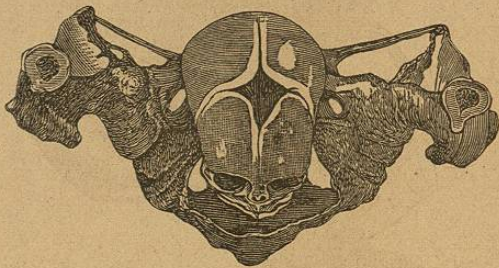


debajo del arco del pubis y no encuentra ya resistencia en las paredes anteriores de la pelvis, está sometida la cabeza á la acción de dos fuerzas: la compresión uterina, que obra hacia abajo y atrás, y la resistencia de las paredes posteriores de la pelvis y de las partes blandas, que obra casi directamente hacia delante. La cabeza es expulsada en la dirección de la resultante de estas dos fuerzas, es decir, hacia abajo y adelante en el eje del estrecho inferior.

Además de la ligera oblicuidad del diámetro mayor de la cabeza, con relación al anteroposterior del estrecho inferior en el momento de su expulsión, la cabeza está también un tanto oblicua sobre su propio diámetro transversal,

Fig. 102.



Primera posición: desprendimiento de la cabeza.
(Según Hodge.)

de tal suerte que, en la mayoría de casos, el parietal derecho sale primero que el izquierdo.

Rotación externa

6.º *Rotación externa.*—Tan luego como reaparece la acción uterina, á poco de la expulsión de la cabeza, puede observarse que esta última hace un movimiento distinto de rotación; el occipucio se vuelve hacia el muslo izquierdo de la madre y la cara hacia arriba, hacia el muslo derecho (fig. 103). La razón de este hecho es evidente. Cuando la cabeza desciende en el diámetro oblicuo izquierdo, los hombros están en el diámetro opuesto ó oblicuo derecho, y á medida que la cabeza gira en el diámetro anteroposterior, se colocan casi necesariamente en el diámetro transversal. Tan luego como ha salido la cabeza, los hombros están sometidos á la misma acción uterina y á la

misma resistencia pélvica que la cabeza ha tenido que soportar, y son empujados precisamente del mismo modo. Como consecuencia giran también, pero en la dirección opuesta, en el diámetro anteroposterior del estrecho inferior, exactamente como la cabeza y obedeciendo al mismo mecanismo; y al hacer esto, arrastran necesariamente la cabeza con ellos y provocan su rotación externa.

Los dos hombros son bien pronto expulsados, primero, generalmente, el izquierdo, desliziéndose sobre el perineo del mismo modo que la cara. Pero no siempre ocurre esto,

Fig. 103.



Rotación externa de la cabeza en la primera posición.
(Según Hodge.)

y á menudo son expulsados simultáneamente, ó primero el derecho. A ellos sigue bien pronto el cuerpo, y queda terminado el segundo estadio del parto.

En la posición O I D A (occipito-cotiloidea derecha), el diámetro mayor de la cabeza está en el diámetro oblicuo derecho de la pelvis. Por el examen vaginal, el dedo dirigido hacia arriba y á la derecha alcanza la fontanela posterior; hacia abajo y á la izquierda, la fontanela anterior. La sutura sagital cruza oblicuamente la pelvis en el sentido del diámetro oblicuo derecho. La descripción del mecanismo del parto es exactamente la misma que en la primera posición, sustituyendo la palabra izquierda á la derecha. Así, el dedo toca el hueso parietal izquierdo; el oc-

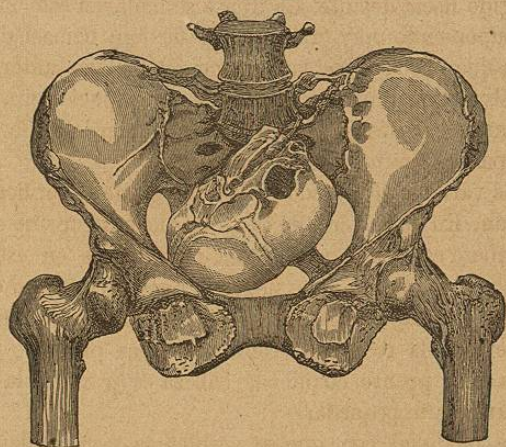
Segunda posición.

occipucio gira de derecha á izquierda durante la rotación. Una vez que ha salido la cabeza, el occipucio se dirige hacia el muslo derecho de la madre y la cara mira al muslo izquierdo.

