación hacia delante la superficie

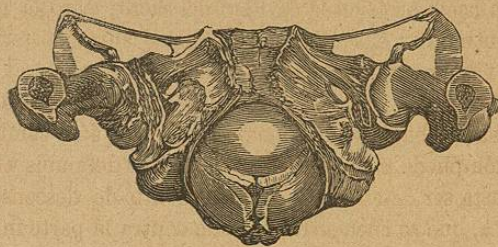
Rotación.

(1) *Die vier Factoren der Geburt*. Berlín, 1869.

angular lisa de la rama ascendente del isquion. Del mismo modo la espina ciática del lado opuesto previene la rotación hacia delante de la frente, que es dirigida hacia atrás, hacia la concavidad del sacro por la superficie lisa de los ligamentos sacro-ciáticos. Esta disposición da, pues, una forma de vuelta de tornillo al interior de la pelvis en este punto, y á medida que los dolores empujan la cabeza, le comunican ese movimiento de rotación que tiene tan gran importancia, adaptándola á la mayor dimensión del estrecho inferior.

La mayor parte de los tocólogos alemanes no admiten la influencia de las espinas ciáticas y de los planos lisos de la pelvis en la producción de la rotación, sino que atribu-

Fig. 101.



Primera posición: el occipucio en el estrecho inferior.
(Según Hodge.)

yen el cambio de dirección á la resistencia creciente que encuentra la cabeza en la pared posterior de la pelvis y en los tejidos perineales. Sea cual fuere la parte de la cabeza que primero encuentre esta resistencia, mucho mayor que la de la parte anterior de la pelvis, debe ser empujada necesariamente hacia adelante; y como en la gran mayoría de casos la fontanela posterior desciende primero, es la que sufre esta presión hasta que se verifica la rotación. Esta opinión tiene la ventaja de que explica lo mismo la rotación en las posiciones occipito-posteriores que en las occipito-anteriores; en efecto, con la teoría generalmente admitida, no se explican las primeras de un modo satisfactorio. No quiere decir esto que las superficies lisas de los planos de la pelvis no tengan influencia en la producció-

del movimiento. Por el contrario, lo facilitan probablemente mucho; pero la causa primordial parece más sencilla y eficaz con la última teoría que con la que atribuye una acción tan importante á las espinas ciáticas.

En algunos casos raros la cabeza escapa á la rotación y alcanza el perineo, estando aún en el sentido del diámetro oblicuo. Pero aun aquí la rotación se verifica en general de golpe, en el momento en que la cabeza está á punto de franquear la vulva, y rara vez es expulsada en la posición oblicua. El movimiento en este periodo puede explicarse por el perineo, que está elevado en sus bordes y deprimido en su centro; el diámetro mayor de la cabeza se acomoda al surco así formado, y se encuentra dirigido en el sentido del diámetro anteroposterior del estrecho inferior.

5.º *Extensión.*—Durante estos movimientos la cara está vuelta hacia atrás en la cavidad del sacro; pero la cabeza no continúa en el sentido del diámetro anteroposterior de la pelvis, sino que ocupa un diámetro intermedio al anteroposterior y al oblicuo. El occipucio es empujado también hacia abajo por los dolores, y gracias á su cambio de posición puede pasar por entre las ramas del pubis y avanzar hasta ser detenido en su movimiento de descenso por la nuca, que se encuentra aplicada contra la parte inferior del arco pubiano. De este modo se fija el occipucio, y continuando los dolores, la contracción uterina no obra ya sobre el occipucio, sino sobre la parte anterior de la cabeza, que es entonces rechazada y se desprende del esternón. Este fenómeno constituye la *extensión*. A medida que desciende la cabeza, se distienden las partes blandas del perineo y es rechazado hacia atrás el coxis para ensanchar el estrecho inferior. Las contracciones distienden cada vez más el perineo y la cabeza avanza y retrocede alternativamente. A medida que desciende la cabeza se presentan sucesivamente á la vulva los diámetros suboccipito-bregmático, suboccipito-frontal y suboccipito-mentoniano, el occipucio se vuelve cada vez más hacia arriba, por delante del pubis (fig. 102), y, por último, la cara se desliza sobre el perineo y se desprende.

Puede explicarse fácilmente la causa mecánica de este movimiento. Tan luego como el occipucio ha pasado por

Extensión.