

## CAPÍTULO VII

### DIFICULTADES DE LAS POSICIONES OCCIPITO-POSTERIORES

Dificultades de las posiciones occipito-posteriores.

Diremos algunas palabras acerca del tratamiento de las posiciones occipito-posteriores de la cabeza, sobre todo de aquellas en que no puede verificarse la rotación del occipucio hacia adelante. Ya he dicho que, en la gran mayoría de casos, el occipucio gira hacia delante sin ninguna dificultad y que el parto termina del modo ordinario, emergiendo el occipucio debajo del arco del pubis.

No siempre ocurre la rotación del occipucio hacia adelante.

Pero en cierto número de circunstancias no se verifica esta rotación y pueden resultar de ello serios peligros. La proporción de los partos en los cuales se verifica la terminación con la cara en los pubis, en las posiciones occipito-posteriores, se ha apreciado de muy diverso modo; son, sin duda, más comunes de lo que dicen la mayor parte de nuestras obras. El doctor Uvedale West <sup>(1)</sup>, que ha estudiado con gran detención este asunto, dice que terminó de este modo el parto 79 veces de 2.585 nacimientos, y que todos estos partos fueron excepcionalmente difíciles.

Causas.

Dicho señor cree que la rotación de la cabeza hacia adelante la impide la falta de flexión del mentón sobre el esternón, de tal suerte que no es el diámetro suboccipito-bregmático el que penetra en el estrecho superior, sino el occipito-frontal; el occipucio, no siendo ya el punto más bajo, no está sometido á la acción de las causas que producen la rotación hacia adelante. El doctor Macdonald, que ha publicado una Memoria muy concienzuda sobre el particular <sup>(2)</sup>, cree que la no rotación del occipucio hacia adelante es debida sobre todo al gran volumen de la cabeza, y que, por tanto, «la frente desciende, de tal modo

<sup>(1)</sup> *Cranial Presentations*, pág. 33.

<sup>(2)</sup> *Edin. Med. Journ.*, vol. 1874-5, pág. 302.

fija á la parte anterior de la pelvis, que no puede ponerse en juego su tendencia á ceder y á girar hacia adelante». La opinión del doctor West, que tiene gran experiencia sobre esto, explica, al parecer, mejor la falta de rotación natural.

El punto capital para nosotros es saber cuál es la mejor conducta que debe seguirse cuando se presentan dificultades de esta clase y está seriamente retardado el parto.

El doctor West insiste mucho en la necesidad de una flexión completa del mentón sobre el esternón, y dice que puede favorecerse por una presión hacia arriba sobre el hueso frontal, con objeto de aproximar el mentón al esternón y hacer descender el occipucio, obligando así á entrar en juego á los agentes que favorecen la rotación. Supongamos que los dolores sean fuertes y fácilmente accesible la fontanela; podremos de este modo favorecer mucho el descenso del occipucio, sin lesión para la madre ó sin aumentar las dificultades si no logramos el objeto. Los efectos de esta sencilla maniobra son notables á veces. He apelado á ella recientemente en dos casos, y el parto, que se arrastraba lánguido y no hacia ningún progreso á pesar de fuertes dolores, terminó rápidamente tan luego como hice la compresión hacia arriba. La rotación de la cara hacia atrás puede facilitarse al mismo tiempo por una compresión sobre la frente hacia el pubis durante los dolores.

Otros autores aconsejan intentar el descenso del occipucio merced á una tracción hacia abajo hecha con el gancho ó el *fillet* <sup>(1)</sup>. Hodge <sup>(2)</sup> ha preconizado mucho el *fillet*, que cree especialmente aplicable á estos casos, porque es de empleo fácil y quizás más eficaz que el gancho.

Aunque puedan adoptarse algunos de estos métodos, deben tomarse ciertas precauciones y no hacer tentativas demasiado prolongadas ó activas para producir la flexión y la rotación. Todo el que haya observado esta complicación habrá notado que la rotación se verifica á menudo espontáneamente en un período muy avanzado del parto,

Tratamiento de estos casos. Presión hacia arriba sobre la frente.

Tracción sobre el occipucio

No deben hacerse tentativas demasiado activas.

<sup>(1)</sup> No encontramos traducción á esta palabra.

