

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.

con frecuencia irregulares é ineficaces las contracciones uterinas, y aun cuando no produzca este resultado, la salida de las heces fecales por compresión del intestino durante el estadio de expulsión es siempre desagradable para la mujer y para el tocólogo.

Vestido
de la
mujer durante
el embarazo.

Conviene cuidar también de la forma del vestido de la mujer durante el embarazo, pues á menudo ocasiona molestias y hasta puede dificultar la marcha satisfactoria del parto.

En cuanto el útero se eleva por encima de la pelvis menor el corsé ordinario que llevan la mayor parte de las mujeres puede producir una compresión funesta, sobre todo si se procura enmascarar el abultamiento creciente por medio de un justilló apretado. Hacia el cuarto ó quinto mes se encontrará mucho mejor la mujer con un corsé construído exprofeso, con fajas elásticas por los lados y delante, de tal modo que se acomode al desarrollo del tumor. Todas las corseteras los hacen y las mujeres pueden llevarlos mientras lo consienta su estado. A falta de este corsé vale más prescindir de él y no aplicar sobre el útero sino una compresión tan ligera como sea posible, aunque muchas mujeres no pueden pasar sin el corsé á que están acostumbradas. En las multíparas, sobre todo si hay cierta relajación de las paredes abdominales, es con frecuencia muy útil un cinturón abdominal elástico bien hecho. Se hará de modo que se pueda apretar cuando la mujer anda ó está de pie—que es cuando necesita especialmente un apoyo ó sostén—y relajar fácilmente á voluntad.

Necesidad de que
el médico se
presente al
primer llama-
miento.

No insistiré sobre la necesidad de que el médico se presente al primer llamamiento de la mujer. Cierto que puede ser avisado mucho antes de que sea útil su presencia; pero, por otro lado, es absolutamente imposible prever el estado de cada individuo. Por una pronta intervención puede modificarse una mala presentación ó prevenir alguna catástrofe inminente, y salvar así á la mujer de peligros de mucha gravedad.

Artículos
de que debe ir
provisto el
partero.

El práctico irá siempre provisto de los artículos que puede necesitar. Las cajas obstétricas ordinarias que contienen uno ó dos frascos y una sonda, tales como las ven-

den la mayor parte de los fabricantes de instrumentos, son embarazosas é inútiles, en tanto que los «estuches obstétricos» son un lujo costoso y no al alcance de todos. Cada cual puede hacerse un excelente estuche obstétrico de poco coste, con divisiones para colocar frascos, cosidos á los lados de una bolsa ordinaria de cuero, que se compra por algunos chelines en las casas que se venden sacos de viaje. Es indispensable tener á mano todo lo que puede hacer falta, y el estuche contendrá cloroformo, cloral, láudano, percloruro de hierro líquido de la Farmacopea, extracto líquido de cornezuelo y una jeringuilla de Pravaz. Si contiene además una pequeña sonda elástica, una jeringa de Higginson, un buen forceps, una ó dos agujas de sutura con hilos de plata, no se encontrará nunca desprovisto de lo necesario el práctico. Los demás objetos, tales como hilo, tijeras, etc., los proporcionan generalmente en casa de la parturienta.

Al llegar el médico se hará anunciar á la mujer, pues á veces el primer efecto de su presencia es detener los dolores, que hasta entonces habían ido en aumento, prueba concluyente de la influencia de las impresiones morales sobre la marcha del parto. Si los dolores no son aún expulsivos conviene que pida á los asistentes datos generales sobre los progresos del parto, y que vea si se han tomado convenientemente todas las disposiciones necesarias, dejando á la mujer tiempo para acostumbrarse á su presencia. Si puede elegir, tomará como cuarto para parir una pieza grande, bien ventilada y tan distante como sea posible del exterior. Puede ver también la cama, que no deberá tener cortinones, pero sí una tela impermeable debajo de la cubierta ó una sábana doblada sobre la que se tiende la mujer, debiendo recibir aquélla las materias que salen de la matriz durante el parto y quitándose después, quedando por debajo sábanas secas y limpias. En las clases pobres el cuarto para parir se considera como punto de reunión de numerosas amigas, cuya conversación es á menudo penosa y sin duda alguna nociva á la enferma, que se encuentra en el estado de excitación particular al parto. El médico insistirá, pues, en que haya la mayor tranquilidad, y no admitirá á nadie en el cuarto á excepción de la

Deberes
del
médico en la
primer visita.

enfermera y de alguna amiga cuya presencia desee la enferma. Respecto al marido, obedecerá los deseos de la mujer. Algunas quieren que esté con ellas su marido, en tanto que otras prefieren que se retire; el médico se conformará con sus deseos.