Tercera posición
del
occipucio
sacro-iliaca.

En la posición O I D P, la cabeza entra en el estrecho superior, el occipucio está dirigido hacia atrás, hacia la sínfisis sacro-iliaca derecha (fig. 104). La fontanela posterior está dirigida hacia atrás, la anterior hacia adelante, hacia el agujero oval izquierdo, y el dedo que examina toca el parietal izquierdo. El mecanismo de este

Fig. 104.



Tercera posición (O I D P) del occipucio, en el estrecho superior.

parto tiene mucho interés. En la gran mayoría de casos, durante su marcha el occipucio gira hacia adelante, á lo largo del lado derecho de la pelvis, hasta que llega casi al diámetro anteroposterior del estrecho inferior; pasa por bajo del arco del pubis y se desliza la frente por el perineo. Vese, pues, que durante una parte de esta rotación extensa puede permanecer la cabeza en la posición O I D A, y que el parto se termina absolutamente como si esta última posición hubiese sido primitiva.

¿Cómo se explica que se verifique esta rotación y que el sincipucio, que ocupa el sitio del occipucio en la primera

posición, no gire hacia adelante, hacia el pubis, como lo hace éste? Puede explicarse por el hecho de que la acción uterina, transmitida á través de la columna vertebral, obliga al occipucio á descender más que el sincipucio, de tal suerte que, en la mayor parte de los casos, puede percibirse perfectamente por el examen vaginal la fontanela posterior, en tanto que la anterior está más arriba y fuera de nuestro alcance. La cabeza está, pues, sumamente doblada y descende de este modo á la cavidad pélvica, hasta que el occipucio, más bajo entonces que la espina ciática derecha, experimenta la resistencia del suelo de la pelvis frente al ligamento sacro-ciático derecho, por el cual es dirigido hacia delante. La frente se halla en este momento, suponiendo muy graduada la flexión, demasiado alta para que pueda sufrir la influencia del plano anterior de la pelvis. Continuando la presión el occipucio gira hacia delante, la frente contornea el lado izquierdo de la pelvis y el parto termina como en la posición O I D A.

Es variable el periodo del parto en que se verifica la rotación. En la mayoría de casos no tiene lugar sino cuando la cabeza está en el suelo de la pelvis, pues en este momento es cuando más se siente la resistencia. Pero cuanto mayor es ésta, más pronto se siente y más pronto también se verifica la rotación. Ahora bien, es probable que se haga más pronto cuando la cabeza es grande y la pelvis relativamente pequeña.

La facilidad con que se verifica este movimiento depende de la flexión completa del mentón sobre el esternón, flexión que lleva bastante arriba la fontanela anterior para que no dificulte su rotación hacia atrás la proyección hacia adentro de la espina ciática izquierda, y que deprime, por el contrario, el occipucio. Pero si esta flexión no es completa y si la fontanela anterior está bastante baja para que se la pueda alcanzar con el dedo, resultan de aquí grandes dificultades. En muchos casos puede verificarse aún la rotación; pero en otros es imposible, y entonces termina el parto con la cara en los pubis, pero con gran retardo é inaudita pena. Según el doctor Uvedale West, de Alford, que ha estudiado seriamente este asunto, esta terminación se observa cuatro veces de cada 100 en las po-

Manera
como se verifica
la rotación
del
occipucio hacia
adelante.