<sup>(2)</sup> *System of Obstetrics*, pág. 308.

mucho después que la cabeza ha sido empujada durante gran tiempo hacia el estrecho inferior de la pelvis y cuando parece haber hecho tentativas infructuosas para salir; bastará, pues, á menudo un poco de paciencia para vencer la dificultad.

El forceps debe emplearse cuando sea necesario.

Si es absolutamente preciso ayudar á la naturaleza, no hay razón para no emplear el forceps, que no es más difícil de aplicar que en las circunstancias ordinarias y, por regla general, no necesita una tracción mucho mayor. El doctor Macdonald, en la Memoria á que antes aludimos, sostiene que en las posiciones occipito-posteriores persistentes existe casi siempre una falta de proporción entre la cabeza y la pelvis, y que por tanto es preciso con frecuencia recurrir al forceps, que prefiere á toda tentativa artificial de rectificación. Recordaré algunas particularidades del modo de verificarse el parto. En la mayor parte de las obras se dice que el operador debe poner especial atención en la rotación de la cabeza, y tratar de comunicarle este movimiento llevando el occipucio hacia adelante durante la extracción. Así, Tyler Smith dice: «En el parto con el forceps, en las posiciones occipito-posteriores, se hará girar suavemente la cabeza durante la extracción, de modo que lleve el vértice hacia el arco del pubis y se obtenga así una presentación occipito-anterior». Pero es fácil comprender que hay cierto peligro en emplear la fuerza para provocar la rotación artificial. Ciertamente que en muchos casos, bajo la influencia de una simple tracción, gira el occipucio por sí mismo hacia adelante y arrastra consigo el instrumento. Pero esto en nada se parece á una rotación de la cabeza por la fuerza con las ramas del forceps, sin saber si el cuerpo del niño seguirá el movimiento. Es imposible concebir que una intervención tan violenta no exponga al cuello del niño á serias lesiones. Si no se verifica la rotación y la cabeza está colocada de modo que el parto se termine mejor con la cara en los pubis, no debe tratarse de modificar la posición. Esta regla, que consiste en dejar al cuidado de la naturaleza la rotación y en recurrir sólo á la tracción, ha sido aprobada por Barnes y otros tocólogos modernos, y es la única recomendable como la más científica y razonable.

Peligro de intentar la rotación artificial del occipucio.

Parto con la cara en los pubis cuando no se verifica la rotación.

En estos casos, la corvadura pélvica del forceps es de dudosa utilidad. Si se aplica este instrumento del modo ordinario, la convexidad de las ramas mira naturalmente hacia atrás. Si la rotación acompaña á la extracción, las ramas siguen necesariamente el movimiento de la cabeza, y sus bordes convexos se vuelven hacia adelante. Parece probable que tal movimiento exponga las partes blandas de la madre á grandes riesgos. He visto, sin embargo, más de una vez verificarse esta rotación del instrumento sin ningún mal resultado aparente, pero sus peligros son manifiestos. Será, pues, prudente el servirse del forceps recto para esta operación, ó sacar las ramas y dejar que termine el parto por las fuerzas naturales solas cuando la cabeza está baja y parece que debe hacerse la rotación. El profesor Richardson (1) recomienda que cuando haya que aplicarse el forceps en una posición occipito-posterior persistente, debe introducirse con la corvadura pélvica invertida. Con este método dice que la tracción se ejerce principalmente sobre el occipucio, donde es más necesario, el cual desciende y produce la flexión necesaria del mentón y del esternón. El forceps es entonces extraído, y si las contracciones son bastante enérgicas, es seguro que se verificará la rotación hacia adelante. No he experimentado personalmente este método. Si no se verifica la rotación, se cuidará más que de ordinario del perineo, que por necesidad distiende mucho el occipucio. Los riesgos que corre el perineo son considerables, y aun con el mayor cuidado es á veces imposible evitar su rotura. Con todas estas precauciones no ofrece dificultades ó peligros especiales el parto con el forceps en las posiciones occipito-posteriores.

Objeción al uso en estos casos de instrumentos curvos.

Aplicación del forceps invertido

Necesidad de tener cuidado con el perineo en el parto occipito-posterior.

(1) *Medical Communications of the Massachusetts Medical Society*, 1885, tomo XIII, pág. 4.