Examen vaginal.

Si hay dolores, se hará sin esperar demasiado un examen vaginal para asegurarse de si ha principiado ó no el parto, y si la presentación es natural ó anormal. Los dolores fuertes en apariencia pueden ser falsos, y es posible que no haya principiado el parto. Es muy importante para nuestro crédito y nuestra comodidad que seamos capaces de reconocer el verdadero carácter de los dolores, pues si son *falsos* pueden transcurrir muchas horas esperando inútilmente el parto que está aún lejano. Inútil es, por tanto, insistir sobre la necesidad de reconocer el estado preciso de las cosas.

Carácter de los dolores falsos.

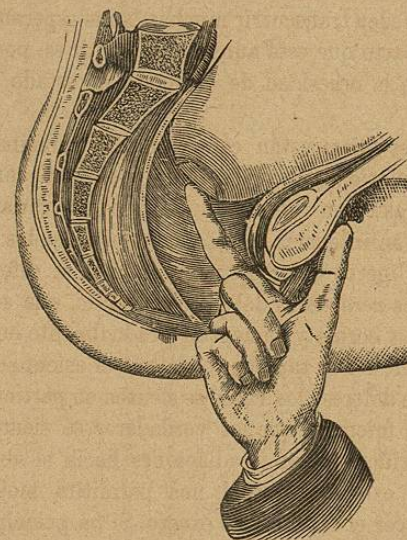
Los dolores *falsos* están caracterizados principalmente por su irregularidad; se presentan á veces con cortos intervalos, otras cesan durante horas enteras; varían también mucho en intensidad: unos son muy agudos y dolorosos, otros ligeros y fugaces, con lo cual se diferencian de los dolores *verdaderos* del primer estadio, que son primero ligeros y cortos y aumentan gradualmente en fuerza y regularidad. No es tampoco el mismo el asiento de estas dos clases de dolores; los falsos se sienten en particular hacia adelante, mientras que los verdaderos se sienten más bien en los riñones, con irradiaciones hacia el abdomen. Un sencillo examen vaginal nos permitirá mejor que nada establecer el diagnóstico exacto. Si ha principiado el parto, el orificio estará más ó menos dilatado, sus bordes adelgazados, y mientras dura el dolor, se pondrá el cuello rígido y tensas y salientes las membranas. Los dolores falsos, por el contrario, no tienen efecto alguno sobre el cuello, que permanece laxo y no dilatado, y si el orificio está bastante abierto para admitir la punta del dedo, no sentirá combarse las membranas durante la contracción. En estas circunstancias podemos asegurar con toda confianza á la mujer que son falsos los dolores, y tomar medidas para calmar la irritación que los produce. La mayor parte de las veces la causa de los dolores falsos depende de al-

Tratamiento.

gún desorden del aparato intestinal, y se aliviarán mucho por medio de un ligero laxante—tal como el aceite de ricino ó una píldora de coloquintida y beleño—seguido de un sedante, por ejemplo 20 gotas de láudano ó de clorodina. A poco de administrar estos medicamentos, desaparecerán los dolores y no volverán á presentarse hasta que principie el parto verdadero.

Para hacer el examen vaginal debe estar acostada la mujer en decúbito lateral izquierdo, cerca del borde de la

Fig. 106.



Reconocimiento en el primer estadio.

Modo de hacer el examen vaginal.

cama, con las piernas dobladas sobre el vientre. El médico, aproximándose á la cama, aplica el índice de la mano derecha, previamente untado con cerato ó cold-cream, á la vulva y lo hace penetrar suavemente en el orificio de la vagina; después lo empuja hacia atrás en el eje del estrecho inferior, y por último lo dirige hacia arriba y adelante para ganar más fácilmente el cuello (fig. 106). Pero no siempre es fácil alcanzar éste, pues al principio del parto puede estar tan alto el cuello que no se alcance sino

Objeto
del examen.

con dificultad ó dirigiendo el dedo por atrás hacia la concavidad del sacro. Se facilita á menudo la exploración deprimiendo el útero por fuera con la mano izquierda, colocada sobre el abdomen. Nuestro objeto es, no sólo asegurarnos del estado de blandura y de dilatación del cuello, sino también el reconocer la presentación, el estado de la vagina y las dimensiones de la pelvis. El primer reconocimiento se hará por lo general durante un dolor, pues entonces es menos desagradable para la mujer; pero para que sea satisfactorio, permanecerá el dedo en la vagina hasta que haya pasado el dolor, y se terminará el examen en el intervalo que separa este dolor del siguiente.