Terminación
con la cara en el
pubis.

siones occipito-posteriores. Cuando ocurre esto, se toca muy abajo la fontanela anterior y á veces hasta la frente y las cejas. La contracción uterina empuja hacia abajo el occipucio, la frente está fija detrás del pubis, pero no puede pasar por bajo, como lo hace el occipucio en la primera posición. La frente se dobla, pues, más, y asciende en tanto que la resistencia del suelo de la pelvis dirige el occipucio hacia adelante. La parte dorsal de la cabeza distiende bien pronto enormemente el perineo y lo expone á romperse; después se desprende el occipucio, aunque no sin dificultad. Entonces se produce un movimiento de extensión: la nuca está fija á la comisura anterior del perineo, la fuerza expulsiva obra sobre el sincipucio y la cabeza gira sobre su eje transversal. De este modo son expulsadas la frente y la cara, y luego se desprende el cuerpo.

Se dice que en algunos casos excepcionales, cuando la cabeza está muy baja, puede terminar el parto por la conversión de la presentación de vértice en presentación de cara; girando la cabeza sobre su eje transversal, la frente se dirige de la parte anterior á la posterior de la pelvis y el mentón emerge debajo de la sínfisis pubiana. Pero es evidente que esta sustitución sólo podrá hacerse cuando la cabeza sea anormalmente pequeña, caso excesivamente raro.

Frecuencia
relativa
de la segunda
y
tercera posición.

Hemos aludido antes á la opinión de Nægele respecto á la rareza de la posición O I D A; dicho profesor creía que los casos en que se encuentra el occipucio hacia el agujero oval derecho no eran más que estadios transitorios en la rotación de las posiciones occipito-posteriores. Verdad que es difícil garantir tal afirmación, á menos que se haya vigilado la cabeza desde el principio del parto. Muchos observadores distinguidos se inclinan á creer que las posiciones O I D A son mucho más comunes de lo que Nægele suponía, y en el anterior cuadro se ve que, en tanto que Murphy cree que las O I D A y O I D P son iguales en frecuencia, opina Swayne que la O I D A es mucho más común que la O I D P. Es probable que la gran autoridad de Nægele haya inducido á muchos observadores á considerar las posiciones O I D A como O I D P en las que se había verificado una rotación parcial. Mi pro-

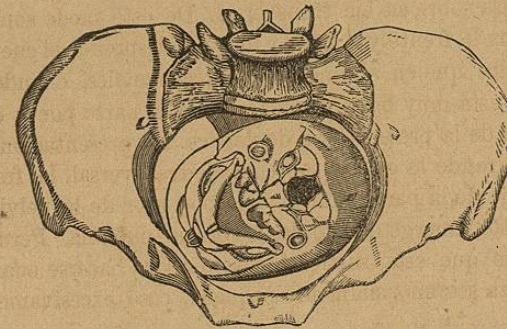
pia experiencia me induce á creer que las posiciones O I D A distan mucho de ser raras. Sin embargo, debe dejarse la cuestión en suspenso hasta que autores competentes hagan nuevas observaciones sobre el particular.

La cuarta posición es justamente la inversa de la segunda (inglesa), como la tercera es la inversa de la primera. El occipucio mira á la sínfisis sacro-iliaca izquierda (figura 105) y el dedo toca el hueso parietal derecho. El mecanismo es enteramente el mismo que en la posición O I D P, pero la rotación se verifica de izquierda á derecha.

Hemos aludido antes á la formación del *caput succedaneum*.

Cuarta posición
u
occipito
sacro-iliaca
izquierda.

Fig. 105.



Cuarta posición (O I I P) del occipucio, en el estrecho superior.

neum, nombre que se aplica á un abultamiento edematoso que aparece en la cabeza á consecuencia de un derrame que resulta del obstáculo á la circulación venosa, creado por la compresión á que está sometida la cabeza. De aquí que el volumen del tumor esté en relación con la duración del parto. En los partos rápidos, en que la cabeza es empujada vivamente á través de la pelvis, apenas se desarrolla, no existe á veces, en tanto que es voluminoso en los partos largos, y puede oscurecer el diagnóstico de la posición enmascarando las suturas y las fontanelas. Su situación varía según la posición de la cabeza; así, en la primera y cuarta posición se forma en el parietal derecho, y en el izquierdo en la segunda y tercera; podemos, pues, comprobar por la inspección de su asiento la exactitud de nuestro diagnóstico.