No debe intentarse entonces reconocer la posición de la cabeza.

En las presentaciones de la extremidad cefálica se toca generalmente la masa redondeada del cráneo á través del segmento inferior del útero, y se tiene la satisfacción de asegurar á la mujer que todo va bien. Si el orificio está bastante dilatado, se puede tocar también el occipucio cubierto por las membranas. Pero en este momento es imposible reconocer la posición exacta de la cabeza por las suturas y fontanelas, que están demasiado altas y no se alcanzan. No se hará ningún ensayo para conseguirlo, por el temor de romper prematuramente las membranas. La presentación de la extremidad cefálica es todo lo que debemos tratar de descubrir en este momento del parto.

El estado del orificio indica la marcha del parto.

El estado del orificio, su rigidez, su dilatación, nos ayudarán á formar idea sobre la marcha y duración probable del parto; pero aunque la familia esté deseando saber nuestra opinión sobre este punto, el médico prudente tendrá buen cuidado en no decidirse de un modo positivo, pues es fácil equivocarse. Bastará contestar que todo va bien, pero que es imposible decir con seguridad si terminará ó no pronto el parto.

Si los dolores no son ni frecuentes ni fuertes, y el orificio no ha alcanzado una dilatación de más de tres centímetros de diámetro, puede transcurrir mucho tiempo antes de que termine el parto y no es indispensable la presencia del médico. Puede, por tanto, dejar á la mujer durante una ó más horas, con tal de que deje dicho dónde se le podrá encontrar. Pero creo inútil decir que no deberá marcharse nunca sin haber reconocido antes exactamente la

presentación. Si no se presenta la cabeza, será probablemente imposible reconocer la parte que lo hace, á menos que esté muy avanzada la dilatación, y el médico debe repetir á menudo el examen hasta que sepa á qué atenerse sobre el particular, á fin de escoger el momento más favorable para intervenir si fuese necesario.

La posición de la mujer tiene alguna importancia durante el primer estadio. Es ventajoso que no esté acostada de lado, como es costumbre en el segundo estadio, pues es necesario que la fuerza expulsiva se produzca en un sentido tal que favorezca el descenso de la cabeza á la pelvis, es decir, perpendicularmente al plano del estrecho superior, y que el peso del niño obre del mismo modo. Por consiguiente, es desde luego ventajosa la costumbre que consiste en permitir á la mujer andar ó apoyarse sobre una silla, y se observa á menudo que se hacen lánguidos é ineficaces los dolores si se acuesta en su cama la mujer. Si es multipara ó el abdomen está un tanto péndulo, favorecerá mucho este estadio un vendaje abdominal que sostenga el útero. Además, si la mujer está fuera de la cama, está menos inquieta sobre la terminación del parto, y una conversación ligera le hace tomarlo con paciencia y levanta su ánimo, por lo común tan abatido. Puede dársele un buen caldo ó un poco de aguardiente con agua si se siente débil, todo lo cual es muy útil para reparar sus fuerzas. Se evitarán en este período los exámenes demasiado frecuentes, que, sin tener ninguna utilidad, pueden irritar el cuello. Sin embargo, deberemos asegurarnos de vez en cuando de los progresos de la dilatación.

Una vez dilatado por completo el orificio pueden romperse artificialmente las membranas si no lo hacen espontáneamente, pues no tienen ya ninguna utilidad y no hacen más que retardar el principio del estadio de expulsión. Es fácil romperlas empujando contra ellas, tensas durante un dolor, algún instrumento puntiagudo, la punta de un alfiler del pelo por ejemplo, que siempre se tiene á mano. En algunos casos es útil romper las membranas antes de que el orificio esté dilatado por completo. Así ocurre con bastante frecuencia, cuando la cantidad de líquido amniótico es excesiva, que el orificio adquiere el diámetro de un

Posición de la mujer durante el primer estadio.

Exámenes vaginales.

Rotura artificial de las membranas.

Algunas veces se recomienda la rotura de las membranas antes que el orificio esté completamente dilatado.

duro ó algo más; pero aunque esté perfectamente blando y laxo, no se abre más hasta que se evacua el líquido amniótico, y entonces los dolores expulsivos completan rápidamente la dilatación. Se necesita mucha práctica y prudencia para reconocer estos hechos, pues si se permite la salida prematura del líquido amniótico la presión de la cabeza sobre el cuello puede irritarle y prolongar mucho el parto. Esta maniobra es sobre todo útil cuando los dolores son fuertes, el orificio blando, y las membranas, no saliendo á través del orificio, no concurren á la dilatación.

No siempre es fácil asegurarnos de si las membranas están ó no rotas. Esto ocurre, sobre todo, cuando la cabeza está baja y la cantidad de líquido amniótico es tan pequeña que no puede salir la bolsa por el orificio durante los dolores. Sin embargo, un poco de atención nos permitirá tocar, si las membranas están rotas, los pliegues de la piel del cráneo cubierta de pelos, y distinguirla de la superficie lisa y pulimentada de las membranas.

Evacuado el líquido amniótico, se suspende generalmente la marcha del parto; pero bien pronto reaparecen los dolores con más fuerza y frecuencia, empujando la cabeza á través de la cavidad pélvica. El cambio de carácter de los dolores se reconoce bien pronto en los violentos esfuerzos que los acompañan y en el aumento de su duración é intensidad.

Tratamiento
del período
expulsivo.

Posición
de la
mujer durante
el
segundo período.

Conviene que la mujer se acueste entonces en la cama, y en Inglaterra se tiene la costumbre de adoptar el decúbito izquierdo, con las nalgas paralelas al borde de la cama y el cuerpo al través. Esta es la posición obstétrica admitida en nuestro país, y sería inútil insistir en hacer tomar otra, aunque fuera mejor. Aunque en el Continente y en América se prefiere el decúbito dorsal, es difícil decir en qué consiste su ventaja. Expone inútilmente á la mujer á las miradas, y en suma, es menos fácil, cuando está así colocada, hacer los reconocimientos necesarios. Además, el decúbito dorsal aumenta los peligros de la rotura del perineo, haciendo recaer el peso de la cabeza del niño más directamente sobre él. Así, Schroeder ha observado que estas roturas se verifican 37,6 veces por 100 en las mujeres

que paren en decúbito supino, y 24,4 por 100 en las que paren en las demás posiciones.

La mujer permanece ordinariamente en la cama durante todo este estadio, y la enfermera tiene la costumbre de atar al pie de la cama una servilleta sobre un rodillo que sirve de punto de apoyo y de sostén durante los esfuerzos. Si los dolores son raros y muy separados unos de otros, y si la mujer encuentra más agradable el levantarse de vez en cuando, no hay razón para impedirsele. Por el contrario, según veremos más adelante al tratar del parto lánguido, los dolores en estas circunstancias se aumentan á menudo por la posición sentada, pues que el peso del niño produce una compresión más fuerte sobre los nervios de la vagina.

En este momento el examen vaginal, que deberá repetirse más á menudo que en el primer estadio, nos permite asegurarnos de la posición precisa de la cabeza por las suturas y fontanelas y medir sus progresos.

Sucede con frecuencia que la cabeza desciende á la pelvis aun hasta el suelo, sin que haya retrocedido por completo el cuello. El labio anterior, sobre todo, puede ser cogido entonces entre la cabeza y el pubis; se hincha por la presión á que está sometido y retarda así los progresos del parto. Nada podría objetarse contra una tentativa hecha para prevenir esta causa de retardo, quitando el labio prisionero en el intervalo de los dolores, de modo que se le rechace por encima de la cabeza y se le mantenga allí durante las contracciones, hasta que la cabeza descienda por debajo de él. Esta maniobra, hecha prudentemente, con suavidad y sin hacer gala de fuerza, no puede sin duda producir ninguna de las consecuencias funestas que la mayor parte de los tocólogos le han atribuido; la lesión del cuello es mucho menor si es rechazado suavemente fuera del paso que si se le deja comprimir fuertemente durante horas enteras entre la parte que se presenta y los huesos de la pelvis. Esto es muy distinto de la dilatación digital de un cuello rígido hecha en otros tiempos, sobre todo en Edimburgo, por recomendación de Hamilton, y contra la cual se alzaron, y con razón, la gran mayoría de los tocólogos.

Si el parto marcha de un modo satisfactorio, no hay

Diagnóstico
de la posición
cefálica.

Manera de proceder cuando el labio anterior del cuello es cogido entre la cabeza y el pubis.

para qué intervenir más. Sin embargo, el médico verá si se ha vaciado la vejiga, y si no lo ha sido desde hace muchas horas, deberá vaciarla con la sonda. Siempre que se prolongue el parto, se auscultará de vez en cuando para asegurarnos de que se verifica con regularidad la circulación fetal.