Formación
del
caput
succedaneum.

No se
forma cuando
la
presión es mayor

Un error frecuente, cometido por los tocólogos, consiste en creer que la bolsa sero-sanguínea se forma en el punto en que está comprimida con más fuerza la cabeza, en tanto que, en realidad, se desarrolla en la parte menos sostenida por los tejidos maternos, y en que puede, por tanto, aparecer con más facilidad la tumefacción. Al principio del parto se forma siempre en la parte de la cabeza situada en el círculo del orificio uterino, y en los estadios siguientes en la parte que está en el eje del conducto vaginal; es, pues, más marcada en la región que sale primero por la vulva.

Alteración
en la forma
de la
cabeza por el
amoldamiento.

Diremos algunas palabras sobre la alteración de la forma de la cabeza del feto observada en los partos penosos, resultado del amoldamiento que ha sufrido á su paso á través del conducto pélvico. Cuanto más pequeña es la pelvis, mayor es la compresión que sufre la cabeza durante el parto y más marcada esta alteración. De aquí resulta que en las presentaciones de vértice se alargan unos 25 milímetros ó más los diámetros occipito-mentoniano y occipito-frontal, en tanto que se acortan los diámetros transversos por la compresión de los huesos parietales. Este amoldamiento es de innegable utilidad para facilitar el nacimiento del niño. La deformidad aparente es muy grande y puede ocasionar alguna ansiedad. Conviene recordar que es siempre pasajera, y que al cabo de algunas horas, ó de algunos días á lo sumo, la elasticidad de los huesos craneanos les obliga á recobrar su forma natural. La bolsa sero-sanguínea desaparece también rápidamente; por lo tanto, estos dos fenómenos no producen ninguna deformidad alarmante ó que exija algún tratamiento.

CAPÍTULO III

CONDUCTA QUE DEBEMOS SEGUIR EN UN PARTO NATURAL

Aunque un parto es una función estrictamente fisiológica, que en la gran mayoría de casos se verifica con toda regularidad sin que intervenga el tocólogo, la asistencia del médico, sabiamente comprendida, es siempre útil para facilitar su marcha, y á menudo enteramente indispensable para salvar á la madre y al niño.

El estado de la mujer en cinta, antes de parir, debe siempre llamar la atención del médico, porque conviene que se verifique el parto hallándose la mujer en las mejores condiciones posibles. No se descuidarán, pues, nunca en los últimos meses del embarazo las precauciones higiénicas ordinarias. La mujer hará un ejercicio regular y moderado, sin cansarse, y si el tiempo lo permite permanecerá gran rato al aire libre. Deberán evitarse cuidadosamente todas las excitaciones, así como las vigiliadas y la permanencia en habitaciones calientes. El régimen será sencillo, nutritivo y no estimulante, vigilando especialmente el estado del intestino. Unos días antes del parto, el descenso del útero provoca á menudo la compresión del recto é impide que se vacíe éste. En este caso se tiene la costumbre de prescribir de vez en cuando ligeros purgantes, por ejemplo, pequeñas dosis de aceite de ricino, unos días antes del momento previsto del parto. Conviene, sin embargo, tomar algunas precauciones, pues no es raro que sea provocado el parto un poco antes de lo que hubiera ocurrido por la irritación que producen fuertes dosis purgantes. Al principio del parto se examinará siempre el estado del intestino, y si hay razón para sospechar que esté lleno se administrará una gran lavativa. Esto es siempre una buena precaución, pues si está ocupado el recto hace

Tratamiento
preparatorio.