Regulación
de los esfuerzos
de
expulsión
voluntarios.

En este momento es muy importante que sean regulares los esfuerzos de expulsión. Las enfermeras tienen la costumbre de aconsejar á la mujer que se ayude haciendo fuerzas, y no hay duda de que estos esfuerzos voluntarios aumentan mucho la acción de los músculos accesorios del parto. Si los dolores son fuertes y el parto promete ser rápido, no pueden ser perjudiciales los esfuerzos voluntarios. Por otra parte, si su marcha es lenta, no harían más que cansar inútilmente á la mujer y podrían desanimarla. Una vez distendido el perineo es á menudo útil aconsejar á la mujer que no haga ningún esfuerzo voluntario, sino que grite con objeto de disminuir la tensión á que está sometido aquél. Este es el estadio en que más servicios presta la anestesia; pero de su empleo hablaremos en otro capítulo.

Distensión
del perineo.

A medida que desciende la cabeza, se distiende cada vez más el perineo. Respecto á la conducta que debemos seguir en este momento, hay gran divergencia de opiniones entre los tocólogos. En la mayor parte de las obras de obstetricia se aconseja al médico que procure prevenir la rotura por la maniobra que consiste en «sostener el perineo», queriendo expresar con esto la acción de colocar la palma de la mano sobre los tejidos distendidos, y de sostenerlos con fuerza durante el dolor para prevenir mecánicamente su rotura. Dudo un poco que en la actualidad empleen este método, ú otro parecido, la gran mayoría de los tocólogos.

Efectos nocivos
de la
presión sobre
el perineo.

En estos últimos años han indicado los malos efectos que de esto pueden resultar Graily Hewitt, Leishman, Goodell y otros autores, que sostienen que por la compresión ejercida de este modo, no sólo no podemos impedir, sino que favorecemos la rotura, porque nuestra compresión aumenta la energía de la acción uterina, precisamente en el momento en que es más de temer la distensión excesiva del perineo. Así, algunos autores dicen que el perineo debe

dejarse enteramente solo, y que la cabeza le distienda gradualmente, sin que intervenga para nada el médico.

Andan muy equivocados los médicos acerca del objeto que deben proponerse. La frase «sostener el perineo» da una idea falsa de la cosa, y es seguro que nadie puede impedir una rotura merced á un apoyo mecánico. Si se emplease la frase «relajación del perineo», tendríamos una idea mucho más exacta de lo que se quiere expresar; y una vez adquirida esta idea, creo que no podría ponerse en duda que fuera fácil ayudar á la naturaleza en este estadio.

El doctor Goodell, de Filadelfia, ha estudiado especialmente este asunto y recomendado un método cuyo objeto es relajar el perineo. En concepto suyo, deben introducirse uno ó dos dedos de la mano izquierda en el recto, á fin de elevar el perineo y dirigirle hacia delante, por encima de la cabeza, hacia el pubis, con el pulgar de la misma mano aplicado á la cabeza que avanza, de modo que restrinja sus progresos si es necesario. He empleado con frecuencia este método y creo que responde admirablemente al objeto, sobre todo cuando el perineo está muy distendido y amenaza romperse. Pero la introducción de los dedos en el ano, como dicho señor recomienda, es repugnante para el médico y para la mujer, y puede obtenerse el mismo resultado de un modo menos desagradable. Hago mención de este método para indicar el objeto que debe proponerse el práctico. Si cuando la cabeza distiende enormemente el perineo se adaptan á sus bordes el pulgar y el índice de la mano derecha, puede empujarse suavemente hacia delante por encima de la cabeza durante el dolor, en tanto que las puntas de los dedos se apoyan al mismo tiempo sobre el vértice que se adelanta, y retardan la marcha en caso de necesidad (fig. 107). Por este procedimiento se evita la distensión súbita y forzada de los tejidos perineales y se reducen al minimum los peligros de la rotura, al paso que se favorece el modo natural de verificarse la relajación por la dilatación del orificio anal. Esto es muy diferente del sostén mecánico que comúnmente se recomienda, y cuanto menor es la presión directamente aplicada al perineo, mejor va la cosa. Tampoco es necesario ni útil sentarse cerca de la mujer con la mano aplicada sobre

El objeto
que debemos
proponernos es
la
relajación
de los tejidos
perineales.

Método
del
doctor Goodell.

Manera
de
producir
la relajación.